

Läkaren som statens hjälpreda

Om yrkesetik och mänskliga rättigheter

Lars H Gustafsson

Lars H Gustafsson, barnläkare, docent i socialmedicin, Lund.
E-post: lars.h.gustafsson@gmail.com

De senaste årens ökande flyktingströmmar har lett till att viktiga läkaretiska frågor har ställts på sin spets. Vilka krav kan staten ställa på läkares medverkan vid administrativt beslutade åtgärder som kan leda till att människor behandlas på ett diskriminerande sätt, i strid med både läkares yrkesetik och grundläggande principer inom området mänskliga rättigheter? I Sverige har diskussionen främst handlat om läkares medverkan vid åldersbedömningar och tvångsutvisningar. De etiska analyser som genomförts av officiella instanser har vissa förtjänster. Dock saknas såväl ett historiskt perspektiv som en diskussion om läkares yrkesetik och dess samband med internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter. Situationen är allvarlig, och en fördjupad analys än nu nödvändig inom ramen för en fortsatt dialog mellan läkare, myndigheter och politiker.

Following the recent increase of migration to Europe, a number of important questions related to the physician's professional ethics have come into sharp view. To what extent can the State demand that doctors participate in administrative measures that are difficult to reconcile with professional codes of conduct and fundamental human rights principles like non-discrimination? In Sweden, the discussion has centered on the involvement of physicians in age assessments and forced deportations. The ethical analyses made by official authorities in this regard are not without merit. However, they lack a historical perspective and fail to consider the close ties between professional ethics and human rights. The situation is serious, and a deepened analysis is utterly needed within the frame of an ongoing dialogue between doctors, authorities and politicians.

Inledning

Följande artikel diskuterar läkares medverkan vid av staten beslutade administrativa åtgärder som inte primärt har med sjukvård att göra. Utgångspunkt är den aktuella debatten om läkares medverkan vid åldersbedömningar och utvisningar.

Bakgrund

Allt fler barn befinner sig på flykt, och en allt större del av dem utan att åtföljas av sina familjer. Under åren 2015-2016 registrerades mer än 300 000 ensamkommande barn i ett 80-tal mottagarländer, vilket innebär en femdubbling av antalet jämfört med 2010-2011. Av de barn som kom över Medelhavet

från Nordafrika till Italien och Malta under år 2016 och de två första månaderna 2017 var 92% ensamkommande, jämfört med 75% 2015 (UNICEF, 2017).

Sedan vi i Sverige under år 2015 tagit emot 35 000 ensamkommande barn fick Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) utarbeta nya riktlinjer för medicinska åldersbedömningar. Socialstyrelsen beställde då en analys av de etiska dilemman som kan uppstå vid sådana bedömningar. Uppdraget gavs till professor Lars Sandman och docent Erik Malmqvist, båda forskare i hälso- och sjukvårdsetik vid Linköpings universitet, samt Lisa Furberg, lektor i medicinsk etik vid Uppsala universitet. Analysen publicerades i maj 2016 (Socialstyrelsen, 2016).

Några månader senare, i oktober 2016, offentliggjorde Statens medicinsk-etiska råd (Smer) ett eget ställnings-tagande kring samma frågor (Smer, 2016).

Både Socialstyrelsens och Smers analyser är noggrant utförda. Båda analyserna kommer till slutsatsen att medicinska åldersbedömningar bör accepteras, men man ställer upp en rad villkor för hur de ska utföras om de ska kunna anses godtagbara utifrån etiska utgångspunkter.

En del av den argumentation som används, främst i Socialstyrelsens analys, kan och bör problematiseras. Författarna tar nämligen här upp det motstånd mot att medverka vid åldersbedömningar som funnits på flera håll, främst från barnläkare och många tandläkare. Frågan ställs

hur det motståndet ska värderas, och svaret blir att det beror på de underliggande orsakerna.

Så länge det handlar om en tveksamhet inför de använda metodernas tillförlitlighet finns förståelse från författarnas sida. Det är också detta som stått i fokus när till exempel Svenska barnläkarföreningen fört fram sina synpunkter. Men så går författarna över till andra förmodade orsaker till motståndet mot att delta:

”Ett annat skäl kan handla om en mer grundläggande professionsetisk tanke om att alltid stå på patientens eller patienters sida – om det råder en konflikt mellan patientens och myndigheters eller det övriga samhällets intresse.”

Sandman et al. säger sig förstå också sådana argument men underkänner dem samtidigt med motiveringen att läkare också i en rad andra sammanhang hamnar i situationer där de inte alltid kan agera utifrån patientens omedelbara intresse. Som exempel nämns läkares sjukskrivning samt plikten att i vissa fall göra anmälan som kan leda till att patientens körkort eller vapenlicens dras in.

Jämförelsen haltar dock något. I situationer av detta slag styrs läkares agerande faktiskt av omsorg om patienten – liksom av omsorg om liv och hälsa för personer i patientens omgivning. Att då gå emot patientens omedelbara önskan strider inte mot läkares etiska regler. I fallet med av staten beställda åldersbedömningar är situationen en annan, även om man kan anföra att en utebliven åldersbedömning kan leda till att vuxna place-

ras på ett hem avsett för barn. Eller att barn placeras på ett boende avsett för vuxna. Till detta dilemma återkommer jag.

Ett tredje tänkbar orsak till barnläkarnas tvekan formuleras av författarna så här:

”Det skulle dock kunna finnas andra, underliggande skäl, som handlar om att man som läkare är tveksam till de ställningstaganden som gjorts inom svensk migrationslagstiftning – dvs. att man har en annan migrationspolitisk uppfattning.”

Vad författarna här påstår är alltså att vissa läkare kan ha haft en dold politisk agenda som styrts deras agerande. De har helt enkelt inte gillat den förda flyktingpolitiken och har protesterat mot den genom att vägra medverka. Men, menar författarna, vi lever i en demokrati, och läkare är som andra skyldiga att, åtminstone i sin tjänsteutövning, rätta sig efter demokratiskt fattade beslut.

En sådan politisk agenda, eller möjligen en annan övertygelse av okänt slag (kanske rentav religiös?), skulle kunna försätta en och annan läkare i samvetsqual, menar författarna. Men, konstaterar de:

”Den samlade inställningen från hälso- och sjukvården (samt det rättsliga utfallet) har varit att sådana samvetsundantag inte accepteras.”

I stället för att spekulera hade det varit bättre om författarna frågat de läkare som varit inblandade i debatten. Jag är en av dem, och här kommer nu or-

sakerna till den tveksamhet jag själv känt inför åldersbedömningar – liksom inför andra frågor som handlar om läkares medverkan vid statligt initierade administrativa åtgärder som på ett diskriminerande sätt kan påverka människors hälsa och välbefinnande. Till exempel läkares medverkan vid utvisningar.

Vårt historiska arv

Det finns i läkarnas och inte minst barnläkarnas historia mörka inslag som vi måste förhålla oss till. Barnläkare spelade en aktiv roll i Tredje rikets eutanasi-program, då värnlösa småbarn med funktionsnedsättningar användes för medicinska experiment och sedan dödades (Klee, 1991).

Brist på humanitet utmärkte också delar av den svenska läkarkåren. I februari 1939 hölls till exempel en sluten omröstning anordnad av Barnläkarföreningen som ledde till att en hotad judisk kollega hindrades inresa till Sverige (Högberg, 2000).

Statens institut för rasbiologi, grundat 1922 av Herman Lundborg, fanns kvar till 1958. Verksamheten där har beskrivits av Maja Hagerman i *Käraste Herman*, där Lundborgs biometriska mätningar av samers skallar är ett viktigt tema (Hagerman, 2015). De är ett exempel på statligt beställda och med medicinska metoder utförda bestämmningar som led i en politik för aktiv diskriminering av en folkgrupp. De barn som uppfyllde kriterierna och bedömdes som samiska hänvisades till särskilda skolor, där de fick leva ett primitivt liv och berövades viktig utbildning (Huuva & Blind, 2016).

Det rasbiologiska tänkandet låg också bakom de tvångssteriliseringar av kvinnor med kognitiva funktionsnedsättningar som pågick ända in på 1950-talet (Broberg & Tydén, 1991, Socialdepartementet, 2000). Och Karl Grunewald har berättat om den tveklaktiga roll en del läkare spelade då barn med funktionsnedsättningar av olika slag placerades på anstalter, där värden ibland var undermålig (Grunewald, 2009).

Min avsikt är inte att skuldbelägga tidigare generationer. Allt måste ses i sitt sammanhang, och det är lätt att finna exempel på läkare som hållit humanitetens fana högt, också i trängda lägen. Men det finns alltför många mörka stråk i vår kollektiva historia för att vi ska kunna slå oss till ro. Största vaksamhet krävs och kommer att krävas alltmer i framtiden, när minnena från kriget bleknat ytterligare. Och det finns oroande tecken redan nu.

Detta framhålls med skärpa av Juan E. Méndez, FN:s särskilde rapportör för frågor om tortyr och annan grym, inhuman och kränkande behandling, i en rapport inlämnad till FN:s råd för mänskliga rättigheter 2013 (Human Rights Council, 2013). Méndez påpekar att sjukvården alltför ofta utnyttjas för politiska syften, och han ger en rad exempel på hur tvång på ett diskriminerande sätt används för undersökningar och behandlingar utan klar medicinsk indikation.

Också den amerikanske historikern Timothy Snyder ger uttryck för stark oro i sin aktuella bok *On Tyranny* (Snyder, 2017). Hans huvudtes är att historien aldrig upprepar sig men att vi ändå måste lära av det förgångna.

Snyder har särskilt studerat Europas 1900-talshistoria och tycker sig se oroande tecken i de senaste årens utveckling, såväl i USA som i Europa. Han beskriver en alltmer bristande respekt för mänskliga rättigheter och riktar en varning till dem som nu har ansvar för människors liv och välbefinnande:

”Professional ethics must guide us precisely when we are told that the situation is exceptional. Then there is no such thing as ‘just following orders.’ If members of the professions confuse their specific ethics with the emotions of the moment, however, they can find themselves saying and doing things that they might previously have thought unimaginable.”

I vare sig Socialstyrelsens eller Smers etiska analyser finns något skrivet om denna historiska erfarenhet och aktuella utveckling eller om vilka slutsatser vi bör dra av den.

Läkarnas yrkesetiska regler

Den hippokratiska läkareden från 300-talet f.kr har tjänat som inspiration och mall för de etiska yrkeskoder som läkare arbetar efter ännu idag. Efter andra världskrigets slut inleddes en intensiv diskussion läkare emellan mot bakgrund av erfarenheterna från kriget. World Medical Association (WMA) grundades 1947 och kom att stå fadder för utarbetandet av nya etiska regler. I september 1948 antogs den så kallade Genève-deklarationen, den läkared som organisationens medlemmar anmodades att följa. Deklarationen har sedan uppdaterats i flera om-

gångar, senast 2006.

En av satserna i WMA:s ed lyder: *"I will not use my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat."* WMA:s läkared var tre månader gammal när FN:s generalförsamling antog den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna. Det finns alltså redan från början en koppling mellan den yrkesetik som gäller för läkare (liksom för andra professioner inom vård- och behandlingsområdet) och FN:s deklARATIONER och konventioner om mänskliga rättigheter.

WMA har sedan dess fortsatt arbetet med att uppdatera, utvidga och precisera de läkarettiska reglerna. 1975 antogs Tokyodeklarationen (senast uppdaterad 2006), där det bland annat görs klart att läkare aldrig får medverka vid tortyr, tvångsmedicinering eller annan grym och kränkande behandling. En följd av detta har varit att läkare bestämt avrått från att delta vid utförande av dödsstraff.

Tokyodeklarationen ligger till grund för ett WMA-dokument om flyktingar och migranter (WMA 2016) där det bland annat sägs:

"Physicians cannot be compelled to participate in any punitive or judicial action involving refugees, including asylum seekers, refused asylum seekers and undocumented migrants, or Internally Displaced Persons or to administer any non-medically justified diagnostic measure or treatment, such as sedatives to facilitate easy deportation from the country or relocation."

I enlighet med detta gjorde Läkarförbundets etik- och ansvarsråd i april

2017 följande uttalande:

"World Medical Association, där Läkarförbundet ingår, har i ett uttalande fastslagit att läkare inte ska medverka vid tvångsåtgärder vid utvisningar. Läkarförbundet instämmer till fullo i detta och avråder därför läkare från att delta vid utvisning av asylsökande."

Ett etiskt dilemma kan uppstå om läkares vägran att medverka utsätter den som ska utvisas för risk, till exempel om denne är allvarligt sjuk. Frågan är då på vems uppdrag läkaren arbetar. Det gör skillnad om en patient ber sin läkare följa med i samband med en utvisning jämfört om gränspolisens kontrakterar en läkare att följa med under en transport som beredskap om något medicinskt tillbud skulle inträffa.

WMA:s Lissabondeklaration från 1981 (uppdaterad 2005) handlar om patientens rättigheter och går långt i hävdandet av patientens autonomi och självbestämmande. Läkaren uppmanas att alltid med kraft hävda patientens rättigheter i samhället i stort, i synnerhet gentemot olika myndigheter som kan vilja inskränka dem. I en ofta citerad mening i deklarationens inledning sägs:

"Whenever legislation, government action or any other administration or institution denies patients these rights, physicians should pursue appropriate means to assure or to restore them."

Frågan är vad som innefattas i "appropriate means". Formuleringen kan uppfattas som en uppmaning till både civil olydnad och politisk aktivitet. I

vart fall innebär den en skyldighet för varje läkare att på något sätt göra sin röst hörd om patientens rättigheter kränks av lagstiftning eller myndighetsbeslut.

Läkarförbundets egna yrkesetiska regler bygger till stor på dessa internationella förlagor. De inledande meningarna är tydligt inspirerade av såväl den hippokratiska eden som av Genève-deklarationen:

”Läkaren ska i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlakens och hederns bud.”

Flera andra formuleringar i vår gemensamma yrkeskod är också starkt värdeladdade:

”Läkaren ska behandla patienten med empati, omsorg och respekt och får inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv... Läkaren ska aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.”

Också i dessa formuleringar blir sambandet tydligt mellan yrkesetik och mänskliga rättigheter. Att skrivningarna får direkt betydelse för läkares medverkan vid utvisningar är uppenbart. Men påverkar de också läkares möjlighet att medverka vid åldersbedömningar? Ja, det kan de göra. Allt beror på hur de görs.

Det har tagit tid för mig att riktigt inse hur viktiga dessa koder är och

vilket stöd de både kan och ska vara, inte minst i tider då inte bara vikten av empati, omsorg och respekt är på väg att relativiseras utan också principen om människors lika värde. Jag har skrivit mer utförligt om detta i *En läkares samvete* (Gustafsson 2006).

I de etiska analyser som nu utförts av Socialstyrelsen och Smer finns våra yrkesetiska koder inte ens nämnda.

Läkaren och de mänskliga rättigheterna

Medicinska åldersbedömningar kan med all rätt ses som en barnrättsfråga. I såväl Socialstyrelsens och Smers etiska analyser understryks detta, och ett antal hänvisningar sker till FN:s konvention om barnets rättigheter. Det är bra.

Enligt barnkonventionens artikel 7 ska barnet ha rätt att få sin identitet fastställd så snart det låter sig göra. I en allmän kommentar beskriver FN:s barnrättskommitté, som övervakar konventionens efterlevnad, vad som ska gälla för ensamkommande barn med oklar ålder (FN:s kommitté för barnets rättigheter, 2005). De har rätt till en åldersbedömning, men den ska ske med förbehåll som i allt väsentligt överensstämmer med dem som Socialstyrelsen och Smer angett i sina etiska analyser. På ett par punkter är kommittén särskilt tydlig:

”Vederbörlig hänsyn ska tas till den mänskliga värdigheten, och om osäkerhet kvarstår ska beslutet fattas till individens fördel, vilket innebär att han eller hon ska hanteras som ett barn om möjligheten föreligger att han eller hon är ett barn.”

Ett annat viktigt skäl till att se frågan om åldersbedömning som en barnrättsfråga är skydds- och förmånsaspekten. Ett barn har rätt till ett annat skydd än en vuxen och ska ha också ha en ovillkorlig rätt till förmåner som en vuxen inte lika självklart kan göra anspråk på, till exempel rätten till skolgång. Eftersom gränsen mellan barn och vuxen går vid 18-årsdagen, enligt både barnkonventionen och svensk lagstiftning, ligger det därför i ett barns intresse att så snart som möjligt få sin ålder fastställd.

När det är sagt vill jag ändå problematisera bilden något. En genomläsning av de analyser som Socialstyrelsen och Smer har gjort ger nämligen lätt intryck av att det enbart är barn som har mänskliga rättigheter och att dessa upphör då barnet fyller 18 år. Men så är det förstås inte. Alla människor, oavsett ålder, har mänskliga rättigheter. Barnkonventionen ska ses som en del av ett större sammanhang. I barnkonventionens inledning inpräntas detta nogsamt. Barn är också människor, inte blivande människor, och de har därmed rätt till alla de rättigheter som är angivna i konventioner av olika slag. Barnkonventionen är tänkt att i första hand tydliggöra just detta – samt dessutom lägga till ett antal mer specifika rättigheter som ett barn på grund av sin sårbarhet är i behov av. Men de flesta av de mänskliga rättigheter som stadfästs av FN, liksom dem som ingår i Europakonventionen (som för övrigt gäller som svensk lag), är alltså gemensamma för barn och vuxna.

Detta understryks med stor skärpa i ett aktuellt uttalande från den kom-

mitté som övervakar efterlevnaden av FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ECOSOC, 2017). Konventionen ratificerades av Sverige 1971, och i uttalandet påminns de stater som är bundna av konventionen om de förpliktelser som detta för med sig just när det gäller flyktingar och andra migranter. En skälig levnadsstandard med mat och bostad samt tillgång till utbildning och sjukvård är en rättighet för alla, oavsett status i övrigt.

Därför är det sorgligt att behöva konstatera att den praxis som utvecklats under senare år snarast tycks tala för att mänskliga rättigheter inte gäller alla som vistas i vårt land. Några exempel:

Flera kommuner har beslutat att en ung människa som befinner sig på ett boende för ensamkommande tvingas lämna detta boende på 18-årsdagen utan att ha någonstans att ta vägen.

Ungdomar som fått åldern uppskriven till 18 år har gripits och placerats i förvar i väntan på utvisning, ibland under rent förödmjukande former (Örstadius & Sköld 2017).

Ungdomar som fyllt 18 år har på vissa håll i landet bara fått tillgång till vård som inte kan anstå, något som påpekats av Rätt till vård-initiativet i ett aktuellt ställningstagande från juni 2017 som också Läkarförbundet ställt sig bakom.

Problemet då är inte att en ung människa bedöms vara 18 år utan att Sverige för närvarande inte lever upp till de principer vi åtagit oss att följa. De stora förlorarna är de aktuella ungdomarna. Men också vi som i våra olika professioner följt dem

under en tid, som har försökt bevaka deras rättigheter och som har arbetat hårt för deras rehabilitering hamnar i svåra etiska dilemman. Om vi då inte, i Lissabondeklarationens anda, säger ifrån – vilka är vi då?

Här vill jag återvända till det problem som kan uppstå om en vuxen, till exempel en 19-åring, placeras på ett hem för barn. Det kan vara en dålig lösning, men behöver inte vara det. En elvaåring på samma hem kan mycket väl känna sig mer hotad av en 17-åring där. Kommunen har alltid ett ansvar för att organisera mottagandet så att det blir bra för alla, alldeles oavsett de nyanländas ålder. Då måste man ha flera alternativ att spela med och använda dem klokt utifrån de ungdomar man har fått hand om. De relevanta frågorna blir därför: Var ska 19-åringen bo? Vilket ansvar kan vi kräva av en ung människa, 17 eller 19 år gammal, som nyss kommit till oss och som kanske traumatiserats svårt i sitt hemland eller på vägen hit? Och vilka rättigheter har de, oavsett ålder?

Inte heller frågan om vad som händer med de mänskliga rättigheterna när en ung människa fyllt 18 år berörs i Socialstyrelsens och Smers etiska analyser.

Slutsatser

Frågan om läkares medverkan vid medicinska åldersbedömningar, liksom vid andra av staten beslutade administrativa åtgärder, som vid utvisningar, är komplex. Vid utvisningar bör läkare inte medverka, såvida inte en utvisningshotad direkt ber en läkare om det. Vid åldersbedömningar

kan det finnas skäl att vi ställer vår kompetens till förfogande. Det bör dock ske först efter grundliga överväganden och med noggrant formulerade förbehåll.

Den vetenskapliga evidensen för använda metoder måste fortsatt granskas och utredas vidare. Osäkerheten i de nu använda metoderna måste beaktas, och vid minsta tvekan om resultatet bör den undersökte bedömas som barn.

Men också den etiska diskussionen måste fortsätta och fördjupas. De etiska analyser som gjorts av Socialstyrelsen och Smer har förtjänster. Om de villkor som de båda instanserna enats om verkligen gäller och följs i praxis finns förutsättningar för att åldersbedömningarna ska kunna ske på ett någorlunda rättssäkert och etiskt godtagbart sätt.

Men analyserna har också brister. I det fortsatta samtalet bör de historiska erfarenheterna redovisas och beaktas bättre och vårt yrkesetiska regelverk ges större tyngd.

Dessutom finns behov av en öppen och fördjupad diskussion om de mänskliga rättigheternas ställning i Sverige. Den diskussionen bör självklart handla om barnkonventionen och om följderna av att konventionen nu förhoppningsvis blir svensk lag. Men lika viktigt är hur Sverige lever upp till de mänskliga rättigheterna i stort och vad som kan göras för att stärka deras ställning. Det ska självklart inte vara så att mänskliga rättigheter enbart, och i bästa fall, gäller barn.

Till slut: De läkare och andra som engagerar sig i de här frågorna gör

det sällan på grund av extrema politiska åsikter eller personliga samvetskval utan långt mer ofta på grund av en väl grundad oro över vad som är på väg att hända i vårt samhälle, en historisk medvetenhet, en djup förankring i sina yrkesetiska koder, ett genom gedigen erfarenhet förvärvat barnperspektiv och ett värnande om mänskliga rättigheter.

Referenser

- Broberg, G. & Tydén, M. (1991). *Oönskade i folkhemmet: rashygien och sterilisering i Sverige*. Stockholm: Gidlund
- ECOSOC (2013). *Duties of States towards refugees and migrants under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. E/C.12/2017/1. United Nations.
- FN:s kommitté för barnets rättigheter (2005). *Behandlingen av ensamkommande barn och barn som skilts från föräldrarna utanför ursprungslandet*. Allmän kommentar nr 6.
- Grunewald, K. (2009). *Från idiot till medborgare: de utvecklingsstördas historia*. Stockholm: Gothia
- Gustafsson, L.H. (2006). *En läkares samvete: om jobbet, etiken och konsten att säga ifrån*. Stockholm: Norstedts
- Hagerman, M. (2015). *Käraste Herman: Rasbiologen Herman Lundborgs gåta*. Stockholm: Norstedts
- Human Rights Council (2013). *Report of the Special Rapporteur on Torture and other cruel, inhuman and degrading treatment or punishment, Juan E. Mendéz*. A/HRC/22/53. United Nations.
- Högberg, U. (2000). *Förtroendevalda läkares medlemskap i föreningar associerade till Tredje riket*. *Läkartidningen* 2000; 28-29:3306-3308
- Klee, E. (1991). "Euthanasie" im NS-Staat Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Fischer.
- "När jag var åtta år lämnade jag mitt hem och jag har ännu inte kommit tillbaka" : minnesbilder från samernas skoltid (2016) (red. Huuva, K. & Blind, E.). Stockholm: Verbum
- Rätt till vård på lika villkor. Ställningstagande från Rätt till vård-Initiativet 2017-06-19
- Snyder, T. (2017). *On Tyranny - Twenty Lessons from the Twentieth Century*. New York: Penguin Random House LLC.
- Socialdepartementet (2000). *Steriliseringsfrågan i Sverige 1935 – 1975*. SOU 2000:20
- Socialstyrelsen (2016). *Åldersbedömning inom ramen för asylprocessen – en etisk analys*.
- Statens medicinsk-etiska råd (2016). *Medicinska åldersbedömningar i asylprocessen – etiska aspekter*.
- World Medical Association (2016). *WMA Council Resolution on Refugees and Migrants*. Adopted by the 203rd WMA Council Session, Buenos Aires, April, 2016.
- Örstadius, K. & Sköld, J. (2017). *Tidigare anställd: Provokation används*. DN 16/6 2017
- UNICEF. (2017). *A child is a child. Protecting children on the move from violence, abuse and exploitation*.
- De citerade FN-dokumentet nås enklast via <https://www.barnombudsmannen.se/> och <http://www.manskligarattigheter.se/>