

Juridiska institutionen  
Examensarbete juristprogrammet 30 hp  
Höstterminen 2015

# Bedömningen av ensamkommande barns psykiska hälsa i svensk migrationsrätt

5 kap. 6 § 2 st. UtlL i förhållande till barnkonventionens artikel 24(1)

Sofie Fors Atterlöf

Handledare: Andreas Moberg

Examinator: Lars-Göran Malmberg



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
HANDELSHÖGSKOLAN

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INLEDNING</b>  | <b>4</b>  |
| <b>1.1. BAKGRUND</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b>   | <b>6</b>  |
| <b>1.3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER, METOD OCH MATERIAL</b>                            | <b>7</b>  |
| 1.3.1. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER   | 7         |
| 1.3.2. METOD   | 8         |
| 1.3.3. MATERIAL  | 9         |
| <b>1.4. AVGRÄNSNINGAR</b>  | <b>11</b> |
| <b>1.5. DISPOSITION</b>  | <b>12</b> |
| <b>2. DEN INTERNATIONELLA REGLERINGS</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.1. BARNKONVENTIONEN</b>   | <b>13</b> |
| 2.1.1. INTRODUKTION  | 13        |
| 2.1.2. ARTIKEL 24(1) - KOPPLINGEN TILL ANDRA BESTÄMMELSER I BARNKONVENTIONEN         | 15        |
| 2.1.2.1. Introduktion  | 15        |
| 2.1.2.2. De grundläggande principerna  | 15        |
| 2.1.2.3. Övriga artiklar av särskilt intresse  | 18        |
| <b>2.2. BARNS RÄTT TILL BÄSTA UPPNÅELIGA HÄLSA, SJUKVÅRD OCH REHABILITERING</b>      | <b>19</b> |
| 2.2.1. INTRODUKTION  | 19        |
| 2.2.2. INNEBÖRDEN AV RÄTTEN TILL BÄSTA UPPNÅELIGA HÄLSA, SJUKVÅRD OCH REHABILITERING | 19        |
| 2.2.3. KONVENTIONSSTATERNAS FAKTISKA ÅTAGANDEN                                       | 21        |
| 2.2.4. FN:S BARNRÄTTSKOMMITTÉS REKOMMENDATIONER                                      | 22        |
| <b>2.3. AVSLUTANDE KOMMENTARER KAPITEL 2</b>   | <b>24</b> |
| <b>3. DEN NATIONELLA REGLERINGS</b>  | <b>26</b> |
| <b>3.1. INTRODUKTION</b>   | <b>26</b> |
| 3.1.1. BAKGRUND  | 26        |
| 3.1.2. GENERELLA UTGÅNGSPUNKTER  | 26        |
| <b>3.2. UPPEHÅLLSTILLSTÅND PÅ GRUND AV SÄRSKILT ÖMMANDE OMSTÄNDIGHETER</b>           | <b>28</b> |
| 3.2.1. INTRODUKTION  | 28        |
| 3.2.2. INNEBÖRDEN AV HÄLSOTILLSTÅNDSBEDÖMNINGEN I 5 KAP. 6 § 2 ST. UTLÄ              | 30        |
| <b>3.3. AVSLUTANDE KOMMENTARER KAPITEL 3</b>   | <b>31</b> |
| <b>4. HÄLSOTILLSTÅNDSBEDÖMNINGEN UR ETT TILLÄMPNINGSPERSPEKTIV</b>                   | <b>33</b> |
| <b>4.1. INTRODUKTION</b>   | <b>33</b> |
| <b>4.2. DOMAR DÄR SÄRSKILT ÖMMANDE OMSTÄNDIGHETER INTE FÖRELEGAT</b>                 | <b>34</b> |
| 4.2.1. INTRODUKTION  | 34        |
| 4.2.2. RÄTTSFALLSPRESENTATION  | 34        |
| 4.2.2.1. Bedömningen i fallet B. A.  | 34        |
| 4.2.2.2. Bedömningen i fallet H. J. H.   | 35        |
| 4.2.2.3. Bedömningen i fallet M. A.  | 35        |
| 4.2.2.4. Bedömningen i fallet A. F.  | 36        |
| 4.2.2.5. Bedömningen i fallet O. Z.  | 36        |
| 4.2.2.6. Bedömningen i fallet M. B.  | 37        |
| 4.2.2.7. Bedömningen i fallet N. B.  | 38        |
| 4.2.2.8. Bedömningen i fallet A. A.  | 38        |
| 4.2.2.9. Bedömningen i fallet A. G.  | 39        |
| 4.2.2.10. Bedömningen i fallet S. S.   | 39        |
| 4.2.2.11. Bedömningen i fallet A. K.   | 40        |
| 4.2.2.12. Bedömningen i fallet E. K.   | 40        |
| 4.2.2.13. Bedömningen i fallet A. M. (1)   | 41        |
| 4.2.2.14. Bedömningen i fallet G. H.   | 41        |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.2.2.15. Bedömningen i fallet A. M. (2)                       | 42        |
| 4.2.2.16. Bedömningen i fallet A. S.                           | 42        |
| 4.2.2.17. Bedömningen i fallet A. B. J.                        | 43        |
| 4.2.2.18. Bedömningen i fallet N. F. H.                        | 43        |
| 4.2.2.19. Bedömningen i fallet M. J. D.                        | 44        |
| 4.2.2.20. Bedömningen i fallet T. E. G.                        | 44        |
| 4.2.2.21. Bedömningen i fallet G. B.                           | 44        |
| <b>4.3. DOMAR DÅR SÄRSKILT ÖMMADE OMSTÄNDIGHETER FÖRELEGAT</b> | <b>45</b> |
| 4.3.1. INTRODUKTION  | 45        |
| 4.3.2. RÄTTSFALLSPRESENTATION                                  | 45        |
| 4.3.2.1. Bedömningen i fallet M. A.                            | 45        |
| 4.3.2.2. Bedömningen i fallet S. A.                            | 46        |
| 4.3.2.3. Bedömningen i fallet S. J.                            | 47        |
| <b>4.4. STATISTISK SAMMANSTÄLLNING</b>                         | <b>48</b> |
| 4.4.1. INTRODUKTION  | 48        |
| 4.4.2. SAMMANFATTANDE TABELLER                                 | 48        |
| 4.4.2.1. Kön   | 48        |
| 4.4.2.2. Ålder   | 49        |
| 4.4.2.3. Typ av bevisning                                      | 49        |
| <b>4.5. AVSLUTANDE KOMMENTARER KAPITEL 4</b>                   | <b>50</b> |
| <br>   |           |
| <b>5. RÄTTSLIGA AVVÄGNINGAR OCH ANDRA SLUTSATSER</b>           | <b>55</b> |
| <br>   |           |
| <b>5.1. BARNKONVENTIONEN SOM SVENSK LAG?</b>                   | <b>55</b> |
| 5.1.1. INTRODUKTION  | 55        |
| 5.1.2. FÖRMODADE EFFEKTER FÖR NATIONELL RÄTT                   | 56        |
| <b>5.2. AVSLUTANDE KOMMENTARER KAPITEL 5</b>                   | <b>60</b> |
| <br>   |           |
| <b>KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING</b>                         | <b>62</b> |

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

*”There is no trust more sacred than the one the world holds with children. There is no duty more important than ensuring that their rights are respected, that their welfare is protected, that their lives are free from fear and want and that they grow up in peace.”<sup>1</sup>*

- Kofi Annan<sup>2</sup>

Studier har visat att ensamkommande barns psykiska hälsa är betydligt sämre än hos den övriga befolkningen, eller hos barn som kommer som flyktingar tillsammans med sina föräldrar eller annan närstående. Forskningen pekar också på att ensamkommande barn är en mycket utsatt grupp som visat symtom på bland annat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i högre grad än andra barn.<sup>3</sup> Av de rättsfall som studerats i detta arbete framgår också att flera av de ensamkommande barnen utöver PTSD lidit av bland annat depression, ångest, sömnsvårigheter och mardrömmar till följd av de upplevelser de haft.

FN:s konvention om barnets rättigheter, fortsättningsvis benämnd barnkonventionen<sup>4</sup>, är ett globalt, folkrättsligt juridiskt bindande dokument mellan de stater som anslutit sig till instrumentet. Av att Sverige ratificerat barnkonventionen följer därför ett åtagande för staten gentemot de medborgare som träffas av rättigheterna, dvs. barnen<sup>5</sup>, att tillse att de rättigheter som omfattas av konventionen realiserar i praktiken.<sup>6</sup> I detta arbete kommer fokus att ligga på artikel 24(1) i barnkonventionen som i sin svenska översättning stadgar att *”konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård”<sup>7</sup>*. Detta arbete kommer utifrån denna bestämmelse att koncentreras på barn som kommer ensamma till Sverige, dvs. barn utan medföljande legala vårdnadshavare<sup>8</sup>, och deras rätt till psykiskt välmående enligt nämnda artikel. Enligt konventionen skall konventionsstaterna tillförsäkra varje barn inom

---

<sup>1</sup> UNICEF, *The state of the world's children 2000*, s. 4.

<sup>2</sup> Kofi Annan var FN:s sjunde generalsekreterare mellan åren 1997-2006 och fick Nobels fredspris 2001.  
<http://www.un.org/sg/formersg/annan.shtml>

<sup>3</sup> Brunnberg, Borg och Fridström, *Ensamkommande barn – En forskningsöversikt*, s. 91.

<sup>4</sup> Convention on the Rights of the Child, UNTS I-27531.

<sup>5</sup> Med barn åsyftas i detta arbete personer under 18 år, jfr artikel 1 i barnkonventionen och 9 kap. 1 § FB.

<sup>6</sup> Söderbäck, *Barns och ungas rätt i vården*, s. 158.

<sup>7</sup> Artikel 24(1) barnkonventionen.

<sup>8</sup> Fortsättningsvis i detta arbete kommer dessa barn att benämnas ”ensamkommande barn”.

deras jurisdiktion samtliga de rättigheter som inkluderats i instrumentet<sup>9</sup>, vilket innebär att även ensamkommande barn omfattas. Kärnan i studien ligger i frågan om huruvida Sverige lever upp till sina internationellrättsliga åtaganden enligt artikel 24(1). Detta kommer att belysas utifrån möjligheten för ensamkommande barn att få uppehållstillstånd på grund av skäl som anses vara särskilt ömmande enligt den svenska utlänningslagen.<sup>10</sup>

I 5 kap. 6 § UtL ges en sista möjlighet att få uppehållstillstånd i Sverige om alla andra möjligheter är uttömda. Denna möjlighet ges dock bara om det i det enskilda fallet anses föreligga *synnerligen ömmande omständigheter* för att uppehållstillstånd skall beviljas. I bestämmelsens andra stycke ges vidare en lättnad för det fall att sökanden är ett barn. För att ett barn skall beviljas uppehållstillstånd enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL krävs istället för synnerligen ömmande omständigheter att det föreligger *särskilt ömmande omständigheter*. När bedömning av denna möjlighet görs nämns i förarbetena<sup>11</sup> att vad som särskilt skall beaktas är barnets hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situationen i barnets hemland. Det poängteras dock att det är en helhetsbedömning i varje enskilt fall som slutligen skall avgöra om särskilt ömmande omständigheter föreligger och att bestämmelsen är av undantagskaraktär.<sup>12</sup> Detta arbete kommer att fokusera på tolkningen och tillämpningen av möjligheten för ett ensamkommande barn att beviljas uppehållstillstånd med stöd av 5 kap. 6 § 2 st. UtL i förhållande till bedömningen av barnets psykiska hälsotillstånd. I centrum står frågan om denna bedömning överensstämmer med barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa enligt artikel 24(1) i barnkonventionen. I anledning av detta kan dessutom konstateras att asylsökande barn sedan 1994 har samma rätt till hälso- och sjukvård som barn som är bosatta i Sverige.<sup>13</sup> Detsamma gäller numer även barn som uppehåller sig i Sverige utan erforderligt tillstånd, dvs. papperslösa barn.<sup>14</sup>

På senare tid har det i Sverige talats mycket om att göra barnkonventionen till svensk lag, något som bland andra Rädda Barnen Sverige förespråkar.<sup>15</sup> Konventionen är idag inte inkorporerad i svensk rätt, vilket innebär att den i dagsläget inte i sin helhet är svensk lag och

---

<sup>9</sup> Se artikel 2 i barnkonventionen.

<sup>10</sup> Fortsättningsvis förkortad UtL.

<sup>11</sup> Prop. 2013/14:216.

<sup>12</sup> Prop. 2013/14:216, s. 18.

<sup>13</sup> Se Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 5 §.

<sup>14</sup> Se Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd 5-6 §§.

<sup>15</sup> <http://www.raddabarnen.se/vad-vi-gor/mer-om-vad-vi-gor/barns-rattigheter-samhallets-ansvar/barnkonventionen-som-lag/>

därför inte är direkt tillämplig vid svenska domstolar och andra myndigheter. Istället för inkorporering valde Sverige vid ratificeringen i juni 1990 metoden transformation.<sup>16</sup> Denna metod innebär att befintlig lagstiftning vid behov ändras på lämpligt sätt så att bestämmelserna i konventionen ges motsvarighet i den nationella rätten. Med inkorporation menas istället att en internationell överenskommelse införlivas med den nationella rättsordningen i oförändrad form.<sup>17</sup> I detta arbete kommer effekten av att barnkonventionen eventuellt skulle inkorporeras i svensk rätt även att behandlas i förhållande till arbetets kärnfråga. Denna diskussion kommer framförallt att föras utifrån vad som konstaterats gällande tolkningen och tillämpningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL och fokusera på de effekter som ett sådant införande skulle kunna få specifikt för denna bestämmelse.

## 1.2. Syfte och frågeställningar

Det grundläggande syftet med detta arbete är att undersöka om ensamkommande barns möjlighet att få uppehållstillstånd med stöd av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL överensstämmer med artikel 24(1) i barnkonventionen när hänsyn tas till det enskilda barnets psykiska hälsotillstånd. Anledningen till att fokus i detta arbete ligger på ensamkommande barns psykiska hälsa och möjligheten till uppehållstillstånd i Sverige i förhållande till aktuell bestämmelse i barnkonventionen är det faktum att det har visat sig att det är vanligt med olika former och grader av psykisk ohälsa bland denna grupp barn.<sup>18</sup> Vidare ger artikel 24(1) i barnkonventionen uttryck för konventionsstaternas åtagande att tillse att varje barn ges rätt till såväl bästa uppnåeliga hälsa som till sjukvård och rehabilitering. Eftersom Sverige ratificerat konventionen föreligger en skyldighet att respektera samtliga bestämmelser i denna. Det är denna respekt för konventionens stadganden och om instrumentet efterföljs av lagstiftare och rättstillämpare som utgör grunden i detta arbete.

Undersökningen i arbetet kommer således att utgå ifrån rätten till hälsa, sjukvård och rehabilitering enligt artikel 24(1) och dess relation till 5 kap. 6 § 2 st. UtIL. Ett vidare syfte med detta arbete är att utifrån vad som framkommit gällande denna relation i ett avslutande kapitel belysa några av de effekter som kan skönjas i förhållande till den psykiska

---

<sup>16</sup> Brandin Berndtsson m.fl., *Handbok om barnkonventionen*, s. 13.

<sup>17</sup> Bring, Mahmoudi och Wränge, *Sverige och folkrätten*, s. 60.

<sup>18</sup> Se bland annat Brunnberg, Borg och Fridström, *Ensamkommande barn – En forskningsöversikt*, s. 91 och Ascher och Hjern, *Från apati till aktivitet – Teori och behandling av flyktingbarn med svår psykisk ohälsa*, s. 23. Sistnämnda talar dock om flyktingbarn och psykisk ohälsa generellt, utan särskild betoning på ensamkommande barn.

hälsotillståndsbedömningen enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL om barnkonventionen skulle inkorporeras i svensk rätt. Avsikten med denna summerande del är att kunna föra en argumentation om huruvida det är rimligt med hänsyn till förmodade effekter för aktuell bestämmelse vidkommande att konventionen inkorporeras i vår nationella rättsordning. För att uppnå mina syften har jag för avsikt att besvara följande frågor:

- Hur skall rätten till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering i barnkonventionens artikel 24(1) tolkas enligt FN:s kommitté för barnets rättigheter?
- Hur skall 5 kap. 6 § 2 st. UtL tolkas enligt lagstiftaren när frågan rör ensamkommande barns psykiska hälsotillstånd?
- Hur resonerar migrationsdomstolen kring hälsotillståndsbedömningen gällande ensamkommande barns psykiska hälsa när 5 kap. 6 § 2 st. UtL tillämpas?
- Hur väl återspeglar den svenska regleringen och rättstillämpningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtL barnkonventionens artikel 24(1) och vilka effekter kan skönjas för svensk rätt vidkommande i detta hänseende om barnkonventionen skulle inkorporeras i svensk rätt?

### 1.3. Teoretiska utgångspunkter, metod och material

#### 1.3.1. Teoretiska utgångspunkter

I detta arbete har jag utgått ifrån ett barnperspektiv, med fokus på barnets rättigheter enligt barnkonventionen och med instrumentets grundprinciper, dvs. principen om barnets bästa, icke-diskrimineringsprincipen, rätten till liv, överlevnad och utveckling, samt rätten att bli hörd, som utgångspunkt. Ett anläggande av ett barnperspektiv innebär en visad respekt för barnets fulla människovärde och integritet, men också ett försök att förstå barnet och ta reda på hur barnet själv uppfattar sin situation. Barnperspektivet omfattar dessutom en analys av vilka effekter olika beslut kan få för barnet, samt att lyssna på och respektera barnets egen mening. Barnperspektivet innebär dock inte att barnets uppfattning alltid måste följas, utan den vuxne skall anamma sina kunskaper och erfarenheter och fatta ett ansvarsfullt beslut utefter dessa.<sup>19</sup> Eftersom fokus ligger på barnets grundrättigheter enligt barnkonventionen skulle den teori som använts i detta arbete också kunna karaktäriseras som en typ av barnrättsperspektiv, där barnets rättigheter och respekten för barnet som individ står i

---

<sup>19</sup> Singer, *Barnets bästa – om barnets rättsliga ställning i familj och samhälle*, s. 35.

centrum. För stringensens skull har jag dock valt att använda mig av begreppet *barnperspektiv*.

Syftet med de underrättsdomar som har analyserats i detta arbete har varit att undersöka huruvida ensamkommande barn med någon form av psykisk ohälsa i praktiken getts rätt till den hälsa och vård som barnkonventionens artikel 24(1) ger uttryck för. Denna utgångspunkt har varit avgörande för undersökningen då den legat till grund för att kunna besvara frågan om Sverige lever upp till sina skyldigheter enligt konventionen i praktiken. Det skall också tilläggas att syftet med denna studie därför inte har varit att redogöra för gällande rätt i klassisk bemärkelse. Utgångspunkten har istället varit att använda domarna för att kunna presentera en bild av hur verkligheten ser ut. Detta innebär att den teoretiska utgångspunkt som använts när underrättspraxisen undersökts kan beskrivas som ett studium av rätten i ett samhällsperspektiv, dvs. att ett rättssociologiskt synsätt har anlagts. Mathiesen framhåller att *”den levande rätten”* så som den fungerar på samhällsscenen inte behöver vara synonym med den rätt som återfinns i skriftlig form, utan att rätten och samhället är sammanvävda och skall ses som en helhet. Vidare innefattar det rättssociologiska synsättet enligt denne metoder för att beskriva den sociala verkligheten, men även teorier för att analysera denna. Detta perspektiv har varit utgångspunkten gällande undersökningen av underrättspraxisen och ligger således utanför det traditionellt juridiska sättet att behandla rätten som istället innebär att tolka en regels innehåll och dess rättsliga konsekvenser. I förlängningen medför detta synsätt att rätten inte används för att lösa ett problem eller en konflikt. Sistnämnda har alltså inte heller varit syftet med hanteringen av den praxis som legat till grund för undersökningen i detta arbete.<sup>20</sup>

### 1.3.2. Metod

För att kunna besvara de delar av detta arbete som är hänförliga till hur den internationella och nationella rätten skall tolkas har det varit nödvändigt att utgå ifrån den juridiska metoden. Denna metod är dock inte tillräcklig för att kunna svara på frågan om huruvida Sverige lever upp till sina internationella åtaganden i förhållande till artikel 24(1) i barnkonventionen när uppehållstillståndsmöjligheten enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtIL prövas. För denna del har det istället varit en förutsättning att undersöka hur denna bedömning ser ut i praktiken, vilket gjorts genom en studie av underrättspraxis. Dessa båda delar har dessutom varit en förutsättning för

---

<sup>20</sup> Mathiesen, *Rätten i samhället – En introduktion till rättssociologin*, s. 9, 14.



att kunna dra slutsatser om vilka förmodade effekter en inkorporation av barnkonventionen skulle kunna få för svensk rätt. Den metod som har använts i detta arbete kan enligt Sandgrens definition kallas för *integrativ rättsvetenskap*. Denna rättsvetenskapliga metod innebär att sedvanlig juridisk analys<sup>21</sup>, dvs. det som vanligen brukar kallas juridisk metod, integreras med en undersökning av empiriskt material.<sup>22</sup>

Att den integrativa rättsvetenskapliga metoden har valts beror på att de frågeställningar som detta arbete syftar till att besvara inte kan presenteras på ett fullgott sätt utan de båda delar som denna metod representerar. För att kunna svara på frågorna hur gällande rätt ser ut, vilket varit en förutsättning för att undersöka tillämpningen av densamma, har det varit nödvändigt att för denna del främst söka stöd i den juridiska metoden. Jag har också valt att använda mig av den integrativa rättsvetenskapliga metoden då jag anser att den stämmer väl överens med de teoretiska utgångspunkter som presenterats ovan. Utifrån dessa perspektiv är inte det primära syftet med att använda den integrativa rättsvetenskapliga metoden att fastställa gällande rätt, utan istället att undersöka om avsikten med rättsreglerna uppnås i praktiken, m.a.o. om ensamkommande barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering verkligen respekteras vid tillämpningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL.<sup>23</sup> Mer konkret innebär denna utgångspunkt att genomgången av tolkningen av såväl barnkonventionens artikel 24(1) som av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL är en förutsättning för att det utifrån den empiriska undersökningen skall kunna dras adekvata slutsatser om hur rättsläget ser ut i praktiken. Som nämnts har metoden dessutom varit nödvändig för att kunna utröna vilka potentiella effekter en inkorporering av barnkonventionen i svensk rätt skulle kunna få.

### 1.3.3. Material

För att kunna besvara mina första två frågeställningar har jag huvudsakligen utgått från lagtext, förarbeten och doktrin på området. Vad gäller materialet som använts för besvarandet av första frågan om hur rätten till bästa uppnåeliga hälsa enligt barnkonventionen bör tolkas har mycket fokus legat på att studera FN:s kommitté för barnets rättigheter<sup>24</sup> och detta organs allmänna kommentarer. I dessa kommentarer förklarar och preciserar kommittén syftet och

---

<sup>21</sup> Vad gäller definitionen av "juridisk metod" hänvisar Sandgren till Peczeniks och Strömholms resonemang. Sandgren, *Om empiri och rättsvetenskap*, Del I, s. 727 not 1.

<sup>22</sup> Sandgren, *Om empiri och rättsvetenskap*, Del I, s. 734.

<sup>23</sup> Sandgren, *Om empiri och rättsvetenskap*, Del I, s. 739.

<sup>24</sup> Fortsättningsvis benämnd FN:s barnrättskommitté, barnrättskommittén eller kommittén. Vad gäller kommitténs existens se artikel 43(1) i barnkonventionen.

omfattningen av konventionens artiklar, varför dessa i någon mån torde kunna ses som förarbeten till instrumentet.<sup>25</sup> Ett av organets främsta syften är vidare att övervaka att konventionens bestämmelser efterföljs och respekteras av konventionsstaterna<sup>26</sup>, varför kommitténs uttalanden bör tillmätas stor betydelse ur tolkningshänseende. Barnrättskommittén skall dessutom bestå av 18 oberoende experter med ”... högt moraliskt anseende och erkänd sakkunskap på det område som denna konvention omfattar”<sup>27</sup>, varför det får antas att kommitténs ledamöter är särskilt lämpade att uttala sig om tolkningen av instrumentet på grund av sin särskilda kompetens vad gäller sådana frågor.

När det gäller frågan om hur 5 kap. 6 § 2 st. UtIL skall tolkas enligt lagstiftarens mening har jag främst använt mig av uttalanden i olika förarbeten. Vidare, för att kunna besvara frågan om hur denna tolkning återspeglas i rättstillämpningen har jag, som nämnts, undersökt underinstansdomar från migrationsdomstolen i Göteborg där frågan om särskilt ömmande omständigheter i förhållande till ensamkommande barn varit uppe till prövning. Urvalet av de avgöranden som tagits upp i detta arbete har gjorts genom två personliga besök vid domstolen, efter mailkontakt med domstolsarkivet, där domar undersökts separat utifrån en specifik måltypskod. De avgöranden som undersökts spänner över perioden 1 juli 2014, då en ny lydelse av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL trädde ikraft, fram till den 15 oktober 2015. Slutdatumet är hänförligt till det faktum att det senaste av mina två besök vid domstolen inträffade den 20 oktober och att domar efter den 15 oktober vid denna tidpunkt inte fanns att tillgå. De domar som studerats var alla hänförliga till måltypskod 60/03 och rörde beslut gällande barn utan medföljande vårdnadshavare. Resultatet av min genomgång blev att 73 mål begärdes ut, vilka alla behandlade frågan om särskilt ömmande omständigheter enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtIL förelåg.

Av det sammanlagda antalet domar som begärts ut är det 24 stycken som har studerats mer grundligt i detta arbete, då omständigheterna i dessa fall pekat på psykisk ohälsa hos det enskilda barnet ifråga på ett konkret sätt. Med detta menar jag att klaganden på något sätt framfört att psykiska besvär av olika grad förelegat, inte att domstolen i det enskilda fallet

---

<sup>25</sup> Bland andra Rädda Barnen har i en folder konstaterat att barnkonventionen förvisso inte har några förarbeten, så som andra svenska lagar, men poängterar att barnrättskommittén istället har tolkat rättigheterna i konventionen genom sina allmänna kommentarer, samt sina sammanfattande slutsatser och rekommendationer till konventionsstaterna. Se Rädda Barnen, *När barnkonventionen blir lag – Förberedande frågor till beslutsfattare*, (s. 15).

<sup>26</sup> Se artikel 43(1) barnkonventionen.

<sup>27</sup> Se artikel 43(2) barnkonventionen.

alltid tagit upp frågan och behandlat denna mer ingående. Naturligtvis är det möjligt att jag inte fått med samtliga relevanta fall för mitt arbete. Vissa målnummer gick bland annat inte hitta bland det dokument som tagits fram till mig, men också den mänskliga faktorn kan ha spelat in i detta hänseende. Trots detta anser jag att de domar som jag undersökt utgör en god grund för den prövning jag gjort och att ett uteslutande av några mål inte spelar någon betydande roll för resultatet av undersökningen. Vad gäller nämnda resultat skall vidare noteras att detta, utöver att besvara den tredje frågan, har använts för att redogöra för arbetets sista fråga, om hur tolkningen och tillämpningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtL förhåller sig till artikel 24(1) i barnkonventionen. Vad gäller sistnämnda spörsmål har slutsatser dock dragits även utifrån övrigt inhämtat material.

#### 1.4. Avgränsningar

I detta arbete kommer artikel 24(1) i barnkonventionen endast att behandlas i förhållande till ensamkommande barns psykiska hälsa. Detta innebär att den fysiska, eller medicinska, hälsan kommer att lämnas därhän. Att fokus ligger på ensamkommande barn betyder också att det är psykiska besvär som på något sätt kunnat kopplas ihop med denna grupp utifrån det material som inhämtats som behandlats.

En ytterligare avgränsning som gjorts i detta arbete rör de underinstansdomar från migrationsdomstolen i Göteborg som har studerats. Det har tyvärr inte varit praktiskt möjligt för mig att undersöka domar från någon av de tre övriga migrationsdomstolarna i landet<sup>28</sup> i detta arbete. Detta beror främst på att domstolarnas arkivdatabaser inte kan söka på specifika omständigheter eller bestämmelser som enskilda mål behandlat, varför det inte har kunnat garanteras utan en personlig genomgång av olika mål vid domstolen ifråga att domarna som begärs ut verkligen skulle vara av intresse för min undersökning. Av både logistiska och praktiska skäl har det inte varit genomförbart att besöka de övriga domstolarna. Det har inte heller varit ekonomiskt eller arbetsmässigt försvarbart att begära ut ett stort antal mål i elektronisk form för att sedan gå igenom dem manuellt.

Gällande de domar som ingått i underlaget för undersökningen i detta arbete skall vidare noteras att några överinstansavgöranden som utgångspunkt inte har beaktats. Att detta inte har gjorts beror på att jag inte har hittat något mål där migrationsöverdomstolen har prövat

---

<sup>28</sup> Dessa domstolar återfinns i Stockholm, Malmö och Luleå. Se Förordning (1977:937) om allmänna förvaltningsdomstolars behörighet m.m. 6 §.

nuvarande lydelse av 5 kap. 6 § 2 st. UtL som trädde ikraft den 1 juli 2014. Med detta inte sagt att all tidigare praxis skulle sakna betydelse för området, men då den praxis som studerats syftar till att kunna dra slutsatser om tillämpningen av bestämmelsen så som den är utformad idag har överrättsavgöranden bedömts kunna lämnas därhän.

### **1.5. Disposition**

Första delen av detta arbete kommer att redogöra för tolkningen av artikel 24(1) och barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering enligt barnkonventionen utifrån FN:s barnrättskommittés allmänna kommentarer. Detta innebär att huvudfokus i denna del kommer att ligga på arbetets första fråga, dvs. på den internationella rätten och hur barnkonventionens artikel 24(1) rimligen bör tolkas. I den andra och tredje delen kommer fokus att flyttas från den internationella regleringen till den nationella och tillämpningen av denna. Tonvikten kommer därför i dessa delar att ligga på andra och tredje frågan som arbetet gör anspråk på att besvara. Kapitel tre kommer att redogöra för hur den svenska rätten skall tolkas utifrån ett lagstiftarperspektiv, medan kapitel fyra kommer att fokusera på hur tolkningen ser ut i praktiken. Det är vidare sistnämnda tillämpningsfråga, som är kopplad till arbetets empiriska studie, som getts störst utrymme, såväl kvantitativt som kvalitativt, i detta arbete. Utifrån resultatet av arbetets tidigare delar kommer den fjärde och avslutande delen att utgöra en analys av vilka effekter det skulle få i aktuellt hänseende för svensk rätt om barnkonventionen blev inkorporerad i svensk rätt. Denna del syftar dels till att sammanfatta vad som tidigare presenterats och dra slutsatser utifrån detta, dels till att ge arbetet en vidare mening. Det är således den sista delen av detta arbete som kommer att göra anspråk på att besvara undersökningens fjärde fråga.

## 2. Den internationella regleringen

### 2.1. Barnkonventionen

#### 2.1.1. Introduktion

Inledningsvis skall betonas att artikel 4 i barnkonventionen stadgar att *”konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i denna konvention. I fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter skall konventionsstaterna vidta sådana åtgärder med utnyttjande till det yttersta av sina tillgängliga resurser och, där så behövs, inom ramen för internationellt samarbete”*<sup>29</sup>. Andra meningen i artikeln antyder att det skulle föreligga en skillnad mellan medborgerliga- och politiska rättigheter å ena sidan och ekonomiska, sociala och kulturella å den andra. FN:s barnrättskommitté har dock framhållit att oavsett till vilken kategori rättigheten är hänförlig skall den betraktas som utkrävbar, samt att konventionens ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är ouplösligt förbundna med de medborgerliga och politiska.<sup>30</sup> Av detta följer att Sverige som konventionsstat är skyldig att tillse att konventionens samtliga bestämmelser, dvs. även artikel 24(1), realiserar i praktiken. Artikel 2 anger dessutom att konventionsstaterna skall tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som omfattas av instrumentet utan åtskillnad av något slag. Detta innebär att även ensamkommande barns rätt enligt artikel 24(1) skall respekteras.

I detta kapitel kommer främst allmänna kommentarer<sup>31</sup> från FN:s barnrättskommitté att fungera som analysmaterial för att besvara arbetets första fråga om hur kommittén har tolkat rätten till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering enligt artikel 24(1) i barnkonventionen. Barnrättskommittén är ett organ vars existens är föreskriven i konventionen och vars huvudsakliga funktion är att se till att konventionens bestämmelser efterföljs och respekteras av de stater som ratificerat instrumentet<sup>32</sup>. Kommittén skall enligt konventionen bestå av 18 experter med *”högt moraliskt anseende och erkänd sakkunskap”*<sup>33</sup>. Det är också till barnrättskommittén som konventionsstaterna skall lämna in sina rapporter om hur landet ifråga tillgodoser barns rättigheter enligt konventionen och vad som gjorts för att rättigheterna bättre skall bli förverkligade sedan landets senaste rapport.<sup>34</sup> Sådana rapporter är

---

<sup>29</sup> Se artikel 4 i barnkonventionen.

<sup>30</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 5, s. 4.

<sup>31</sup> På engelska benämns dessa dokument *”General Comments”*.

<sup>32</sup> Se artikel 43(1) i barnkonventionen.

<sup>33</sup> Se artikel 43(2) i barnkonventionen.

<sup>34</sup> Se artikel 44 i barnkonventionen.

varje konventionsstat skyldig att överlämna till kommittén vart femte år, dock redan två år efter att konventionen först blivit ratificerad. Viktigt att framhålla är dock att barnrättskommittén i princip inte har någon annan möjlighet att sanktionera en konventionsstat som inte handlar i överensstämmelse med konventionen än att rikta kritik och ge förslag på åtgärder som kommittén anser borde vidtas. Eftersom barnkonventionen är den konvention som flest länder i världen ratificerat<sup>35</sup> är det förstås svårt för kommittén att få till ett heltäckande övervakningssystem genom rapportmekanismen, men en ytterligare tanke med rapporteringssystemet är att väcka politisk debatt rörande konventionens förverkligande i landet ifråga.<sup>36</sup> Med hänsyn till barnrättskommitténs funktion och uppbyggnad har jag i detta arbete ansett att organets uttalanden är av särskild vikt när artikel 24(1) skall analyseras, varför det är dessa som främst kommer att användas som tolkningsunderlag i följande kapitel.

År 2011 antog FN ett tredje tilläggsprotokoll<sup>37</sup> till barnkonventionen som innebär att barn numer har en möjlighet att lämna in klagomål till barnrättskommittén, om deras rättigheter enligt konventionen kränkts och de inte har getts möjlighet till upprättelse i sitt hemland. Sverige har dock ännu inte ratificerat det tredje tilläggsprotokollet.<sup>38</sup> Med anledning av detta kan emellertid poängteras att barnrättskommittén framhåller att för att på ett adekvat sätt kunna värna barns rätt till hälsa är det av vikt att konventionsstaterna tillser att en effektiv nationell mekanism för ansvarsutkrävande finns att tillgå för enskilda som anser att deras rättigheter enligt konventionen blivit kränkta. Kommittén framhåller också att dessa nationella mekanismer måste vara effektiva för att kunna säkerställa att de som är ansvariga för beslut som rör barn får stå till svars vid eventuella brister. Kommittén betonar även att konventionsstaterna bör tillhandahålla en miljö som främjar möjligheten för de aktörer som på olika sätt är ansvariga att uppfylla sina skyldigheter enligt artikel 24(1).<sup>39</sup>

---

<sup>35</sup> <http://www.unicef.org/crc/>

<sup>36</sup> <https://unicef.se/barnkonventionen/fns-kommitte-for-barnets-rattigheter>

<sup>37</sup> Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a communications procedure, UNTS A-27531.

<sup>38</sup> <https://unicef.se/barnkonventionen/tillaggsprotokoll>

<sup>39</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 20.

## 2.1.2. Artikel 24(1) - kopplingen till andra bestämmelser i barnkonventionen

### 2.1.2.1. Introduktion

Barnkonventionens artiklar är att betrakta som en helhet. Detta innebär att artikel 24(1) inte bör läsas separat och att stadgandet är starkt förknippad med flera andra artiklar i konventionen.<sup>40</sup> Av detta faktum följer att det är viktigt för förståelsen av såväl konventionen i stort som för rätten till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering att poängtera sambandet mellan artikel 24(1) och de mest grundläggande principerna som instrumentet ger uttryck för. De bestämmelser och principer som främst kommer att behandlas nedan är de som ges uttryck för i artiklarna 2, 3(1), 6 och 12, vilka har lyfts fram av barnrättskommittén som barnkonventionens fyra hörnstenar.<sup>41</sup> Av särskild vikt för frågorna i detta arbete är förutom nämnda grundprinciper även artiklarna 19 och 22 i konventionen. Dessa bestämmelser kommer att presenteras för att utöka läsarens förståelse för barnkonventionens omfattning och därav också staternas skyldigheter i förhållande till ensamkommande barns rätt till hälsa, sjukvård och rehabilitering.

### 2.1.2.2. De grundläggande principerna

Den kanske viktigaste artikeln att behandla i detta sammanhang är artikel 3(1) i barnkonventionen som ger uttryck för principen om barnets bästa. Den svenska översättningen av artikeln stadgar i sin helhet att ”*vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet*”<sup>42</sup>. Vad principen innebär har särskilt definierats av barnrättskommittén i en allmän kommentar<sup>43</sup>. I denna förklarar kommittén att principen om barnets bästa ger uttryck för ett av de fundamentala värden som återfinns i konventionen och att den är dynamisk, vilket innebär att bedömningen för om barnets bästa är tillgodosett måste avgöras specifikt i varje enskilt fall. Kommittén har även framhållit att barnkonventionen inte innehåller någon hierarki av rättigheter, utan att samtliga de rättigheter som stadgas ger uttryck för principen om barnets bästa.<sup>44</sup>

I förhållande till artikel 24 har barnrättskommittén framhållit att principen om barnets bästa

---

<sup>40</sup> Brandin Berntsson m.fl., *Handbok om barnkonventionen*, s. 275.

<sup>41</sup> Brandin Berntsson m.fl., *Handbok om barnkonventionen*, s. 47.

<sup>42</sup> Artikel 3(1) i barnkonventionen.

<sup>43</sup> Committee on the Rights of the Child, General comment no. 14.

<sup>44</sup> Committee on the Rights of the Child, General comment no. 14, s. 3.

måste ligga till grund vid alla hälsorelaterade beslut som rör barn. Kommittén har också betonat att bedömningen av om barnets bästa blivit tillgodosett skall utgå ifrån såväl barnets fysiska, emotionella och sociala behov, som barnets ålder, kön, relation till föräldrar och/eller andra närstående, behov av utbildning och social bakgrund. Eftersom principen om barnets bästa är av sådan vikt för uppfyllandet av kraven i de övriga artiklarna i barnkonventionen har barnrättskommittén dessutom uppmanat konventionsstaterna att sätta denna princip i centrum i alla beslut som på något sätt påverkar det enskilda barnets hälsa och utveckling. Kommittén menar att detta också innebär att principen skall tillämpas vid resurstilldelning, samt vid utveckling och genomföranden av olika typer av insatser som reflekterar barns rätt till hälsa. Organet har också poängterat att principen om barnets bästa i relation till rätten till hälsa dessutom kräver att konventionsstaterna tillhandahåller lämplig information gällande hälsorelaterade frågor.<sup>45</sup>

Artikel 24(1) är vidare nära sammanlänkad med såväl artikel 2<sup>46</sup> som artikel 6<sup>47</sup> i barnkonventionen. Artikel 6 ger uttryck för alla barns rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 2 stadgar den så kallade icke-diskrimineringsprincipen. Sistnämnda princip tillämpas i förhållande till artikel 24(1) så att konventionsstaterna är skyldiga att tillse att alla barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering utan åtskillnad av något slag. I fall som rör ensamkommande barn kan det därför konstateras att denna princip syftar till att tillförsäkra dessa barn samma rättigheter och samma skydd i förhållande till sin psykiska hälsa som alla andra barn i konventionsstaten oavsett barnets rättsliga status. Barnrättskommittén har poängterat att diskriminering i förhållande till rätten till hälsa är en starkt bidragande faktor till utsatthet, varför varje konventionsstat bör uppmärksamma även andra former av diskriminering utöver de grunder som explicit framgår av artikel 2.<sup>48</sup> Kommittén har vidare framhållit i en kommentar rörande ungdomars<sup>49</sup> hälsa och utveckling<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 6f.

<sup>46</sup> Artikel 2 stadgar i sin helhet att "(1) Konventionsstaterna skall respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess föräldrars eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, handikapp, börd eller ställning i övrigt. (2) Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

<sup>47</sup> Artikel 6 stadgar i sin helhet att "(1) Konventionsstaterna erkänner att varje barn har en inneboende rätt till livet. (2) Konventionsstaterna skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling."

<sup>48</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 5.

<sup>49</sup> Enligt Migrationsverkets statistik för 2015 (senast uppdaterad 2015-12-01) kan f. ö. noteras att av totalt 32,180 inkomna ansökningar om asyl rörande ensamkommande barn var 29,871 av dessa mellan 13-17 år gamla.



att av de diskrimineringsgrunder som uppräknas i artikeln omfattas även hälsostatus, vilket inkluderar psykisk hälsa. I samma kommentar har kommittén slagit fast att alla ungdomar med en någon form av psykisk störning har rätt att få behandling och vård i så stor utsträckning som möjligt där ungdomen är bosatt. Vad gäller psykiska störningar i förhållande till artikel 2 kan även noteras att konventionsstaterna uppmanats att bekämpa all diskriminering och stigmatisering som är förknippad med sådan ohälsa.<sup>51</sup>

Vad gäller förhållandet mellan artikel 6 och artikel 24(1) kan konstateras att sistnämnda artikel är att se som en utveckling av de rättigheter som artikel 6 ger uttryck för, m.a.o. en utveckling av rätten till liv, överlevnad och utveckling.<sup>52</sup> Åtagandet för konventionsstaterna enligt artikel 6 inkluderar enligt barnrättskommittén både de fysiska, psykiska, moraliska, andliga och sociala aspekterna av barnets utveckling. Av artikeln följer dessutom ett åtagande för staten att identifiera de risker och skyddsfaktorer som inverkar på barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling. Med anledning av detta konstaterande noterar kommittén också att sådana risker och skyddsfaktorer systematiskt måste identifieras i syfte att utforma olika typer av evidensbaserade insatser för att tillförsäkra barnet denna rätt.<sup>53</sup>

Även konventionens artikel 12<sup>54</sup> är av vikt när barnets rätt till hälsa beaktas. Artikel 12 stadgar barns rätt att uttrycka sina åsikter, att dessa skall beaktas, samt rätten att höras i såväl rättsliga som administrativa sammanhang där fråga rör barnets rätt till hälsa, sjukvård och rehabilitering.<sup>55</sup> Rätten att bli hörd har barnrättskommittén starkt kopplat samman med principen om barnets bästa och konstaterat att det är en förutsättning för att principen skall anses tillvaratagen att barnet först givits en rätt att uttrycka sin mening i beslut som rör barnet. Kommittén har också betonat att de åsikter som barnet fört fram i det enskilda fallet skall ges verklig betydelse vid beslutsfattandet i förhållande till barnets ålder och mognad. Vad gäller relationen mellan artikel 12 och artikel 24 kan konstateras att rätten att bli hörd inkluderar

---

<http://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d1aab/1448974429957/Inkomna+ansokning+ar+om+asyl+2015+-+Applications+for+asylum+received+2015.pdf>

<sup>50</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 4.

<sup>51</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 4, s. 4, 9.

<sup>52</sup> Brandin Berntsson m.fl., *Handbok om barnkonventionen*, s. 254.

<sup>53</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 7.

<sup>54</sup> Artikel 12 stadgar i sin helhet att "(1) Konventionsstaterna skall tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. (2) För detta ändamål skall barnet särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med den nationella lagstiftningens procedurregler, i alla domstols- och administrativa förfaranden som rör barnet.

<sup>55</sup> Brandin Berntsson m.fl., *Handbok om barnkonventionen*, s. 259.

barnets åsikter om alla aspekter av beslut som är hälsorelaterade. Som exempel har kommittén lyft fram åsikter från barnet om vilka tjänster som det enskilda barnet är i behov av, hur och var dessa bäst kan levereras, om det föreligger hinder för tillgång eller bruk av sådana, kvalitén på dessa, samt vårdpersonalens attityder.<sup>56</sup>

### 2.1.2.3. Övriga artiklar av särskilt intresse

I förhållande till ensamkommande barns rätt till bästa uppnåeliga psykiska hälsa bör även artikel 19 i barnkonventionen nämnas. Den väsentliga delen av artikeln i aktuellt hänseende ger uttryck för varje barns rätt att åtnjuta skydd mot ”... *alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp...*”<sup>57</sup>. Av den praxis som kommer att analyseras i kapitel fyra nedan i detta arbete framgår att många av de barn som fallen berör varit utsatta för olika typer av sådana övergrepp som uppräknas i nämnda artikel. Av denna anledning är artikeln viktig att ha i åtanke när den empiriska undersökningen i detta arbete studeras, men också för att läsaren skall få en vidare förståelse för barnkonventionens breda tillämpningsområde, trots att rättigheter och skyldigheter i förhållande till bestämmelsen inte kommer att behandlas mer ingående.

Av särskild vikt för detta arbete är dessutom artikel 22 som i relevanta delar för detta arbete stadgar att ”*konventionsstaterna skall vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att ett barn som söker flyktingstatus eller anses som flykting i enlighet med tillämplig internationell eller nationell rätt och tillämpliga förfaranden och oberoende av om det kommer ensamt eller är åtföljt av sina föräldrar eller någon annan person, erhåller lämpligt skydd och humanitärt bistånd vid åtnjutandet av de tillämpliga rättigheter som anges i denna konvention och i andra internationella instrument rörande mänskliga rättigheter eller humanitär rätt, som nämnda stater tillträtt*”<sup>58</sup>. Att artikel 22 är av särskild vikt för detta arbetes vidkommande beror på att bestämmelsen betonar att dessa barn skall tillförsäkras alla de rättigheter som ges uttryck för i konventionen.<sup>59</sup> Att ensamkommande barn, oavsett deras rättsliga status, skall ges samma rätt enligt artikel 24(1) till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering som alla andra barn inom Sveriges jurisdiktion framgår dock explicit av artikel 2.

---

<sup>56</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 6f.

<sup>57</sup> Artikel 19(1) i barnkonventionen.

<sup>58</sup> Artikel 22(1) barnkonventionen.

<sup>59</sup> Brandin Berntsson m.fl., *Handbok om barnkonventionen*, s. 223.

## 2.2. Barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering

### 2.2.1. Introduktion

FN:s barnrättskommitté har framhållit att rätten till hälsa är fundamental för alla de andra rättigheterna i barnkonventionen.<sup>60</sup> Det är viktigt att framhålla att barnkonventionen kräver av konventionsstaterna att de vidtar alla lämpliga åtgärder för att förverkliga *alla* barns rätt till hälsa, sjukvård och rehabilitering inom statens jurisdiktion. Detta innebär att det inte är tillräckligt att åtgärder vidtas för att tillse att de barn som är medborgare i staten i fråga får sina rättigheter enligt artikel 24(1) tillförsäkrade. Barnkonventionen ålägger istället varje konventionsstat att vidta sådana lämpliga åtgärder oavsett barnets rättsliga status, dvs. att vidta åtgärder också för ensamkommande barn och deras rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering.<sup>61</sup> Vidare framgår av artikel 4 i konventionen att det är varje konventionsstats skyldighet att förverkliga alla rättigheter som stadgas i instrumentet. Generellt kan sägas att i förhållande till artikel 24(1) innebär detta att konventionsstaterna skall utnyttja alla sina till buds stående medel, och om så behövs även använda sig av internationellt samarbete för att uppfylla sina internationella åtaganden.<sup>62</sup>

I kommande avsnitt kommer omfattningen av rätten till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering att behandlas på ett så utförligt sätt som det har varit möjligt med stöd av barnrättskommitténs uttalanden i organets allmänna kommentarer. Inledningsvis kommer innebörden av själva formuleringen i artikeln att presenteras för att sedan övergå i en redogörelse för vilka faktiska skyldigheter konventionsstaterna åtagit sig enligt kommitténs mening. Avslutningsvis kommer dessutom något att sägas om några av de rekommendationer som kommittén framfört med anledning av staternas praktiska genomförande av artikel 24(1).

### 2.2.2. Innebörden av rätten till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering

I den allmänna kommentar som särskilt behandlar artikel 24 i barnkonventionen inleder barnrättskommittén med att konstatera att utgångspunkten för kommentaren är vikten av att betrakta barns rätt till hälsa ur ett barnrättsperspektiv där varje barn ges en rätt att *”överleva, växa och utvecklas i ett sammanhang av fysiskt, emotionellt och socialt välbefinnande”*<sup>63</sup>. Barnrättskommittén konstaterar i samma kommentar att barns rätt till hälsa, sjukvård och

---

<sup>60</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 5.

<sup>61</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 6, s. 6f. Jfr även artikel 22(1) i barnkonventionen.

<sup>62</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 17.

<sup>63</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 4.

rehabilitering, liksom principen om barnets bästa, skall tolkas extensivt. Denna rätt innefattar inte bara förebyggande, behandlande, rehabiliterande eller palliativ vård, utan också barns rätt att växa och utveckla sin fulla potential, samt att få möjlighet att leva under förhållanden som främjar hälsan på bästa möjliga sätt. Det noteras vidare i nämnda kommentar att begreppet hälsa utgår ifrån WHO:s allmänt vedertagna positiva definition som inte enbart inkluderar avsaknaden av sjukdom eller andra åkommor, utan också ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.<sup>64</sup> Av detta följer att även barns psykiska hälsa är avgörande för att rätten till hälsa i konventionens mening skall anses tillgodosedd.

Som tidigare poängterats erkänner konventionsstaterna genom artikel 24(1) barns rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa, samt rätten till sjukvård och rehabilitering. Barnrättskommittén har förklarat vad som enligt deras mening avses med begreppet "*bästa möjliga hälsa*" och uttryckt att det innefattar såväl barnets biologiska, sociala, kulturella som ekonomiska förutsättningar. Kommittén noterar vidare att även statliga och icke-statliga resurser ingår<sup>65</sup>. Rätten till bästa uppnåeliga hälsa är vidare uppbyggd av både friheter och rättigheter. När barnet blir äldre får friheterna en större omfattning i form av friheten att bestämma över den egna kroppen och hälsan etc. De rättigheter som åsyftas är bland annat rätten till tillgång till olika inrättningar, tjänster och varor. Vad detta innebär i praktiken har dock inte närmare preciserats. Gällande definitionen av "*rätt till sjukvård och rehabilitering*" poängterar barnrättskommittén att alla barn har rätt till en god hälso- och sjukvård. Den sjukvård och rehabilitering som avses måste dessutom vara tillgänglig för varje barn, samt utföras i tillräcklig utsträckning och vara av god kvalitet. Barnrättskommittén noterar även att den vård som erbjuds måste vara både fysiskt och ekonomiskt tillgänglig för alla barn inom statens jurisdiktion.<sup>66</sup>

Barnrättskommittén har vidare kommenterat förekomsten av barns psykiska ohälsa i form av bland annat ångest, depression och psykologiska trauman och uttryckt sin oro över denna utveckling. Bland gruppen ensamkommande barn har det visat sig att bland annat sådana psykiska besvär som kommittén uppräknat är mycket vanligt förekommande<sup>67</sup>. Med

---

<sup>64</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 4.

<sup>65</sup> Vad detta innebär i praktiken är inte vidare definierat av barnrättskommittén.

<sup>66</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 8f.

<sup>67</sup> Se bland annat redogörelsen av de studerade domarna i kapitel fyra nedan där det i samtliga fall pekats på någon form av psykisk ohälsa, varav de uppräknade är bland de vanligaste, Brunnberg, Borg, och Fridström, *Ensamkommande barn – en forskningsöversikt*, s. 91 och Ascher och Hjern, *Från apati till aktivitet – Teori och behandling av flyktingbarn med svår psykisk ohälsa*, s. 23.

anledning av sitt konstaterande betonar kommittén att det är viktigt att konventionsstaterna anlägger ett synsätt som utgår ifrån såväl folkhälsan som psykosocialt stöd för att möta behovet av hjälp hos barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Det poängteras också att varje konventionsstat ålagts en skyldighet enligt konventionen att tillhandahålla lämplig behandling av barn med olika typer av psykiska besvär.<sup>68</sup> Kommittén har dessutom gällande ungdomarnas hälsa och utveckling betonat att artikel 24 uppmanar konventionsstaterna att sprida kunskap om psykiska störningar och göra samhället i stort uppmärksam på tidiga tecken och symtom, samt allvarligheten av sådana tillstånd. Vidare har framhållits att staterna bör skydda ungdomar från onödiga påfrestningar, vilket även inkluderar psykosocial stress. Kommittén poängterar också att ungdomar som genomgått någon form av migration av denna anledning kan vara särskilt utsatta, vilket allvarligt kan hämma deras hälsa och utveckling.<sup>69</sup>

### 2.2.3. Konventionsstaternas faktiska åtaganden

Generellt för mänskliga rättigheter gäller att varje konventionsstat ålagts att respektera, skydda och genomföra dessa, vilket även gäller barns rätt till hälsa, sjukvård och rehabilitering enligt artikel 24(1) i barnkonventionen. Mer konkret i detta fall innebär dessa tre ”slagord” att konventionsstaterna är skyldiga att dels respektera denna fri- och rättighet, dels skydda den från tredje part eller från hot av social eller miljömässig karaktär, men också att underlätta eller ombesörja att rättigheten får genomslag i praktiken<sup>70</sup>. Vad gäller åtaganden för att genomföra rätten till hälsa har barnrättskommittén konstaterat att dessa inkluderar en skyldighet att vidta omedelbara åtgärder med högsta prioritet och utan åtskillnad av något slag. Kommittén har också poängterat att om staten saknar de tillgängliga resurser som krävs för att uppfylla sina skyldigheter enligt artikel 24 föreligger ett ansvar att vidta målspecifika insatser i syfte att så snabbt och effektivt som möjligt närma sig ett fullt realiserande av rättigheten. Särskilt har kommittén uppmärksammat att oavsett mängden tillgängliga resurser ålägger barnkonventionen staten en skyldighet att inte gå tillbaka i utvecklingen av alla barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering.<sup>71</sup>

Barnrättskommittén har vidare pekat på en rad specifika skyldigheter som varje konventionsstat ålagts genom ratificeringen av barnkonventionen och som särskilt rör barnets rättigheter enligt artikel 24. Till dessa skyldigheter hör att se över olika typer av nationella

---

<sup>68</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 10f.

<sup>69</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 4, s. 9, 11.

<sup>70</sup> Denna skyldighet uttrycks direkt i artikel 4 i barnkonventionen.

<sup>71</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 17.

regelverk och vid behov ändra dessa, att säkerställa att alla barn har tillgång till en primärvård av god kvalitet, att vidta åtgärder riktade mot underliggande faktorer som påverkar barns rätt enligt artikel 24, samt att utveckla, genomföra, övervaka och utvärdera policyer och handlingsplaner gällande barns rätt till hälsa utifrån ett rättighetsbaserat perspektiv.<sup>72</sup> Vidare skall poängteras att barnrättskommittén särskilt framhållit varje konventionsstats skyldighet att se till att aktörer vars funktion är att säkerställa rätten till hälsa enligt artikel 24 hålls ansvariga för upprätthållandet av högsta möjliga hälsa för barn. Kommittén betonar med anledning av detta att ansvarsutkrävande är av central betydelse för att rätten till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering skall kunna värnas.<sup>73</sup>

Något skall också sägas om skyldigheterna enligt artikel 24(1) i förhållande till ensamkommande barn och deras rätt till hälsa. Vad gäller dessa barns rättigheter kan konstateras att en konventionsstat är skyldig att tillse att ensamkommande barn åtnjuter samma rätt till hälso- och sjukvård som barn som är medborgare i staten.<sup>74</sup> Barnrättskommittén har framhållit att för att det skall vara möjligt att förverkliga ensamkommande barns rätt enligt artikel 24 är det av vikt att dessa barns särskilda belägenhet och utsatthet uppmärksammas. Många ensamkommande barn har, utöver separation, i olika utsträckning genomlidit bland annat förluster, trauman och våld av olika slag som påverkat deras psykiska hälsa<sup>75</sup> och som särskilt måste beaktas i dessa fall. När det gäller ensamkommande barn från krigsdrabbade länder är det också viktigt att staterna är uppmärksamma på den stress och det våld som dessa barn ofta upplevt och som inte sällan gett upphov till känslor av hjälplöshet och bristande förtroende för andra människor. Kommittén har också noterat att de olika behov av stöd och hjälp som ensamkommande barn har är något som staterna måste belysa särskilt när det kommer till barnets rätt till sjukvård och rehabilitering.<sup>76</sup>

#### **2.2.4. FN:s barnrättskommittés rekommendationer**

I barnrättskommitténs allmänna kommentarer återfinns, utöver vilka faktiska skyldigheter kommittén anser att konventionsstaterna åtagit sig, också ett antal rekommendationer. Dessa

---

<sup>72</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 17.

<sup>73</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 20.

<sup>74</sup> Se artikel 2 i barnkonventionen.

<sup>75</sup> Detta konstaterande har även stöd i vad som framkommit av omständigheterna i den praxis som återfinns i kapitel fyra nedan i detta arbete.

<sup>76</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 6, s. 15.

rekommendationer syftar i förekommande fall till att underlätta för staterna att uppfylla alla barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering. I det följande kommer några av de rekommendationer som ansetts vara av särskilt intresse för detta arbete att presenteras.

Barnrättskommittén har bland annat lyft fram alternativet för konventionsstaterna att genomföra heltäckande strategier för att med hjälp av dessa undervisa barn, omvårdare, beslutsfattare, politiker och yrkespersoner om artikel 24 och hur dessa personer kan underlätta ett realiserande av artikeln i praktiken. Kommittén har också poängterat att nationella regelverk bör ålägga staten att tillhandahålla alla de insatser som krävs för rättighetens fulla förverkligande och oavsett betalningsförmåga säkerställa tillgången till en grundläggande hälsovård av god kvalitet för alla barn. Viktigt att nämna i sammanhanget är också det faktum att kommittén konstaterat att den nationella lagstiftningen också bör definiera omfattningen av barns rätt till hälsa, samt förtydliga ansvaret för olika berörda aktörer.<sup>77</sup>

I tidigare avsnitt har framförts att barnkonventionen ålägger konventionsstaterna en skyldighet att genomföra rättigheterna som ges uttryck för i instrumentet. Vad gäller genomförandefasen i förhållande till artikel 24 har kommittén anfört att staterna bör säkerställa att alla tjänster och program uppfyller kriterierna *tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet* och *kvalitet*. Med tillgång åsyftas enligt kommittén att hälsovårdstjänster etc. ges i tillräcklig omfattning för att motsvara behovet. Vad gäller tillgänglighetsrekvisitet noteras att detta inkluderar både icke-diskriminering, fysisk och ekonomisk tillgänglighet som tillgänglig information<sup>78</sup>. Med tillgänglig information menar kommittén att denna skall ges på ett språk och i en sådan form att den är såväl tillgänglig som lättbegriplig för den enskilde. Vidare definieras godtagbarhet som innebärandes en skyldighet för staten att utforma och leverera alla hälsorelaterade insatser med full hänsyn till, och respekt för, medicinsk etik, barns behov, förväntningar, kultur, åsikter och språk. Avslutningsvis omfattar en god kvalitet bland annat att insatser utförs av kompetent personal och att behandlingen baseras på bästa möjliga evidens.<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 20.

<sup>78</sup> Se även artikel 17 i barnkonventionen.

<sup>79</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 23f.

### 2.3. Avslutande kommentarer kapitel 2

Något som förefaller problematiskt när artikel 24(1) skall tolkas är det faktum att bestämmelsen är ytterst vag i sin formulering. Trots att kommittén har uttalat sig om vad ”bästa uppnåeliga hälsa” och ”rätt till sjukvård och rehabilitering” innebär kan inte den förklaring som getts anses vara av en sådan karaktär att det klart framstår vad som åsyftas. Att ”bästa uppnåeliga hälsa” innefattar såväl det enskilda barnets biologiska, sociala, kulturella som ekonomiska förutsättningar svarar t.ex. inte särskilt väl på frågan om den faktiska innebörden. Dock torde det vara varken lämpligt eller möjligt att uttala sig precist om formuleringen, särskilt med hänsyn till att det är 196 olika rättsordningar och rättskulturer som ratificerat konventionen.<sup>80</sup> Av detta faktum följer att det torde vara mycket svårt att hitta en formulering som kan appliceras utan större komplikationer i samtliga konventionsstaters rättsliga system, vilket kan ha motiverat en viss försiktighet från kommitténs sida. Icke desto mindre är detta problematiskt när den internationella rätten skall tolkas och tillämpas nationellt. Denna problematik kan även leda till att den internationella rätten blir urholkad och saknar egentlig effekt. Det torde vara svårt att motivera nationella aktörer att anpassa rätten och dess tillämpning till internationella bestämmelser när innehållet i sådana regler inte på långt när framstår som klar. Till saken hör dock att barnkonventionen är ett politiskt dokument framtaget genom kompromisslösningar mellan en mängd olika länder. Nämnda faktum är dessutom särskilt problematiskt när det rör sig om sociala rättigheter, till vilken kategori artikel 24(1) kan hänföras, som för ett realiserande tar statens resurser i anspråk.<sup>81</sup> Den politiska kompromissproblematiken resulterar i att det förefaller tämligen enkelt att hävda att det nationellt kommer att bli svårt att tolka och tillämpa internationella bestämmelser. Mot detta faktum kan dock ställas att detta stått klar för varje konventionsstat redan innan dess tillträde till konventionen. Med detta sagt bör poängteras att vagheten inte borde leda till att den svenska rättstillämparen helt förbiser internationellt stadgade rättigheter. Detta bör gälla trots avsaknaden av ett sådant lagstiftningsförfarande som vi i Sverige är vana vid som preciserar sådana bestämmelsers innehåll.

Något som bör noteras med anledning av konstaterandet att artikel 24(1) är långt ifrån tydligt definierad är det faktum att barnrättskommittén rekommenderat konventionsstaterna att genom lagstiftning själva definiera omfattningen av rättigheten. En förutsättning är naturligtvis att en sådan lagstiftning måste leva upp till de skyldigheter som barnkonventionen

---

<sup>80</sup> <https://unicef.se/barnkonventionen>

<sup>81</sup> Stern och Jörnrd, *Barnkonventionens status – En utvärdering av för- och nackdelarna med barnkonventionen som svensk lag*, s. 13.



föreskriver. I Sveriges fall finns bestämmelser i bland annat hälso- och sjukvårdslagen som närmare preciserar den svenska vårdens omfattning.<sup>82</sup> För asylsökande och papperslösa barns vidkommande finns vidare särskild reglering som anger att dessa barn skall ges samma rätt till hälso- och sjukvård som barn som är bosatta i Sverige.<sup>83</sup> Frågan är dock om den lagstiftning som Sverige infört och som syftar till att skydda ensamkommande barns rätt till psykisk hälsa är tillräcklig vid en jämförelse med de skyldigheter som barnrättskommittén föreskrivit och som framkommit i förevarande kapitel. Detta spørsmål kommer att behandlas utifrån möjligheten för ensamkommande barn med psykisk ohälsa att få uppehållstillstånd på medicinsk grund med stöd av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL i följande delar av detta arbete.

---

<sup>82</sup> Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Se särskilt 2 a-2 h §§.

<sup>83</sup> Se Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 5 § och Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd 6 §.

## 3. Den nationella regleringen

### 3.1. Introduktion

#### 3.1.1. Bakgrund

År 1994 fick asylsökande barn laglig rätt till samma hälso- och sjukvård som barn som är bosatta här i landet.<sup>84</sup> Att reglerna ändrades motiverade regeringen med att den svenska lagstiftningen på så sätt skulle stämma bättre överens med barnkonventionen, vilket gällde såväl i förhållande till rätten till hälsa, sjukvård och rehabilitering som till icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2.<sup>85</sup> Efter en lagändring som trädde i kraft den 1 juli 2013 har även papperslösa barn<sup>86</sup> rätt till samma vård som både asylsökande barn och barn som är medborgare i Sverige.<sup>87</sup> Av givna omständigheter kan det konstateras att innan lagändringen 1994 bröt Sverige mot sina åtaganden enligt barnkonventionen eftersom man då inte tillförsäkrade *alla* barn inom statens jurisdiktion de rättigheter som instrumentet stadgar.<sup>88</sup> Därav följer att inte heller artikel 24(1) till fullo respekterades. Vad gäller papperslösa barn gällde samma förhållande fram till sommaren 2013.

#### 3.1.2. Generella utgångspunkter

I följande kapitel kommer ensamkommande barns möjlighet till uppehållstillstånd på grund av särskilt ömmande omständigheter utifrån ett lagstiftarperspektiv att behandlas. När denna prövning görs utifrån 5 kap. 6 § 2 st. UtIL framhålls i lagens förarbeten<sup>89</sup> att tre olika bedömningsgrunder särskilt skall beaktas: (1) barnets anpassning till Sverige, (2) dess hälsotillstånd och (3) situationen i barnets hemland.<sup>90</sup> Eftersom arbetets kärna är att utreda om den nationella rätten och rättstillämpningen är förenligt med barnkonventionens stadgade rätt till hälsa kommer nämnda hälsotillståndsbedömning fortsättningsvis att ligga i fokus. Utifrån denna avgränsning har dessutom en ytterligare avsmalning gjorts som innebär att omständigheter som är av särskild relevans för enbart det fysiska hälsotillståndet vid denna prövning exkluderats. Tonvikten av genomgången kommer istället att behandla barnets psykiska hälsa.

---

<sup>84</sup> Se Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 5 §.

<sup>85</sup> Andersson m.fl., *Mellan det förflutna och framtiden - Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande*, s. 54f.

<sup>86</sup> Till ”papperslösa barn” hänförs sådana barn som vistas i Sverige utan tillstånd. Se Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd 5 §.

<sup>87</sup> Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Se särskilt 6 §.

<sup>88</sup> Se särskilt icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2.

<sup>89</sup> Prop. 2013/14:216. Att så är fallet framgår också av 5 kap. 6 § 1 st. UtIL.

<sup>90</sup> Prop. 2013/14:216, s. 18.

I utlänningslagens första kapitel finns särskilda bestämmelser vars syfte är att värna barns rättigheter och som är av särskild vikt vid prövningen av om särskilt ömmande omständigheter enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL föreligger. I lagens 1 kap. 10 § stadgas att *”i fall som rör ett barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets hälsa och utveckling samt barnets bästa i övrigt kräver”*<sup>91</sup>. Vidare reglerar 1 kap. 11 § att *”när frågor om tillstånd enligt denna lag skall bedömas och ett barn berörs av ett beslut i ärendet skall, om det inte är olämpligt, barnet höras. Den hänsyn skall tas till det barnet har sagt som barnets ålder och mognad motiverar”*<sup>92</sup>. I förarbetena<sup>93</sup> framhålls att 1 kap. 10 § UtL är en portalparagraf som skall beaktas i alla ärenden på migrationsområdet som rör barn och att det av beslutet bör framgå hur principen har beaktats i det enskilda fallet.<sup>94</sup> Av detta följer att barnets bästa skall tas med i bedömningen även i beslut som rör 5 kap. 6 § 2 st. UtL. Från denna bestämmelse kan en tydlig parallell dras till stadgandet i artikel 3(1) i barnkonventionen som reglerar principen om barnets bästa. Anledningen till bestämmelsens införande<sup>95</sup> var att regeringen ansåg att principen om barnets bästa borde komma till klart uttryck i den svenska utlänningslagstiftningen. Regeringen betonade dock att man ansåg att principen varit etablerad i svensk rätt redan innan ratificeringen av barnkonventionen.<sup>96</sup> Vidare gäller att eftersom prövningen enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL rör (*uppehålls-*)tillstånd är också 1 kap. 11 § UtL av vikt. Det kan dessutom konstateras att det inte går att ta miste på sistnämnda bestämmelses tydliga koppling till artikel 12 i barnkonventionen gällande rätten att bli hörd. Såväl artikel 3(1) som artikel 12 utgör två av barnkonventionens grundprinciper. I kapitel två i detta arbete har dessa principers betydelse för rätten till hälsa enligt artikel 24(1) lyfts fram.

Viktigt att poängtera är att möjligheten till uppehållstillstånd enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL är den sista som står till buds. Kan uppehållstillstånd inte beviljas med stöd av denna bestämmelse innebär det således att barnet inte har någon laglig rätt att stanna i Sverige. Konkret innebär detta att det är först efter att det har prövats om barnet har några asylskäl och därför kan ges *flyktingstatus*<sup>97</sup>, om barnet är *alternativt skyddsbehövande*<sup>98</sup> eller *övrigt skyddsbehövande*<sup>99</sup>

---

<sup>91</sup> 1 kap. 10 § UtL.

<sup>92</sup> 1 kap. 11 § UtL.

<sup>93</sup> Prop. 2013/14:216.

<sup>94</sup> Prop. 2013/14:216, s. 16.

<sup>95</sup> Vilket skedde genom prop. 1996/97:25.

<sup>96</sup> Prop. 2013/14:216, s. 7.

<sup>97</sup> 4 kap. 1 § UtL, 4 kap. 3 § 1 st. UtL.

<sup>98</sup> 4 kap. 2 § UtL, 4 kap. 3a § 1 st. UtL.

<sup>99</sup> 4 kap. 2a § UtL, 4 kap. 3a § 2 st. UtL. Flyktingar, alternativt skyddsbehövande och övrigt skyddsbehövande har vidare rätt till uppehållstillstånd enligt 5 kap. 1 § 1 st. UtL.

som prövningen av särskilt ömmande omständigheter kan aktualiseras.<sup>100</sup> Detta innebär att det är det enskilda barnets skyddsbehov som skall ligga i fokus för prövningen om uppehållstillstånd.<sup>101</sup> 5 kap. 6 § 2 st. UtIL är vidare direkt kopplad till barnets personliga förhållanden<sup>102</sup> och är den enda bestämmelsen i den svenska utlänningslagstiftningen som uttryckligen tar hänsyn till barnets hälsotillstånd vid bedömningen av om uppehållstillstånd kan beviljas. Enligt förarbetena poängteras vidare att bestämmelsen är av undantagskaraktär.<sup>103</sup>

## 3.2. Upphållstillstånd på grund av särskilt ömmande omständigheter

### 3.2.1. Introduktion

I 5 kap. 6 § 1 st. UtIL stadgas att *”om uppehållstillstånd inte kan ges på annan grund, får tillstånd beviljas en utlännings om det vid en samlad bedömning av utlännings situation finns sådana **synnerligen ömmande omständigheter** att han eller hon bör tillåtas stanna i Sverige. Vid bedömningen ska utlännings hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situation i hemlandet särskilt beaktas”*<sup>104</sup>. Första stycket gäller om sökande är en vuxen person<sup>105</sup>. I bestämmelsens andra stycke ges en särskild lättnad för det fall att ärendet rör ett barn. 5 kap. 6 § 2 st. UtIL stadgar att *”för barn får uppehållstillstånd enligt första stycket beviljas om **omständigheterna är särskilt ömmande**”*<sup>106</sup>. Det framgår av bestämmelsens ordalydelse att andra stycket inte kan läsas ensamt, utan att första stycket är en förutsättning för att andra stycket skall ges en reell innebörd. Detta faktum innebär också att vad som sägs i förarbetena om första stycket inte kan lämnas utan avseende när innebörden av andra stycket skall preciseras.

5 kap. 6 § 2 st. UtIL infördes genom prop. 2004/05:170.<sup>107</sup> Ett av syftena med att införa detta andra stycke som tog särskilt sikte på barn var att förtydliga betydelsen av portalparagrafen 1 kap. 10 § UtIL.<sup>108</sup> Vid införandet stadgades att det även för barn krävdes att det skulle vara

---

<sup>100</sup> von Schéele och Strandberg, *Ensamkommande barns rätt – en vägledning för den gode mannen, kommunen m.fl.*, s. 74-76.

<sup>101</sup> Seidlitz, *Asylrätt – En praktisk introduktion*, s. 85.

<sup>102</sup> <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Asylregler.html>

<sup>103</sup> Prop. 2013/14:216, s. 18.

<sup>104</sup> 5 kap. 6 § 1 st. UtIL.

<sup>105</sup> Dvs. om sökanden är över 18 år. Jfr 1 kap 2 § UtIL som stadgar att *”med barn avses i denna lag en person som är under 18 år”*.

<sup>106</sup> 5 kap. 6 § 2 st. UtIL.

<sup>107</sup> Prop. 2004/05:170.

<sup>108</sup> Prop. 2013/14:216, s. 8.

fråga om *synnerligen ömmande omständigheter* för att uppehållstillstånd skulle kunna beviljas. Detta innebar dock inte att vuxna och barn skulle behandlas helt lika. Av dåvarande bestämmelse framgick nämligen att de omständigheter som framkommit i ett barns ärende inte behövde ha samma allvar och tyngd som om ärendet gällde en vuxen.<sup>109</sup> Redan vid införandet av första stycket framhölls dock att barn hade en särskild ställning genom principen om barnets bästa. Genom denna princip ansågs barn i många ärenden kunna medges bosättning i Sverige. Det menades att så kunde vara fallet om barnet t.ex. var sjukt och inte kunde få behandling i sitt hemland.<sup>110</sup>

Genom prop. 2013/14:216<sup>111</sup> fick andra stycket sin nuvarande lydelse, vilken trädde ikraft den 1 juli 2014.<sup>112</sup> I nämnda proposition framhölls att behovet av att ändra dåvarande lydelse bland annat berodde på att det förekommit fall där barn med särskilt ömmande omständigheter i svåra situationer fallit utanför bestämmelsens tillämpningsområde och därför inte fått stanna kvar i Sverige.<sup>113</sup> Att man ändrade bestämmelsen berodde också på att regeringen ansåg att detta skulle förtydliga såväl barnrättsperspektivet som principen om barnets bästa i sådana ärenden. Det skulle dessutom tydliggöra skillnaden av aktuell prövning mellan barn och vuxna, vilket även ansågs vara förenligt med det faktum att barn skall uppmärksammas som egna individer som kan ha egna skäl för uppehållstillstånd.<sup>114</sup> Justitiedepartementet framhöll också att en ändring skulle syfta till att underlätta bedömningarna i ärenden som rör 5 kap. 6 § 2 st. UtlL.<sup>115</sup> I såväl propositionen som i Justitiedepartementets promemoria poängterades att lagändringen innebär att det inte ställs lika höga krav som tidigare för att kunna bevilja ett barn uppehållstillstånd med stöd av aktuell bestämmelse.<sup>116</sup>

I avsnittet nedan kommer den konkreta innebörden utifrån lagstiftarens perspektiv av 5 kap 6 § 2 st. UtlL att presenteras så långt det varit möjligt. För att på ett adekvat sätt kunna redogöra för innebörden ur denna synvinkel har fokus legat på att studera olika förarbeten till utlänningslagen där ämnet berörts.

---

<sup>109</sup> Prop. 2004/05:170, s. 193-195.

<sup>110</sup> Ds. 2014:5, s. 15.

<sup>111</sup> Prop. 2013/14:216.

<sup>112</sup> SFS 2014:433 Lag om ändring i utlänningslagen (2005:716).

<sup>113</sup> Prop. 2013/14:216, s. 16.

<sup>114</sup> Prop. 2013/14:216, s. 18f.

<sup>115</sup> Ds. 2014:5, s. 3.

<sup>116</sup> Prop. 2013/14:216, s. 19 och Ds. 2014:5, s. 3.

### 3.2.2. Innebörden av hälsotillståndsbedömningen i 5 kap. 6 § 2 st. Utl

Inledningsvis skall betonas att det är den samlade bedömningen av omständigheter i varje enskilt fall som skall ligga till grund för prövningen om uppehållstillstånd enligt 5 kap. 6 § 2 st. Utl. Med detta faktum i åtanke kan det konstateras att det inte vore möjligt att presentera någon uttömmande uppräkningslista på vilka skäl som kan utgöra särskilt ömmande omständigheter. Sistnämnda gäller naturligtvis även i förhållande till barnets anförda hälsoskäl. Regeringen framhöll med anledning av detta konstaterande att det inte heller vore lämpligt att reglera i lag eller förarbeten hur övervägandena skall göras, utan att bland annat rättsutvecklingen i praxis får verka vägledande i det enskilda fallet. Bakgrunden till att det ansågs olämpligt var dessutom att regeringen menade att det skulle motverka syftet att åstadkomma en flexibel reglering som var hållbar över tid. Det har dock särskilt poängterats att det faktum att ärendet rör ett barn i sig inte kan konstituera ett enskilt kriterium för att bevilja uppehållstillstånd, någon som även lyfts fram i tidigare förarbeten.<sup>117</sup>

Även om särskilt mycket inte kan sägas gällande prövningen av det ensamkommande barnets hälsotillstånd generellt kan dock noteras att det i propositionen<sup>118</sup> framhålls att det aktuella vårdbehovet vid bedömningen bör vara framåtsyftande, samt omfatta såväl akut som habiliterande vård. Med att prövningen bör vara framåtsyftande avses att hänsyn skall tas till om behovet av vård kan ges i barnets hemland. Trots att det anförts att någon uttömmande uppräkningslista av omständigheter inte ansetts kunna presenteras noterades i nämnda proposition en rad faktorer vilka man ansåg borde kunna nå upp till kravet på särskilt ömmande omständigheter i förhållande till barnets hälsotillstånd. En av dessa menade regeringen är när ett behov av avancerad medicinsk vård föreligger och då det är oklart om godtagbar vård kan ges till barnet i hemlandet. Ett annat skäl som särskilt nämns är situationen då ett uppbrott av vård i Sverige skulle kunna leda till märkbara negativa konsekvenser gällande hälsotillståndet. Man nämner även svåra traumatiska händelser i hemlandet som föranlett avsevärda besvär och där ett återvändande påtagligt skulle förvärra dessa. En ytterligare omständighet som kan komma att påverka bedömningen är det fall då barnet skapat ett nätverk här i landet och då ett uppbrott från detta allvarligt skulle äventyra barnets psykosociala utveckling. Sistnämnda omständighet bedöms dock i förhållande till barnets anpassning till Sverige som utgör en av de två ytterligare bedömningsgrunderna utöver hälsotillståndet.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Prop. 2013/14:216, s. 19-21.

<sup>118</sup> Prop. 2013/14:216.

<sup>119</sup> Prop. 2013/14:216, s. 19f.

### 3.3. Avslutande kommentarer kapitel 3

Som framgått av det ovan anförda har det av förarbetena till 5 kap. 6 § 2 st. UtL inte gått att utläsa på ett mer precist sätt hur hälsotillståndbedömningen i det enskilda fallet bör bedömas. Av skäl som framgått framstår detta dock som fullt naturligt. Konstaterandet resulterar i att det är hur domstolen har gjort denna bedömning som i förlängningen är av störst intresse när det skall utvärderas huruvida artikel 24(1) i barnkonventionen i aktuellt hänseende respekteras, vilket jag återkommer till i nästkommande kapitel. Vad gäller rätten till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering enligt artikel 24(1) kan vidare noteras att det verkar ha varit främst med anledning av att asylsökande barn gavs rätt till samma hälso- och sjukvård som barn som är bosatta i Sverige genom en lagändring 1994 som artikeln har haft ett konkret inflytande för den svenska rättens vidkommande. Detsamma torde även ha gällt i förhållande till lagändringen 2013 som gav papperslösa barn samma rätt. Relationen till icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2 i konventionen i dessa båda fall är dessutom tydlig. Tidigare har poängterats att barnrättskommittén lyft fram respekten av artikel 2 som en av förutsättningarna för att rätten till hälsa skall kunna realiseras i praktiken.

Vad gäller 5 kap. 6 § 2 st. UtL skulle det kunna hävdas att den förutsättning att det vid en prövning av bestämmelsen skall göras en bedömning av barnets hälsotillstånd i sig ger uttryck för att rätten till hälsa, sjukvård och rehabilitering i någon mån har beaktats av lagstiftaren. Dock kan det konstateras att barnrättskommitténs uttalande om att artikel 24 skall tolkas extensivt<sup>120</sup> inte getts samma innebörd i förarbetena, var det istället framgår att det skall vara fråga om förhållandevis allvarlig ohälsa för att uppehållstillstånd skall kunna beviljas, samt att bestämmelsen skall ges en restriktiv tillämpning.<sup>121</sup>

Det kan vidare noteras att ett par andra stadganden i barnkonventionen haft inflytande i andra betydelsefulla hänseenden för 5 kap. 6 § 2 st. UtL. I kapitel två ovan har betydelsen av konventionens fyra grundprinciper<sup>122</sup> betonats för möjligheten till ett faktiskt realiserande av artikel 24(1). Avslutningsvis skall erinras om vikten av principen om barnets bästa som ges uttryck för i artikel 3(1) och som fått en framträdande roll i svensk utlänningslagstiftning genom portalparagrafen 1 kap. 10 § UtL. Det kan dessutom konstateras att denna princip har lyfts fram vid ett antal andra sammanhang hänförliga till 5 kap. 6 § 2 st. UtL där vikten av att

---

<sup>120</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 4.

<sup>121</sup> Prop. 2013:14/216, s. 9, 19f.

<sup>122</sup> Dessa utgörs av artikel 2 (icke-diskrimineringsprincipen), artikel 3(1) (principen om barnets bästa), artikel 6 (rätten till liv, överlevnad och utveckling) och artikel 12 (rätten att bli hörd).

den beaktas poängterats. Vad gäller bestämmelsen i 1 kap. 10 § UtL skall heller inte underskattas att stadgandet ger för handen att *"i fall som rör ett barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till **barnets hälsa och utveckling**... kräver."*<sup>123</sup> Slutligen ger 1 kap. 11 § UtL uttryck för vikten av att barnet ges en rätt att framföra sin mening i ärenden där barnets berörs. Som nämnts ovan är kopplingen mellan aktuellt stadgande och artikel 12 i barnkonventionen som reglerar rätten att bli hörd tydlig.

---

<sup>123</sup> 1 kap. 10 § UtL.



## 4. Hälsotillståndsbedömningen ur ett tillämpningsperspektiv

### 4.1. Introduktion

I kapitlet som följer kommer en studie av 24 domar från migrationsdomstolen vid förvaltningsrätten i Göteborg att presenteras. Syftet med undersökningen har varit att ta reda på hur hälsotillståndsbedömningen enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtIL gällande psykisk ohälsa ser ut i praktiken. Som framgått av avsnitt 3.2. ovan lämnar förarbetena till stor del åt rättspraxis att avgöra om särskilt ömmande omständigheter föreligger i det enskilda fallet. Ett vidare syfte med studien har därför varit att kunna besvara frågan hur artikel 24(1) och rätten till hälsa i barnkonventionen respekteras vid denna prövning. De domar som kommer att behandlas valdes ut genom en undersökning av mål som arkiverats i kategorin ”*barn utan medföljande vårdnadshavare*”<sup>124</sup>. Inledningsvis undersöktes om domarna i denna kategori behandlat frågan om särskilt ömmande omständigheter, varefter samtliga sådana mål, närmare bestämt 73 stycken, begärdes ut elektroniskt. Av dessa var det 24 stycken som i förhållande till prövningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL på ett mer konkret sätt behandlat psykisk ohälsa hos det ensamkommande barnet. Det är således dessa 24 domar som utgjort grunden för studien som kommer att redogöras för i det följande.

Av de domar som kommer att behandlas nedan har 18 stycken<sup>125</sup> överklagats till migrationsöverdomstolen<sup>126</sup>. För att få ett mål överprövat av migrationsöverdomstolen krävs prövningstillstånd<sup>127</sup>, vilket bara har beviljats i ett<sup>128</sup> av dessa 18 fall. Aktuella mål blev dock återförvisat till migrationsdomstolen i Göteborg där någon dom ännu inte har avkunnats.<sup>129</sup> Gällande de mål som kommer att behandlas nedan kan även nämnas att vad gäller prövningen i migrationsdomstolen är det beslut om avvisning eller utvisning som kan överklagas dit. I samtliga fall som studerats har således Migrationsverket, som är första prövningsinstans, funnit att någon grund för uppehållstillstånd inte förelegat. Förfarandet i migrationsdomstolen är vidare en tvåpartsprocess där Migrationsverket är barnets motpart.<sup>130</sup>

---

<sup>124</sup> Kategorin hade måltypskoden 60/03.

<sup>125</sup> De mål som inte har överklagats bortsett från de fall där utgången varit positiv för klaganden (dvs. UM 2133-14, UM 7231-14 och UM 8671-14) är UM 2681-14, UM 5252-14, UM 6663-14 och UM 9222-14.

<sup>126</sup> Som är belägen vid Kammarrätten i Stockholm. Se Förordning (1977:937) om allmänna förvaltningsdomstolars behörighet m.m. 3 § och Utlänningslag (2005:716) 16 kap. 1 §.

<sup>127</sup> Se Utlänningslag (2005:716) 16 kap. 11-12 §§.

<sup>128</sup> UM 3339-15, dom 2015-09-10.

<sup>129</sup> Målet har nu ett nytt målnummer: UM 7315-15.

<sup>130</sup> von Schéele och Strandberg, *Ensamkommande barns rätt – en vägledning för den gode mannen, kommunen m.fl.*, s. 16f.

Viktigt att framhålla är det faktum att förarbetena betonar att det skall göras en helhetsbedömning när särskilt ömmande omständigheter enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtIL prövas.<sup>131</sup> Eftersom syftet med detta arbete är att undersöka om Sverige lever upp till sina internationella åtaganden enligt artikel 24(1) i barnkonventionen i förhållande till den psykiska hälsotillståndbedömningen enligt aktuell bestämmelse kommer denna omständighet dock inte att behandlas mer ingående i det följande. Inledningsvis i avsnitten nedan kommer de domar där migrationsdomstolen konstaterat att särskilt ömmande omständigheter inte förelegat att presenteras. Denna presentation kommer därefter att övergå i en redogörelse av omständigheterna i de fall där domstolen kommit till motsatt beslut. Rättsfallspresentationen kommer vidare att åtföljas av en del där denna sammanställs i en sammanfattande statistik. Kapitlet kommer sedan att avslutas med en diskussion kring migrationsdomstolens bedömningar i de aktuella målen i förhållande till artikel 24(1) i barnkonventionen.

## **4.2. Domar där särskilt ömmande omständigheter *inte* förelegat**

### **4.2.1. Introduktion**

Migrationsdomstolen i Göteborg har i merparten av de i detta arbete studerade domarna konstaterat att särskilt ömmande omständigheter inte förelegat. Det är dessa 21 domar som kommer att behandlas i följande avsnitt. Fokus kommer att ligga på att lyfta fram specifika omständigheter som rör klagandens psykiska hälsa och migrationsdomstolens bemötande av dessa. Eftersom bestämmelsen i 5 kap. 6 § 2 st. UtIL är av undantagskaraktär<sup>132</sup> torde inte det faktum att det i de flesta mål som undersökts inte ansetts föreligga några särskilt ömmande omständigheter i sig vara särskilt anmärkningsvärt. Frågan som skall utredas i det följande är dock om dessa beslut har fattats med respekt för rätten till hälsa, sjukvård och rehabilitering enligt artikel 24(1) i barnkonventionen.

### **4.2.2. Rättsfallspresentation**

#### **4.2.2.1. Bedömningen i fallet B. A.**

Ett av de studerade fallen<sup>133</sup> gällde en pojke, B. A., som var född 1999 i Marocko. Angående B. As. psykiska hälsotillstånd anfördes att han visat tecken på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression, samt att han var tystlåten, inbunden och rädd. Till stöd för detta

---

<sup>131</sup> Prop. 2013/14:216, s. 19.

<sup>132</sup> Prop. 2013/14:216, s. 18.

<sup>133</sup> UM 2681-14, dom 2014-07-04.

inlämnade B. A. ett läkarintyg utfärdat av en läkare och specialist i allmän- och rättspsykiatri. Av intyget framkom att B. A. hade ett neutralt stämningsläge och att hans tankar var depressivt färgade. Inget suicidalt eller psykotiskt hade dock noterats. Migrationsdomstolen konstaterade att läkarintyget fick anses ha ett begränsat bevisvärde, främst med hänsyn till att läkaren endast träffat B. A. en gång, samt att intyget saknade tydligt ställda diagnoser, en bedömning av framtida vårdbehov och konsekvenser av utebliven vård. Domstolen ifrågasatte dock inte att B. A. mådde psykiskt dåligt, men anförde att det inte var visat att hans psykiska hälsa var så allvarlig att den utgjorde särskilt ömmande omständigheter.

#### **4.2.2.2 Bedömningen i fallet H. J. H.**

I ett mål<sup>134</sup> hävdade klaganden, H. J. H., född 1999 i Somalia, att han blivit tvångsrekryterad av Al- Shabaab, men att han lyckades rymma från gruppen varför han nu riskerade att dödas om han tvingades återvända till sitt hemland. I fallet hade H. J. H presenterat ett läkarintyg till stöd för att han mådde mycket psykiskt dåligt. Av intyget framgick att H. J. H. fått behandling för nedstämdhet och depression. Migrationsdomstolen konstaterade dock att vad som framkommit om hans hälsa inte gav skäl för att bevilja honom uppehållstillstånd på medicinsk grund.

#### **4.2.2.3. Bedömningen i fallet M. A.**

Ett fall<sup>135</sup> gällde en 17-årig pojke, M. A., född i Algeriet. I målet anförde M. A. att om han tvingades återvända till Algeriet riskerade han att bli misshandlad eller kidnappad av sina farbröder då dessa inte ville att M. A. skulle återvända dit eftersom de ansåg att hans mor var prostituerad. M. A. framhöll att han hade uttalade suicidplaner för vilka han inte kunde få adekvat vård i hemlandet. Till stöd för sin psykiska ohälsa inkom M. A. med läkarintyg, samt skrivelser från Socialtjänsten och sitt boende. Migrationsdomstolen uttalade i målet att M. As. försämrade psykiska hälsa och hans självdestruktiva handlingar debuterat i samband med att han fick reda på Migrationsverkets beslut om utvisning och konkluderade att det kunde antas att tillståndet snarare var en reaktion på en akut krissituation och därav var av mer tillfällig natur. Domstolen anförde därför att M. A. inte kunde beviljas uppehållstillstånd på medicinsk grund.

---

<sup>134</sup> UM 6856-14, dom 2014-12-12. I fallet framfördes dock att det ansågs föreligga en del trovärdighetsbrister i H. J. Hs. utsaga, varför alltför långtgående slutsatser inte bör dras ifrån migrationsdomstolens bedömning i detta fall.

<sup>135</sup> UM 98-15, dom 2015-03-24.

#### **4.2.2.4. Bedömningen i fallet A. F.**

I ett mål<sup>136</sup> hade klaganden, A. F., född 1998 i Algeriet, haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri sedan sommaren 2014 på grund av psykisk ohälsa. Migrationsdomstolen konstaterade att de intyg<sup>137</sup> som inkommit i målet gav för handen att A. F. var i behov av såväl psykoterapi som medicinering mot sina sömnsvårigheter och att tillståndet kunde antas bero på övergrepp som A. F. varit utsatt för av enskilda personer i hemlandet. Domstolen menade dock att dokumentationen i målet inte gav stöd för att A. Fs. tillstånd krävde avancerad vård eller att det var oklart om adekvat vård kunde ges i hemlandet. Domstolen konstaterade dessutom att ett återvändande till Algeriet inte kunde antas skada A. F. i hans psykosociala utveckling. Varken på medicinsk grund eller vid en samlad bedömning ansågs några särskilt ömmande omständigheter föreligga.

#### **4.2.2.5. Bedömningen i fallet O. Z.**

Bland de studerade domarna återfinns ett fall<sup>138</sup> som rörde en pojke, O. Z., född 1999 i Marocko. O. Z. hade blivit utkastad av sin mor och styvfar tre år tidigare och hade sedan dess bott på gatan. Han uppgav att han hade blivit både misshandlad och våldtagen av för honom okända personer. Han framhöll i målet att det liv han levt som gatubarn i Marocko hade inneburit total värnlöshet. Han anförde vidare att han haft suicidtankar, vilket lett till ett försök att ta sitt eget liv. Efter suicidförsöket vårdades O. Z. på en psykiatrisk avdelning. Till stöd för sin psykiska ohälsa inkom O. Z. med intyg, samt journalanteckningar från läkare och kurator vid en vårdcentral. Även ett intyg på vårdtid från den aktuella psykiatriska avdelningen lades fram. I målet konstaterade migrationsdomstolen att det av det ingivna läkarintyget gick att utläsa att O. Z. hade stora besvär med ångest och sömnsvårigheter. Intyget från kuratorn fastslog att O. Z. varit nedstämd och uttryckt suicidtankar, samt att han hade sömnproblem till följd av den press han levt under. Av intyget från den psykiatriska avdelningen framgick vidare att O. Z. försökt att hoppa från en balkong. Sistnämnda intyg uppgav vidare att O. Z. sovit och ätit bra under vistelsen på avdelningen, samt att han vid utskrivningen uttryckt hoppfulla tankar om framtiden, även om en fortsatt oro för denna kvarstod. Migrationsdomstolen slog i målet fast att intygen inte innehöll några uppgifter om framtida vårdbehov eller konsekvenser av att vård skulle utebli. Det konstaterades dessutom att intygen inte sade något om eventuella diagnoser eller att det nödvändiga vårdbehovet inte

---

<sup>136</sup> UM 942-15, dom 2015-04-30.

<sup>137</sup> Vilken typ av intyg det var fråga om framgår inte av målet, men det talas om att det är fråga om medicinsk dokumentation varför det antas att det är läkarintyg som åsyftas.

<sup>138</sup> UM 5922-14, dom 2014-10-09.

kunde tillgodoses i Marocko. Av dessa anledningar kom domstolen fram till att O. Z. inte kunde beviljas uppehållstillstånd på medicinsk grund.

#### **4.2.2.6. Bedömningen i fallet M. B.**

Bland de granskade målen<sup>139</sup> gällde ett fall en pojke, M. B., född 1999 i Marocko. Det framfördes att M. B. mådde psykiskt dåligt till följd av en svår uppväxt. Av omständigheterna framgick att M. B. fram till 13 års ålder bott på barnhem och att han inte hade någon kännedom om sina biologiska föräldrar. Han anförde också att han som nioåring börjat arbeta för en liga som bland annat innebar att han överlämnade paket med hasch till olika personer, samt att ligan hotat honom och tvingat M. B. att följa deras uppmaningar. M. B. lyckades tillslut rymma, men uppgav att ligamedlemmar letade efter honom. M. B. framhöll att han känt konstant fara för sitt liv i Marocko och att han inte fått, och inte heller i framtiden skulle kunna få, adekvat omsorg av tillgängliga institutioner där. Till stöd för sin psykiska ohälsa inkom M. B. med en anteckning från en läkare som angav att M. B. bedömdes ha en lindring depressiv episod, samt en psykisk störning från sin uppväxt. Det framgick också i målet att M. B. blivit remitterad för fortsatt neuropsykiatrisk utredning. M. B. framhöll att han, trots att han anpassat sig bra till det svenska samhället, fortfarande mådde dåligt och att han för detta väntade på professionell hjälp för att kunna komma över sin traumatiserade uppväxt. M. B. menade att denna berodde dels på den undermåliga omvårdnaden han fått på barnhemmet där han bott i Marocko, dels på sina funderingar och den sorg det inneburit för honom att sakna föräldrar eller andra anhöriga. Migrationsdomstolen ifrågasatte visserligen inte i målet att M. B. mådde psykiskt dåligt, men konstaterade att det av ingivna skrivelse inte framkommit att någon suicidrisk skulle ha förelegat, samt att det till stöd för M. Bs. psykiska ohälsa inte inkommit något läkarintyg. Domstolen menade därför att M. Bs. psykiska hälsotillstånd inte kunde anses tillräckligt för att bevilja uppehållstillstånd. Det konstaterades vidare att det inte framkommit annat i målet än att M. B. skulle kunna få sina grundläggande behov tillgodosedda av sociala myndigheter i Marocko och att dessa även skulle kunna sörja för en tillfredsställande omvårdnad av honom, varför domstolen ansåg att M. B. inte kunde antas lida någon avgörande skada i sin psykosociala utveckling om han återfördes till hemlandet.

---

<sup>139</sup> UM 9000-14, dom 2015-02-03.

#### **4.2.2.7. Bedömningen i fallet N. B.**

Ett mål<sup>140</sup> rörde en pojke, N. B., född 1997 i Marocko. N. B. anförde bland annat att hans mor avlidit för ungefär två år sedan och att han sedan dess bott tillsammans med sin far som misshandlat honom i mycket stor utsträckning. N. B. framhöll att fadern, som var alkoholist och narkoman, varken kunde eller ville ta hand om honom. Vid ett återvändande skulle N. B. därför tvingas bo på gatan. Det framkom vidare att N. B. genomfört två suicidförsök. Till stöd för sin psykiska ohälsa inkom N. B. dels med en skrivelse från verksamhetsansvarig vid Svenska Kyrkan, dels med journalanteckningar från skolhälsovården. Migrationsdomstolen anförde att det av den inkomna bevisningen framgick att personal vid Svenska Kyrkan uttryckt oro över att N. B. skulle ta sitt liv och att han mådde psykiskt dåligt. Av samma skrivelse framkom dessutom att N. B. försökt att ta sitt liv under nyårshelgen, samt att han vid ett annat tillfälle svält en större mängd tabletter. Av journalanteckningarna från skolhälsovården kunde utläsas att N. B. enligt uppgifter från sitt familjehem under jullovet förts akut till sjukhus efter att ha druckit rengöringsmedel. Anteckningarna uppgav även att N. B. sedan tidigare haft bland annat sömnsvårigheter. Migrationsdomstolen framhöll att det inte fanns anledning att ifrågasätta att N. B. levt under svåra förhållanden eller att han mådde dåligt över sin situation och hade vissa psykiska besvär. Domstolen poängterade dock att det i målet saknades läkarintyg till stöd för detta. Vidare konstaterades att den ingivna dokumentationen inte angav uppgifter om framtida vårdbehov, konsekvenser av utebliven vård, eventuella diagnoser eller att N. B. inte skulle kunna få tillgång till adekvat vård i hemlandet. Domstolen menade dessutom att intygen inte visade att N. Bs. självdestruktiva handlingar skulle ha sin grund i svår psykisk ohälsa, varför man ansåg att han inte kunde beviljas uppehållstillstånd på medicinsk grund. I målet skall noteras att migrationsdomstolen uttalade att den ansåg att det även efter lagändringen av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL som trädde ikraft den 1 juli 2014 fortfarande fanns ett grundläggande krav på tillfredsställande dokumentation av hälsotillstånd, samt orsakerna till detta för det fall psykisk ohälsa och självdestruktivitet åberopats.

#### **4.2.2.8. Bedömningen i fallet A. A.**

I ett fall<sup>141</sup> anförde klaganden, A. A., född 1999 i Somalia, att han var en avhoppad medarbetare av Al Shabaab och att han därför riskerade att utsättas för övergrepp om han återvände till sitt hemland. A. A. framhöll vidare att hans psykiska hälsa på senare tid hade

---

<sup>140</sup> UM 7834-14, dom 2015-01-21.

<sup>141</sup> UM 5252-14, dom 2014-12-02.

försämrats och att han visat flera tecken på oro och ångest. Han hade dessutom sömnsvårigheter, åt dåligt och i vissa perioder hade han varit okontaktbar. För att styrka sin psykiska ohälsa lade A. A. fram journalanteckningar från BUP, HVB-hemmet där han bodde och från vårdcentralen där han blivit behandlad. Migrationsdomstolen uttalade i målet att den främsta orsaken till A. As. psykiska mående verkade vara händelser under hans flykt till Sverige, samt att han kände oro inför en eventuell utvisning. Domstolen konstaterade dessutom att det varken fanns läkarintyg eller andra intyg som styrkte A. As. psykiska hälsotillstånd. Domstolen menade att det inte framkommit något som visade att A. As. psykiska ohälsa var så allvarlig att den kunde utgöra särskilt ömmande omständigheter.

#### **4.2.2.9. Bedömningen i fallet A. G.**

I ett mål<sup>142</sup> framförde klaganden, A. G., född 1997 i Afghanistan, bland annat att han var rädd för att ett återvändande till hans hemland skulle leda till att han blev dödad av talibanerna på grund av att hans far tidigare arbetat för den afghanska staten i ett amerikanskt projekt. A. G. anförde att han mådde psykiskt dåligt till följd av vad som hänt honom i hemlandet. Till stöd för detta lade A. G. fram ett intyg från en kurator vid Rädda Barnen, samt ett intyg från en lärare och ett från hans fotbollstränare. Migrationsdomstolen poängterade att det inte ifrågasattes att A. G. påverkats psykiskt på det sätt som dessa intyg angav, men konstaterade att de beskrivna symtomen inte utgjorde sådana särskilt ömmande omständigheter som kunde ge rätt till uppehållstillstånd enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtIL.

#### **4.2.2.10. Bedömningen i fallet S. S.**

Ett av de studerade fallen<sup>143</sup> rörde en pojke, S. S., född 1997 i Gambia. S. S. hade flytt från sitt hemland efter att båda hans föräldrar omkommit i en bilolycka och eftersom han och hans familj bott hos hans fars kusin som misshandlat honom. S. S. anförde att han ibland blivit så illa misshandlad av kusinen att han tvingats söka vård, samt att han led av såväl fysiska som psykiska men efter misshandeln. S. S. framhöll att han kände en stark rädsla för sitt liv om han skulle tvingas återvända till Gambia och att tanken på att tas om hand på ett barnhem skrämde honom starkt. S. S. tillade också att han hade ont i magen, vilket migrationsdomstolen konstaterade att det inte inkommit någon bevisning för.<sup>144</sup> Vad

---

<sup>142</sup> UM 6612-14, dom 2014-12-11.

<sup>143</sup> UM 9222-14, dom 2015-02-23.

<sup>144</sup> Med anledning av detta kan det f. ö. noteras att forskning visat att barn som varit utsatta för olika typer av våld reagerar mycket differentierat. Medan vissa blir tystlåtna, går andra tillbaka i utvecklingen. Det är också

domstolen noterade var dock att det lagts fram medicinska handlingar som fastslog att S. S. hade vissa ärr och att ett utlåtande om hans psykiska ohälsa hade inkommit. Domstolen anförde att det inte ifrågasattes att S. S. upplevde mentala påfrestningar, men konstaterade att bevisningen i målet inte gav för handen att hans psykiska besvär skulle vara av sådan art och omfattning att de utgjorde särskilt ömmande omständigheter.

#### **4.2.2.11. Bedömningen i fallet A. K.**

Ytterligare ett fall<sup>145</sup> gällde A. K., en pojke från Albanien född 1997. Det framgick av omständigheterna i målet att hans far flera gånger misshandlat honom och att han utsatts för hot från personer som fadern var skyldig pengar. A. K. anförde även att han utsatts för kränkande ord från andra barn på grund av att han var kristen ortodox. Under asylutredningen skall A. K. ha inkommit med ett läkarintyg till stöd för sin psykiska ohälsa, vari komplex PTSD, som är mer genomgripande än ordinär PTSD, konstaterats. A. K. anförde vidare att om han skulle bli tvungen att återvända till Albanien förelåg en överhängande risk för återfall i missbruk eller att han skulle begå en suicidhandling. A. K. menade att det därför förelåg en allvarlig och påtaglig risk för att hans hälsa och utveckling i sådant fall skulle skadas. Till stöd för sitt psykiska hälsotillstånd presenterade A. K. ett läkarintyg utfärdat av en överläkare och specialist i barn- och ungdomspsykiatri, samt ett intyg från en PTP-psykolog. Dessa intyg bekräftade omfattningen av A. Ks. psykiska ohälsa, samt hans betydande behov av vård. Migrationsdomstolen konstaterade dock att de hälsoproblem som A. K. anfört inte kunde anses vara så allvarliga att de utgjorde särskilt ömmande omständigheter. Domstolen poängterade dessutom att det inte framgick annat än att A. K. kunde ges nödvändig vård i Albanien.

#### **4.2.2.12. Bedömningen i fallet E. K.**

I ett mål<sup>146</sup> anfördes av klaganden, E. K., en pojke född 1997 i Albanien, att han och hans familj blivit utsatt för upprepat våld och misshandel av hans alkoholiserade far. E. K. uppgav att han länge mått mycket dåligt till följd av misshandeln och sin traumatiska uppväxt och att han känt ständig oro över vilket humör fadern skulle vara på. Hans psykiska mående hade bland annat resulterat i att han misskött skolan. Av omständigheterna framkom vidare att E.

---

visat att det finns en koppling till fysiska besvär så som t.ex. magont eller huvudvärk. Elmeroth och Häge, *Flyktens barn – medkänsla, migration och mänskliga rättigheter*, s. 87.

<sup>145</sup> UM 3214-15, dom 2015-07-24.

<sup>146</sup> UM 8826-14, dom 2015-02-02.



Ks. far vid ett tillfälle huggit honom i magen med en kniv, vid ett annat låst in honom på en toalett, samt att E. K. tvingats se på när fadern försökt strypa hans yngre bror med ett skärp. Migrationsdomstolens ansåg i målet att det saknades anledning att ifrågasätta E. Ks. uppgifter om att han och hans familj blivit utsatta för misshandel och övergrepp av fadern. Vad gällde domstolens bedömning av E. Ks. psykiska hälsotillstånd kan dock endast noteras att domstolen konstaterade att det inte framkommit att E. K. skulle lidit av några allvarliga hälsoproblem, varför uppehållstillstånd inte kunde beviljas på denna grund.

#### **4.2.2.13. Bedömningen i fallet A. M. (1)**

Ett mål<sup>147</sup> gällde tre bröders överklagan av Migrationsverkets beslut att utvisa dem till deras hemland Albanien. Den yngsta av bröderna, A. M., var född 1997 och under 18 år, varför migrationsdomstolen prövade om hans omständigheter var särskilt ömmande. Det framkom av omständigheterna att A. M. haft en traumatisk uppväxt som präglats av hotbilden av den blodsfejd som i målet låg till grund för brödernas talan. Vidare anfördes att ett återförande till Albanien och den psykiska press hotbilden innebar skulle resultera i lidande för A. M. Migrationsdomstolen konstaterade med anledning av A. Ms. hälsotillstånd endast att det i målet inte kommit fram att han skulle lida av några allvarliga hälsoproblem. Domstolen menade också att det saknades skäl att anta att A. M. inte skulle få sina grundläggande behov tillgodosedda i hemlandet.

#### **4.2.2.14. Bedömningen i fallet G. H.**

I ett mål<sup>148</sup> framkom att klaganden, G. H., född 1998 i Kosovo, blivit utsatt för övergrepp i hemlandet. Under asylutredningen uttalade G. H. att han hade blivit utsatt för ett mycket allvarligt övergrepp av en okänd man när han skulle hjälpa denne att köra hem varor. Till följd av övergreppet anförde G. H. att han mådde mycket dåligt, vilket visat sig genom att han hade svårt att lita på okända människor och att han vid kontakt med okända kände sig mycket orolig och osäker. Han hade också sömnsvårigheter, samt problem med mardrömmar. Migrationsdomstolen konstaterade i målet att det inte framkommit att G. H. led av någon allvarlig sjukdom, varför han inte kunde beviljas uppehållstillstånd på medicinsk grund.

---

<sup>147</sup> UM 7843-14, dom 2014-12-29.

<sup>148</sup> UM 1584-15, dom 2015-05-28.

#### **4.2.2.15. Bedömningen i fallet A. M. (2)**

I ytterligare ett av de studerade målen<sup>149</sup> anförde klaganden, A. M., född 1998 i Afghanistan, att han under en tid då han levit i fångenskap i hemlandet blivit utsatt för övergrepp. A. M. uppgav att han hade flytt från Afghanistan av rädsla för att bli misshandlad eller dödad och att han mådde mycket dåligt. Uppgifterna om nämnda övergrepp lämnades dock först i migrationsdomstolen som poängterade att dessa omständigheter borde ha kunnat uppges tidigare. A. M. inlämnade ett psykologintyg till stöd för att han mådde psykiskt dåligt. Migrationsdomstolen konstaterade dock att vad som framkommit om A. Ms. hälsotillstånd inte var tillräckligt för att han skulle kunna beviljas uppehållstillstånd på medicinsk grund.

#### **4.2.2.16. Bedömningen i fallet A. S.**

I ett mål<sup>150</sup> anfördes att A. S., en hemlös pojke född 1997 i Västsahara, blivit utsatt för övergrepp efter att ha varit kidnappad av en grupp som han menade var att betrakta som terrorister. Under de 12 månader som A. S. skall ha suttit i fångenskap uppgav han att han blivit mycket illa behandlad och utsatts för övergrepp i stort sett dagligen. Efter att han lyckats fly anförde A. S. vidare att han utsatts för en våldtäkt av personer som följt efter honom från det ställe där han hållits fången. A. S. framhöll att de traumatiska händelser han varit utsatt för orsakat honom allvarliga besvär och att ett återvändande till hemlandet påtagligt skulle förvärra dessa. Till stöd för sin psykiska ohälsa inkom A. S. med ett intyg undertecknat av både en läkare och en psykolog. Migrationsdomstolen konstaterade att det i målet fanns medicinsk bevisning som fick anses ge för handen att A. S. led av både PTSD och egentlig depression och att han haft en etablerad psykologkontakt för sina besvär. Dock menade domstolen att det inte framkommit några sådana medicinska omständigheter som gjorde att A. S. kunde beviljas uppehållstillstånd på medicinsk grund.

---

<sup>149</sup> UM 3339-15, dom 2015-09-10. Det skall noteras att migrationsöverdomstolen har beviljat prövningstillstånd för aktuella mål, vilket blivit återförvisat till migrationsdomstolen i Göteborg (nytt målnummer UM 7315-15). Migrationsdomstolen har dock ännu (2015-12-18) inte avgjort målet.

<sup>150</sup> UM 6751-14, dom 2014-12-18. Tilläggas bör dock att målet till stor del handlade om att A. S. berättelse ansågs innefatta trovärdighetsbrister, varför alltför långtgående slutsatser i förhållande till målet inte bör dras. Det var först under utredningen i domstol som A. S. anförde att han blivit kidnappad och bortförd, samt att våldtäkten utförts av de män som hållit honom fången. Domstolen poängterade också att A. S. inte hade kunnat ge några mer detaljerade uppgifter om dessa händelser, vilket bl.a. låg till grund för att trovärdighetsbrister ansågs föreligga.

#### **4.2.2.17. Bedömningen i fallet A. B. J.**

I ett fall<sup>151</sup> framförde klaganden, A. B. J., född 1998 i Marocko, att han mådde psykiskt dåligt. A. B. J. anförde att han haft en mycket besvärlig flykt till Sverige. Under flykten skulle han bland annat ha färdats under en lastbil, samt hotats till att förse sig med ett självmordsbälte för att genomföra någon form av dåd. För sin psykiska ohälsas vidkommande framhöll A. B. J. att han hade för avsikt att ta sitt eget liv om han tvingades tillbaka till Marocko. Migrationsdomstolen konstaterade dock att det i målet inte var visat att A. B. Js. psykiska hälsotillstånd var av sådan karaktär att det kunde utgöra särskilt ömmande omständigheter.

#### **4.2.2.18. Bedömningen i fallet N. F. H.**

Ett mål<sup>152</sup> rörde en flicka, N. F. H., född 1997 i Somalia. I målet framkom att N. F. H. blivit gripen och bortförd av medlemmar från Al-Shabaab som hållit henne fången och krävt att hon mot sin vilja skulle gifta sig med en av ledarna i organisationen. N. F. H. fick efter tre veckors fångenskap hjälp att fly, varefter hon lämnade landet. N. F. H. uppgav att hon led av både sömn- och koncentrationssvårigheter, för vilka hon medicinerades. N. F. H. uttryckte att hon var orolig för sin egen och sin familjs situation och att hon led av svåra fysiska besvär till följd av en den könsstympning hon utsatts för i hemlandet. Hon anförde vidare att hon led av migrän, oro och kronisk trötthet. N. F. H. uppgav att hon haft fortlöpande kontakt med en kurator till följd av en händelse där hon svimmat i sitt klassrum, vilket lett till att hon förts akut till sjukhus. Det konstaterades då att N. F. H. led av depression. Till stöd för vad som anförts inlämnade N. F. H. journalanteckningar upprättade av två överläkare vid en kvinnoklinik, ett utlåtande från sin kurator, ett brev från denne som skickats till hennes offentliga biträde, samt en konsultremiss. Migrationsdomstolen anförde att de medicinska handlingarna visserligen visade att N. F. H. led av besvär efter könsstympningen, men att det inte framkommit att det skulle medföra någon hälsorisk om hon återvände till Somalia.<sup>153</sup> Vad gällde N. F. Hs. psykiska besvär uttalade domstolen att det inte ifrågasattes att hon mådde dåligt på grund av sin situation, men att det i målet saknades sådan dokumentation som gav stöd för att dessa besvär skulle vara av sådan art att de utgjorde särskilt ömmande omständigheter.

---

<sup>151</sup> UM 6663-14, dom 2014-10-28.

<sup>152</sup> UM 6627-14, dom 2014-12-03.

<sup>153</sup> I detta hänseende kan f. ö. anföras att forskning gällande kvinnlig könsstympning visat att det finns tydliga indikationer på att denna sedvänja påverkar flickors och kvinnors liv i stor utsträckning och att den leder till psykosociala konsekvenser. Socialstyrelsen har framhållit att av dessa psykosociala konsekvenser är det rimligt att karaktärisera varje form av kvinnlig könsstympning som en traumatisk kris, vilken kan ge upphov till såväl fysiska som psykiska besvär. Socialstyrelsen, *Kvinnlig könsstympning – ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård*, s. 15f.

#### **4.2.2.19. Bedömningen i fallet M. J. D.**

Ett mål<sup>154</sup> gällde en pojke, M. J. D., som var född 1998 i Angola. M. J. D. anförde bland annat att han levit utan sina föräldrar i hemlandet och att det där uppstått en hotbild från ett gäng mot honom. M. J. D. uppgav vidare att han hade utsatts för våld av sin styvmor, samt att han lidit av psykisk ohälsa till följd av det han hade varit med om. Han menade också att adekvat vård inte kunde ges till honom i hemlandet. Till stöd för M. J. Ds. psykiska ohälsa ingavs journalanteckningar, samt olika typer av intyg. Migrationsdomstolen ansåg att det var sannolikt att M. J. Ds. försämrade psykiska hälsa berott på Migrationsverkets avslagsbeslut och ovissheten som detta inneburit. Domstolen konstaterade vidare att hans hälsotillstånd inte kunde anses vara så allvarligt att han kunde beviljas uppehållstillstånd på grund av särskilt ömmande omständigheter.

#### **4.2.2.20. Bedömningen i fallet T. E. G.**

I ett mål<sup>155</sup> framförde klaganden, T. E. G., född 1997 i Marocko att hans föräldrar varit döda sedan han var ca sex år gammal. Vid ett återvändande till hemlandet anförde T. E. G. att det förelåg en risk för att han skulle bli kidnappad eller skadas till följd av hans fars tidigare problem, vilka kunde hänföras till dels knarkaffärer, dels en marktvist. T. E. G. framhöll vidare att han i hemlandet blivit slagen av äldre personer om han inte gjort som han blivit tillsagd. T. E. G. framhöll också att han riskerade att dödas om han tvingades återvända till Marocko. Vad gällde T. E. Gs. psykiska ohälsa framkom att han led av sömnsvärigheter, vilket han fick medicin för, samt av ångest och nedstämdhet. T. E. G. uppgav dessutom att han flera gånger efterfrågat psykologisk hjälp, men att han samtliga gånger förvägrats detta. Migrationsdomstolen konstaterade i målet att T. E. G. till stöd för sina psykiska besvär inte hade inlämnat något läkarintyg som styrkte dessa, varför uppehållstillstånd på medicinsk grund inte kunde beviljas.

#### **4.2.2.21. Bedömningen i fallet G. B.**

Avslutningsvis skall presenteras ett mål<sup>156</sup> där det framkom att klaganden, G. B., född 1998 i Albanien, blivit utsatt för misshandel av sin alkoholiserade far. G. B. anförde att han mådde dåligt tillsammans med sin familj i Albanien och att han vid ett återvändande riskerade att utsättas för fortsatt misshandel. I målet hade av vad som framkommer inte inkommit någon

---

<sup>154</sup> UM 1333-15, dom 2015-06-18. Det skall dock noteras att det i fallet var fråga om vissa trovärdighetsbrister i M. J. Ds. utsaga, varför alltför stor vikt inte bör läggas vid domstolens slutsatser i detta mål.

<sup>155</sup> UM 4980-14, dom 2014-09-16.

<sup>156</sup> UM 444-15, dom 2015-03-30.

form av bevisning till stöd för G. Bs. psykiska mående. Migrationsdomstolen konstaterade endast att det inte framkommit att G. B. led av några allvarliga hälsoproblem, varför uppehållstillstånd på medicinsk grund inte kunde beviljas.

### **4.3. Domar där särskilt ömmande omständigheter förelegat**

#### **4.3.1. Introduktion**

Av de 24 domar som undersökts i detta arbete är det endast i tre fall som migrationsdomstolen i Göteborg ansett att särskilt ömmande omständigheter har förelegat. Det är dessutom bara i ett av dessa tre mål som det tydligt framgår att barnets psykiska hälsotillstånd varit av avgörande vikt för detta beslut. Eftersom sistnämnda fall därav ansetts vara av särskild vikt för arbetets vidkommande kommer det att behandlas inledningsvis i avsnittet som följer. Även vad gäller de tre domar som kommer att redogöras för nedan har fokus legat på att lyfta fram de omständigheter som varit hänförliga till klagandens psykiska ohälsa i förhållande till prövningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtlL. Som framhållits i tidigare avsnitt skall bestämmelsen tillämpas restriktivt och är av undantagskaraktär<sup>157</sup>, vilket de tre fallen där särskilt ömmande omständigheter konstaterats skulle kunna ses som ett exempel på.

#### **4.3.2. Rättsfallspresentation**

##### **4.3.2.1. Bedömningen i fallet M. A.**

Ett av de studerade målen<sup>158</sup> där migrationsdomstolen gjorde bedömningen att särskilt ömmande omständigheter förelåg gällde M. A., en pojke med västahariskt ursprung född 1999 i Marocko. Hans mor hade omkommit tre år tidigare i en bilolycka, varpå hans far börjat missbruka narkotika. Fadern avtjänade vidare ett fängelsestraff av för M. A. okänd anledning. M. A. bodde under en tid med sina två bröder, men tvingades försörja sig själv efter att den äldste av bröderna flytt. M. A. anförde att han blivit diskriminerad i Marocko på grund av sitt ursprung och att han var rädd för att behöva genomgå militärtjänst om han skickades tillbaka. Han uppgav att han hade sömnsvårigheter och ibland svårt att andas, vilket han kopplade ihop med stressen över att tänka på hemlandet. Han hade ingen kontakt med sin familj i Marocko och framhöll att barn är extra utsatta i landet, varför han riskerade att utsättas för övergrepp. I målet framkom vidare att M. A. en vecka efter att han tagit del av Migrationsverkets avvisningsbeslut genomfört ett suicidförsök och att han efter detta vårdats på en barnklinik.

---

<sup>157</sup> Prop. 2013/14:216, s. 9, 18.

<sup>158</sup> UM 7231-14, dom 2014-12-29.

Det framgick dessutom att läkarna ansett att M. As. psykiska hälsa var instabil, samt att suicidförsöket bedömts som en allvarlig psykisk störning för vilken det krävdes sluten psykiatrisk vård. M. A. anförde att det var osannolikt att den vård han behövde för sitt psykiska hälsotillstånd kunde ges i Marocko eftersom vården var av avancerad karaktär, samt att han krävde tillsyn dygnet runt. Till stöd för sin psykiska ohälsa ingav M. A. ett läkarintyg vari det konstaterats att den företagna suicidhandlingen varit av mycket allvarlig art och att vidare självska debeteende inte kunde uteslutas.

Migrationsdomstolen kom i målet fram till att M. As. unga ålder<sup>159</sup>, hans psykiska hälsotillstånd, samt hänsynen till den allmänna situationen för gatubarn i Marocko vid en helhetsbedömning utgjorde särskilt ömmande omständigheter. Det förefaller dock tydligt vid en genomgång av målet att avgörande för domstolens bedömning varit allvarligheten av M. As. företagna suicidförsök, samt det läkarintyg och journalanteckningar som lagts fram för att styrka hans psykiska ohälsa. Situationen i Marocko och M. As. unga ålder tyckts endast ha förstärkt det faktum att hans omständigheter var att anse som särskilt ömmande. Den avgörande faktorn för beslutet verkar istället ha varit att M. As. psykiska hälsotillstånd ansågs så allvarligt och svårt att det i det närmsta ensamt uppfyllde kraven enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL.

#### **4.3.2.2. Bedömningen i fallet S. A.**

I ytterligare ett mål<sup>160</sup> kom migrationsdomstolen till slutsatsen att särskilt ömmande omständigheter förelåg. Fallet gällde en pojke, S. A., som var född 2001 i Kanada. Eftersom S. A. var född i Kanada hade han kanadensiskt medborgarskap, men sedan 2004 hade han bott med båda sina föräldrar i Syrien. Eftersom S. A. inte hade något syriskt medborgarskap hade Migrationsverket prövat hans skäl enbart i förhållande till kanadensiska förhållanden och beslutat att utvisa honom dit eftersom verket ansåg att S. A. kunde få sina grundläggande behov tillgodosedda där. S. A. framhöll att han varken hade släkt i Kanada, hade minnen därifrån eller att han talade språket. I Syrien hade han vidare haft tät kontakt med sin farbror, hos vilken han bott sedan han kommit till Sverige. S. A. anförde vidare att farbrodern gett honom den stabilitet och trygghet han behövde, men framhöll också att han kände ständig oro för sina föräldrar som var kvar i Syrien, samt att han hade sömnsvårigheter och mardrömmar. Avgörande för domstolens bedömning i detta fall var det faktum att S. A. inte hade någon

---

<sup>159</sup> Han var vid tiden för beslutet 15 år gammal.

<sup>160</sup> UM 8671-14, dom 2015-03-12.

egentlig förankring till Kanada utöver sitt medborgarskap, trots att det inte fanns något som talade för att Kanada inte skulle kunna tillgodose S. As. grundläggande behov. Vad gällde S. As. psykiska mående konstaterade migrationsdomstolen endast att det inte framkommit att S. A. skulle haft några allvarliga problem med sin hälsa, annat än att han kände oro för sina föräldrar, hade sömnsvårigheter och mardrömmar. Det förefaller tydligt att de psykiska besvär som S. A. anfört haft mer eller mindre obetydlig bäring på migrationsdomstolens beslut att bevilja S. A. uppehållstillstånd enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL i detta fall. Domstolen poängterade dock att det kunde antas att en utvisning till Kanada skulle vara traumatisk för S. A., samt förde ett resonemang kring effekterna av S. As. fortsatta psykosociala utveckling i Sverige, vilket talar för att hans psykiska hälsotillstånd inte lämnades helt utan avseende.

#### **4.3.2.3. Bedömningen i fallet S. J.**

Avslutningsvis skall redogöras för ett mål<sup>161</sup> som gällde en flicka, S. J., född 1998 i Iran. S. J. innehade afghanskt medborgarskap, varför hennes skäl prövades mot omständigheterna i Afghanistan. Aktuellt mål gällde både S. J. och hennes vuxne bror M. J. Det framkom i målet att anledningen till att S. J. och hennes bror flytt från Iran var att S. J. och hennes syster riskerade att giftas bort mot sin vilja. M. J. anförde att anledningen till att S. J. riskerade att giftas bort var ett tidigare lån som deras far tagit och som denne inte kunde återbetala. Som kompensation hade fadern lovat männen han var skyldig pengar att gifta bort sina två döttrar. S. J. framförde även att hon riskerade att utsättas för allvarliga övergrepp kopplat till det svåra säkerhetsläget i Afghanistan, dels på grund av hotbilden mot henne, dels för att hon tillhörde minoritetsgruppen hazarer och det faktum att hon var flicka. S. J. uppgav att hon mådde psykiskt dåligt och att hon skulle sakna både skyddsnet, skolgång och sjukvård i Afghanistan. Till stöd för sitt psykiska hälsotillstånd inkom S. J. med ett utlåtande från en sjuksköterska. I detta mål lade migrationsdomstolen avgörande vikt vid säkerhetsläget i Afghanistan och förutsättningarna för unga flickor där när särskilt ömmande omständigheter konkluderades. Vad gällde S. Js. psykiska ohälsa ifrågasatte migrationsdomstolen visserligen inte att hon mådde psykiskt dåligt på grund av sin oro för vad som skulle hända henne. Dock anförde domstolen att det skriftliga utlåtandet som inkommit inte var en tillräcklig dokumentation för att styrka hennes psykiska hälsotillstånd.

---

<sup>161</sup> UM 2133-14, dom 2014-07-02. Något som f. ö. är intressant med denna dom är det faktum att den avkunnades redan en dag efter att lagändringen av 5 kap. 6 § 2 st. UtL trätt i kraft den 1 juli 2014.

## 4.4. Statistisk sammanställning

### 4.4.1. Introduktion

I följande avsnitt kommer en presentation över de 24 genomgångna domarna som redogjorts för i detta kapitel i form av tabeller att läggas fram. Syftet med dessa tabeller är att sammanställa den underrättspraxis som undersökts och således göra denna mer lättöverskådlig för läsaren genom att belysa några likheter och skillnader mellan de olika domarna. Av detta följer vidare att det primära syftet med detta avsnitt inte är direkt kopplat till arbetets kärnfråga, dvs. om 5 kap. 6 § 2 st. UtIL är förenlig med artikel 24(1) i barnkonventionen. De variabler som kommer att omfattas är kön, ålder, samt vilken typ av bevisning klaganden presenterat till stöd för sin psykiska ohälsa. Dessa kategorier kommer vidare att ställas mot det faktum om överklagan har vunnit bifall eller inte. Variabeln kön är representerad för att belysa hur stor andel av de ensamkommande barnen som varit pojkar, vilka företräder en klar majoritet. Vad gäller barnens ålder kan konstateras att samtliga barn varit födda mellan åren 1997-2001, vilket innebär både en koncentration gällande födelseår, samt en förhållandevis hög ålder hos barnen vid tiden för domens avkunnande. Slutligen skall nämnas att bevismaterialet tagits med i denna sammanställning eftersom granskningen av domarna visat att någon annan typ av skriftlig bevisning än ett läkarintyg inte har godtagits ur bevishänseende av domstolen för det fall att barnets psykiska ohälsa beaktats mer ingående. Sistnämnda diskussion kommer även att redogöras för närmare under avsnitt 4.5. nedan då detta faktum till en del kan kopplas samman med relationen mellan 5 kap. 6 § 2 st. UtIL och artikel 24(1) i barnkonventionen.

### 4.4.2. Sammanfattande tabeller

#### 4.4.2.1. Kön

| <b>Kön</b>    | <b>Antal</b> | <b>Varav bifall</b> | <b>Varav avslag</b> |
|---------------|--------------|---------------------|---------------------|
| <b>Pojke</b>  | 22           | 2                   | 20                  |
| <b>Flicka</b> | 2            | 1                   | 1                   |

Av tabellen går att utläsa att majoriteten av de ensamkommande barnen vars fall ingått i studien varit pojkar, närmare bestämt ca 92 procent. Av dessa fall var det dock endast i nio procent som uppehållstillstånd beviljades med stöd av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL. För flickornas vidkommande var den siffran istället 50 procent. Hänsyn bör dock tas till det faktum att av de 24 ensamkommande barn vars domar behandlats var endast två flickor, vilket innebär att



flickorna bara representerade ca åtta procent. Det kan vidare konstateras att resultatet i förekommande fall stämmer väl överens med Migrationsverkets statistik över ensamkommande barn som sökt asyl i Sverige fram till den 1 december 2015. Denna visar att av totalt 32,180 ansökningar var 29,565 pojkar och 2,615 flickor.<sup>162</sup> Även enligt denna statistik representerade alltså pojkarna ca 92 procent av samtliga inkomna ansökningar.

#### 4.4.2.2. Ålder

| Födelseår | Antal            | Varav bifall | Varav avslag |
|-----------|------------------|--------------|--------------|
| 1997      | 9                | 0            | 9            |
| 1998      | 8 <sup>163</sup> | 1            | 7            |
| 1999      | 6                | 1            | 5            |
| 2001      | 1                | 1            | 0            |

Vad gäller barnens ålder kan konstateras att samtliga de barn vars domar redogjorts för ovan i detta arbete haft en förhållandevis hög ålder vid domens avkunnande, samt att födelseårsspannet varit relativt koncentrerat. Detta ligger vidare i linje med Migrationsverkets statistik som visar att i närmare 93 procent av alla inkomna ansökningar om asyl gällande ensamkommande barn fram till den 1 december 2015 var barnet mellan 13 och 17 år gammalt.<sup>164</sup>

#### 4.4.2.3. Typ av bevisning

| Typ av bevisning                               | Antal | Varav bifall | Varav avslag |
|--|-------|--------------|--------------|
| Läkarintyg                                     | 8     | 1            | 7            |
| <b>Annan skriftlig bevisning</b>               | 9     | 1            | 8            |
| <b>Ingen skriftlig bevisning<sup>165</sup></b> | 7     | 1            | 6            |

<sup>162</sup> <http://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d1aab/1448974429957/Inkomna+ansökningar+om+asyl+2015+-+Applications+for+asylum+received+2015.pdf>

<sup>163</sup> I en av domarna, UM 98-15, framgår det inte vilket år klaganden var född, men dock att han vid tiden för domen var 17 år gammal. Eftersom domen avkunnades i mars 2015 har det därför antagits att klaganden varit född år 1998.

<sup>164</sup> Se även not 48 på s. 16.

<http://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d1aab/1448974429957/Inkomna+ansökningar+om+asyl+2015+-+Applications+for+asylum+received+2015.pdf>

<sup>165</sup> Eller där det inte framgått att någon skriftlig bevisning inkommit, utan endast muntlig.

Av tabellen ovan framgår att migrationsdomstolen i samtliga mål utom två avslagit överklagan om ett läkarintyg till stöd för klagandens psykiska ohälsa inte har presenterats. Det skall dock poängteras att vad gäller dessa två domar<sup>166</sup>, där domstolen alltså konstaterat att särskilt ömmande omständigheter förelegat trots avsaknad av ett sådant intyg, låg andra omständigheter än barnets psykiska mående till grund för ifrågavarande beslut. I flera av domarna har dessutom gått att utläsa att domstolen uttryckligen sagt att något läkarintyg inte inkommit, varför det anförts att vad som framkommit inte varit tillräckligt för att bevilja uppehållstillstånd på medicinsk grund.<sup>167</sup> Den skriftliga bevisningens relation till artikel 24(1) i barnkonventionen kommer att diskuteras vidare under avsnittet som följer.

#### 4.5. Avslutande kommentarer kapitel 4

Inledningsvis skall återkopplas till vad som anförts i kapitel tre gällande det faktum att förarbetena till 5 kap. 6 § 2 st. UtL betonar att prövningen av särskilt ömmande omständigheter skall göras restriktivt.<sup>168</sup> Barnrättskommittén har i kontrast till de anförda uttryckt att barnets rätt till hälsa enligt artikel 24(1) i barnkonventionen skall tolkas extensivt.<sup>169</sup> Av migrationsdomstolens bedömningar i den genomgångna underrättspraxisen kan konstateras att också tillämpningen görs med stor restriktivitet i förhållande till vilka hälsotillstånd som ansetts kunna utgöra särskilt ömmande omständigheter. Tillämpningen följer således, föga förvånande i detta hänseende, uttalandena i förarbetena. Det nämnda föranleder konstaterandet att bestämmelsen i utlänningslagen i grunden inte överensstämmer med rätten till hälsa enligt artikel 24(1), då den förra regleringen skulle kunna sägas ha ett exkluderande syfte, medan den senare ett inkluderande sådant.

Vidare kan noteras att barnrättskommittén framhållit att för att det skall vara möjligt att förverkliga ensamkommande barns rätt till hälsa enligt artikel 24 är det viktigt att konventionsstaterna uppmärksammar dessa barns särskilda belägenhet och utsatthet.<sup>170</sup> Efter att ha studerat domarna som ingått i studien är det lätt att få en känsla av att migrationsdomstolen inte alltid har beaktat den särskilda situation som ett ensamkommande barn befinner sig i på ett mer utpräglat sätt. Domstolen har i flera av domarna konstaterat att

---

<sup>166</sup> UM 2133-14 och UM 8671-14.

<sup>167</sup> Se t.ex. UM 9000-14, UM 3339-15 och UM 2133-14. I sistnämnda mål beviljades dock klaganden uppehållstillstånd med stöd av 5 kap. 6 § 2 st. UtL, men då på grund av andra omständigheter.

<sup>168</sup> Prop. 2013/14:216, s. 9, 18.

<sup>169</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 4.

<sup>170</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 6, s. 15.

det visserligen inte ifrågasatts att barnet mått psykiskt dåligt, men att skälen därför inte varit tillräckliga för att bevilja uppehållstillstånd på medicinsk grund. Frågan kan ställas om barnrättskommitténs syn på ensamkommande barns situation fått ett reellt genomslag i domstolens bedömningar i detta hänseende. Till detta kan vidare hänföras den omständighet att barnrättskommittén tillämpar WHO:s positiva definition av begreppet hälsa. Denna omfattar inte bara avsaknaden av sjukdom, utan också ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.<sup>171</sup> När migrationsdomstolen konstaterat att barnets psykiska ohälsa inte varit så allvarlig att uppehållstillstånd kan beviljas på medicinsk grund kan det inte sägas att WHO:s vida definition varit utgångspunkten vid denna bedömning. Efter att ha studerat fallen ovan förefaller det tydligt att det måste vara fråga om en mycket allvarlig psykisk ohälsa för att särskilt ömmande omständigheter skall anses föreligga.

Barnrättskommittén har vidare anfört att för att artikel 24(1) skall anses uppfylld krävs att alla barn får möjlighet att leva under förhållanden som främjar hälsan på bästa möjliga sätt.<sup>172</sup> I avvisningsbesluten som studerats har inte i något fall gått att utläsa att migrationsdomstolen undersökt om förhållandena för barnet i hemlandet är sådana att barnets rätt till hälsa skulle respekteras där. I några mål uttalar domstolen att det inte framkommit något som pekat mot att adekvat vård inte kunnat ges till barnet i hemlandet. I flertalet har denna omständighet dock inte omtalats alls i domskälen. I kravet enligt barnkonventionen att vidta alla lämpliga åtgärder för att tillförsäkra alla barns rätt till hälsa<sup>173</sup> skulle det kunna hävdas att det åtminstone borde föreligga en skyldighet för konventionsstaten att undersöka hur sannolikt det är att rättigheten kommer att bli respekterad i barnets hemland innan ett beslut om avvisning fattas. Det skulle, visserligen med viss svårighet, kunna argumenteras för att en sådan ordning i någon mån skulle råda bot på den diskrepans som föreligger mellan artikel 24(1) och 5 kap. 6 § 2 st. UtIL. Svårigheten ligger främst i det faktum att Sverige som konventionsstat genom ratificeringen åtagit sig att tillförsäkra ensamkommande barn rätten till hälsa enligt artikel 24(1) och att nämnda argument istället skulle innebära ett övervältrande av denna skyldighet på barnets hemland. Barnrättskommittén har även noterat att det krävs att den vård som finns att tillgå är såväl fysiskt som ekonomiskt<sup>174</sup> tillgänglig för

---

<sup>171</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 4.

<sup>172</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 4.

<sup>173</sup> Se artikel 4 i barnkonventionen.

<sup>174</sup> Vad gäller kravet på ekonomisk tillgänglighet kan f. ö. nämnas att Migrationsverket i UM 3214-15 (se avsnitt 4.2.2.11. ovan) å sin sida anförde att när vård och mediciner finns att tillgå i barnets hemland kan barnet inte beviljas uppehållstillstånd på medicinsk grund med stöd av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL. Detta menade verket även gällde i fall då barnet själv måste bekosta den nödvändiga behandlingen och hänvisade till vad som konstaterats i

alla barn.<sup>175</sup> Som en utveckling av förda resonemang skulle det därför kunna anföras att för att respektera rätten till hälsa vid avvisningsbeslut av ett ensamkommande barn med psykisk ohälsa borde det också åligga konventionsstaten att tillse att den nödvändiga vården i barnets hemland uppfyller dessa krav innan ett sådant beslut fattas.

I Sveriges senaste periodiska rapport till barnrättskommittén om barnkonventionens genomförande<sup>176</sup> uppmärksammade regeringen bland annat att det i Sverige finns utmaningar med att säkerställa att barn i utsatta situationer, t.ex. asylsökande eller papperslösa barn, får sina rättigheter enligt konventionen tillgodosedda. Trots att regeringen ansåg att den svenska lagstiftningen generellt stod i god överensstämmelse med barnkonventionen, poängterades att även tillämpningen måste vara förenlig med rättigheterna för att dessa skall få praktiskt genomslag. Regeringen noterade vidare att tillämpningen hos domstolar av barns rättigheter är en utmaning för Sverige.<sup>177</sup> Vid en sammantagen bedömning av samtliga fall som ingått i undersökningen i detta kapitel har uppmärksammats att tillämpningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtL rimmar förhållandevis illa med barnrättskommitténs vida tolkning av rätten till hälsa i artikel 24(1). Detta förhållande är i sig inte särskilt anmärkningsvärt, trots att Sverige som konventionsstat åtagit sig att realisera samtliga rättigheter i konventionen. Med tanke på att barnkonventionen är en internationell överenskommelse mellan stater som inte genomgått ett för svenskt vidkommande normalt lagstiftningsförfarande torde en oundviklig effekt bli mer oprecisa bestämmelser som blir svåra att tillämpa i praktiken.<sup>178</sup> Den bristande hänsynen till artikel 24(1) vid tillämpningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtL i nu aktuellt hänseende skulle kunna ses som ett exempel på detta. Även det faktum att migrationsdomstolen i de studerade fallen följer linjen som framförts i förarbetena till bestämmelsen gör att vad som framkommit i detta kapitel inte kan anses vara särskilt uppseendeväckande.<sup>179</sup> Det nämnda innebär också att det inte endast är vid domstolens tillämpning som barnkonventionens bestämmelser inte har fått faktiskt genomslag på alla områden, utan att så även är fallet gällande lagstiftningen som sådan.

---

MIG 2007:48. Migrationsöverdomstolen bemötte inte det anförda explicit i domskälen, men det faktum att Migrationsverket menar att denna ordning skall gälla innebär att barnrättskommitténs krav i förevarande hänseende åtminstone inte levs upp till i första instans.

<sup>175</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 8.

<sup>176</sup> Regeringskansliet, *Sveriges femte periodiska rapport till FN:s kommitté för barns rättigheter om barnkonventionens genomförande under 2007-2012*.

<sup>177</sup> Regeringskansliet, *Sveriges femte periodiska rapport till FN:s kommitté för barns rättigheter om barnkonventionens genomförande under 2007-2012*, s. 2f, 7.

<sup>178</sup> Stern och Jörnruud, *Barnkonventionens status – En utvärdering av för- och nackdelarna med barnkonventionen som svensk lag*, s. 13.

<sup>179</sup> Se presentationen i kapitel tre ovan.

Även om barnkonventionen ännu inte är svensk lag föreligger en skyldighet för Sverige att respektera, skydda och genomföra rätten till hälsa.<sup>180</sup> Att tillämpningen av artikel 24(1) inte fullt ut fått genomslag i svensk rätt har klart framgått i detta arbete. Barnrättskommittén har som en rekommendation framhållit att ett sätt att försöka genomföra rätten till hälsa är att undervisa bland annat beslutsfattare, dvs. t.ex. domare i migrationsmål, om artikeln och om hur denna grupp kan underlätta för att bestämmelsen skall respekteras i praktiken.<sup>181</sup> Som anförts i kapitel två innebär inte artikel 24(1) och dess svåra praktiska tillämpning att beslutsfattare helt kan förbise dess betydelse. Kanske är det dock så att det föreligger en okunskap om artikeln och om hur denna skall beaktas, varför barnrättskommitténs nämnda rekommendation skulle kunna ses som en alternativ väg för att råda bot på en sådan problematik. Det kan dock hävdas att den bristande hänsynen till artikel 24(1) i den typ av ärenden som ovan behandlats beror på att domstolarna helt enkelt inte anser att artikeln skall beaktas som en rättskälla, då den inte är inkorporerad i svensk rätt.<sup>182</sup> Detta förhållande är säkerligen en bidragande faktor till den bristande hänsynen i rättstillämpningen, men också här torde undervisning kunna fungera som en potentiell lösning.

Det skall vidare noteras att av de genomgångna domarna i detta arbete framgår det enligt min mening tydligt att migrationsdomstolen i Göteborg ur bevishänseende inte godtagit något dokument av lägre dignitet än ett läkarintyg till stöd för klagandens psykiska ohälsa.<sup>183</sup> I flertalet fall där annan typ av skriftlig bevisning åberopats har domstolen endast slagit fast att denna inte varit tillräcklig för att styrka vad som framförts om barnets psykiska hälsotillstånd.<sup>184</sup> Det kan således hävdas att utan ett läkarintyg har det enskilda barnet ingen möjlighet att få uppehållstillstånd på medicinsk grund enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL, åtminstone inte vid aktuell domstol. Detta faktum föranleder konstaterandet att utan ett läkarintyg stängs

---

<sup>180</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 17.

<sup>181</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 20.

<sup>182</sup> Stern och Jörnruud, *Barnkonventionens status – En utvärdering av för- och nackdelarna med barnkonventionen som svensk lag*, s. 19.

<sup>183</sup> Se tabell ovan under avsnitt 4.4.2.3 på s. 49f.

<sup>184</sup> Detta förhållande är intressant att ställa mot det faktum att migrationsöverdomstolen konstaterat att det föreligger ett visst utredningsansvar för underinstanserna i migrationsmål (se t.ex. MIG 2006:1, MIG 2012:18 och MIG 2014:22). I MIG 2006:1 anförde migrationsöverdomstolen bland annat att utredningsansvaret enligt 8 § FPL kan inträda för domstolen i de fall där beslutsunderlaget inte är tillräckligt. Domstolen poängterade visserligen att detta inte innebär att domstolen själv i alla lägen måste genomföra utredningar, utan att domstolen också kan ge anvisningar till parten om vilken utredning som krävs. Utredningsansvaret kan inträda, beroende på omständigheterna i det enskilda fallet, trots att det är fråga om ansökningsmål där sökanden primärt har bevisbördan för sina påståenden och trots att det är fråga om en tvåpartsprocess. Även om migrationsdomstolen i de domar som studerats i detta arbete inte explicit uttryckt att ett läkarintyg krävs för att styrka psykisk ohälsa kan det argumenteras för att ett sådant krav i praktiken verkar föreligga, vilket i så fall även skulle strida mot principen om fri bevisprövning. Warnling-Nerep, W., *En introduktion till förvaltningsrätten*, s. 43.

den lilla möjlighet till uppehållstillstånd enligt aktuell bestämmelse där det kan hävdas, om än i mycket liten mån, att artikel 24(1) i barnkonventionen kommer till någon form av uttryck i svensk uppehållstillståndsrätt. Något explicit om vilken typ av bevisning som skall ligga till grund för prövningen av hälsotillståndet enligt aktuell bestämmelse framgår inte av förarbetena<sup>185</sup>. I dessa uttalas endast att det i Sverige gäller såväl fri bevisprövning som fri bevisvärdering, vilket innebär att det i princip är tillåtet att framföra alla typer av bevisning vid en rättslig prövning, samt att det saknas regler för hur bevis skall värderas.<sup>186</sup>

Avslutningsvis skall konstateras att barnrättskommittén anfört att det åligger varje konventionsstat att tillse att deras nationella regelverk överensstämmer med artikel 24. Av denna skyldighet följer en förpliktelse att ändra den nationella regleringen om det visar sig att denna inte överensstämmer med bestämmelsen.<sup>187</sup> Med detta sagt kan det hävdas att av vad som framkommit i detta arbete gällande såväl lagstiftarens tolkning av 5 kap. 6 § 2 st. UtL som tillämpningen av bestämmelsen följer en skyldighet för Sverige att harmonisera den nationella rätten i nu aktuellt hänseende.

---

<sup>185</sup> Prop. 2013/14:216.

<sup>186</sup> Prop. 2013/14:216, s. 9.

<sup>187</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 17.

## 5. Rättsliga avvägningar och andra slutsatser

### 5.1. Barnkonventionen som svensk lag?

#### 5.1.1. Introduktion

I inledningskapitlet konstaterades att det finns flera förespråkare av att barnkonventionen skall bli svensk lag. Rädda Barnen Sverige lyftes då fram som ett exempel, men även bland andra UNICEF Sverige förespråkar en sådan linje. I UNICEF Sveriges alternativa rapport till Sveriges femte periodiska rapport till barnrättskommittén anförde organisationen att barnkonventionens principer och bestämmelser kunde antas få ett bättre genomslag och bli tagna på större allvar i det rättsliga systemet om konventionen i sin helhet blev svensk lag. En viktig anledning till att organisationen menar att det är av vikt att inkorporera konventionen är vidare att instrumentet annars inte har någon rättslig status eller inverkan i individuella fall, och då särskilt inte i det svenska rättsväsendet.<sup>188</sup>

Många argument för och emot en inkorporation av barnkonventionens i svensk rätt har cirkulerat i den fortfarande pågående debatten. Några av dessa skall lyftas fram i det följande. Det är vanligt att förespråkare för en inkorporering framhåller att instrumentet på detta sätt skulle bli direkt tillämplig i svenska domstolar och vid andra myndigheter, vilket skulle innebära att den enskilde kan göra konventionens rättigheter direkt gällande. Det har även poängterats att effekten av att beslut skulle fattas med stöd av instrumentets stadganden är en fördel. Vidare har anförts att en inkorporering kan antas leda till att den nationella rätten skulle stämma bättre överens med konventionen, vilket också skulle bidra till att ge rättigheterna en högre status. Att praxis skulle skapas med utgångspunkt i konventionen, samt att instrumentet skulle bli ett verkligt inslag i olika beslutfattares vardag har dessutom betonats. Mot dessa argument kan dock ställas det faktum att konventionen är formulerad med ett språk och en sådan teknik som är främmande för svensk rätt, samt att förarbetenas existens är närmast obefintlig. Som anförts tidigare i detta arbete är många artiklar dessutom ett resultat av politiska kompromisser, vilket är särskilt problematiskt i de fall där den aktuella rättigheten kräver ekonomiska resurser av konventionsstaten, vilket är fallet med rätten till hälsa enligt artikel 24(1). En ytterligare problematik gäller att begrepp som använts i konventionstexten kan ges olika innebörd i olika länder. En oönskad effekt skulle dessutom

---

<sup>188</sup> UNICEF Sverige, *Alternative report from UNICEF Sweden re. The Swedish Government's 5th report to the UN Committee on the Rights of the Child*, s. 1f.

kunna bli att alltför mycket av tolkningsansvaret skulle läggas på domstolarna, med risk för att artiklarna skulle komma att tolkas alltför snävt.<sup>189</sup>

Enligt folkrätten föreligger ingen generell skyldighet för en stat att inkorporera en ratificerad konvention för att statens förpliktelser skall anses uppfyllda. Detta innebär att den transformeringsmodell som Sverige valt för att leva upp till barnkonventionens krav är fullt acceptabel som utgångspunkt. Väljs denna modell är en förutsättning dock att staten på detta sätt också fullgör sina åtaganden i praktiken.<sup>190</sup> I kapitel ett ovan framfördes att ett av syftena med detta arbete har varit att utröna vilka förmodade effekter det skulle kunna få för svensk rätts vidkommande om barnkonventionen blev svensk lag utifrån vad som framkommit om bestämmelsen i 5 kap. 6 § 2 st. UtL och dess relation till artikel 24(1) i konventionen. Syftet med denna sista del där denna fråga skall besvaras är dels att ”*knyta ihop säcken*” genom att utifrån vad som tidigare presenterats dra relevanta slutsatser, dels att ge arbetet ett vidare omfång.

### 5.1.2. Förmodade effekter för nationell rätt

Inom den nationella och internationella rätten återfinns principen om fördragskonform tolkning. Denna princip innebär att domstolar och förvaltningsmyndigheter presumerar vid tillämpningen av nationella regler att dessa står i harmoni med Sveriges internationella åtaganden och tolkar således den nationella rätten utifrån detta förhållningssätt.<sup>191</sup> Rätt tolkad skall principen tillämpas även i förhållande till sådan internationell rätt som inte blivit införlivad med den nationella. Sistnämnda är, som framgått, fallet med Sverige och barnkonventionen. Ett problem med principen är dock de fall där den internationella och den nationella rätten framstår som oförenliga. I ett sådant fall är det upp till domstolen i varje enskilt fall att välja vilken regel som skall ges företräde.<sup>192</sup> Vad gäller artikel 24(1) och dess betydelse för bestämmelsen i 5 kap. 6 § 2 st. UtL har redan tidigare konstaterats att artikeln tycks ha haft ett mer eller mindre obetydligt inflytande på sistnämnda bestämmelses tillkomst. Detta gäller även i förhållande till rättstillämpningen, vilket undersökningen i detta arbete har påvisat. Med anledning av det sagda kan hänvisas till vad barnrättskommittén framhållit

---

<sup>189</sup> Stern och Jörnrud, *Barnkonventionens status – En utvärdering av för- och nackdelarna med barnkonventionen som svensk lag*, s. 5, 13.

<sup>190</sup> Cederborg och Warnling-Nerep, *Barnrätt – en antologi*, s. 413.

<sup>191</sup> Bring, Mahmoudi och Wrangle, *Sverige och folkrätten*, s. 59f.

<sup>192</sup> Stern och Jörnrud, *Barnkonventionens status – En utvärdering av för- och nackdelarna med barnkonventionen som svensk lag*, s. 8.



gällande varje konventionsstats skyldighet att tillse att konventionens samtliga stadganden reflekteras fullt ut i den nationella rätten och rättstillämpningen, samt ges juridiskt bindande status i förhållande till den relevanta nationella lagstiftningen. Kommittén har vidare konstaterat att konventionens bestämmelser bör ha företräde i enlighet med artikel 27 i Wienkonventionen<sup>193</sup> om den nationella lagstiftningen är motstridig.<sup>194</sup> Med hänsyn till barnrättskommitténs uttalanden i detta hänseende kan inte annat sägas än att enligt gällande svensk ordning har barnkonventionen inte företräde vid prövningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL. Det kan till och med hävdas att konventionen knappast på ett konkret sätt beaktats varken vid bestämmelsens tillkomst eller vid dess tillämpning. Det skulle kunna anföras att så i någon mån hade varit fallet för rättstillämpningens vidkommande om det tydligt hade framgått att migrationsdomstolen prövat om barnets behov med anledning av artikel 24(1) skulle bli tillgodosedda i hemlandet innan en avvisning. Vad gäller fråga om barnkonventionen bör bli svensk lag med hänsyn till det anförda kan endast konstateras att gällande ordning problematiserar denna fråga ytterligare och utgör en betydande komplikation för det fall konventionen slutligen skulle inkorporeras. Enligt gällande ordning ligger ett beaktande av barnkonventionens artikel 24(1) långt bort i fall där uppehållstillstånd enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtIL prövats gällande ensamkommande barns psykiska hälsotillstånd. Det kan endast spekuleras i vilka effekter det skulle få för denna prövning om rätten till hälsa skulle inkorporeras i svensk rätt. Det kan dock ifrågasättas om bestämmelsen i utlänningslagen alls skulle kunna tillämpas på ett godtagbart sätt utan en grundlig reformering i ett sådant läge.

En av anledningarna till lagändringen som trädde ikraft 2014 av 5 kap. 6 § 2 st. UtIL var att förtydliga barnperspektivet i asylrätten.<sup>195</sup> Hur en lag är utformad och vilket innehåll den har påverkar inte bara vad som generellt anses vara tillåtet eller förbjudet, rätt eller fel, utan har även den effekten att den förmedlar ett budskap om vad som är viktigt i vårt samhälle, samt vems perspektiv som bör tas i olika frågor.<sup>196</sup> Av vad som framkommit av undersökningen i detta arbete förefaller det klart att barnperspektivet som skulle förtydligas genom andra stycket inte har fått en så långtgående innebörd att artikel 24(1) i barnkonventionen respekteras fullt ut, varken ur ett lagstiftar- eller ett tillämpningsperspektiv. Som konstaterats i avslutningen av avsnitt 4.5. ovan har undersökningen som gjorts i detta arbete visat att det med lätthet kan hävdas att det föreligger en skyldighet enligt barnkonventionen för Sverige att

---

<sup>193</sup> Vienna Convention on the law of treaties, UNTS I-18232.

<sup>194</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 6, s. 7.

<sup>195</sup> Prop. 2013/14:216, s. 18.

<sup>196</sup> Söderbäck, *Barns och ungas rätt i vården*, s. 147.

ändra utlänningslagstiftningen så att det finns en reell möjlighet som överensstämmer med artikel 24(1) för ett ensamkommande barn att beviljas uppehållstillstånd på grund av psykisk ohälsa. Denna skyldighet skulle i detta fall följa av att barnrättskommittén betonat att en sådan förpliktelse ålagts konventionsstaterna redan vid ratificeringen.<sup>197</sup> En bakomliggande omständighet till detta är naturligtvis också det faktum att ensamkommande barn befinner sig inom svensk jurisdiktion, varför Sverige är skyldig att respektera dessa barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering.<sup>198</sup> Att föra en linje där en avvisning eller en utvisning skulle frigöra Sverige som konventionsstat från denna skyldighet eftersom barnet ifråga då inte längre befinner sig på svenskt territorium är alltigenom stötande. Ändå är det lätt att få en känsla av att det är så verkligheten i flertalet av de i detta arbete studerade fallen har sett ut.

Frågan som dock bör ställas i kontrast till vad som anförts i ovanstående stycke är om det vore rimligt att ha en utlänningslagstiftning med den omfattning som artikel 24(1) i barnkonventionen förmodligen skulle föranleda. Trots att andra rättigheter enligt barnkonventionen inte i särskilt stor utsträckning beaktats i detta arbete, ligger det inte långt bort att hävda att det skulle få stora konsekvenser för svensk rätt om barnkonventionens bestämmelser skulle ges en sådan långtgående innebörd som barnrättskommittén förespråkar. Inte minst torde kunna förutspås att det på många sätt skulle kunna få förödande konsekvenser om barnkonventionen till och med skulle bli inkorporerad i svensk rätt. Som UNICEF Sverige framhållit skulle en sådan ordning leda till att konventionen och dess bestämmelser skulle bli direkt tillämpliga vid svensk domstol och andra myndigheter.<sup>199</sup> Jag kan inte se hur det skulle vara praktiskt genomförbart att på ett godtagbart sätt tillämpa barnkonventionens artikel 24(1) direkt i den typen av mål som undersökts i detta arbete. Med en sådan ordning kan det hävdas att alla barn som kan styrka någon form av psykisk ohälsa skulle ha en ovillkorlig rätt att få stanna i Sverige, eller annars att avsevärda resurser skulle krävas för att tillförsäkra det enskilda barnet denna rätt vid ett återvändande till hemlandet efter ett avvisningsbeslut. Med anledning av det anförda kan vidare hävdas att detta skulle resultera i en stor belastning på våra svenska myndigheter, vilken sannolikt också skulle innebära betydande kostnadsökningar. Tidigare i detta arbete har hävdats att det enligt barnkonventionen åtminstone borde föreligga en skyldighet för varje konventionsstat att undersöka om barnets

---

<sup>197</sup> FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15, s. 17.

<sup>198</sup> Se artikel 2 i barnkonventionen.

<sup>199</sup> UNICEF Sverige, *Alternative report from UNICEF Sweden re. The Swedish Government's 5th report to the UN Committee on the Rights of the Child*, s. 2.

rätt till hälsa enligt artikel 24(1) skulle tillgodoses i hemlandet innan ett avvisnings- eller utvisningsbeslut fattas. Vad detta skulle innebära ur effektivitetshänsyn kan det här endast spekuleras i. Det är dock troligt att ett fullt realiserande av artikel 24(1) i ärenden där särskilt ömmande omständigheter prövas skulle leda till ökade kostnader och en stor påfrestning på ett migrationssystem som redan är starkt belastat.

I förarbetena<sup>200</sup> till 5 kap. 6 § 2 st. UtL poängteras att när prövning om rätt till uppehållstillstånd görs måste Sveriges internationella åtaganden självfallet beaktas.<sup>201</sup> Det kan konstateras att migrationsdomstolen i Göteborg tämligen rigoröst följt uttalandena i förarbetena om hur prövningen av 5 kap. 6 § 2 st. UtL bör göras i förhållande till anförda hälsoskäl. I såväl förarbetena som i den praxis som undersökts i detta arbete betonas vidare bestämmelsens undantagskaraktär.<sup>202</sup> Med beaktande av artikel 24(1) i barnkonventionen känns det förhållandevis verklighetsfrämmande att det framhålls i nämnda proposition att det vid tillämpningen skall beaktas vilka internationella åtaganden som Sverige förbundit sig till, när lagstiftningen som sådan i nu aktuellt hänseende starkt begränsar en sådan ordning. Även denna omständighet talar för att det vore mycket problematiskt i förhållande till bestämmelsen i utlänningslagen att inkorporera barnkonventionen i svensk rätt eftersom den aktuella internationella regleringen redan nu har haft ett förhållandevis litet inflytande i såväl lagstiftningsprocessen som i rättstillämpningen.

I den svenska utlänningslagstiftningen finns två stadganden med tydliga kopplingar till barnkonventionen. Som betonats i kapitel tre handlar det om portalparagrafen 1 kap. 10 § UtL som ger uttryck för principen om barnets bästa i utlänningsärenden, samt 1 kap. 11 § UtL där barnets rätt att få uttrycka sin mening i ärenden som rör barnet fastslås. Dessa båda bestämmelser har tydliga kopplingar till såväl artikel 3(1) som artikel 12 i barnkonventionen. Det har tidigare påpekats att barnrättskommittén framhållit att respekten för dessa två av konventionens fyra grundprinciper är en förutsättning för att rätten till hälsa i artikel 24(1) skall vara möjlig att genomföra i praktiken.<sup>203</sup> Med detta sagt är det möjligt att argumentera för att Sverige åtminstone har kommit en bit på väg med att omsätta barnkonventionens stadganden i praktiken. Att notera är dock det faktum att barnkonventionen varit ratificerad av

---

<sup>200</sup> Prop. 2013/14:216.

<sup>201</sup> Prop. 2013/14:216, s. 19.

<sup>202</sup> Vad gäller förarbetena se prop. 2013/14:216, s. 18.

<sup>203</sup> Brandin Berntsson m.fl., *Handbok om barnkonventionen*, s. 47.

Sverige i 25 år.<sup>204</sup> Det ligger därför relativt nära till hands att hävda att efter en sådan beaktansvärd tid borde Sverige ha kommit längre i förverkligandet av konventionens bestämmelser. Att en inkorporering av barnkonventionen i svensk rätt skulle råda bot på en sådan ordning förefaller vara en tämligen naiv lösning med hänsyn till vad undersökningen i detta arbete visat. Det har dessutom anförts att det faktum att konventionen på vissa plan haft ett konkret inflytande på lagstiftningen som sådan, inte per automatik innebär att instrumentets bestämmelser getts ett stort inflytande strukturellt.<sup>205</sup> Sistnämnda kan hänföras till vad detta arbete generellt kunnat konstatera: att barnkonventionens artikel 24(1) haft mycket liten, om någon, inverkan på möjligheten till uppehållstillstånd på medicinsk grund enligt 5 kap. 6 § 2 st. UtL.

## 5.2. Avslutande kommentarer kapitel 5

Det har tydligt framgått av vad som anförts i detta kapitel att jag inte förespråkar linjen att barnkonventionen borde inkorporeras i svensk rätt. Undersökningen som gjorts i detta arbete pekar på några av de konsekvenser och problem som det skulle innebära för svensk rätts vidkommande om så blev fallet. Att det skulle möta hinder även på andra områden av den nationella rätten förefaller enligt min mening tämligen otvivelaktigt. Redan det faktum att barnkonventionen är ett juridiskt bindande dokument är ur detta perspektiv problematiskt nog med hänsyn till att Sverige till synes inte verkar ta detta åtagande på fullt allvar.

Som poängterats i det ovanstående kan det hävdas att den diskrepans som råder mellan artikel 24(1) i barnkonventionen och bestämmelsen i 5 kap. 6 § 2 st. UtL föranleder en skyldighet för Sverige att se över den nationella regleringen i aktuellt hänseende och se till att artikeln respekteras i såväl lagstiftningen som i rättstillämpningen. Eftersom prövningen av särskilt ömmande omständigheter är den enda bland de möjliga uppehållstillståndsgrunderna som uttryckligen tar hänsyn till barnets psykiska hälsotillstånd förefaller läget än mer påfallande. Att i en sådan situation göra konventionen till nationell lag vore därav, enligt min mening, att skapa större problem för svensk rätt än vad som redan är fallet. Med detta dock inte sagt att en inkorporering av barnkonventionen uteslutande skulle innebära negativa effekter för den nationella rätten. Naturligtvis vore det fördelaktigt om konventionen gavs större utrymme vid så väl lagars tillkomst som vid tillämpningen av dessa. Jag anser dock att detta bör kunna

---

<sup>204</sup> Som nämnts i kapitel ett ovan ratificerade Sverige barnkonventionen i juni 1990.

<sup>205</sup> Stern och Jörnruud, *Barnkonventionens status – En utvärdering av för- och nackdelarna med barnkonventionen som svensk lag*, s. 16.

uppnås utan en inkorporering av instrumentet som sådant i vår nationella rättsordning. Även om det sannolikt skulle ta förhållandevis lång tid att nå ett sådant mål gällande alla rättsliga aspekter där barnkonventionens bestämmelser bör ha bäring, om detta ens är möjligt, hävdar jag att lagalternativet inte är rättsligt försvarbart. Detta med hänsyn till de påvisade rättsliga efterverkningarna som ett sådant förfarande kan antas få i förhållande bestämmelsen i 5 kap. 6 § 2 st. UtL och möjligheten till uppehållstillstånd på medicinsk grund. Avslutningsvis vill jag således understryka att det är min mening att fördelarna med att inkorporera barnkonventionen i vårt rättssystem inte överväger de nackdelar som kan förutspås om denna ordning skulle bli verklighet.

## Käll- och litteraturförteckning

### *Offentligt tryck*

#### **Propositioner**

Proposition 1996/97:25 *Svensk migrationspolitik i globalt perspektiv*

Proposition 2004/05:170 *Ny instans- och processordning i utlännings- och medborgarskapsärenden*

Proposition 2013/14:216 *Särskilt ömmande omständigheter*

#### **Offentliga utredningar**

Ds. 2014:5. *Särskilt ömmande omständigheter*

#### **Internationella konventioner och dokument**

Convention on the Rights of the Child, UNTS I-27531

Vienna Convention on the law of treaties, UNTS I-18232

Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a communications procedure, UNTS A-27531

FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 4 (2003) om *”Ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter”*, (CRC/GC/2003/4), trettiotredje sessionen, 1 juli 2003, översättning december 2012, reviderad mars 2014, Barnombudsmannen. [FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 4]

FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 5 (2003) om *”Allmänna åtgärder för genomförandet av konventionen om barnets rättigheter (art. 4, 42 och 44.6)”*, (CRC/GC/2003/5), trettiofjärde sessionen, 27 november 2003, översättning december 2012, reviderad mars 2014, Barnombudsmannen. [FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 5]

FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 6 (2005) om *”Behandlingen av ensamkommande barn och barn som har skiljts från föräldrarna utanför ursprungslandet”*,

(CRC/C/GC/6), trettionionde sessionen, 1 september 2005, översättning december 2012, reviderad mars 2014, Barnombudsmannen. [FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 6]

Committee on the Rights of the Child, General comment No. 14 (2013) on *"The right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3 para. 1)"*, (CRC/C/GC/14), sixty-second session, 29 May 2013. [Committee on the Rights of the Child, General comment No. 14]

FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15 (2013) om *"Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24)"*, (CRC/C/GC/15), sextioandra sessionen, 17 april 2013, översättning mars 2014, Barnombudsmannen. [FN:s kommitté för barnets rättigheter, allmän kommentar nr. 15]

### **Svenska lagar och förordningar**

Föräldrabalk (1949:381)

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Utlänningslag (2005:716)

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

SFS 2014:433 Lag om ändring i utlänningslagen (2005:716)

Förordning (1977:937) om allmänna förvaltningsdomstolars behörighet m.m.

### *Böcker, artiklar och rapporter*

**Andersson, H. E., Ascher, H., Björnberg, U. och Eastmond, M.**, *Mellan det förflutna och framtiden – Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande*, Centrum för Europaforskning, Göteborgs universitet 2010

**Ascher, A. och Hjern, A.**, *Från apati till aktivitet – Teori och behandling av flyktningbarn med svår psykisk ohälsa*, upplaga 1:1, Studentlitteratur 2013

**Brandin Berndtsson, M. m.fl.**, *Handbok om barnkonventionen*, Upplaga 1:1, UNICEF Sverige 2008

**Bring, O., Mahmoudi, S. och Wrangle, P.**, *Sverige och folkrätten*, femte upplagan, Norstedts Juridik 2014

**Brunnberg, E., Borg, R-M. och Fridström, C.**, *Ensamkommande barn – En forskningsöversikt*, Upplaga 1:2, Studentlitteratur 2011

**Cederborg, A-N. och Warnling-Nerep, W.**, *Barnrätt – en antologi*, upplaga 1:1, Norstedts Juridik 2014

**Elmeroth, E. och Häge, J.** *Flyktens barn – medkänsla, migration och mänskliga rättigheter*, upplaga 1:1, Studentlitteratur 2009

**Mathiesen, T.**, *Rätten i samhället – En introduktion till rättssociologin*, femte upplagan, Studentlitteratur 2005

Regeringskansliet, *Sveriges femte periodiska rapport till FN:s kommitté för barns rättigheter om barnkonventionens genomförande under 2007-2012*, Socialdepartementet 2012

Rädda Barnen, *När barnkonventionen blir lag – Förberedande frågor till beslutsfattare*

Socialstyrelsen, *Kvinnlig könsstymning – ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård*, andra upplagan, första tryckningen, Stockholm juni 2005

**Sandgren, C.** *Om empiri och rättsvetenskap*, Del I, Juridisk tidskrift (1995/96): s. 726ff.

**Seidlitz, M.**, *Asylrätt – En praktisk introduktion*, upplaga 1:1, Norstedts Juridik 2014, s. 85.

**Singer, A.**, *Barnets bästa – om barnets rättsliga ställning i familj och samhälle*, sjätte upplagan, Norstedts Juridik 2012



**Stern, R.** och **Jörnruud, M.**, *Barnkonventionens status – En utvärdering av för- och nackdelarna med barnkonventionen som svensk lag*, UNICEF Sverige och Raoul Wallenberginstitutet för mänskliga rättigheter och humanitär rätt 2011

**Söderbäck, M.**, *Barns och ungas rätt i vården*, Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2010

UNICEF, *The state of the world's children 2000*, Executive Director Carol Bellamy

UNICEF Sverige, *Alternative report from UNICEF Sweden re. The Swedish Government's 5th report to the UN Committee on the Rights of the Child*, Stockholm den 15e februari 2014

**von Schéele, E.** och **Strandberg, I.**, *Ensamkommande barns rätt – en vägledning för den gode mannen, kommunen m.fl.* andra upplagan, Norstedts Juridik 2013

**Warnling-Nerep, W.**, *En introduktion till förvaltningsrätten*, elfte upplagan, Norstedts Juridik 2014

### *Internetkällor*

<http://www.raddabarnen.se/vad-vi-gor/mer-om-vad-vi-gor/barns-rattigheter-samhallets-ansvar/barnkonventionen-som-lag/> (hämtad 2015-11-10)

<http://www.unicef.org/crc/> (hämtad 2015-11-14)

<https://unicef.se/barnkonventionen/fns-kommitte-for-barnets-rattigheter> (hämtad 2015-11-16)

<http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Asylregler.html>  
(hämtad 2015-11-27)

<http://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d1aab/1448974429957/Inkomna+ansokningar+om+asyl+2015+-+Applications+for+asylum+received+2015.pdf>  
(hämtad 2015-12-07)

<https://unicef.se/barnkonventionen/tillaggsprotokoll> (hämtad 2015-12-11)

<https://unicef.se/barnkonventionen> (hämtad 2015-12-11)

<http://www.un.org/sg/formersg/annan.shtml> (hämtad 2015-12-14)

## *Rättsfall*

### **Domar från migrationsöverdomstolen i Stockholm**

MIG 2006:1

MIG 2007:48

MIG 2012:18

MIG 2014:22

### **Domar från migrationsdomstolen i Göteborg**

UM 2133-14, dom 2014-07-02

UM 7231-14, dom 2014-12-29

UM 8671-14, dom 2015-03-12

UM 2681-14, dom 2014-07-04

UM 4980-14, dom 2014-09-16

UM 5252-14, dom 2014-12-02

UM 5922-14, dom 2014-10-09

UM 6612-14, dom 2014-12-11

UM 6627-14, dom 2014-12-03

UM 6663-14, dom 2014-10-28

UM 6856-14, dom 2014-12-12

UM 9222-14, dom 2015-02-23

UM 98-15, dom 2015-03-24

UM 444-15, dom 2015-03-30

UM 942-15, dom 2015-04-30

UM 1333-15, dom 2015-06-18

UM 1584-15, dom 2015-05-28

UM 3214-15, dom 2015-07-24

UM 3339-15, dom 2015-09-10

UM 6751-14, dom 2014-12-18

UM 7834-14, dom 2015-01-21

UM 7843-14, dom 2014-12-29

UM 8826-14, dom 2015-02-02

UM 9000-14, dom 2015-02-03

Jag, Sofie Fors Atterlöf, registrerades på kursen första gången höstterminen 2015. Jag har inte deltagit i något tidigare examinationstillfälle.