

Åldersbedömning inom ramen för asylprocessen – en etisk analys

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2016-5-28
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2016

Förord

Syftet med projektet är att se i vilken utsträckning ny forskning kan bidra till att minska osäkerhetsmarginalerna vid medicinska åldersbedömningar.

Det är angeläget att barn som söker asyl ska få en så korrekt åldersbedömning som möjligt, och att barns grundläggande rättigheter tillgodoses genom att metoder väljs utifrån bästa tillgängliga kunskap. Projektet kan resultera i ett ordnat införande av nya diagnostiska metoder.

I samband med detta projekt har Socialstyrelsen gett Lars Sandman professor i hälso- och sjukvårdsetik, vid Linköpings universitet, Lisa Furberg, lektor i medicinsk etik, Uppsala universitet och Erik Malmqvist, docent i medicinsk etik, Linköpings universitet i uppdrag att göra en etisk analys av underlaget. Denna analys redovisas här.

Projektet har bedrivits vid avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och letts av Carl-Erik Flodmark, medicinskt sakkunnig. Ansvarig enhetschef är Agneta Holmström och avdelningschef Lars-Torsten Larsson.

Lars-Torsten Larsson

Avdelningschef

Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledande sammanfattning av slutsatserna	7
Bakgrund, utgångspunkter och avgränsningar	9
Ställningstaganden i internationella dokument och organisationer	11
1. Mål för och effekt av åtgärden	14
2. Kunskapsluckor - metodologiska och etiska svårigheter att få evidens	24
3. Åldersbedömningens angelägenhetsgrad utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv	26
4. Påverkan på tredje part	28
5. Jämlikhet och rättvisa	28
6. Autonomi	31
7. Integritet	35
8. Resurspåverkan	36
9. Professionella värderingar och roller	37
10. Särintressen	40
11. Långsiktiga effekter	40
Sammanfattning och slutsatser	41
Referenser	45

Sammanfattning

Inledande sammanfattning av slutsatserna

De viktigaste slutsatserna av denna etiska analys är:

- Så länge man accepterar en migrationspolitik som ger personer under 18 år fördelar i asylprocessen så krävs någon form av bedömning av asylsökande personers ålder.
- Det är viktigt att betona att den kronologiska 18-årsgränsen ska ses som en proxy för ett bakomliggande större skyddsbehov hos barn än hos vuxna som kommer till uttryck i Barnkonventionen. Samtidigt finns det ur ett tillämpningsperspektiv problem med att bedöma det faktiska skyddsbehovet eftersom en sådan bedömning riskerar att kännetecknas av ett visst godtycke. Det är viktigt att betona att en generös bedömning av skyddsbehovet kan både gynna och missgynna personer med särskilt skyddsbehov. Gynna eftersom risken att missa någon med ett faktiskt skyddsbehov minskar, missgynna om det i sin tur innebär att barn blandas med vuxna – något som man starkt avråder från inom forskningen kring social omsorg om barn.
- En likvärdig och rättsäker tillämpning av 18-årsgränsen i asylärenden kräver dock en hög diagnostisk säkerhet hos de metoder som används för att undvika att *en* form av godtycklig bedömning ersätts med en annan form av godtycklig bedömning.
- Man bör vara uppmärksam på en eventuell ifrågasättandekultur, dvs en generell misstro mot asylsökande personers uppgifter, inom de myndigheter och verksamheter som är inblandade i åldersbedömningar. Det bör påpekas att det är vanligt med myndighetskontroll av uppgifter vi som medborgare meddelar myndigheten i samband med olika ärenden. Samtidigt handlar det i detta fall om kontroll riktad mot grupper som redan kan tänkas vara föremål för rasistiskt motiverad misstro, vilket kan göra problemet större här.
- Att endast lita på den asylsökande personens egna uppgifter är inte tillfredställande utifrån kravet på likvärdighet och rättssäkerhet, eftersom personen har mycket att vinna på att bli bedömd som under 18-år vilket kan färga de uppgifter angående ålder som meddelas.
- Att låta berörda myndigheter eller verksamheter (Migrationsverket, kommuner etc.) göra egna, mer intuitiva åldersbedömningar är inte tillfredställande utifrån kravet på likvärdighet och rättssäkerhet. Detta eftersom det öppnar upp för godtycke i myndighetsutövningen.
- Det finns skäl som talar för att åldersbedömningar görs relativt tidigt i asylprocessen för att undvika att det skapas tryck från olika aktörer (ffa. kommunerna) på åldersbedömningar som riskerar att ha sämre kvalitet. Samtidigt måste dessa skäl balanseras mot den asylsökande personen möj-

lighet att ge samtycke till en åldersbedömning tidigt i processen med hänsyn till den sårbarhet och mognadsnivå som personen kan kännetecknas av.

- I ett beslutsunderlag där åldersbedömningen ingår är det viktigt att eventuell osäkerhet förknippad med bedömningen tydligt redovisas. **Om det råder betydande osäkerhet finns det starka skäl att snarare fria än fälla eftersom det är ett större problem att inte ge någon skydd som har ett större skyddsbehov än att någon med ett mindre skyddsbehov skulle få skydd utan att ha rätt till det.**
- I den mån åldersbedömningar görs på personens eget initiativ och med informerat samtycke i de fall den angivna åldern är ifrågasatt och där det inte finns någon skyldighet att redovisa om en sådan bedömning gjorts, kan det ses som en åtgärd som primärt kan gagna den asylsökande personen.
- Utifrån ett jämlikhetsperspektiv bör det finnas en ambition att öka andelen fall som kan bedömas tillräckligt säkert och även att minska skillnaden i bedömning mellan män och kvinnor.
- När det gäller tillgången till resurser under asylprocessen kan det finnas en möjlig undanträngningseffekt genom att personer över 18 år får tillgång till resurser som är avsatta till personer under 18 år. I värsta fall kan det leda till att personer under 18 år inte får tillgång till de resurser de är i behov av och har rätt till utifrån sitt skyddsbehov.
- Man bör så långt det är möjligt säkerställa att åldersbedömningar inte leder till att etniska grupper i samhället stigmatiseras eller ifrågasätts generellt, både på kort och lång sikt. Det kan finnas en sådan tendens då bedömningen riktas mot grupper som redan är utsatta för rasistiska attityder. Säkra bedömningar kan dock möjligen motverka denna tendens.
- Åldersbedömningar bör ske på personens eget initiativ och med informerat samtycke. Kraven på informerat samtycke innebär att det dels bör bedömas i varje enskilt fall om personen ifråga kan anses beslutsförmögen, dels utformas information som tar hänsyn till personens språkliga och mognadsmässiga förmåga att ta till sig information, dels bör personen ha stöd i form av en god man. Frivilligheten i samband med åldersbedömningar kan ifrågasättas, eftersom det är mycket som står på spel för den asylsökande personen. För att minska det yttre trycket på att personen gör en åldersbedömning eller att den vägs in oavsett om personen väljer att anföras eller inte – bör informationen om att personen genomfört en åldersbedömning hållas strikt åtskild från den materiella bedömningen på Migrationsverket. Detta kan kräva skilda administrativa processer.
- I de fall en tidig åldersbedömning förväntas ligga till grund för kommunens beslut om fördelning av resurser till och placering av personen kan det uppstå situationer när personen har valt att inte göra en sådan bedömning. Utifrån personens potentiella skyddsbehov förefaller det bästa vara att regelmässigt bedöma personen som under 18 år och låta detta styra resurstillgång och placering. En sådan praxis kan dock komma att ifrågasättas av ansvariga kommuner utifrån ett resursperspektiv och leder också till risker att barn placeras tillsammans med vuxna på tillgängliga boenden. Likaså kan det motivera den asylsökande personen att vänta med åldersbe-

dömningen. Att å andra sidan regelmässigt betrakta denna person som över 18 år förefaller än mer problematiskt, eftersom man då riskerar att missa att personen faktiskt har ett ökat skyddsbehov. I ett sådant fall kan den bästa kompromissen trots allt vara att försöka avgöra personens faktiska skyddsbehov genom en mer intuitiv bedömning, trots att vi generellt avråder från detta.

- De undersökningar som Socialstyrelsen föreslår, MR-undersökningar av knä- och fotleder, kan inte generellt ses som särskilt integritetskränkande – men eftersom det kan finnas kulturella och religiöst motiverade skillnader angående synen på integritet bör det uppmärksammas i varje enskilt fall.
- Om åldersbedömningar görs inom ramen för hälso- och sjukvården bör man vara uppmärksam på eventuella undanträngningseffekter. Detta kan undvikas om det istället skapas ett parallellt system utanför hälso- och sjukvården. Dock bör det även i ett sådant fall övervägas varifrån den (begränsade) barnradiologiska kompetensen ska tas. Likaså kan det finnas förtroende och autonomiproblem med ett sådant parallellt system enligt ovan (se även nedan).
- Utifrån de professionella värderingar som kännetecknar hälso- och sjukvårdens professioner, förefaller det legitimt att ifrågasätta åldersbedömningar om det görs utifrån bristande evidens. Att däremot ifrågasätta utifrån den principiella uppfattningen att hälso- och sjukvården endast bör göra det som gagnar enskilda personer har en svagare grund. Dels eftersom hälso- och sjukvården accepterar andra åtgärder som inte primärt gagnar personen som blir föremål för dem, dels eftersom en åldersbedömning som är frivillig, görs när åldern är ifrågasatt och kan anföras om det ligger i personens intresse förefaller ha som syfte att primärt gagna personen. En annan grund till ifrågasättande kan vara att man inte accepterar svensk migrationspolitik. Detta motiverar dock inte samvetsundantag då sådana generellt inte accepteras inom svensk hälso- och sjukvård.
- I den mån det skapas ett parallellt system, organiserat av Migrationsverket, uppstår frågan kring medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal (ffa. läkare). Även om ett sådant system skulle kunna skötas av icke legitimerad personal med radiologiska bedömningar utlokaliserade till internationella aktörer – så kan det finnas skäl att trots allt involvera svensk legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utifrån ett förtroende och legitimitetsperspektiv. Detta för att det inte ska misstänkas att det finns ett specifikt särintresse (Migrationsverkets) som driver systemet.

Bakgrund, utgångspunkter och avgränsningar

Denna etiska analys är en del av projekt kring åldersbedömningar som drivits av Socialstyrelsen och SBU med syfte att ta fram nya riktlinjer för åldersbedömningar av ensamkommande asylsökande personer¹. Åldersbedömningar

¹ I detta dokument kommer vi genomgående att tala om asylsökande personer och inte barn, eftersom det är frågan om huruvida de personer som söker asyl är barn eller inte som ska bedömas. Detta ska inte tolkas som ett ställningstagande i sakfrågan.

aktualiseras även inom rättsväsendet för att bedöma om en person som är misstänkt för brott kan anses straffmyndig och därmed även kan åtalas – eller om det ska ske ett överlämnande till socialtjänsten. Denna fråga kommer vi dock inte behandla i denna etiska analys.

Åldersbedömning utifrån nuvarande regelverk och praxis

Vilken roll spelar åldersgränser?

Den asylsökandes ålder spelar roll dels för hur man behandlas under handläggningen av ärendet, men också för den materiella bedömningen av själva asylärendet. Under ansökningsfasen har man som barn rätt till t.ex. en god man, till skolgång, och till samma hälso- och sjukvård som andra barn i Sverige (medan man som vuxen endast har rätt till vård som inte kan anstå). Det kan också tilläggas att för ensamkommande barn gäller det att Socialstyrelsen bestämmer var man ska bo under handläggningstiden, medan en vuxen själv får bestämma detta. När det gäller den materiella bedömningen ska i bedömningen av underårig ”särskilt beaktas vad hänsynen till barnets hälsa och utveckling samt barnets bästa i övrigt kräver” (SR 35/2015). Detta innebär även att en person under 18 år inte avvisas om det inte finns en ansvarig vuxen i mottagarlandet som kan ta hand om personen. Detta gäller även övertagande enligt Dublinförordningen enligt vilken en asylsökande person kan skickas tillbaka till det land hen först kom till inom EU men där ensamkommande asylsökande personer under 18 år inte skickas tillbaka till ingångslandet. Om Migrationsverket ska göra en sökning på den asylsökande personens fingeravtryck i Eurodac för att fastställa identitet, krävs att personen är över 14 år (denna lägre åldersgräns är dock inget vi berör i fortsättningen av analysen).

Hur hanteras ålder i praxis?

Migrationsverket

Åldersbedömning aktualiseras i de fall den asylsökande personen inte kan styrka sin ålder med tillförlitlig dokumentation och Migrationsverket betvivlar personens uppgivna ålder. I normalfallet har den asylsökande då lämnat en åldersuppgift till Migrationsverket vid ansökningstillfället och denna ska enligt praxis godtas fram till dess att Migrationsverket fattar ett beslut i asylärendet (om det inte rör sig om s.k. uppenbara fall där det utom tvivel är så att det rör sig om en vuxen eller underårig person). Under handläggningens gång får ändring av födelsetidpunkt ske endast om frågan aktualiseras av vissa handläggningsåtgärder som är beroende av registreringen av ålder i datasystemet (se ovan). I dessa fall kan det alltså finnas ett behov av att ta ställning till om registrerad födelsetidpunkt är korrekt. I normalfallet ska Migrationsverket emellertid ta beslut om en sökande har gjort sin ålder trolig i samband med den materiella handläggningen och beslutet om uppehållstillstånd eller inte (Migrationsverket, 2015). Migrationsverket skriver uttryckligen att deras beslut om ändring av registrerad födelsetid i förekommande fall inte binder andra myndigheter (Migrationsverket, 2015).

I ett asylärende är det den sökandes skyldighet att göra sin ålder sannolik och det är i första hand skriftlig bevisning som är relevant, den sökandes muntliga uppgifter utgör endast stödbevisning. Migrationsverket har ingen skyldighet att erbjuda medicinska undersökningar för att bedöma ålder, men har en skyldighet att informera den sökande om att hen kan använda sig av en sådan som ett bevismedel och bekostar då även en sådan undersökning. Den sökande kan komma in med en medicinsk bedömning (enligt Socialstyrelsens rekommendationer) som enligt nuvarande riktlinjer bör innefatta en klinisk pediatrik undersökning kompletterad med röntgenundersökningar av handskelett eller tänder (Socialstyrelsen, 2012). Ett ärende är emellertid inte beroende av att en medicinsk åldersbedömning görs och kan avgöras utan att någon sådan undersökning kommit in i ärendet.

Andra intressenter

Det är viktigt att påpeka att medicinska åldersbedömningar av asylsökande också skulle kunna ske på uppdrag av andra intressenter än Migrationsverket. Det har framkommit i debatten att det kan finnas ett intresse för enskilda kommuner att fastställa en asylsökandes ålder eftersom kommunen har vissa resurskrävande skyldigheter gentemot ensamkommande barn (rätt till särskilt boende, god man etc.) samt vill undvika att placera barn och vuxna tillsammans på boenden.

Ställningstaganden i internationella dokument och organisationer

I diskussionen angående åldersbedömningar i samband med migrationsärenden finns ett antal internationella ställningstaganden angående barns rättigheter generellt och specifikt i relation till åldersbedömningar. Likaså är det ett flertal professionella organisationer (framförallt inom olika medicinska specialiteter) som tagit ställning emot eller på andra sätt uttrycker kritik av åldersbedömningar.

Generellt utgår skillnaden i behandling utifrån 18-årsgränsen från FNs konvention om barns rättigheter som dock inte i sig nämner ålderbedömningar. I kommentar 6 till FNs konvention om barns rättigheter sägs dock att: ”identifierande åtgärder inkluderar åldersbedömningar och ska inte endast beakta individens fysiska uppenbarelse utan även hans eller hennes psykologiska mognad. Vidare måste bedömningen ske på ett vetenskapligt, säkert, barn- och genusmedvetet samt rättvist sätt, där alla risker för integritetsintrång av barnets fysiska integritet undviks och där den mänskliga värdigheten respekteras.” (Country, 2005). UNHCR har tagit fram riktlinjer för åldersbedömningar som betonar att bedömningar ska väga in både barnets fysiska och psykologiska mognad och att dessa ska kännetecknas av tillförlighet, säkerhet och värdighet när medicinska undersökningar används. Dessa rekommenderar även att myndigheter väger in den osäkerhet som kännetecknar medicinska undersökningar (UNHCR, 1997).

Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/32/EU av den 26 juni 2013 om gemensamma förfaranden för att bevilja och återkalla internationellt skydd tillåter, men kräver inte, att medlemsstaterna använder sig av läkarun-

dersökningar för att fastställa åldern på ensamkommande asylsökande barn i de fall tveksamhet råder kring de sökandes ålder. De sökande ska ges utförlig och förståelig information om undersökningen och dess konsekvenser och de sökande och/eller deras företrädare måste samtycka till den. Vägran att genomgå en undersökning får inte vara enda skälet till att ansökan avslås. Direktivet specificerar inte hur åldersbedömningen ska gå till. De flesta medlemsstater tillämpar åldersbedömningar, men tillvägagångssätten skiljer sig i hög grad åt (Abbing, 2011).

Separated Children in Europe Programme (SCEP) har tagit fram riktlinjer för åldersbedömning som lyfter fram följande punkter. Åldersbedömningar ska endast användas som sista utväg och efter att informerats samtycke inhämtats. Oberoende experter som är bekanta med barnets etniska och kulturella bakgrund ska användas och bör använda en multidisciplinär metodologi. Bedömningar får aldrig vara påtvingade eller vara kulturellt olämpliga och måste respektera individens värdighet. Om det finns tveksamheter, bör den person som säger sig vara under 18 år behandlas som ett barn (Programme., 2012).

Ett flertal professionella organisationer tar antingen avstånd från medicinska åldersbedömningar och/ eller rekommenderar en holistisk eller multidisciplinär metodologi inkluderande en kombination av olika psykosociala och medicinska metoder ((Aynsley-Green, 2009; Aynsley-Green et al., 2012). I ett europeiskt perspektiv har British Royal College of Paediatrics and Child Health rekommenderat en holistisk ansats (Sauer, Nicholson, & Neubauer, 2015). British Royal College of Radiologists har rådgjort sina medlemmar om att röntgenundersökning endast ska användas vid kliniska behov och inte för åldersbedömningar. Organisationer som den franska Académie Nationale de Médecine, det holländska läkarsällskapet och The European Academy of Paediatrics rekommenderar att läkare inte ska involveras i åldersbedömningar (Sauer et al., 2015). I Sverige rekommenderar Barnläkarföreningen att åldersbedömningar sker utifrån en helhetsbedömning (Barnläkarföreningen, 2014) (detsamma gäller Svenska Tandläkarförbundet).

Avgränsningar och utgångspunkter

I den svenska politiska och allmänna debatten har vi under senare år sett en mängd olika ställningstaganden kring utformningen av svensk migrationspolitik och vilka avgränsningar som bör göras inom den. Dessa ställningstaganden påverkar inställningen till åldersbedömningar. Det är viktigt att inledningsvis särskilja de synpunkter som man kan ha på denna fråga utifrån olika grundläggande migrationspolitiska uppfattningar från de etiska aspekter som måste beaktas oavsett politisk utgångspunkt.

En omstridd principiell fråga är om det över huvud taget är legitimt för stater att bestämma vem som får och inte får vistas på deras territorier (Carens, 1987). En annan principfråga är om personer under 18 år bör behandlas mer generöst i migrationsprocessen. Om man svarar nej på endera av dessa frågor så kommer åldersbedömningar inom asylprocessen att vara oacceptabla oavsett hur de utformas. Det förefaller dock i praktiken råda enighet inom det etablerade svenska politiska systemet om att invandringen på något sätt ska vara reglerad och om att en skillnad bör göras mellan

personer under och över 18 år. Det senare grundas enligt ovan i FNs barnkonvention och det faktum att regeringen nyligen tillsatt en utredning som undersöker hur denna kan omvandlas till svensk lag tyder på att 18-årsgränsen har stark nationell förankring i Sverige. Vi kommer därför att utgå från dessa båda antaganden i vår analys. Givet dessa antaganden är någon form av åldersbedömning i princip en legitim del av asylprocessen.

Man kan emellertid i princip acceptera åldersbedömningar men ändå anse att de är problematiska inom ramarna för rådande migrationspolitik eller beroende på hur bedömningarna är utformade. Det finns vitt skilda uppfattningar om vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att en person ska få asyl och mer allmänt om hur generöst det svenska migrationssystemet bör vara. Den som finner rådande migrations-/asylpolitik alltför restriktivt kan invända mot åldersbedömningar på dessa grunder. Eftersom bedömningarna påverkar vem som ges asyl så kommer de i vissa fall att leda till att personer som, enligt detta synsätt, egentligen borde få asyl inte får det. Vi tar inte i denna analys ställning till kriterierna för asyl eller till hur generös svensk migrationspolitik bör vara. Vi vill dock betona att åldersbedömningar ställer olika grundläggande migrationspolitiska uppfattningar mot varandra och att detta sannolikt är ett av skälen till att de är etiskt omstridda.

Utöver svensk migrationslagstiftning tar vi även vår utgångspunkt i de etiska ställningstaganden som återfinns svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och -praxis. Här uppstår en viktig definitionsfråga - om ålderbedömning som sker med hjälp av medicinska eller andra metoder som används inom hälso- och sjukvården och där hälso- och sjukvårdspersonal deltar även ska ses som en hälso- och sjukvårdsåtgärd och därmed ur etisk synvinkel ska bedömas efter samma måttstock som vi normalt bedömer hälso- och sjukvårdsåtgärder. En preliminär juridisk bedömning från Socialstyrelsen pekar mot att åldersbedömningar inte ska ses som en hälso- och sjukvårdsåtgärd utan snarare som en medicinsk tjänst. Samtidigt, oavsett hur åldersbedömningar ska definieras ur ett strikt juridiskt perspektiv, så finns det en stark professionsetisk hållning inom hälso- och sjukvården som kan påverka hur man ser på att man använder metoder som normalt kan ses som en typ av hälso- och sjukvårdsåtgärder för att göra en bedömning som inte är medicinskt indicerad eller indicerad ur ett bredare hälsoperspektiv. Av detta skäl förefaller det rimligt att utgå från hälso- och sjukvårdens etiska ställningstaganden i denna analys. Dock, eftersom åtgärden inte primärt har ett mål i enlighet med det som normalt är målet för hälso- och sjukvården, så kan dessa utgångspunkter behöva modifieras något under analysens gång.

En annan utgångspunkt är betoningen på barnperspektivet utifrån Barnkonventionen (UNICEF) som bland annat återfinns i patientlagen. Detta innebär alla beslut som tas i såväl offentliga som privata institutioner och som på något sätt berör barn ska beakta barnets bästa. Mer konkret innebär det att barn inte ska diskrimineras, att de har rätt till liv och utveckling, samt att barnets åsikter ska komma fram och ges respekt (artiklarna 2, 3 och 12).

En väsentlig stridsfråga när det gäller åldersbedömningar är vilken evidens som finns för olika metoder och om de baserat på denna evidens är tillräckligt säkra för att ligga till grund för beslut inom ramen för migrationsprocessen (Hjern & Ascher, 2015; Hjern, Brendler-Lindqvist, & Norredam, 2012;

Noll, 2014). I denna analys tar vi inte ställning i denna fråga utan kommer att utgå från de slutsatser som dras i Socialstyrelsens och SBU:s granskning av den vetenskapliga evidensen (se nedan).

Som en utgångspunkt för analysen har vi dels gjort nedslag den svenska debatten kring åldersbedömning, dels genomfört en databassökning för att kartlägga den internationella akademiska etiska diskussionen kring åldersbedömning (vilket resulterade i ett urval av sju artiklar i olika medicinska tidskrifter som vi fann användbara). Vi har även enskilt och tillsammans genomfört en systematisk genomgång av frågan med hjälp av det underlag för att kartlägga etiska frågor som är framtaget av Lars Sandman och Christian Munthe i samverkan med Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU) för att stödja ett systematiskt arbete med etiska frågor inom deras verksamhet (Heintz et al., 2015). Redovisningen av analysen följer i stort detta strukturerade frågeunderlag och det avspeglas även delvis i rubriksättningen.

1. Mål för och effekt av åtgärden

De värdemässiga målen för åldersbedömningar

När vi gör en etisk analys av en hälso- och sjukvårdsåtgärd är det viktigt att inledningsvis konstatera i vilken utsträckning den lyckas realisera de värden som är målet för hälso- och sjukvård. Om en åtgärd faller vid sidan av målet, eller inte lyckas realisera målet alls faller skälet för att använda den och därmed krävs inte heller någon vidare etisk analys. I detta fall kan det, som vi antydde ovan, ifrågasättas om åldersbedömningar ska ses som en hälso- och sjukvårdsåtgärd eller inte (Aynsley-Green, 2009; Aynsley-Green et al., 2012; Roberts & Lucas, 2009; Sauer et al., 2015; Thevissen, Kvaal, & Willems, 2012). Vi ska återkomma till den frågan senare i analysen, men uppenbarligen är inte dess primära syfte detsamma som målet för hälso- och sjukvården, dvs. en god hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet för personen som berörs av åtgärden. Låt oss därför stanna vid frågan vilka mål och därmed vilka värden som åldersbedömningen är tänkt att realisera.

Det explicita målet för åldersbedömning i migrationsprocessen, utifrån samhällets perspektiv, är att urskilja vilka personer som är berättigade till de rättigheter och det skydd i processen som associeras med att vara under 18 år (och därmed vilka personer som inte har dessa rättigheter). Detta är i sin tur kopplat till underliggande värden och normer som innebär att barn normalt ska ses som mer sårbara och därmed mer skyddsvärda än vuxna personer, något vi återkommer till nedan.

Värdet av åldersbedömningar kan även kopplas till målet om att ha en reglerad invandring, något som i sin tur kan kopplas till värden som att kunna bibehålla en viss gemensam välfärdsnivå för alla medborgare i Sverige (men som naturligtvis även skulle kunna kopplas till mer negativa värden som främlingsfientlighet och rasism). Ett generellt mål för all myndighetsutövning som även ska gälla åldersbedömningar är att de ska ske på ett rättssäkert och likvärdigt sätt.

I litteraturen lyfter man även fram andra potentiella fördelar med en korrekt åldersbedömning. Att ensamkommande barn och vuxna inte blandas under asylprocessen (med potentiell risk för övergrepp och konflikter) vilket även är något som framhållits i den svenska debatten, och att ensamkommande barn inte interneras under processen. Inställningen att det är problematiskt att blanda barn och vuxna i samband med sociala insatser, vård och andra former av omhändertaganden är väl etablerat inom dessa områden². Utöver detta lyfter man även fram värdet av åldersbedömningar i andra sammanhang, exempelvis vid misstanke om tvångsgifte, trafficking etc. som naturligtvis indirekt kan vara relevant i en migrationsprocess (Aynsley-Green et al., 2012; Roberts & Lucas, 2009; Sauer et al., 2015; Thevissen et al., 2012). Thevissen m fl (2012) lyfter även fram att åldersbedömningen indirekt kan uppfylla mål kring personens hälsa och livskvalitet, framförallt om åldersbedömningen gynnar personen i bedömningen av om hen får asyl, men även eftersom åldersbedömningen eventuellt kan klarlägga andra hälsobehov som därmed kan åtgärdas. Här påminner vi om att svensk lagstiftning föreskriver att den som är under 18 år har rätt till samma hälso- och sjukvård som svenska medborgare och att även om det finns legala begränsningar för de personer som är över 18 år, så har även dessa personer rätt till vård som inte kan anstå, och viss annan specificerad vård (Sandman et al., 2014).

Vissa av de värden som specificeras ovan kan komma i konflikt med den asylsökande personens intresse av att dels få asyl i Sverige, dels få så goda omständigheter som möjligt under själva asylprocessen. För den person som är under 18 år och därmed kan gagnas av att hens ålder bestäms korrekt - kan personens mål sammanfalla med samhällets mål. Detta under förutsättning att andelen falskt negativa resultat av åldersbedömningen (dvs. där personer som är under 18 år bedöms vara över 18 år) är låg. Den person som är över 18 år och har angett att hen är under 18 år har dock mindre intresse av en korrekt åldersbedömning. En sådan person kan därmed gagnas både av falskt positiva resultat (dvs. om de visar att personen är under 18 år trots att det inte stämmer), men även av falskt negativa resultat (dvs. om de visar att personen inte är över 18 år trots att det inte stämmer). Givet hur det svenska migrationssystemet är utformat kan dock dessa senare personers intresse av att få en inkorrekt åldersbedömning ses som illegitim. Detta förutsätter naturligtvis att vi accepterar åldersgränsen och de fördelar som är associerade med att vara under 18 år men också enligt ovan de kriterier för att få asyl som tillämpas.

Å andra sidan, ju mer godtycklig åldersbedömningen är, desto mindre rättssäker och likvärdig blir den och detta riskerar då att missgynna både samhällets och de asylsökande personernas intressen (framförallt de personer som är under 18 år). Ett argument som framförts i detta sammanhang är att det även kan finnas ett mer långsiktigt intresse för den person som är över 18 år att få en säker åldersbedömning, framförallt om hen trots detta får asyl i Sverige. Argumentet går ut på att om en person, trots en betydligt högre ålder bedöms som under 18 år i samband med asylprocessen kommer denna åldersbedömning ligga till grund för personen fortsatta relation till det svenska samhället. Detta kan påverka personens fortsatta möjligheter i

² Personlig kommunikation från företrädare för Statens Institutionstyrelse, Socialstyrelsen och SKL i samband med seminarium kring åldersbedömningar.

samhället på ett flertal sätt, i närtid de möjligheter som är förknippade med myndighetsåldern och på längre sikt sådant som möjlighet att gå i pension där den person som felaktigt bedömts ha en yngre ålder trots de åldersförändringar som normalt är förknippade med personens riktiga ålder kanske tvingas fortsätta arbeta tills hen uppnår pensionsålder enligt sin officiella ålder. Skatteverket menar dock att det finns exempel på att personer senare vill ändra sin åldersbedömning, vilket också kan ske eftersom Skatteverket inte är bunden av den bedömning som gjordes i samband med asylbeslutet³. Detta argument får därför bedömas ha underordnad vikt.

En slutsats är att givet att vi accepterar nuvarande svensk migrationslagstiftningen så är målet med åldersbedömningen att på ett rättssäkert och likvärdigt sätt avgöra en persons ålder för att klargöra om personen ifråga har rätt till de fördelar som personer under 18 år har enligt lagstiftningen. För att uppnå kravet på rättsäkerhet och likvärdighet bör en sådan åldersbedömning ske med en så liten andel falskt negativa och falskt positiva resultat som möjligt.

Barns skyddsbehov och en kronologisk åldersgräns

En komplikation i detta sammanhang är att vi kan acceptera de bakomliggande värden och normer som ligger till grund för att personer under 18 år ska behandlas som mer skyddsvärda utan att därför acceptera den faktiska tillämpningen av dessa värden och normer i form av en kronologisk åldersgräns. I litteraturen diskuteras detta framförallt av Hjern m.fl. ((Hjern et al., 2012), se även (Sauer et al., 2015)). De vänder sig dels emot att en kronologisk åldersgräns på 18 år faktiskt fångar dessa bakomliggande värden och normer, dels emot att man använder sig av medicinska metoder för att avgöra om en person är 18 år. Eller som de uttrycker det, att man använder sig av medicinska metoder för att avgöra en politisk fråga ((Hjern et al., 2012). Låt oss återkomma till den senare frågan längre fram och fokusera på frågan om huruvida den kronologiska åldern av 18 år avspeglar de bakomliggande värden som ligger till grund för denna gräns. Argumenten från Hjern m.fl. går ut på att en kronologisk åldersgräns endast är en proxy för att omsätta barnets speciella behov till en administrativt fungerande gräns och de menar att det är dessa bakomliggande behov som istället borde ligga till grund för bedömningen av huruvida personen ifråga borde få speciellt stöd under asylprocessen och ges en mer generös materiell bedömning vid beslutet som asyl (Hjern et al., 2012). De hänvisar här till UNHCR som understryker att den underliggande värderingen kring åldersgränsen är: "whether an individual demonstrates an immaturity and vulnerability that may require more sensitive treatment" (UNHCR, 1997). Likaså menar UNHCR att: "...there may be exceptional cases for which these guidelines are relevant even if he applicant is 18 years of age or slightly older. This may particularly be the case where persecution has hindered the applicant's development and his/her psychological maturity remains comparable to that of a child" (UNHCR., 2009).

³ Personlig kommunikation vid seminarium om ålderbedömningar arrangerat av Socialstyrelsen och SBU i samband med presentation av deras slutsatser.

Ur etisk synvinkel är detta tilltalande eftersom det innebär att det är de bakomliggande värdena, snarare än en approximation som blir styrande för bedömningen. Detta stöds även av svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och dess etiska plattform för prioritering där det påpekas att hänsyn till kronologisk ålder inte är tillåten om inte denna tydligt kan kopplas till faktiska hälso- och sjukvårdsbehov (det som då kallas biologisk ålder) (Socialdepartementet, 1996/97:60). Ett sådant förhållningssätt mellan kronologisk ålder och den bakomliggande relevanta faktorn bör då återspeglas i hur man förhåller sig till den kronologiska åldern. Exempelvis, om man utifrån rådande evidens kommit fram till att för en person över 80 år som drabbas av preshospitalt hjärtstopp så finns det ingen generell överlevnadsvinst av hjärt-lungräddning, så kan en sådan kronologisk åldergräns vara ett riktvärde. Men det kan ju fortfarande innebära att om man stöter på personer över 80 år som har en så bra biologisk status att det finns en överlevnadsschans så bör behandling sättas in. Relationen mellan barns skyddsbehov och den kronologiska åldersgränsen kan betraktas på motsvarande sätt. Samtidigt finns det relevanta skillnader och en viktig sådan skillnad är att 18 årsgränsen i asylprocessen är lagligt reglerad och har därmed en administrativ funktion (vilket normalt sett inte gäller för kronologiska åldersgränser inom hälso- och sjukvården). Skulle man kunna tänka sig att man ersätter denna administrativa gräns med en materiell bedömning av barnets skyddsbehov istället och endast har åldersgränsen som ett grovt riktvärde?

I Hjerns m.fl. ((Hjern et al., 2012)) argumentation förefaller de föreslå att en sådan lösning ska tas till när det saknas säker information om personens kronologiska ålder. Det skulle dock innebära ett avsteg från en likvärdig bedömning mellan olika asylsökande personer, där det skulle kunna missgynna de personer som har dokumentation kring sin kronologiska ålder att lägga fram denna dokumentation. Detta eftersom de då avhänder sig möjligheten att få en bedömning som grundas på deras reella behov av stöd och skydd. Som Hjern m.fl. (2012) observerar kan det även innebära att grupper som är under 18 år bedöms sakna speciellt skyddsbehov utifrån en reell behovsbedömning, framförallt om migrationspolitiken är restriktiv och det finns exempel på en ifrågasättandekultur (culture of disbelief) hos de som gör bedömningen (Aynsley-Green et al., 2012). Likaså påpekar ett antal författare att bedömningen av personens psykologiska mognadsnivå (och därmed skyddsbehov) är sämre validerad än den medicinska åldersbedömningen och påverkas av en mängd faktorer som lämnar utrymme för godtycklighet (Aynsley-Green et al., 2012; Roberts & Lucas, 2009; Sauer et al., 2015; Thevissen et al., 2012). Exempelvis hävdar vissa författare att personens umbärande kan leda till försenad mognad (Aynsley-Green et al., 2012; Sauer et al., 2015), medan andra hävdar att asylsökande personer snarare kan vara mer mogna än personer i jämförbar ålder i exempelvis Sverige på grund av dessa erfarenheter (Thevissen et al., 2012). Detta behöver naturligtvis inte vara ett problem om det rör sig om en faktisk skillnad i psykologisk mognad etc. som påverkar behovet av skydd om vi istället för en kronologisk åldergräns tillämpar faktiskt skyddsbehov som kriterium. Men det förutsätter att vi på ett säkert sätt kan konstatera detta faktiska skyddsbehov. En lösning på ett sådant bedömningsproblem skulle naturligtvis kunna vara att tillämpa en

generös bedömning av ett sådant skyddsbehov som i stor utsträckning utgår från personens egen syn på detta. Det skulle dock innebära att vi i praktiken har övergett den bakomliggande värderingen kring att just barn har ett speciellt skyddsbehov eftersom det öppnar upp för att alla (eller åtminstone alla yngre) asylsökande kan ha ett sådant skyddsbehov.

Ett förslag skulle kunna vara att ha en trestegslösning. För de personer som har säker dokumentation kring sin kronologiska ålder så utgår man från denna vid bedömningen. För de som saknar säker dokumentation så görs i första hand en medicinsk åldersbedömning som, om den utfaller med tillräcklig säkerhet tas till intäkt för personens skyddsbehov (om hen bedöms vara under 18 år). För de personer där det trots åldersbedömningen kvarstår osäkerhet kring deras kronologiska ålder, görs en materiell bedömning av deras faktiska skyddsbehov. Detta skulle kunna vara ett sätt att få till stånd ett likvärdigt system som samtidigt försöker vinnlägga sig om att det är de värden som ligger bakom 18-årsgränsen som i tveksamma fall får avgöra. Fokus för den fortsatta analysen kommer dock att ligga på den kronologiska åldersbedömningen. En sådan utgångspunkt hindrar dock inte att UNHCRs riktlinje kring möjliga undantag kan tillämpas när det anses berättigat.

Vilka olika alternativ finns det då för att genomföra en sådan åldersbedömning och hur står sig dessa när det gäller kvaliteten på bedömningen?

Alternativa tillvägagångssätt för att göra åldersbedömning

För att genomföra en åldersbedömning kan vi tänka oss ett flertal olika metoder som listas här (och som också delvis förefaller användas i faktisk praxis, se (Hjern et al., 2012)):

- Fråga personen och ta det till intäkt för personens ålder.
- Handläggaren (eller någon annan person som representerar Migrationsverket) gör en bedömning utifrån hur personen ser ut och uppträder.
- Företrädare för den kommun där personen placeras gör en bedömning av ålder utifrån hur personen ser ut och uppträder.
- Använda medicinska undersökningsmetoder med hjälp av professionell medicinsk personal.
- Använda psykosociala undersökningsmetoder med hjälp av professionell psykologisk, medicinsk eller socialtjänstkompetens.
- Använda någon kombination av medicinska och psykosociala undersökningsmetoder.

Ett sätt att genomföra åldersbedömningen är att helt enkelt fråga den berörda personen och sedan ta svaret till intäkt för att personen också har den åldern. Denna typ av bedömning är i nuläget en utgångspunkt för Migrationsverkets fortsatta handläggning (Migrationsverket, 2015). Detta innebär formellt sett att den uppgivna åldern i stor utsträckning ska ligga till grund för de fördelar som personen får tillgång till under asylprocessen. I realiteten finns emellertid en risk att denna initiala bedömning ifrågasätts av enskilda kommuner och/eller av att man på Migrationsverket vill pröva ärendet mot Dublinförordningen eller Eurodac då ett ifrågasättande av den initiala åldersbedömningen kan bli aktuell. Något som vi återkommer till nedan.

Ett skäl som talar för att acceptera personen egen utsaga om sin ålder är att det visar på tilltro till den asylsökande personen och en myndighetsutövning som i stor utsträckning baseras på misstänksamhet emot eller behov av att kontrollera en persons uppgifter kan ses som negativ. Ett förtroendefullt förhållande mellan medborgare och myndigheter är en viktig grundsten för ett fungerande demokratiskt samhälle. Som vi antydde ovan så menar Aynsley-Green m fl. (Aynsley-Green et al., 2012) att det snarare förefaller råda en "culture of disbelief" (ifrågasättandekultur) från migrationsmyndigheters sida när det gäller den ålder som personen uppger, dvs. en motsats till en sådan tillit. I en av artiklarna av Thevissen m fl. (Thevissen et al., 2012) redovisar de siffror från den norska kontexten och menar att mellan 2009 och 2011 var 80 procent av de som uppgav sig vara under 18 år äldre än 18 år. Med tanke på att grunderna för en korrekt åldersbedömning är ifrågasatta, förefaller det svårt att verifiera att en sådan siffra är korrekt när det gäller dessa personers faktiska ålder. Däremot visar förekomsten av en sådan siffra i Norge och det faktum att den redovisas i en artikel i en vetenskaplig tidskrift att det kan finnas grund för att tro att det kan skapas en ifrågasättandekultur. Huruvida det är fallet eller inte vid Migrationsverket eller andra berörda intressenter i Sverige kan vi naturligtvis inte bedöma – men eftersom regelverket inte säger att den asylsökande personens uppgivna ålder ska accepteras utan ifrågasättande finns det delvis en sådan kultur inbyggd i regelverket.

Roberts m fl (Roberts & Lucas, 2009) menar att utifrån ett brittiskt perspektiv så är det de vars uppgivna ålder har blivit ifrågasatt av myndigheterna som söker en åldersbedömning, vilket innebär att åldersbedömningen endast kan stärka men egentligen inte underminera deras fall (dvs. eftersom deras ålder redan är ifrågasatt). Även detta kan bekräfta bilden av en ifrågasättandekultur. Om denna bild stämmer kan det vara viktigt att ha med sig i den fortsatta analysen, eftersom det kan påverka hur vi ser på åldersbedömningens roll och potentiella nytta för den asylsökande personen.

Samtidigt återfinner vi en mängd exempel på denna form av kontrollsystem för att säkerställa de uppgifter vi som medborgare uppger i kontakt med myndigheter - exempelvis när det gäller sjukskrivning hos Försäkringskassan, ansökan om ekonomiskt bistånd inom socialtjänsten, biståndshandläggning, ansökan om utbildningsplats inom högskoleväsendet, etc. Även när det gäller migrationsprocessen är ju fallet att den asylsökandes uppgifter om skälen för asylansökan kontrolleras i görligaste mån. Det är dock viktigt att påpeka att det kan finnas viktiga skillnader i fallet med migration. För det första, att ett sådant ifrågasättande lägger en börda på en redan systematiskt svag grupp (något som dock finns i vissa av de kontrollsystem som exemplifierades ovan - exempelvis när det gäller ekonomiskt bistånd). För det andra, och mer specifikt för migrationsärenden, att det handlar om etniska grupper som pekats ut som opålitliga och kräver extra kontroll, något som eventuellt riskerar att spåda på främlingsfientliga och rasistiska attityder. Å andra sidan kan möjligen en fungerande kontroll som även har ett signalvärde i relation till asylsökande personer delvis avvärja en sådan koppling. Detta eftersom en fungerande kontroll leder till att det blir mindre utrymme för att komma undan med att uppge en felaktig ålder och därmed få, vad som av vissa

grupper kan uppfattas som, en orättmätig fördel. Men också eftersom det kan göra att motivationen att uppge en felaktig ålder minskar. Om kontrollen leder till överensstämmelse i stor utsträckning mellan den ålder som anges och den ålder som bedömningen ger vid handen kanske detta även motverkar en eventuellt negativ överspridningseffekt när det gäller andra delar av den materiella bedömningen av asylskälen. Låt oss återkomma till en sådan argumentation längre fram i analysen.

Eftersom det finns ett starkt incitament för den asylsökande personen att framstå som yngre än 18 år finns det en stor risk att en metod som endast utgår från personens egen utsaga skulle ge en relativt stor andel falskt positiva fall för att personer är under 18 år. Om vi därför anser att gränsdragningen mellan de som är under och över 18 år är motiverad förefaller denna metod vara alltför osäker för att vara (ensamt) underlag för åldersbedömningen. Ytterligare en aspekt av detta är att det kan anses olyckligt med ett system som ger ett starkt incitament och samtidigt möjlighet till att personer undanhåller sanningen. Likaså kan det ge fördelar för de personer som har förmåga att argumentera för sin sak eller är duktiga på att framstå som yngre, framför de som kanske saknar denna förmåga – något som även det kan upplevas som orättvist. I detta resonemang har vi utgått från att personen normalt har ett starkt intresse av att ange en yngre ålder än vad hen besitter. Det kan dock finnas undantag från detta. I vissa fall, exempelvis i samband med trafficking, kan det finnas ett yttre tryck på den asylsökande personen att ange en högre ålder (för att därmed kunna undgå den större kontrollen av personen från myndigheters sida). I sådana fall är det ju snarare att personen är över 18 år som bör ifrågasättas från Migrationsverket om de underliggande värdena för en åldersgräns ska tillgodoses⁴.

En annan aspekt av detta som vi berörde ovan är om man istället för en kronologisk åldersgräns borde se på personens faktiska behov, och i detta sammanhang framförallt utgå från personens egen uppfattning om sitt egen mognad, sårbarhet, möjlighet att hantera sin situation på egen hand och uppfattning om sitt eget behov etc. I ett starkt ställningstagande emot att

⁴ Ett argument som framförts i detta sammanhang är om vi bör betrakta en persons relation till och syn på sin ålder på liknande sätt som en persons förhållande till sin könsidentitet. Om en person har drabbats av könsdysfori och upplever att det biologiska könet inte stämmer med personens egen könsidentitet så finner vi ju normalt starka skäl att utgå från personens egen uppfattning snarare än personens biologi. Skulle vi betrakta personens syn på sin egen ålder i relation till personens faktiska kronologiska ålder på samma sätt? Vi ser viktiga skillnader mellan dessa två situationer. I fallet med könsdysfori så finns det (normalt) inget intresse hos personen att få byta kön för att skaffa sig en viss samhällelig eller annan fördel - snarare är det i många fall (givet dagens samhälle) förknippat med en kostnad för personen att ifrågasätta sin könsidentitet och som en konsekvens av detta byta kön. Likaså kräver vi att könsidentiteten är stabil över tid för att vi ska erkänna den och låta den ligga till grund för ett könsbyte. Om personen, beroende på situation, skulle variera sin könsidentitet beroende på vad som kan ge bäst fördelar - skulle vi förmodligen ifrågasätta hur välgrundad den är. När det gäller ålder kan vi naturligtvis på olika sätt känna att vi inte är den kronologiska ålder vi har - men det är å andra sidan svårt att avgöra vilken ålder vi har och om vi skulle kunna variera den utefter vad som kan ge oss olika samhällliga eller andra fördelar så förefaller det för lösligt för att vi ska kunna hävda att det är en del av vår identitet. Likaså förefaller det tveksamt att vi skulle acceptera ett samhälle där vi kan ändra vår ålder efter hur det passar oss - exempelvis att vi känner oss som under 18 för att fortfarande bli försörjda av våra föräldrar, men över 20 när vi ska gå på Systembolaget och handla och sedan 65 för att få ut pension i förtid etc (Thevisen et al., 2012). En sådan idé förefaller alltså alltför spekulativ och det är svårt att se hur den skulle kunna genomföras i ett samhälle där vissa åldersgränser är förknippade med samhällliga fördelar men också ansvar etc. Man kan också fråga sig om acceptansen av en sådan idé borde implicera att man kan få tillgång till kirurgiska ingrepp för att förändra de effekter som den kronologiska åldern ger. Ytterligare en aspekt av detta är att vi, genom att tiden går, kommer att gå igenom en mängd olika åldrar. Följaktligen berör vi inte denna idé fortsättningsvis.

barnläkare i synnerhet och läkare i allmänhet genomför åldersbedömningar menar Sauer m fl (Sauer et al., 2015) som företrädare för European Academy of Paediatricians att om man kommer som ensamkommande asylsökande (oavsett om man är över eller under 18 år) så har man ett skyddsbehov. Som vi diskuterade ovan förefaller dock detta vara alltför lösligt för att grunda en administrativ tillämpning på, om vi fortfarande vill upprätthålla en åldersgräns där barn ska bedömas ha ett större skyddsbehov. Däremot kan det naturligtvis ge stöd för tanken att det inte endast är den kronologiska åldersgränsen som spelar roll för bedömningen av personens skyddsbehov, dvs. att Migrationsverket inte på ett automatiskt sätt låter åldersfrågan avgöra asylbedömningen. Eller som i förslaget vi presenterar ovan, vara ett sista steg om det fortfarande råder osäkerhet angående personens kronologiska ålder.

Att låta handläggaren av ett migrationsärende eller någon annan företrädare för Migrationsverket utan speciell kompetens inom området göra en bedömning av personens ålder utifrån en yttre inspektion och de samtal som förs med personen förefaller inte avhjälpa detta subjektivitets- eller godtycklighetsproblem. Eftersom den asylsökande personens yttre, erfarenheter och mognadsgrad kan variera och eftersom handläggaren saknar en systematisk metod för att bedöma detta för olika personer kan en bekräftelse eller ett ifrågasättande av den asylsökande personens egna uppgifter ses som ytterst godtyckligt och inte något som bidrar till ökad rättssäkerhet eller likvärdighet i bedömningen (Hjern et al., 2012; Thevissen et al., 2012). Psykologisk forskning kring vår möjlighet att göra goda och väl underbyggda intuitiva bedömningar i olika sammanhang stödjer bilden av godtycklighet och talar för att vi bör använda oss av andra metoder som underlag för en åldersbedömning (Kahneman, 2012). Det finns också stor risk att fördomar eller organisationskulturens värderingar (exempelvis om det skulle finnas en ifrågasättandekultur) smyger sig in omedvetet i dessa intuitiva bedömningar. Om det stämmer att det även görs denna typ av intuitiva bedömningar på kommunal nivå ser vi det som, om möjligt, än mer problematiskt av ett flertal skäl. För det första, för att det kan finnas ett mer direkt tryck från kommunen (pga. resursbrist) att bedöma åldern som högre än vad som anges. Migrationsverkets handläggare har ju inte på samma sätt ett sådant möjligt tryck på sig. För det andra, och något som påpekas i Hjern m.fl. (Hjern et al., 2012), finns det en risk att en sådan bedömning görs av en person som senare även kommer vara inblandad i den asylsökande personens omsorg. Detta visar sig i studier som redovisas av författarna upplevas negativt och påverka omsorgsrelationen till den asylsökande personen.

Ett ställningstagande i denna etiska analys är därför att i den mån åldersbedömningar ska användas inom ramen för migrationsprocessen bör de baseras på något mer utöver personens egen utsaga och handläggarens eller andra myndighetspersoners intuitiva bedömning. Låt oss därför fortsättningsvis koncentrera på de systematiska medicinska och psykosociala metoder, använda av personer med professionell kompetens, som står till buds.

En första analys av när i processen åldersbedömningar bör ske

Detta väcker även frågan om när i asylprocessen en åldersbedömning bör göras. Låt oss urskilja två scenarier. I det första scenariot accepteras den asylsökande personens uppgifter om ålder för hur personen ska behandlas fram till den materiella bedömningen men kan sedan ifrågasättas i samband med denna bedömning. Det betyder att personen får tillgång till de rättigheter och det skydd detta ger under asylprocessen utan att ifrågasättas. Utifrån den asylsökande personens intresse och utifrån Migrationsverkets intresse, kan det finnas skäl att vänta med en eventuell åldersbedömning tills det blir aktuellt inför den materiella bedömningen. Samtidigt, om frågan om övertagande enligt Dublinförordningen aktualiseras eller utifrån ett kommunalt resursperspektiv, kan det dock finnas intresse av att få åldersfrågan avgjord tidigare för att kunna avgöra om personen kan skickas tillbaka till ingångslandet eller avgöra om personen har rätt till extra resurser och särskilt skydd.

I det andra scenariot så innebär kommunens intresse av att få resursfrågan avgjord att de gör egna åldersbedömningar tidigt i asylprocessen. Med tanke på att vi ifrågasätter kvaliteten och rätts säkerheten i en sådan bedömning kommer det med ett sådant scenario ligga i både den asylsökande personens och kommunens intresse att det görs en tidig medicinsk åldersbedömning.

I båda dessa scenarion kan det alltså finnas skäl att göra en tidig åldersbedömning, även om de förefaller starkare i det andra scenariot utifrån den asylsökande personens perspektiv. Något som skulle kunna tala emot en tidig åldersbedömning är frågan om huruvida den asylsökande personen kan ge samtycke tidigt i processen - låt oss återkomma till den frågan i kapitel 6. Autonomi.

Effekten hos radiologiska metoder för åldersbedömning

Inom detta fält återfinns vi i huvudsak tre olika typer av metoder. Åldersbedömning genom tandundersökning med röntgen med joniserande strålning, genom skelettundersökning med röntgenundersökning med joniserande strålning eller genom användning av magnetresonanskamera (MR) för att undersöka personens skelett (knäled/fotled etc.). MR undersökning av tänder är på planeringsstadiet rörande forskningsprojekt. Tandundersökning med joniserande strålning har för stor osäkerhet för att kunna rekommenderas framöver vid åldersbedömning (Socialstyrelsen, 2016).

I Socialstyrelsens genomgång av kunskapsläget drar man slutsatsen att användningen av MR för att undersöka fotled och knäled (och framförallt kombinationen av dessa) har en acceptabel säkerhet för att konstatera huruvida personen är under 18 år eller inte. För 42 procent finns evidens idag rörande övre delen knäleden (där risken att klassa ett barn som vuxen är ca 5 procent för pojkar och ca 10 procent för flickor). Med hjälp av den pilotundersökning som Socialstyrelsen föreslår i sin rapport finns förhoppningen att andelen som kan bedömas säkert skall kunna ökas. Det finns stöd för en pilotundersökning för nedre delen av knäleden och fotleden (i kombination med hälbenet). För hand/handled med MR och hand/handled med jonise-

rande strålning med automatiska metoder krävs ytterligare forskning. Socialstyrelsens rapportytty uttrycker en viss osäkerhet när det gäller etnicitetens inverkan och föreslår studier för att ytterligare studera detta - men pekar på att den risken förefaller vara mindre vid användning av MR enligt studier på sportpopulationer (Socialstyrelsen, 2016). Med utgångspunkt från dessa resultat förefaller det rimligt att utgå från att om någon metod ska användas för åldersbedömningar på ett så rättssäkert och likvärdigt sätt som möjligt så bör den bästa metoden användas, alltså MR-undersökning (låt oss återkomma till viss kritik av likvärdigheten under punkten Jämlikhet och rättvisa). Utifrån detta kommer vi därför fortsättningsvis koncentrera vår etiska analys kring användningen av MR. Detta har inverkan på bedömningen av risker i samband med undersökningen, där det i relation till röntgenundersökningar med joniserande strålning har påpekats att detta innebär att man utsätter personen för en potentiell risk för utveckling av maligniteter (Aynsley-Green et al., 2012; Roberts & Lucas, 2009; Sauer et al., 2015; Thevissen et al., 2012) - men där författarna har mycket skilda uppfattningar kring huruvida detta är en liten risk eller inte och huruvida den är motiverad eller inte. I relation till MR-undersökningar har det påpekats att risken framförallt handlar om att MR-undersökningar kan upplevas som skrämmande och klaustrofobiska, inte minst om man har traumatiserande upplevelser (Sauer et al., 2015; Thevissen et al., 2012). De MR metoder som är aktuella för pilotstudien kan göras med MR utrustning som innebär att aktuella kroppsdelar undersöks öppet, dvs. utan klaustrofobisk inneslutning, och bedöms ha acceptabla ljudnivåer även om de inte har samma låga ljudnivå som MR-utrustning med permanenta magneter. Utifrån detta förefaller det inte finnas någon större risk för att de ska upplevas klaustrofobiska eller skrämmande utifrån egenskaper hos apparaturen. Däremot kan det naturligtvis finnas tidigare negativa upplevelser av myndighetspersoner eller av hälso- och sjukvård som påverkar upplevelsen av situationen, vilket är viktigt att vara uppmärksam på. Med nuvarande system där den asylsökande personen själv får ta initiativ till åldersbedömning och den sker inom hälso- och sjukvården så kan risken för att undersökningen uppfattas som skrämmande myndighetsutövning förmodligen minskas. Det finns dock förslag att medel avsätts från regeringen för att Migrationsverket själva ska kunna ta hand om dessa undersökningar vid egna undersökningsenheter i samverkan med Rättsmedicinalverket. Med ett sådant system ökar risken för att undersökande personal, oavsett om initiativet tas av den asylsökande personen eller inte, kan uppfattas som representant för Migrationsverket och ge upphov till en mer problematisk upplevelse för den asylsökande personen.

Samtidigt bör säkerheten i den bedömning som kan göras med en viss metod ställas i relation till hur resurskrävande den är (i termer av ekonomiska resurser, kompetens och tid). Normalt vid andra former av bedömningar eller diagnostik så bör vi ställa säkerheten hos metoden i relation till resursanvändningen och en mindre säker metod skulle kunna ses som tillräckligt säker och därmed inte motivera en större resursanvändning. Å andra sidan – desto mer som står på spel för olika parter, desto viktigare blir säkerheten i bedömningen – vilket kan motivera en större resursanvändning. Om det som nämndes i förra stycket, avsätts särskilda medel utanför hälso- och sjuk-

vårdsbudgeten för dessa undersökningar och de sker i en annan kontext kan man möjligen argumentera för att denna avvägning mellan resursanvändning och evidens inte är tillämplig i samma utsträckning.

I detta fall har vi snarare samhällets intresse av att upprätthålla ett rättssäkert migrationssystem som är trovärdigt för medborgarna. Med tanke på att migrationsområdet är ett område där det förekommer mycket olika åsikter, mycket debatt och där det förefaller som om medborgarnas tilltro lätt kan skifta med ökande motsättningar mellan olika grupper som resultat kan detta ses som viktigt och därmed blir det viktigt att inte ställa för låga krav på säkerheten i de bedömningar som görs. Detta kan alltså motivera en större relativ resursanvändning.

När det gäller den asylsökande personens intresse så är det framförallt den person som är under 18 år i vars intresse det ligger att bedömningen är så säker som möjligt. Vi sade ovan att 18 årsgränsen är en approximation för att bedöma mognadsgrad, sårbarhet etc. Ju säkrare bedömningen är desto bättre är det för de grupper som bedöms som mer sårbara. Ju osäkrare bedömningen är, desto mer riskerar dessa sårbara grupper missgynnas av bedömningen medan däremot mindre sårbara grupper (utifrån åldersrationalen) kan gynnas. Återigen ger detta starka skäl för att kräva så stor säkerhet som möjligt i bedömningen, även om detta sker till en högre större relativ resursanvändning.

Andra medicinska och psykosociala undersökningsmetoder

I den granskning som SBU gjort av andra metoder för åldersbedömning, exempelvis bedömning av könsmognad, längd, andra fysiska undersökningar eller psykosociala metoder har man inte funnit tillräckligt vetenskapligt stöd för någon av dessa alternativa metoder. Följaktligen kommer vi inte beröra dessa i någon större utsträckning i fortsättningen (SBU, 2016). Denna brist på evidens är även något som lyfts fram i den etiska diskussionen kring åldersbedömningar (Aynsley-Green et al., 2012; Hjern et al., 2012; Roberts & Lucas, 2009; Sauer et al., 2015).

2. Kunskapsluckor - metodologiska och etiska svårigheter att få evidens

En viktig aspekt när det gäller åldersbedömningar som framhålls av flera författare är att det är omöjligt att ange en exakt ålder för den asylsökande personen och varje bedömning kommer vara förknippad med större eller mindre osäkerhet (Aynsley-Green et al., 2012; Hjern et al., 2012; Sauer et al., 2015; Thevissen et al., 2012). Här betonas att det är viktigt att inte rapporten kring åldersbedömningen ger intryck av att ha en större säkerhet än vad som metoden berättigar till. Följaktligen rekommenderas att åldersbedömningen rapporteras med angivande av den osäkerhet som finns i bedömningen. Det betonas även att detta bör göras på ett sätt som är förståeligt för personer som saknar medicinsk eller forskningskompetens. Ur ett etiskt perspektiv är detta naturligtvis viktigt, framförallt om det läggs stor vikt vid åldersbedömningen

i den materiella bedömningen av personens asylskäl. En osäkerhet i den underliggande bedömningen kan naturligtvis hanteras på olika sätt. Att Migrationsverket antingen bedömer asylansökan så att man hellre felar genom att hindra en person som borde fått skydd (utifrån sin ålder) från att få tillgång till asyl än att man felar genom att ge en person asyl som enligt regelverket inte har rätt till detta (utifrån sin ålder) eller vice versa. Eftersom det är den bakomliggande värderingen kring åldersgränsen på 18 år vid asylärenden, dvs. barns större skyddsbehov, som ligger till grund för bedömningen – så bör man dock snarare fela genom att hellre ge rättigheter och asyl till personer som är över 18 år än att missa att ge asyl till en person som är under 18 år. Att Sverige lägger stor vikt vid barnkonventionen stöds genom att man har tagit initiativ till att göra denna till lagstiftning. En sådan hållning kan naturligtvis kopplas till graden av osäkerhet. Ju större osäkerheten är i det individuella fallet när det gäller att konstatera huruvida personen är över 18 eller inte, desto starkare skäl att hellre fria än fälla (Thevissen et al., 2012). Om däremot åldersbedömningen i stor utsträckning talar för att personen är över 18 år och det endast finns en mindre osäkerhet, är skälen svagare för att hellre fria än fälla utifrån ålderskriteriet. Det kan naturligtvis fortfarande finnas andra skäl för varför personen ifråga bör ges asyl.

En fråga som uppkommer i detta sammanhang är om de metoder som Socialstyrelsen föreslår för en pilotundersökning, dvs. MR-undersökningar, kan förbättras genom fortsatt forskning. Och i så fall, finns det etiska problem att bedriva den typen av forskning? I sin rapport lyfter man fram bristen på data när det gäller etnicitetens påverkan på bedömningen och efterlyser forskning inom detta område. Denna brist på referensdata för olika etniciteter är även något som andra författare inom området lyfter (Aynsley-Green et al., 2012; Noll, 2014; Sauer et al., 2015). Vi ser möjliga problem att göra den typen av studier ur ett metodologiskt perspektiv eftersom de etniska grupper där det saknas referensdata även kan vara grupper där det generellt saknas säkra kronologiska åldersdata, oavsett om man väljer en grupp som redan fått asyl eller väljer att studera dessa grupper i deras ursprungsländer. Om det istället handlar om att studera andragenerationsinvandrare så kan möjligtvis det problemet hanteras, men det förutsätter då att inte materiella förhållanden under uppväxtåren påverkar åldersbedömningen.

Även ur ett forskningsetiskt perspektiv skulle det kunna uppfattas som problematiskt att bedriva den typen av studier. Etnicitet kan uppfattas som en känslig fråga eftersom insortierandet av människor i olika etniska grupper förknippats med förtryck och rasism. Etnicitet definieras därför som en känslig personuppgift enligt svensk lagstiftning varför vetenskapliga studier med denna utgångspunkt kräver etikprövning och med den särskild motivering för att genomföras.

3. Åldersbedömningens angelägenhetsgrad utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

I normala fall när det görs en etisk analys av en hälso- och sjukvårdsåtgärd så bedöms denna i relation till svårighetsgraden hos det tillstånd som ska åtgärdas. Detta påverkar dels hur angelägen en åtgärd är och därmed också i vilken utsträckning vi kan lägga resurser på den. Svårighetsgraden påverkar också bedömningen av i vilken utsträckning det är motiverat att utsätta en person för etiska risker i samband med att åtgärden används. En grundregel är att ju svårare tillståndet är desto större risker kan vi acceptera, förutsatt att det saknas alternativa åtgärder för att påverka det.

I fallet med åldersbedömningar finns det primärt inget medicinskt eller hälsobehov som motiverar åtgärden (däremot kan det eventuellt upptäckas sådana behov i samband med åldersbedömningen). Detta påverkar bedömningen av hur dessa åtgärder ska konkurrera om hälso- och sjukvårdens begränsade resurser i den mån de, enligt nedan, använder sig av en begränsad resurs och detta får undanträngningseffekter inom hälso- och sjukvårdssystemet. Här ställs vi också inför den svåra frågan kring hur vi bedömer de mål som åtgärderna enligt ovan ska uppnå, mot hälso- och sjukvårdens mål. Men detta kan också påverka hur de vårdprofessioner som involveras i bedömningen ser på sin roll och prioriteringen av sin insats. Det kan alltså beröra frågan om åldersbedömningars angelägenhetsgrad utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

I litteraturen finner vi en diskussion kring om framförallt medicinska åldersbedömningar kan anses som en åtgärd som bör utföras av hälso- och sjukvårdsprofessioner, eftersom dessa primärt (eller uteslutande) ska utföra åtgärder med patientens bästa (i termer av hälsa och livskvalitet) som mål. Flera författare lyfter dock fram att det finns en rad åtgärder som görs inom hälso- och sjukvården som inte i första hand är medicinskt motiverade eller görs med patientens bästa som mål (Roberts & Lucas, 2009; Thevissen et al., 2012). Thevissen m fl (2012) lyfter fram att det kan finnas ett indirekt hälso- och sjukvårdssyfte med åtgärderna, om de innebär att man upptäcker hälso- och sjukvårdsbehov som kan åtgärdas. Aynsley-Green m fl (Aynsley-Green et al., 2012) menar att det inte handlar om huruvida hälso- och sjukvårdsprofessioner kan utföra åtgärder som inte är medicinskt motiverade eller inte (vilket impliceras att de kan), utan snarare hur relationen risk/ nytta ser ut när det gäller dessa åtgärder. Om de inte har nytta för personen, så bör risken med åtgärderna också vara minimal. Sauer m fl (Sauer et al., 2015) intar dock en mer strikt hållning och avvisar att hälso- och sjukvårdsprofessioner (ffa. läkare) bör vara involverade med hänvisning till att det inte gagnar personerna ifråga. De reser även frågan om huruvida den läkare vars bedömning resulterat i att personen avvisas, kan anses ansvarig för det som sedan händer personen i sitt hemland (eller där hen hamnar efter avvisningen). En sådan syn på läkarens eventuella ansvar är dock dubbelsidig, eftersom ett underlåtande att göra en åldersbedömning kan leda till en mer godtycklig bedömning med lika allvarliga konsekvenser för individen – något som då

läkaren genom sin underlåtenhet skulle kunna ses som ansvarig för. Vi avvisar därför denna syn på läkarens ansvar som alltför långtgående.

Vår analys är att det finns ett antal åtgärder som utförs inom hälso- och sjukvården som inte är direkt medicinskt motiverade utifrån ett identifierat biomedicinskt problem. Även om vi breddar synen på ett hälso- och sjukvårdsbehov till att omfatta de problem som kan påverka en persons hälsa eller hälsorelaterade livskvalitet så förefaller det finnas åtgärder som utförs inom svensk hälso- och sjukvård som inte är kopplade till ett sådant behov. I nuläget förefaller vi i stor utsträckning finna dessa motiverade att utföra. Här kan vi urskilja några olika typer av åtgärder. Åtgärder som inte är motiverade utifrån ett biomedicinskt problem är sådant som abort på kvinnans önskemål och vissa typer av plastikoperationer som inte har något egentlig koppling till biomedicinsk funktion. Dessa motiveras snarare av att de uppfattas påverka personens hälsorelaterade livskvalitet eller kanske allmänna livskvalitet. Sjukskrivning har en koppling till personens hälsa eller hälsorelaterade livskvalitet men görs ju primärt utifrån en bedömning av arbetsförmåga utifrån personens tillstånd. Detta är ju tänkt att gynna personen på sikt, en bild som kanske inte delas av personen ifråga vid sjukskrivningstillfället. Bedömningar av hälsoförmåga i relation till vapenlicens eller fortsatt körkortslämplighet kan ju ofta göras i strid med personens egen uppfattning om vad som skulle gynna hen och för att skydda även andra än personen själv. Vi är därför benägna att hålla med Aynsley-Green m fl (Aynsley-Green et al., 2012) att argumentet att det handlar om en icke-medicinsk användning av en åtgärd inte i sig kan användas som ett argument emot att det görs åldersbedömningar av hälso- och sjukvårdsprofessioner. Det kan naturligtvis finnas andra aspekter av åldersbedömningen som ger skäl för dessa professioner att avstå – låt oss återkomma till dessa under punkten professionella värderingar nedan.

Om man kan acceptera att även utföra åtgärder som inte primärt gagnar personen ifråga i andra sammanhang kan man inte använda det som ett principiellt argument i frågan om åldersbedömningar. Men är det så att åldersbedömningar inte gagnar den asylsökande personen? Med nuvarande praxis kring åldersbedömningar i den svenska kontexten är det de personer vars uppgivna ålder är ifrågasatt som kan gagnas av en åldersbedömning och därmed har skäl att genomföra den. Under förutsättning att den asylsökande personen förstått situationen och vikten av en åldersbedömning samt har skäl att tro sig vara under 18 år, så kan hen gynnas av en åldersbedömning. Det förefaller troligt att det framförallt är sådana personer som söker en åldersbedömning. Om hen å andra sidan har skäl att tro att den uppgivna åldern är felaktig, så ger det också skäl att inte söka en åldersbedömning (och därmed riskera att missgynnas av en sådan). Denna bedömning vilar dock på att ett antal villkor är uppfyllda:

- Tillräcklig grad av informerat samtycke och frivillighet när det gäller att söka åldersbedömning (se nedan).
- Att åldersbedömningen är tillräckligt säker.
- Att den materiella bedömningen inte på ett avgörande sätt bestäms utifrån huruvida personen genomfört en åldersbedömning eller inte. Vilket i sin

tur kan kopplas till huruvida Migrationsverket har kunskap om huruvida det gjorts en åldersbedömning som sedan inte läggs fram. Detta innebär att det faktum att en person har avstått från att göra en åldersbedömning eller gjort en bedömning som sedan inte läggs fram inte bör ses som slutgiltigt bevis för att personens uppgivna ålder är falsk och inte heller bör påverka den materiella bedömningen (se EU-direktivet ovan).

- Ur ett angelägenhetsperspektiv gör vi bedömningen att med nuvarande system för åldersbedömningar där den asylsökande personen själv söker en åldersbedömning när hans ålder är ifrågasatt finns det inget principiellt (etiskt) hinder för att se det som en hälso- och sjukvårdsåtgärd – dock med relativt låg angelägenhetsgrad ur ett generellt hälso- och sjukvårdsperspektiv.

4. Påverkan på tredje part

Kan användningen av åldersbedömningar ha en påverkan även utöver påverkan på de asylsökande personer som utsätts för bedömningen? För det första kan det finnas ett intresse hos den asylsökande personens anhöriga om personen får asyl och de därmed senare kan få asyl genom anhöriginvandring. Detta kan innebära en viss press på den person som är över 18 år att försöka öka sina chanser till asyl genom att ange en lägre ålder. Även om det är lätt att ha förståelse för ett sådant förhållningssätt är detta inte legitimt enligt nuvarande lagstiftning. Här kan en säker åldersbedömning skapa förutsättningar för att minimera utrymmet för sådana strategier. Detta kan möjligen också ha en viss påverkan på attityden hos de personer som är kritiska till invandring och där förekomsten av historier om hur personer "lurar till sig" asylrätt underbygger dessa attityder. Ju säkrare åldersbedömningen är desto mindre blir utrymmet för den typen av traderade historier.

Å andra sidan, ju större andel av begränsade resurser som ägnas åt åldersbedömning desto större är naturligtvis risken att det får påverkan på andra grupper i samhället som skulle kunna gagnas av dessa resurser, exempelvis andra patientgrupper som är behov av MR-undersökningar eller barnläkar-kompetens etc. – se nedan under Resursanvändning och undanträngning. Vidare är det möjligt att åldersbedömningar påverkar samhälleliga attityder till asylsökande, invandrare och/eller specifika etniska och religiösa grupper – se nedan under Jämlikhet och rättvisa och Långsiktiga effekter.

5. Jämlikhet och rättvisa

En viktig inställning i ett rättssamhälle är tanken om formell likabehandling, dvs. att lika fall behandlas lika (Thevissen et al., 2012). En annan tanke på samma tema är att i den mån vi gör skillnad mellan olika människor så ska det göras på etiskt relevanta grunder, vilket gör att vi har reglering kring diskriminering som lyfter fram att vi inte får diskriminera på grunder som ålder, kön, etnicitet, social och ekonomisk situation, religiös inställning, köns- eller sexuell identitet etc. Detta är dels reglerat i svensk diskrimineringslagstiftning men också i den etiska plattformens människovärdesprincip som är giltig för svensk offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Ytterligare

en viktig tanke inom detta fält är att samhälleliga resurser bör vara rättvist fördelade enligt någon teori för rättvisa. Inom hälso- och sjukvården ger den etiska plattformen vid handen att resurserna ska fördelas utifrån behov balanserat mot den effekt och kostnadseffektivitet som en åtgärd har. En fjärde aspekt handlar om huruvida det kan finnas aspekter av den åtgärd som bedöms som kan leda till sämre samhälleliga möjligheter, stigmatisering etc.

Om vi betraktar frågan om åldersbedömning utifrån dessa perspektiv kan vi dra slutsatsen att den mer formella likabehandlingsprincipen implicerar att om lagen reglerar att asylsökande under 18 år har vissa rättigheter som inte asylsökande personer över 18 år har, så kräver det att alla de som är under 18 år har lika möjligheter att ta del av dessa rättigheter, samt att de som är över 18 behandlas lika när det gäller att de inte får ta del av dessa rättigheter. En sådan formell likabehandlingsprincip kan därmed stödja en säker åldersbedömning. Ett problem skulle då vara om man inte kan bedöma ålder på ett tillräckligt säkert sätt - vilket innebär att en andel av de personer som är över och under 18 år kan utsättas för en mer godtycklig åldersbedömning. Här kan man alltså ställa sig frågan om huruvida ett system som innebär att en viss andel av de berörda personerna behandlas utifrån liknande bedömningsgrunder medan andra inte behandlas efter dessa grunder i tillräcklig grad lever upp till en sådan formell likabehandlingsprincip. Enligt Socialstyrelsens underlag finns det idag evidens för att bedöma 42 procent av de asylsökande personerna på ett säkert sätt. Om det kan säkerställas när man har en säker respektive osäker bedömning innebär det att man i åtminstone 42 procent av fallen kan säkerställa likabehandling enligt lagstiftningen (för både de som bedöms vara under och över 18 år). I relation till de övriga 58 procent blir det dock en bristande likabehandling. Utifrån det perspektivet är det viktigt att det finns en ambition att öka den andelen till att inkludera fler av de asylsökande personerna. Ett annat problem är de skillnader som finns när det gäller säkerheten för de 42 procent i relation till män och kvinnor (dvs. där det råder risk för felklassificering i 5 procent av fallen för män och 10 procent för kvinnor). En bedömningsmetod som systematiskt missgynnar kvinnor kan rimligen uppfattas som problematiskt utifrån ett jämställdhetsperspektiv och även här bör ambitionen vara att utjämna en sådan felklassificeringsrisk.

Inget samhälleligt system som har som ambition att leva upp till en formell likabehandlingsprincip kommer dock att lyckas med detta fullt ut. Här bör det därför finnas en strategi för hur potentiella missbedömningar bör hantearas, dvs. bör man hellre fria än fälla vid osäkerhet. Ovan har vi anfört argument för att man hellre bör fria än fälla vid stor osäkerhet kring om personen är under eller över 18 år. Att helt avstå från att genomföra radiologiska åldersbedömningar i ett system som fortfarande tillämpar en åldersgräns i migrationsprocessen riskerar däremot att leda till större godtycklighet. Om det kombineras med en potentiell "ifrågasättandekultur" från berörda myndigheter enligt ovan, riskerar man då att i större utsträckning fälla än fria i bemärkelsen inte ge tillgodose det större skyddsbehovet hos barn.

Samtidigt uppkommer frågan om det är förenligt med dessa olika aspekter av likabehandling, jämlikhet och rättvisa att överhuvudtaget dra en sådan åldersgräns? När lagstiftningen och den etiska diskussionen vänder sig emot att man gör skillnad med avseende på irrelevanta egenskaper så innebär det

inte nödvändigtvis att man inte får göra skillnad mellan människor på grunder som har en koppling till dessa egenskaper. Exempelvis, om det finns biologiska skillnader baserat på kön som gör att män och kvinnor har olika hälso- och sjukvårdsbehov accepterar vi det som en relevant grund för särbehandling. Detsamma gäller om det finns biologiska skillnader mellan människor baserat på kronologiska åldersskillnader, som illustrerades ovan. Tidigare har vi ju kommit fram till att 18 årsgränsen är en approximation för andra skillnader som förefaller relevanta att väga in vid bedömningen av hurvida en person har ett skyddsbehov som kan tillfredsställas genom att ge asyl eller behov av en art som kräver tillgång till vissa rättigheter under asylprocessen. Utifrån en sådan argumentation kan vi i så fall motivera en åldersgräns (men det förutsätter samtidigt att det inte finns något bättre sätt att göra skillnad med avseende på dessa faktorer vilket vi har ifrågasatt ovan).

När det gäller fördelningen av resurser utgår vi från migrationslagstiftningen enligt vilken personer under 18 år bör få en mer långtgående tillgång till resurser under asylprocessen (och accepterar som en utgångspunkt att det också är rättvist). Eftersom samhällliga resurser alltid är begränsade så kan det innebära att om personer som inte har rätt till dessa resurser (pga. sin ålder) får ta del av dem så finns det en alternativkostnad för andra personer med ett legitimt behov av resurserna. Utifrån det kan åldersbedömningen fylla rollen att avgöra vem som har ett legitimt respektive ett illegitimt anspråk på de aktuella resurserna. I scenario ett ovan där Migrationsverket accepterar den asylsökande personens egen utsaga om ålder för att ta del av de rättigheter som detta ger under asylprocessen och denna inte ifrågasätts av den kommun som har att tillhandahålla resurserna så aktualiseras inte åldersbedömning utifrån detta perspektiv. I scenario två hänvisar kommuner däremot till resursfrågan och i det fallet blir åldersbedömningen viktig.

Likaså kan denna fråga aktualiseras när det gäller vilka personer som får asyl. I en situation där myndigheterna begränsar invandringen genom att sätta tak för hur många personer som beviljas asyl (något som har föreslagits i debatten), så kan det faktum att en person över 18 år får asyl innebära att en person under 18 inte får asyl (trots att den personen uppfyller det bakomliggande antagandet om ett större skyddsbehov pga. sin ålder).

Vi lyfte ovan att ett ifrågasättande av personernas egna uppgifter om sin ålder dels handlar om att ifrågasätta en svag grupp, men också eventuellt om att skicka en signal till medborgarna att denna grupp inte är att lita på. Detta kan då förstärka eller bidra till en negativ syn på dessa personer eller de (etniska och religiösa) grupper de tillhör. I sin tur kan detta försämra dessa personers och gruppers lika möjligheter i samhället. Vi påpekade då att en säker åldersbedömning kan leda till att medborgare, som kanske initialt har en viss tveksamhet, kan känna sig mer säkra på att de personer som får asyl i Sverige får det på rätt grunder enligt nuvarande migrationslagstiftningen. Samtidigt, om det ska ha en sådan positiv effekt krävs förmodligen att åldersbedömningen används i alla situationer där det råder tveksamhet kring den asylsökande personens ålder. En sådan effekt kan alltså kräva att man avstår från att göra den frivillig som i nuläget – något som i sin tur naturligtvis är problematiskt ur ett autonomiperspektiv.

6. Autonomi

I litteraturen kring etiska aspekter på åldersbedömningar lyfter ett flertal författare normen att alla hälso- och sjukvårdsåtgärder i normalfallet bör utföras med informerat samtycke. Även om det istället skulle röra sig om en medicinsk tjänst utifrån ett juridiskt perspektiv, är det svårt att se att kravet på informerat samtycke skulle förändras. Ett antal av dessa författare ifrågasätter om denna norm kan sägas vara uppfylld i samband med åldersbedömningar, samtidigt som det finns författare som menar att deras egen process för att hantera detta är tillfyllest (Roberts & Lucas, 2009). Shaw (Shaw, 2009) lyfter fram tre kriterier som behöver vara uppfyllda för att kunna ge ett giltigt informerat samtycke: att personen fått och förstått informationen kring situationen, att personen är beslutskompetent att avge ett giltigt samtycke, samt att detta samtycke har avgivits frivilligt. De tveksamheter som uttrycks i litteraturen kan kopplas till alla tre kriterierna.

Aynsley-Green (Aynsley-Green, 2009) och Aynsley-Green m fl (Aynsley-Green et al., 2012) ifrågasätter om det första kriteriet är uppfyllt genom att peka på språkproblem, problem och ovana vid medicinsk apparatur och kontext, och huruvida de asylsökande personerna får tillräcklig information. Dessa problem kan dessutom ses som extra allvarliga med tanke på att de som ska ta ställning till beslutet är barn eller unga vuxna.

Dessa författare ifrågasätter även beslutskompetensen hos personen utifrån bristande mognad, att de kan vara traumatiserade på ett sätt som försvårar möjligheten att fatta beslut. I Thevissen m fl (Thevissen et al., 2012) antas de inte vara beslutskompetenta och där föreslås att en legal företrädare fattar beslut om åldersbedömning å deras vägnar.

Frivilligheten ifrågasätts av Shaw (Hjern & Ascher, 2015; Hjern et al., 2012; Shaw, 2009), och av Sauer m fl (Sauer et al., 2015) på grunden att ett nej till att göra en åldersbedömning försämrar deras möjligheter att få gehör för sin asylansökan.

Dessa författare förefaller dock framförallt diskutera en situation där åldersbedömningen görs på uppdrag av migrationsmyndigheterna och där personen framförallt har möjlighet att säga nej. Detta kan normalt uppfattas som svårt att göra, eftersom det är uppenbart för migrationsmyndigheterna att personen av något skäl motsatt sig åldersbedömningen. Enligt nuvarande svensk praxis informerar Migrationsverket om möjligheten att genomföra en åldersbedömning och därefter får den asylsökande personen själv ta initiativ till att en sådan görs. Detta skulle kunna uppfattas som att det finns mindre press på personen och därmed skapa större möjlighet till frivillighet. Låt oss granska det närmare.

Inom svensk hälso- och sjukvård antas en person uppnå en ökande grad av beslutskompetens i samband med ökande ålder och en person under 18 år antas i många fall mycket väl kunna fatta beslut kring sin vård och behandling (Socialstyrelsen, 2010). Att som Thevissen m fl (Thevissen et al., 2012) föreslår automatiskt förutsätta att en person under 18 år (eller som potentiellt är under 18 år) inte kan fatta beslut och därmed behöver en legal företrädare är därför generellt inte tillämpligt i den svenska hälso- och sjukvårdskontexten. Däremot förutsätter det naturligtvis att den person som fattar beslut har

fått tillräcklig information och förstått informationen, både vad det gäller själva bedömningen och vad som ingår i den, men även när det gäller vilka konsekvenser det kan ha att göra eller inte göra en åldersbedömning. De faktorer som nämns, språkbarriärer, psykologisk mognad och traumatisering, och det faktum att det handlar om barn eller unga vuxna kan innebära att det krävs en större informationsinsats. Vi ser dock inget principiellt skäl till varför den grupp det rör sig inte skulle kunna ha förmåga att ta till sig information och utifrån den kunna fatta ett informerat beslut. Men det är viktigt att påpeka att denna information måste utformas utifrån personens perspektiv (som då alltså kräver att man intar ett barnperspektiv) med beaktande av mognad, språklig, kulturell och erfarenhetsmässig bakgrund. En självklarhet är att man måste använda tolk med rätt språklig bakgrund.

Samtidigt är det viktigt att påminna sig om att detta handlar om en grupp som trots allt på egen hand lyckats ta sig fram till Sverige, ofta på ett sträpsrikt sätt som kräver en hel del av personen ifråga. Att anta att personen inte kan fatta beslut kan då ses som ett utslag av missriktad paternalism. Huruvida personen har förstått information och är kompetent att ge ett informerat samtycke behöver dock bedömas från fall till fall.

I det svenska systemet tilldelas den ensamkommande asylsökande personen en god man som kan hjälpa personen att tolka och bearbeta informationen för att kunna fatta ett informerat beslut. Eftersom detta inte sker med en gång personen anländer till Sverige kan det leda till ett problem om åldersbedömningen läggs för tidigt. Utifrån informations- och beslutskompetensspekterna anser vi att personen bör ha tillgång till en god man som en dialogpartner för att kunna fatta ett informerat beslut i samband med åldersbedömningar. Om det enligt ovan finns skäl att tidigarelägga åldersbedömningen jämfört med dagens praxis, bör även tilldelning av god man tidigareläggas för att matcha detta.

Frivillighetsfrågan är svårare att bedöma. Om man i samband med den materiella bedömningen om asyl anför uppgifter som ska stödja asylansökan och därefter inte kan eller väljer att inte stödja dessa så innebär det naturligtvis generellt sämre möjlighet att få asyl än om man kan stödja dessa uppgifter. Detsamma gäller frågan om ålder. Om den asylsökande personen anför att hen är under 18 år och detta ifrågasätts av Migrationsverket så kommer personen att ha relativt sett sämre möjligheter att få gehör för sin asylansökan på den grunden om hen inte kan stödja att hen är under 18 år. Man kan fråga sig om samtycket till en åldersbedömning är frivilligt i en situation då den asylsökande befarar att konsekvensen av att inte göra en bedömning är att hen kommer att skickas tillbaka till mycket svåra levnadsomständigheter i hemlandet. Det skulle kunna hävdas att "priset" för att tacka nej i en sådan situation är alltför högt för att beslutet att tacka ja ska kunna betraktas som frivilligt.

Att det råder denna brist på frivillighet i migrationsprocessen är dock förknippat med det generella kravet att kunna stödja de skäl som anförs för asylansökan och är svårt att komma undan om inte myndigheterna väljer att ta bort kravet på eller möjligheten till stödbevisning. Är det så att den asylsökande personen vars ålder är ifrågasatt "bestraffas" ytterligare om hen inte genomför en åldersbedömning, dvs. att det aktivt tas till intäkt för att

personen är äldre än 18 år (och inte endast som att det saknas stöd för huruvida personen är över eller under 18 år)? Detta är naturligtvis omöjligt att uttala sig om, men om det råder en "ifrågasättandekultur" så skulle det kunna vara på det sättet. Likaså kan det spela roll om Migrationsverket vet att det inte genomförts en åldersbedömning, eller om de har kännedom om att det genomförts en sådan som sedan inte läggs fram som bevisning i målet. I det senare fallet kan det indirekt tolkas som att åldersbedömningen gått emot personens egen uppfattning, och därmed stöder Migrationsverkets ifrågasättande. Huruvida Migrationsverket har denna information eller inte, exempelvis genom att de betalar för åldersbedömningen och denna information är tillgänglig i samband med bedömningen - framgår inte för oss i nuläget. I så fall minskar frivilligheten ytterligare när det gäller valet att genomföra en åldersbedömning och ett sådant förhållningssätt kan generellt anses mer problematiskt av flera skäl än den bristande frivillighet som kommer av bevisföringsfrågan. Det finns utifrån detta starka skäl att skilja på processerna så att det vid Migrationsverkets beslut om ålder inte framgår huruvida personen har gjort en åldersbedömning som inte läggs fram i målet. Detta kan då kräva speciella administrativa rutiner. Förslaget att Migrationsverket i egen regi tillsammans med Rättsmedicinalverket tar hand om åldersbedömningarna kan i relation till denna fråga ses som problematiskt eftersom det skapar större utrymme för att informationen "läcker" inom myndigheten. En möjlig lösning skulle då kunna vara att denna information endast är tillgänglig för Rättsmedicinalverket, fram tills efter ärendet är avgjort.

Bristande frivillighet i detta sammanhang kompliceras ytterligare av om åldersbedömningen innebär att personen måste utsätta sig för något som innebär en risk eller uppfattas som kränkande av personen (Aynsley-Green et al., 2012). När det gäller MR-undersökning förefaller det inte finnas några större sådana risker (se nedan under integritet). Däremot kräver en sådan undersökning att personen ifråga medverkar och håller sig helt stilla under tiden som bilderna tas – något som antingen förutsätter frivillighet eller ett mer tvingande ingrepp (exempelvis nedsövning). Om MR-undersökningen kombineras med andra metoder kan dock detta problem öka. Något som framhållits som extra problematiskt i det sammanhanget är fysiska undersökningar av genitalier för att konstatera personens könsmognad eller undersökningar som innebär att man avtäckar kroppsdelar som personen av exempelvis religiösa skäl vill dölja (Aynsley-Green et al., 2012). Utifrån Socialstyrelsens förslag ingår dock inga sådana undersökningar i det pilotprojekt som planeras.

Samtidigt har vi andra exempel inom hälso- och sjukvården på att myndighetsbeslut som kan gagna en person är förknippade med att personen ingivit vissa uppgifter eller genomgått vissa undersökningar. När det exempelvis gäller sjukskrivning kan en patient vägra att dela vissa uppgifter med Försäkringskassan, men denna kan då kräva att hen också ger upp möjligheten till sjukpenning. Här förefaller vi anse att beslutet att dela med sig av uppgifterna är tillräckligt frivilligt, trots att konsekvenserna av att vägra kan vara allvarliga, alternativt att en begränsning i frivilligheten är acceptabel. Det kan dock invändas att denna situation inte är jämförbar med asylsituationen eftersom en patient som blir utan sjukpenning fortfarande har tillgång

till andra delar av det sociala skydds nätet medan en person som inte beviljas asyl eventuellt kan bli utan liknande skydd i hemlandet. Priset för att inte stödja sina uppgifter kan alltså vara avsevärt högre i asylfallet, och frivilligheten kan anses vara mer begränsad i detta avseende.

Även om åldersbedömningen inte kan ses som helt frivillig, bör den trots detta ske på personens eget initiativ, eftersom vi bedömer att användningen av tvångsåtgärder vore ett för stort ingrepp som inte är motiverat utifrån de intressen som står på spel. Detta kan innebära att man hamnar i en situation där en person erbjuds möjlighet att göra en åldersbedömning i ett tidigt skede av processen och väljer att inte göra det. Kommuner kan i detta fall se resursmässiga problem att ge alla personer dessa fördelar utifrån uppgiven ålder eller problem utifrån att man inte vill blanda barn och vuxna på boenden.

Utifrån personens potentiella skyddsbehov förefaller det bästa vara att regelmässigt bedöma personen som under 18 år och låta detta styra resurstillgång och placering. En sådan praxis kan dock komma att ifrågasättas av ansvariga kommuner. Likaså kan det motivera den asylsökande personen att vänta med åldersbedömningen. Att å andra sidan regelmässigt betrakta denna person som över 18 år förefaller än mer problematiskt, eftersom man då riskerar att missa att personen faktiskt har ett ökat skyddsbehov. I ett sådant fall kan den bästa kompromissen trots allt vara att försöka bedöma personens faktiska skyddsbehov genom en mer intuitiv bedömning, trots att vi generellt avråder från detta. Men vi betonar att detta bör ses som undantagsfall och i den mån det kan undvikas finns det goda skäl att göra så.

Ytterligare en central fråga utifrån ett autonomiperspektiv är hur resultatet av bedömningen ska hanteras. Återigen är det ju väsentligt att den asylsökande personen får tydlig och anpassad information om vad bedömningen visar (även när det gäller den osäkerhet som är förknippad med bedömningen). Detta för att kunna fatta ett informerat beslut angående huruvida bedömningen ska läggas fram för Migrationsverket eller inte. Den gode mannen får här sägas ha ett stort ansvar att ge råd kring detta beslut, och detsamma gäller den asylsökande personens juridiska ombud.

I samband med åldersbedömningen kan det uppkomma bifynd som är av intresse för den asylsökande personens hälsa. I den mån de är av den art att de föranleder medicinska åtgärder bör personen informeras om detta och hänvisas eller remitteras vidare till lämplig medicinsk instans. Eftersom den asylsökande personen normalt saknar kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet bör hen få hjälp med detta av den gode mannen. En speciell problematik som tas upp av Thevissen m fl (Thevissen et al., 2012) i detta sammanhang är hur man tillgodoser patientens generella rätt att slippa ta del av information som framkommer i samband med medicinska undersökningar. Författarna menar att denna rätt bör respekteras även i detta sammanhang när det gäller all information. Detta är lättast att respektera när det gäller sidoinformation som kan framkomma genom undersökningen, medan det är svårare när det gäller åldersfrågan - eftersom personen indirekt kan dra slutsatser angående detta i och med att det fattas beslut angående personens asylansökan.

7. Integritet

När det gäller integritetsfrågan så kan vi i detta sammanhang skilja mellan fysisk och informationsmässig integritet. Vi får även skilja mellan den radiologiska undersökningen och övriga undersökningar som kan göras inom ramen för en åldersbedömning. Låt oss framförallt fokusera på den radiologiska undersökningen med MR som rekommenderas av Socialstyrelsen. Detta rör då undersökningar av knäled eller fotled.

Om vi inleder med den fysiska integriteten. När det gäller de kroppsdelar som är föremål för MR-undersökning i detta fall är det normalt sett inte undersökningsområden som uppfattas som särskilt integritetskänsliga. Samtidigt är inte heller dessa delar av kroppen något som vi anser att man kan undersöka om det inte finns ett specifikt och angeläget syfte med undersökningen. När syftet är hälsorelaterat uppfattas normalt sett det motivera undersökning för de flesta personer. Uttryckt på ett annat sätt, det som vi i andra situationer ser som integritetskränkande uppfattas inte på det sättet inom ramen för en motiverad hälsoundersökning. Om personen däremot inte kan gagnas av undersökningen så kan det leda till att den uppfattas som mer integritetskänslig även när det gäller dessa kroppsdelar. Vi har dock tidigare påpekat att det med nuvarande systemet för åldersbedömningar där den asylsökande personen söker en bedömning i de fall hans ålder är ifrågasatt finns ett för personen angeläget syfte. När vi bedömer att dessa kroppsdelar normalt sett inte uppfattas som särskilt integritetskänsliga gör vi dock detta utifrån våra egna kulturella glasögon. Det kan naturligtvis finnas personer med annan kulturell eller religiös inställning som gör en annan bedömning som man måste vara uppmärksam på. Exempelvis kan det handla om kulturer där man normalt (som kvinna) inte får visa dessa delar av kroppen för främmande män. Här kan det alltså finnas skäl att fundera över vilken personal som ska genomföra undersökningen för att den ska upplevas så lite integritetskränkande som möjligt (Aynsley-Green et al., 2012; Thevissen et al., 2012)

Samtidigt, med tanke på att systemet i nuläget baseras på att personen själv tar initiativ till bedömningen kan vi möjligen anta att det framförallt är de personer som bedömer att de kan styrka sitt fall genom en åldersbedömning som även genomför den och att de följaktligen gör en liknande vägning när det gäller den fysiska undersökning och det mål som man vill uppnå. Detta beror dock på om informations- och beslutskompetenskriterierna är uppfyllda enligt ovan.

Eftersom det finns en osäkerhet i bedömningen kan dock de personer som upplever undersökningarna integritetskränkande men trots det motiverade om de kan stödja deras ansökan hamna i en situation där det inte får stöd av undersökningen. Alltså har de då genomgått undersökningen i onödan. I det läget kan den information som är inhämtad upplevas mer integritetskänslig.

När det gäller informationsinhämtning, respektive informationshantering kring MR-undersökningar så innebär ju inte dessa att personen utfrågas om en rad uppgifter som kan upplevas integritetskänsliga utan den information som eventuellt kan upplevas integritetskänslig är informationen från själva undersökningen. Eftersom det rör sig om hälso- eller hälsorelaterad informat-

ion måste den naturligtvis hanteras i enlighet med regleringen av känsliga personuppgifter i antingen personuppgiftslagen eller patientdatalagen (vilket som är tillämpligt om det bedöms vara en medicinsk tjänst, se nedan). Detta innebär att dessa uppgifter är sekretessbelagda och bör hanteras och förvaras på ett säkert sätt. En integritetsfråga som vi berörde i avsnittet om autonomi är huruvida Migrationsverket ska kunna ta del av information angående att undersökningen är gjord eller inte innan ärendet är avgjort. Vi bedömde där att det finns skäl att förhindra att Migrationsverket får del av den informationen för att den inte ska påverka bedömningen på ett illegitimt sätt.

I detta sammanhang kan det vara värt att även kort beröra andra möjliga undersökningar inom ramen för en åldersbedömning (som Socialstyrelsen i nuläget inte rekommenderar). I kontrast till MR-undersökningarna ovan kan vissa fysiska undersökning upplevas som mer integritetskränkande. I litteraturen lyfter man framförallt fram undersökningar för att bedöma könsmodnad (inte minst om personen varit utsatt för sexuella övergrepp) (Aynsley-Green et al., 2012; Thevissen et al., 2012).

När det gäller informationsintegriteten så kan ju dels intervju med personen upplevas som integritetskränkande om den berör ingående frågor om bakgrund, skolgång, erfarenheter etc. men även att vara tvungen att förmedla information om sin egen ålder som man vill dölja. Om vi tittar på svensk lagstiftning kring vad som bedöms som särskilt känsliga personuppgifter ingår inte ålder i en sådan lista (PUL), däremot ingår sådant som etnicitet, och hälsa. Samtidigt kan det i den föreliggande situationen trots det upplevas som integritetskränkande att vara tvungen att redovisa material för att styrka sin ålder. Återigen, att genomgå en åldersbedömning enligt nuvarande svensk praxis görs förmodligen framförallt av de personer som förväntar sig få stöd i bedömningen.

En fråga som lyfts av Thevissen m fl (Thevissen et al., 2012) är vem som kommer att bevara och arkivera informationen som framkommit i samband med undersökningen. Eftersom undersökningen görs inom ramen för svensk hälso- och sjukvård i nuläget är vår bedömning att svensk patientdatalagstiftning gäller och att informationen därmed måste sparas och förvaras med beaktande av den sekretess som patientdatalagen kräver (Socialdepartementet, 2007/08:126). Om den istället skall genomföras i annan regi så tolkar vi att personuppgiftslagens skrivningar om känsliga personuppgifter gäller (eftersom det rör sig om uppgifter om personens hälsa och/eller sexualitet) vilket också kräver säker förvaring under sekretess (Justitiedepartementet, 1998).

8. Resurspåverkan

När det gäller medicinska åldersbedömningar förutsätter dessa att vi använder medicinska resurser (i termer av undersökningsapparat och medicinsk kompetens) för att bedöma ålder utifrån ett externt syfte i relation till hälso- och sjukvårdens mål. Eftersom hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade innebär detta en risk för undanträngning av annan hälso- och sjukvård.

Ett sätt att hantera detta är att enligt ovan avsätta särskilda resurser för åldersbedömningar utanför hälso- och sjukvården. Vi har påpekat att ett

sådant system som administreras av Migrationsverket kan ha vissa problem ur ett autonomi- och integritetsperspektiv. Samtidigt uppkommer även då frågan kring vem som ska bedöma de bilder som tas med hjälp av MR. Vi vet att radiologisk kompetens är en bristvara i svensk hälso- och sjukvård (där den normalt återfinns) liksom i andra hälso- och sjukvårdssystem (Aynsley-Green et al., 2012; Thevissen et al., 2012). Här hjälper inte tillförsel av externa resurser (utom möjligtvis i det långa loppet om det kan leda till en ökad utbildning inom fältet). Här kan man tänka sig att man istället använder sig av internationell radiologisk kompetens, dvs. att bilderna skickas till annat land för bedömning (som görs i vissa andra fall inom hälso- och sjukvården). En alternativ handläggning än den som Socialstyrelsen föreslår, dvs. en handläggning mer i linje med den litteratur vi granskat och som innebär en holistisk bedömning som involverar barnläkarkompetens, får dock sägas ha en större risk för resursundanträngning inom hälso- och sjukvården.

9. Professionella värderingar och roller

När det gäller ålderbedömningar har det framkommit att det finns starka professionella värderingar som är negativa till dessa hos barnläkare (och även andra professioner när det gäller de undersökningar vi inte vidare tar upp här - exempelvis tandläkare). Vi har tidigare i analysen redovisat ett antal sådana invändningar (Aynsley-Green, 2009; Aynsley-Green et al., 2012; Hjern & Ascher, 2015; Hjern et al., 2012; Sauer et al., 2015).

Hur ska vi förhålla oss till dessa invändningar? Detta beror naturligtvis på vilka grunder hälso- och sjukvårdsprofessionerna baserar sitt motstånd. Om det handlar om att använda metoder för åldersbedömning som inte är tillräckligt evidensbaserade eller säkra utifrån deras perspektiv förefaller det rimligt att lägga vikt vid en sådan inställning. Vi utgår normalt från att det som hälso- och sjukvårdspersonal gör ska vara evidensbaserat för att professionen ska kunna ta ansvar för detta. Att hävda att de inte kan ta ansvar för en åldersbedömning utifrån bristen på tillförlitliga metoder förefaller därför vara ett legitimt argument. Socialstyrelsen gör dock bedömningen att MR-undersökning av knä- respektive fotled har tillräcklig evidens i detta sammanhang. Dock förefaller det, som påpekats tidigare, vara viktigt att de professionella som är involverade i åldersbedömningar är tydliga med vilket stöd det finns för en viss slutsats angående personens ålder och därmed också vilken osäkerhet som bedömningen är förknippad med.

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. Man kan ha stor förståelse för en sådan inställning och den fyller ett viktigt syfte i vården av patienter. Samtidigt behöver vi lyfta att bilden är något mer komplex om vi tittar på svensk hälso- och sjukvård idag. För det första kan vårdpersonalen vara tvungen att begränsa vården för en enskild patient för att kunna behandla andra patienter inom systemet (detta gäller om det handlar om begränsade resurser som måste fördelas mellan olika behövande patienter). Fortfarande kan då vårdpersonalen sägas stå på patienters sida, även om det inte nödvändigtvis handlar om den patient som man har framför sig.

Läkare åläggs dock även andra uppgifter där deras bedömning av en patient förväntas ligga till grund för myndighetsbeslut, även om dessa riskerar att inte vara i patientens intresse. Exempel på detta är sjukintyg för sjukskrivning, intyg om lämplighet att framföra fordon, intyg om lämplighet att inneha skjutvapen etc. I dessa fall påtar sig läkaren rollen att uppfylla myndigheters krav, och kanske även skydda övriga samhället i de senare fallen – även om detta strider mot patientens eget intresse och önskemål. Följaktligen finns det redan idag fall där en sådan avvägning accepteras. Enligt diskussionen ovan kan det dock handla om att man anser att balansen mellan risk och nytta förändras om man använder hälso- och sjukvårdsåtgärder för ett syfte som inte direkt gagnar personen. Uttolkat innebär det att om syftet tydligt är att gagna den enskilda personen kan vi acceptera en mindre gynnsam relation mellan nytta och risk än om syftet inte primärt är att gagna personen. Vi har berört detta ovan och med nuvarande svenska system så förefaller det troligt att det framförallt är de personer som har fått sin ålder ifrågasatt och därmed har något att vinna på att få en åldersbedömning som visar att de är under 18 år som väljer att genomföra en sådan. Detta under förutsättning att kraven på information och beslutskompetens ovan är uppfyllda. Det förefaller inte heller vara några påtagliga risker med de MR-undersökningar som föreslås. Om informationen om huruvida en åldersbedömning är gjord eller inte undanhålls Migrationsverket så minskar också risken med att göra själva undersökningen.

Det skulle dock kunna finnas andra, underliggande skäl, som handlar om att man som läkare är tveksam till de ställningstagande som gjorts inom svensk migrationslagstiftning – dvs. att man har en annan migrationspolitisk uppfattning. Som påpekades inledningsvis kan denna uppfattning antingen vara av principiell karaktär eller ett uttryck för åsikten att rådande migrationspolitik är alltför restriktiv. I en ståndpunktsartikel från European Academy for Paediatric (Sauer et al., 2015) kan man möjligen ana en sådan ståndpunkt när det sägs att ensamkommande asylsökande, har starka skäl för att få asyl och att det ligger i dessa personers intresse att få asyl i Europa. Här förefaller man göra ett antagande om att de därför ska betraktas som underåriga (oavsett faktisk ålder).

I andra sammanhang har man diskuterat och även rättsligt prövat möjligheten till s.k. samvetsundantag inom svensk vård, dvs. huruvida vårdpersonal skulle ha möjlighet att avstå från att delta i vissa åtgärder utifrån egna värderingar. Den samlade inställningen från hälso- och sjukvården (samt det rättsliga utfallet) har varit att sådana samvetsundantag inte accepteras. Det starkaste skälet till detta har dock varit att patienter som söker vård i Sverige har rätt att kunna förvänta sig en jämlik vård oavsett vilken vårdpersonal hen möter – samvetsundantag skulle kunna äventyra detta. I fallet med motståndet mot åldersbedömningar är dock snarare argumentet att det missgynnar vissa grupper av personer på ett sätt som inte är förenligt med rollen som vårdpersonal. Å andra sidan, de asylsökande personer som skulle kunna gynnas i asylprocessen av en åldersbedömning kan dock missgynnas om en sådan inte finns att tillgå på grund av motstånd inom hälso- och sjukvårdsprofessionerna.

Ett speciellt dilemma som kan uppstå är om en norsk situation ställs upp som alternativ. Enligt Thevissen (Thevissen et al., 2012) har man där sänkt gränsen för när ålder på ett mer definitivt sätt påverkar asylbedömningen till 16 år. Om svårigheter att genomföra åldersbedömningar för personer i relation till en 18-årsgräns leder till att man sänker åldersgränsen för att i större utsträckning kunna lite till en mer intuitiv bedömning - så ställs naturligtvis de läkare som motsätter sig åldersbedömningar utifrån migrationspolitiska ställningstaganden inför ett dilemma av gisslankaraktär. Om de inte vill möjliggöra åldersbedömningar i relation till åldersgränsen 18 år riskerar migrationspolitiken skärpas ytterligare. I nuläget finns det dock ingen officiell förespegling om att så skulle ske. Vår slutsats är dock att utifrån synen på samvetsundantag i svensk hälso- och sjukvård är det mindre legitimt att inte vilja genomföra åldersbedömningar i sin profession utifrån egna migrationspolitiska ställningstaganden.

En aspekt av detta med professionella värderingar och roller som lyfts av Hjern m fl (Hjern et al., 2012) är att det kan uppstå en professionell konflikt och störa relationen mellan profession och den asylsökande personen om det är samma personer som genomför åldersbedömningen som även har hand om den asylsökande personens vård och omsorg. I detta sammanhang redovisar de en studie som visar på en sådan effekt (Watters, 2005). Bakgrunden till detta förefaller dock framförallt vara de situationer när det är migrationsmyndigheterna som ställer krav på en åldersbedömning och professionerna därmed agerar på deras uppdrag. Vi såg dock även detta som en risk i det svenska systemet om det är så att kommunerna initierar egna åldersbedömningar. I ett system med relativt tidiga åldersbedömningar som görs av personer som inte på något sätt är inblandade i den asylsökande personens vidare omhändertagande kan dock denna risk i stor utsträckning undvikas.

Med den lösning som är föreslagen där Migrationsverket sätter upp egna undersökningsenheter med egen personal och med hjälp av Rättsmedicinalverket och där kanske bilderna undersöks utomlands - kan naturligtvis involvering av läkare och andra vårdprofessionella minimeras. Enligt Socialstyrelsen kräver dock den radiologiska åldersbedömningen med MR-undersökning att personen inte har relevanta sjukdomstillstånd som kan påverka undersökningen – detta kan alltså kräva en föregående läkarundersökning.

Vi har visat på vissa problem som kan uppstå med ett sådant ”utlokalisera” system och vi kan fråga oss huruvida ett sådant system är en förbättring även ur ett läkarperspektiv. Att involvera läkare kan på olika sätt vara förtroendeskapande för en åldersbedömning, oavsett om deras kompetens är nödvändig eller inte. Detta har dels att göra med att läkare normalt har en stark professionell identitet och därmed relaterade värderingar kopplade till patientens bästa som skulle kunna leda till att den asylsökande personen i större utsträckning får en rättvisande bedömning som inte påverkas av en ifrågasättandekultur. Detta innebär också att den asylsökande personen i många fall kan antas ha större förtroende för en läkare än för Migrationsverkets personal eller andra myndighetspersoner. Detsamma kan även gälla allmänhetens förtroende för ett sådant system. Uttryckt på ett annat sätt, att involvera läkare kan vara uttryck för en "makt-delningstanke" i samband med

åldersbedömningar. Vi lyfte dock ovan att det då krävs en avvägning gentemot den resurspåverkan detta innebär inom hälso- och sjukvården.

10. Särintressen

Inom det migrationspolitiska området finns det en mängd olika särintressen som utifrån sitt perspektiv kan ha synpunkter på frågan om åldersbedömning. Det kan handla om grupper som vill ha en mer generös migrationspolitik än den nuvarande och på dessa grunder är kritiska till åldersbedömningar (eftersom dessa ses som del av ett repressivt system). Det kan även handla om grupper som vill ha en mer restriktiv migrationspolitik och som utifrån det kan uppmuntra åldersbedömning (eftersom det kan vara ett sätt att begränsa möjligheten för vissa grupper) men som naturligtvis också kan vara kritiska till att några grupper överhuvudtaget (personer under 18 år) får migrationsmässiga fördelar i asylprocessen.

Om åldersbedömningar blir föremål för upphandling från Migrationsverkets sida kan det även finnas ekonomiska särintressen i denna fråga. Nuvarande förslag är dock snarare att Migrationsverket står för dessa åldersbedömningar. Oavsett detta kan det krävas att Rättsmedicinalverket utövar tillsyn och kanske även i stor utsträckning håller i dessa undersökningar för att undvika misstanke om "särintresse" utifrån ett specifikt myndighetsperspektiv.

Utifrån utgångspunkten i denna etiska analys (dvs. att vi utgår från och accepterar nuvarande migrationspolitiska ställningstaganden) bedömer vi inte att något av dessa särintressen är legitima att väga in för att påverka den etiska bedömningen. Samtidigt kan det behövas beredskap att hantera dessa beroende på hur man slutligen ställer sig till åldersbedömningar.

Ett annat särintresse i denna fråga är de asylsökande personernas intresse av att få sin asylansökan beviljad. Samtidigt måste det betonas att detta rör sig om en svag grupp med få möjligheter att påverka situationen kring huruvida åldersbedömningar bör eller inte bör användas.

11. Långsiktiga effekter

När det gäller potentiella långsiktiga effekter av att genomföra åldersbedömningar på asylsökande personer finns det ett antal möjliga aspekter som kan vara värda att lyfta. En långsiktig effekt av denna form av kontroll av den asylsökandes uppgifter handlar om hur det påverkar synen på invandring och invandrade personer i Sverige. Ett argument skulle, enligt ovan, kunna vara att det förstärker bilden av att dessa personer måste kontrolleras för att de annars kommer att försöka lura systemet - dvs. att de odlar den "ifrågasättandets kultur" som vissa författare hävdar kan finnas. Om det är fallet kan det naturligtvis underbygga en negativ syn på de asylsökande personerna och på andra utrikes födda. Ett frivilligt system där åldersbedömning ses som en möjlighet för den asylsökande att styrka sina uppgifter kanske kan ses som ett sätt att balansera en sådan signal. Liknande argument har framförts i andra sammanhang. Exempelvis har det framförts i relation till fosterdiagnostik att om man gör fosterdiagnostiken frivillig och lämnar det upp till föräldrarna

själva att välja vad man vill titta efter så minskar risken för att samhället skickar en specifik signal kring vilka tillstånd som inte är önskvärda (Tännsjö, 1991).

Samtidigt, om det redan finns den typen av negativa bilder kanske ett kontrollsystem delvis kan balansera detta genom att visa att Migrationsverket kan kontrollera den asylsökandes uppgifter. En sådan balanserande effekt kräver dock förmodligen att åldersbedömning görs obligatorisk. Här ser vi alltså en potentiell motsättning mellan rimliga strategier beroende på vad som för tillfället är den rådande attityden som behöver hanteras.

En annan långsiktig effekt är huruvida åldersbedömningar kan påverka den asylsökandes motivation att uppge en felaktig ålder för att få fördelar i asylprocessen. Om syftet är att minska andelen personer som uppger en felaktig ålder kräver förmodligen dock detta att åldersbedömningen är obligatorisk. Men det förutsätter även att denna bedömning är tillräckligt tillförlitlig. I Thevissen m fl (Thevissen et al., 2012) redovisas erfarenheter från Norge som författarna förefaller mena visar att administrativa förändringar leder till förändrade sökmönster. Där menar man att mellan 2009-2011 så var 80 procent av de ensamkommande asylsökande personerna över 18 år. 2009 ändrades systemet så den som är under 16 år får permanent uppehållstillstånd och sedan dess har de asylsökande blivit yngre. Om detta ska tolkas som att de asylsökande personerna faktiskt är yngre eller om de anger en lägre ålder framgår inte av artikeln. Detta måste naturligtvis tolkas med stor försiktighet och i artikeln redovisas inga referenser till dessa uppgifter. Samtidigt är det inte otroligt att tänka sig att hur ett administrativt system ställer upp vilka regler som gäller för att få tillgång till en eftersökt nyttinghet kommer påverka människors beteende. Den asylsökande personen har naturligtvis en stor motivation att försöka få asyl i det land man sökt sig till.

En mer allmän långsiktig potentiell effekt är vad som händer med vårdpersonalens roll om de åläggs fler åtgärder som inte är av hälso- och sjukvårdskaraktär eller som baseras på ett hälso- och sjukvårdsbehov. Förutom potentiella undanträngningseffekter av angelägna hälso- och sjukvårdsbehov så kan det även försätta vårdpersonalen i alltfler situationer där relationen till personen baseras på andra rationaler än att vilja och agera för denna persons bästa – något som potentiellt kan skapa etisk stress. Detta kan hanteras om åldersbedömningar hanteras helt utanför hälso- och sjukvården och av annan personal. Vi har dock ovan påpekat vissa problem med ett sådant system.

Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattningsvis landar vår etiska analys i följande övergripande slutsatser. Om vi accepterar den nuvarande migrationslagstiftningen som ger personer under 18 år vissa fördelar i asylprocessen utifrån barns större skyddsbehov så förutsätter det att samhället kan uppnå en likvärdig och rättssäker bedömning av den asylsökande personens ålder. Vad det innebär i termer av exakta nivåer på diagnostisk säkerhet tar vi dock inte ställning till. Det är viktigt att betona att den formella åldersgränsen på 18 år endast är en proxy för att bedöma det underliggande reella skyddsbehovet som är det väsentliga värdet som åldersgränsen ska försöka bevaka. Samtidigt ser vi

tillämpningsproblem med att bedöma det faktiska skyddsbehovet. Av det skälet förespråkar vi i först hand en bedömning av den kronologiska åldern. Man bör dock vara uppmärksam på att det kan skapas en ifrågasättandekultur gentemot den asylsökande personens egna uppgifter om ålder (och andra uppgifter relevanta för asylbedömningen), särskilt med tanke på att det redan kan finnas rasistiskt motiverad misstro mot asylsökande. Samtidigt accepterar vi normalt en rimlig myndighetskontroll av de uppgifter vi som medborgare meddelar i olika ärenden. Detta, tillsammans med kraven på likvärdighet och rättsäkerhet, innebär att varken den asylsökande personens egna uppgifter, eller myndigheters eller verksamheters mer intuitiva bedömningar av ålder bör vara ensam grund för en åldersbedömning. För att undvika att det görs denna form av relativt godtyckliga och dåligt underbyggda bedömningar finns det skäl att åldersbedömning görs relativt tidigt i asylprocessen, även om detta måste vägas mot möjligheten att ge ett informerat samtycke. När det görs en åldersbedömning är det viktigt att den eventuella osäkerhet som är förknippad med bedömningen tydligt redovisas. Vid osäkerhet finns det starka skäl att snarare bedöma personen som under än över 18 år. Detta eftersom i valet mellan att inte ge en person med större skyddsbehov skydd och ge en person utan (eller med mindre) skyddsbehov skydd – så är det förra värre. Hur åldersbedömningen ska betraktas utifrån ett juridiskt perspektiv tar vi inte ställning till i vår analys. Utifrån de värderingar som kännetecknar hälso- och sjukvården finns det dock parallella åtgärder, dvs. som inte görs primärt för att gynna personens hälsa, som förefaller accepteras. Dock får de, tillika dessa, anses ha en relativt liten angelägenhetsgrad. Likaså, om åldersbedömning även fortsättningsvis sker på personen eget initiativ, efter att ha fått sin ålder ifrågasatt och där utfallet av bedömningen inte behöver redovisas i asylprövningen – kan personen trots allt gagnas av bedömningen. När det gäller möjligheten till jämlik behandling bör ambitionen vara att öka andelen fall som kan bedömas tillräckligt säkert och likaså att försöka minska skillnaden i säkerhet när det gäller män och kvinnor. Vi bedömer trots detta att den säkerhet för en dryg tredjedel av gruppen som redovisas i Socialstyrelsens underlag är ett steg i rätt riktning när det gäller en mer likvärdig bedömning än alternativet. Frågan om säker bedömning kan även kopplas till resursfördelningsfrågan. Om vi accepterar att asylsökande personer under 18 år har rätt till en större andel resurser än motsvarande personer över 18 år under asylprocessen, finns det risk att en felaktig bedömning som leder till att en person över 18 år får del av dessa resurser i sin tur leder till att personer under 18 år blir utan. Utifrån ett mer generellt rättvise- och jämlikhetsperspektiv bör man vara uppmärksam på att åldersbedömningar inte leder till att etniska grupper i samhället stigmatiseras eller ifrågasätts generellt. Det kan finnas en sådan tendens då bedömningen riktas mot grupper som redan är utsatta för rasistiska attityder och det bör finnas uppmärksamhet på detta även på längre sikt. Säkra bedömningar kan dock möjligen motverka denna tendens.

En viktig slutsats i vår analys är att åldersbedömningar även fortsatt bör göras på personens eget initiativ och med informerat samtycke. Detta kräver att det görs en bedömning av att personens beslutsförmåga är tillräcklig och att personen får information som är utformad utifrån hans språkliga och

mognadsmässiga förmåga med beaktande av att det handlar om barn eller unga vuxna. För att detta ska garanteras finns det starka skäl att tidigt involvera en god man i processen. Det kan ifrågasättas om åldersbedömningar är frivilliga i strikt bemärkelse eftersom det är mycket som står på spel för den asylsökande personen. Dock finns det starka skäl som talar för att bedömningen bör göras på personens eget initiativ efter samråd med god man. De intressen som står på spel motiverar inte en ökad grad av tvång.

Om personen ges möjlighet till en tidig åldersbedömning för att underlätta för kommunens beslut om resurser och boende, och personen inte tar ett sådant initiativ kan kommunen i det fallet se resursmässiga problem att ge alla personer dessa fördelar utifrån uppgiven ålder eller problem utifrån att man inte vill blanda barn och vuxna på boenden. Utifrån personens potentiella skyddsbehov förefaller det bästa vara att regelmässigt bedöma personen som under 18 år och låta detta styra resurstillgång och placering. En sådan praxis kan dock komma att ifrågasättas av ansvariga kommuner. Likaså kan det motivera den asylsökande personen att vänta med åldersbedömningen. Att å andra sidan regelmässigt betrakta denna person som över 18 år förefaller än mer problematiskt, eftersom man då riskerar att missa att personen faktiskt har ett ökat skyddsbehov. I ett sådant fall kan den bästa kompromissen trots allt vara att försöka bedöma personens faktiska skyddsbehov genom en mer intuitiv bedömning, trots att vi generellt avråder från detta. Men vi betonar att detta bör ses som undantagsfall och i den mån det kan undvikas finns det skäl att göra så.

För att inte personens val att göra en åldersbedömning indirekt ska spela in vid den materiella bedömningen om asyl, bör det finnas en strikt åtskillnad mellan de administrativa processer som är förknippade med åldersbedömningen och den materiella bedömningen. När det gäller integritetsfrågan förefaller de undersökningar som Socialstyrelsen föreslår, MR-undersökningar av knä- och fotleder, inte generellt vara särskilt integritetskränkande – men eftersom det kan finnas kulturella och religiöst motiverade skillnader angående detta bör det uppmärksammas i varje enskilt fall. Om åldersbedömningar görs inom ramen för hälso- och sjukvården bör man vara uppmärksam på eventuella undanträngningseffekter. Detta kan undvikas om det istället skapas ett parallellt system utanför hälso- och sjukvården. Dock bör det även i ett sådant fall övervägas varifrån den (begränsade) barnradiologiska kompetensen ska tas. Likaså kan det finnas integritets, autonomi och förtroendeproblem med en sådan lösning. När det gäller det professionella ifrågasättande av åldersbedömningar förefaller det kunna motiveras av olika skäl, bristande evidens hos metoderna, att det inte gagnar den asylsökande personen, eller av ett ifrågasättande av underliggande migrationspolitiska ställningstaganden. Här förefaller det legitimt att ifrågasätta åldersbedömningar om det görs utifrån bristande evidens. Att däremot ifrågasätta utifrån den principiella grunden att hälso- och sjukvården endast bör göra det som gagnar enskilda personer har en svagare grund. Dels eftersom hälso- och sjukvården accepterar andra åtgärder som inte primärt gagnar personen som blir föremål för dem, dels eftersom en åldersbedömning som är frivillig, görs när åldern är ifrågasatt och kan anföras om det ligger i personens intresse förefaller ha som syfte att primärt gagna personen. Ifrågasättande som grundar sig i att man

inte accepterar svensk migrationspolitik motiverar inte samvetsundantag då sådana generellt inte accepteras inom svensk hälso- och sjukvård.

Referenser

- Abbing, H. D. C. R. (2011). Age determination of unaccompanied asylum seeking minors in the European Union: a health law perspective. *European journal of health law*, 18(1), 11-25. doi:10.1163/157180911x546101
- Aynsley-Green, A. (2009). UNETHICAL AGE ASSESSMENT. *British Dental Journal*, 206(7), 337-337. doi:10.1038/sj.bdj.2009.260
- Aynsley-Green, A., Cole, T. J., Crawley, H., Lessof, N., Boag, L. R., & Wallace, R. M. M. (2012). Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control. *British Medical Bulletin*, 102(1), 17-42. doi:10.1093/bmb/lds014
- Barnläkarföreningen, S. (2014). *Medicinsk åldersbedömning av barn i övre tonåren – instruktioner för barnläkarundersökning*. Retrieved from
- Carens, J. H. (1987). ALIENS AND CITIZENS - THE CASE FOR OPEN BORDERS. *Review of Politics*, 49(2), 251-273. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:A1987K262000005
- CRC General Comment No. 6: Treatment of Unaccompanied and Separated Children Outside their Country of Origin. , CRC/GC/2005/6 C.F.R. (2005).
- Heintz, E., Lintamo, L., Hultcrantz, M., Jacobson, S., Levi, R., Munthe, C., . . . Sandman, L. (2015). FRAMEWORK FOR SYSTEMATIC IDENTIFICATION OF ETHICAL ASPECTS OF HEALTHCARE TECHNOLOGIES: THE SBU APPROACH. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 31(3), 124-130. doi:10.1017/s0266462315000264
- Hjern, A., & Ascher, H. (2015). Svårt att säkert fastställa ålder hos asylsökande barn. . *Lakartidningen*, 112(DRFZ).
- Hjern, A., Brendler-Lindqvist, M., & Norredam, M. (2012). Age assessment of young asylum seekers. *Acta Paediatrica*, 101(1), 4-7. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02476.x
- Personuppgiftslag (1998:204), (1998).
- Kahneman, D. (2012). *Tänka, snabbt och långsamt*. Stockholm: Volante.
- Rättslig kommentar angående bedömning av ålder i asylärenden, SR 35 C.F.R. (2015).
- Noll, G. (2014). Sluta med radiologiska bedömningar av ensamkommande barn. . *Lakartidningen*, 111(CYP4).
- Programme., S. C. i. E. (2012). *Statement of Good Practice*. Retrieved from Copenhagen:
- Roberts, G. J., & Lucas, V. S. (2009). ETHICAL DENTAL AGE ASSESSMENT. *British Dental Journal*, 207(6), 251-254. doi:10.1038/sj.bdj.2009.821
- Sandman, L., Broqvist, M., Gustavsson, E., Arvidsson, E., Ekerstad, N., & Carlsson, P. (2014). *Vård som inte kan anstå - tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppna prioriteringar*. Retrieved from Linköping:

Sauer, P. J. J., Nicholson, A., & Neubauer, D. (2015). Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated. *European Journal of Paediatrics*. doi:DOI 10.1007/s00431-015-2628-z

SBU. (2016). *Åldersbedömning med icke-radiologiska bedömningsmetoder*. Retrieved from Stockholm:

Shaw, D. (2009). A LITTLE HASTY. *British Dental Journal*, 207(10), 466-466. doi:10.1038/sj.bdj.2009.1024

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Proposition 1996/97:60 C.F.R. (1996/97:60).

Patientdatalag, Proposition 2007/08:126 C.F.R. (2007/08:126).

Socialstyrelsen. (2010). *Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård*. Retrieved from Stockholm:

Socialstyrelsen. (2012). *Medicinsk åldersbedömning för barn i övre tonåren*. Retrieved from Stockholm:

Socialstyrelsen. (2016). *Utkast slutrapport 2016-02-21 för projektet medicinsk åldersbedömning*. Retrieved from

Thevissen, P. W., Kvaal, S. I., & Willems, G. (2012). Ethics in age estimation of unaccompanied minors. *The Journal of forensic odonto-stomatology*, 30 Suppl 1, 84-102. Retrieved from <Go to ISI>://MEDLINE:23221269

Tännsjö, T. (1991). *Välja barn - Om fosterdiagnostik och selektiv abort*. Stockholm: Thales.

Guidelines on Policies and Procedures in Dealing with Unaccompanied Children Seeking Asylum., (1997).

UNHCR. (2009). *Guidelines on international protection: child asylum claims under articles 1 (A)2 and 1 (F) of the 1951 convention and/or 1967 protocol relating to the Status of Refugees*. Retrieved from Geneva:

Watters, C. (2005). *Avenues of Access and the Parameters of Care: reflections on Reception Procedures for Unaccompanied Asylum-seeking Children at a Port of Entry*. . Retrieved from Göteborg: