

UNDTAGELSENS KARAKTER

EN RAPPORT OM HUMANITÆR OPHOLDSTILLADELSE

MICALA CLANTE BENDIXEN

REFUGEES WELCOME

UNDTAGELSENS KARAKTER

EN RAPPORT OM HUMANITÆR OPHOLDSTILLADELSE

REFUGEES WELCOME



” *Min krop er træt nu. Den kan ikke mere. Prøv at se, hvor meget medicin, jeg spiser nu! Jeg har ventet i 9 år i Danmark – på hvad? De kan ikke sende mig hjem. Hvorfor skal jeg dø her, i mit lille værelse på asylcentret? Jeg er træt af alle de nye, der kommer hele tiden og forsvinder igen.”*

Elsa Hapte Tokloog, Eritrea
Case, side 52

UNDTAGELSENS KARAKTER – en rapport om humanitær opholdstilladelse

Tekst, fotos og layout: Michala Clante Bendixen april 2013

Tak til Jane Bentholt, Stine Kjær, Marianne Vølund, Carolina Sanchez Boe og Lisa Blinkenberg for gennemlæsning.

En stor tak til alle personerne i rapportens case stories, og til alle dem, der har bidraget med citater.

En helt særlig tak til Wenche Nøss og June von Essen for at oversætte hele rapporten til engelsk.

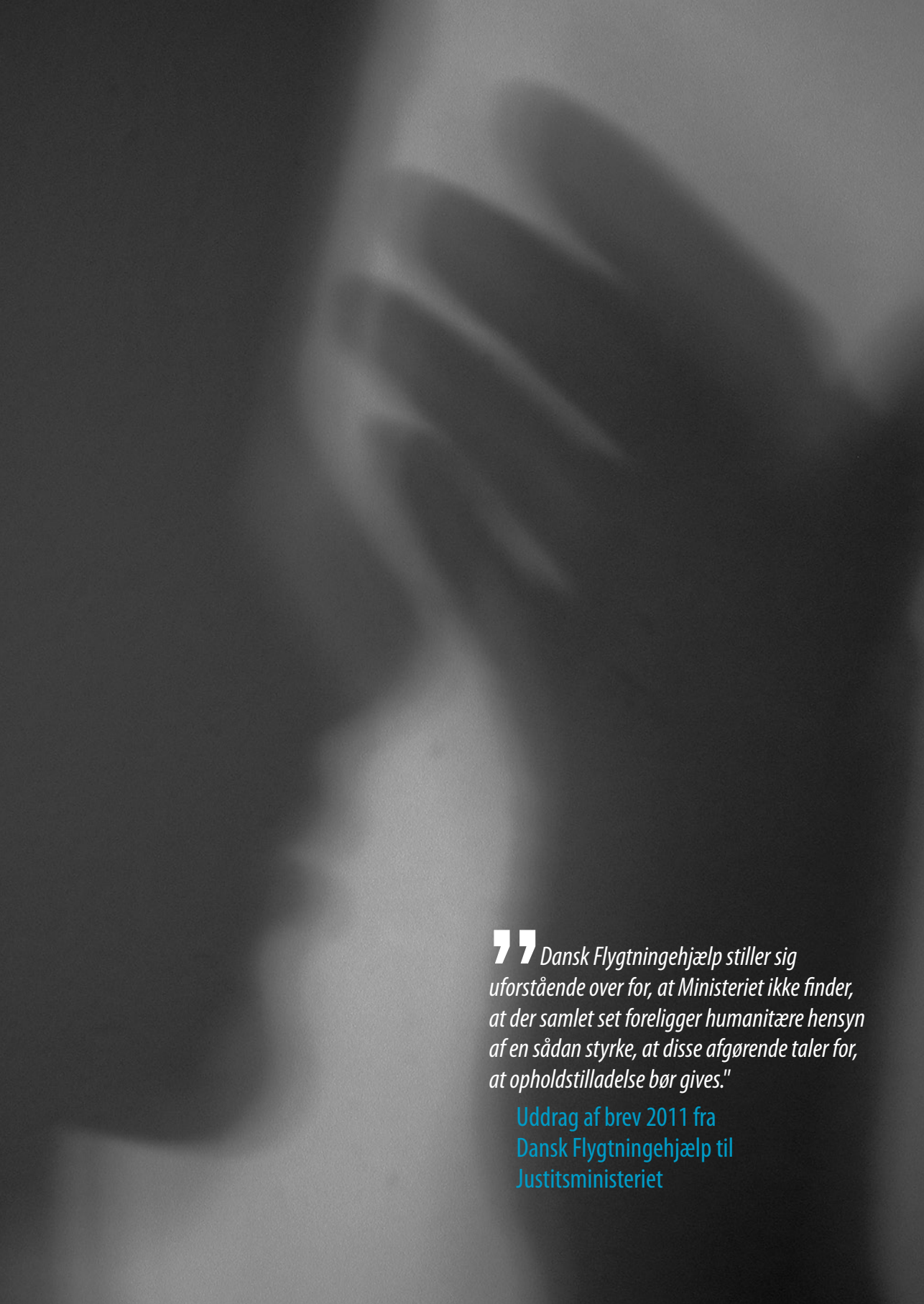
Rapporten er udgivet af Refugees Welcome /Komiteen Flygtninge Under Jorden, kan bestilles ved henvendelse til: kontakt@refugeeswelcome.dk eller downloades i dansk/engelsk PDF-version på www.refugeeswelcome.dk

Tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri

Oplag: 600

ISBN: 978-87-994866-1-8

Mekanisk, fotografisk eller anden form for gengivelse af rapporten eller dele heraf skal ske med fuldstændig kildeangivelse.



” Dansk Flygtningehjælp stiller sig uforstående over for, at Ministeriet ikke finder, at der samlet set foreligger humanitære hensyn af en sådan styrke, at disse afgørende taler for, at opholdstilladelse bør gives.”

Uddrag af brev 2011 fra
Dansk Flygtningehjælp til
Justitsministeriet

INDHOLD

1. HVAD HANDLER RAPPORTEN OM?	7
2. HVAD SIGER LOVEN?	9
2.1. RETSGRUNDLAGET	9
2.2. GÆLDENDE PRAKSIS	10
3. HVEM KAN ANSØGE, OG HVORDAN GØR MAN?	11
3.1. INGEN KLAGEADGANG	11
3.2. LÆGERNES ROLLE	13
3.3. MINISTERIETS LISTE MED SPØRGSMÅL	15
3.4. SAGSBEHANDLINGSTID	17
4. HVORDAN FOREGÅR BEDØMMELSEN?	19
4.1. DIAGNOSER	19
4.2. BEHANDLING	21
4.3. ANDRE KRITERIER	23
4.4. BØRN	25
4.5. SAMMENBLANDING MED ASYLRETTEEN	26
4.6. OVERSICHT OVER POSITIVE AFGØRELSER 2011-12	28
4.7. HVEM ER OMFATTET AF EN POSITIV AFGØRELSE?	29
4.8. HVOR LÆNGE FÅR MAN OPHOLD?	29
5. HVILKE ÆNDRINGER ER DER SKET GENNEM ÅRENE?	31
5.1. – OG HVORDAN VAR REAKTIONERNE?	32
6. HVOR MANGE FÅR OPHOLD?	35
6.1 STATISTIK GENNEM ÅRENE	36
7. HVAD GØR ANDRE LANDE?	37
8. HVAD KAN GØRES BEDRE?	42
8.1. “SYGDOMSFLYGTNINGE”	42
8.2. FALSK SYGDOM	43
8.3. HAR VI RÅD TIL AT GIVE OPHOLD TIL FLERE?	43
8.4. ANBEFALINGER	45
9. CASE STORIES	47

1. HVAD HANDLER RAPPORTEN OM?

“Humanitær opholdstilladelse” nævnes ofte i medierne, men hvad menes der egentlig? Der er tale om en midlertidig opholdstilladelse, som asylansøgere kan opnå som alternativ til at få asyl. Den behandles af Justitsministeriet ud fra kriterier vedtaget af Folketinget, og har således ikke noget med asylsagsbehandlingen og Flygtningekonventionen at gøre.

Både politikere, borgere og asylansøgere opfordrer jævnligt til, at en person med en særligt ulykkelig skæbne skal tildeles humanitært ophold. Man henviser til næstekærlighed, anstændighed og menneskelig omsorg.

Men sådan forstås begrebet ikke længere hos myndighederne. Siden bestemmelsen blev indført i 1985 har Folketinget løbende justeret på adgangen til humanitært ophold, både gennem ændringer i selve lovtæksten og gennem praksisnotater fra Justitsministeriet. De retningslinjer, som gælder i dag, blev vedtaget i 2010 under Birthe Rønn Hornbechs ministertid, og er de strammeste, vi nogensinde har haft. For at få ophold kræves dokumentation for meget alvorlig, behandlingskrævende sygdom – ofte livstruende – uden mulighed for behandling i hjemlandet. Loven nævner imidlertid en række andre situationer, som kan give ophold – men disse bliver ikke anvendt i praksis.

Ansøgningsproceduren nødvendiggør frivillig og gratis hjælp fra advokater, flygtningeorganisationer og læger. Sammen med den skrappe praksis fører dette til, at et meget lille antal opnår denne form for ophold i Danmark – og som regel først efter mange års ophold i asylcentre. Kun 121 personer inklusive familiemedlemmer fik humanitær opholdstilladelse i 2011, og i de foreløbigt offentliggjorte første 3 kvartaler af 2012 er antallet helt nede på 31. Opholdstilladelsen gives i første omgang kun for 6 mdr, 1 år eller 2 år ad gangen.

Helle Thorning-Schmidts regering har i regeringsgrundlaget lagt op til at se på området. Denne rapport tilbyder for første gang en grundig gennemgang af emnet, og vil kunne bidrage til en frugtbar diskussion på et mere oplyst grundlag. Rapporten påpeger åbenlyse problemer med både kriterierne og processen, og kommer med konkrete anbefalinger for at løse disse. De 12 case stories vil forhåbentlig bidrage til at illustrere problemerne og aflive nogle af myterne.

Selvom man fra politisk side fastholder, at området skal have “undtagelsens karakter”, er der nok brug for at tage ordene “humanitære hensyn” lidt mere alvorligt.

“Humanitær opholdstilladelse” forkortes gennem hele rapporten til HO.



MØDE NR. 102
8. september 2008 kl. 10:00

DAGSORDRENS PKT. 1
1. behandling af B. 145

Om dansk smaltet bidrag til den afledede FNs-aflyt i Libanon

Førelser
OCCOFRES
Morten Høegh-Petersen (PV)

MØDE NR. 102
8. september 2008 kl. 10:00

DAGSORDRENS PKT. 1
1. behandling af B. 145

Om dansk cementet bidrag til den afledede FNs-aflyt i Libanon

Førelser
OCCOFRES
Morten Høegh-Petersen (PV)

2. HVAD SIGER LOVEN?

2.1 RETSGRUNDLAGET

”Efter udlændingelovens § 9 b, stk. 1, kan der efter ansøgning gives opholdstilladelse til en udlænding, der uden for de i udlændingelovens § 7, stk. 1 og 2 (asyl), nævnte tilfælde befinder sig i en sådan situation, at væsentlige hensyn af humanitær karakter afgørende taler for at imødekomme ansøgningen.

Afgørelse efter udlændingelovens § 9 b, stk. 1, træffes af Justitsministeren, jf. udlændingelovens § 46 a.

Bestemmelsen om humanitær opholdstilladelse blev indsat i udlændingeloven som § 9, stk. 2, nr. 2, ved lov nr. 232 af 6. juni 1985.

(...) Den foreslåede bestemmelse i udlændingelovens § 9, stk. 2, nr. 2, er i øvrigt udformet således, at væsentlige hensyn af humanitær karakter skal tale afgørende for opholdstilladelse. Ved dette ordvalg har man tilsigtet at give bestemmelsen et anvendelsesområde, som på samme tid både er bredt og snævert.

Der skal nemlig ikke indlægges særlige begrænsninger i bestemmelsen, når det drejer sig om de ganske særlige omstændigheder, som kan begrunde opholdstilladelse. På den anden side skal de pågældende hensyn tale afgørende for, at tilladelse gives, og hermed tilkendegives det, at det vil have undtagelsens karakter, at justitsministeren giver opholdstilladelse til personer, som af Flygtningenævnet har fået afslag på egentlig flygtningestatus.

Udtrykket “væsentlige hensyn af humanitær karakter” henviser især til de hensyn, som er opregnet i lovens § 26 om de humanitære hensyn, som navnlig skal tages i betragtning i forbindelse med afgørelser om udvisning eller inddragelse af opholdstilladelse.

De særlige hensyn, som kan begrunde, at justitsministeren efter en konkret vurdering giver opholdstilladelse, kan således først og fremmest bestå i udlændingens alder, helbredstilstand og andre personlige forhold, smlgn. § 26, nr. 1 [nu § 26, stk. 1]. Det skal i den forbindelse fremhæves, at den subjektive frygt, som en udlænding kan tænkes at nære over for tanken om hjemsendelse, kan indebære et sådant meget betydeligt nervepres for den pågældende, at dette kan tale for opholdstilladelse.

Vurderingen af, om betingelserne for at give opholdstilladelse efter den foreslåede bestemmelse er til stede, må i sagens natur være meget konkret. Som nævnt ovenfor er reglen tiltænkt et snævert anvendelsesområde, og det vil derfor være af betydning for vurderingen, med hvilken styrke de enkelte hensyn foreligger, og ikke mindst om de foreligger i kombination.”

Kort opsummering: Loven om humanitær opholdstilladelse blev oprindeligt vedtaget i 1985. Afviste asylansøgere kan få ophold på dette grundlag, hvis der er tale om helt særlige forhold. Det handler om "humanitære hensyn", hvilket ikke præcist defineres. I vurderingen indgår kriterier som alder, helbred og personlig frygt for at vende tilbage – men der er tale om individuel vurdering, og tanken er at den skal anvendes snævert, dvs. undtagelsesvis.

2.2. GÆLDENDE PRAKSIS PR. 1. AUGUST 2010

"(...) De særlige hensyn, der indgår i den skønsmæssige vurdering, er navnlig de hensyn, der er indeholdt i udlændingelovens § 26, stk. 1, herunder udlændingens alder, helbredsforhold og andre personlige forhold. I praksis er udlændingens helbredsforhold kerneområdet for bestemmelsens anvendelse, idet der i langt størstedelen af sagerne henvises hertil til støtte for ansøgningen.

Det er endvidere forudsat, at meddelelse af humanitær opholdstilladelse har undtagelsens karakter, og at reglen har et snævert anvendelsesområde, idet de humanitære hensyn skal tale afgørende for, at tilladelse gives."

(Hele notatet kan hentes på nyidanmark.dk under "Humanitært ophold", og der nævnes mere om det i afsnit 4.3)

3. HVEM KAN SØGE, OG HVORDAN GØR MAN?

Alle asylansøgere bliver automatisk spurgt, om de vil søge HO, så snart deres sag åbnes i Danmark. Hvis de søger indenfor de første 14 dage, får det opsættende virkning på udrejsen – noget, der kun bliver relevant for dem, der behandles i haste-procedure. Det er meget sjældent, at disse tidlige og automatiske ansøgninger giver ophold (bortset fra enlige, afghanske kvinder, som har en særlig adgang efter loven). Det skyldes for det første, at langt de fleste først bliver syge efter flere års ophold i Danmark, og for det andet at der kræves en lægefaglig dokumentation, som de ny-ankomne ansøgere slet ikke er i stand til at fremskaffe. Se mere om dette i afsnittet 'Lægernes rolle' herunder.

Ansøger kan i princippet selv indsende ansøgning, men i praksis er det ofte advokater, private kontaktpersoner og organisationer som Dansk Flygtningehjælp, Refugees Welcome og Asylret, der uden beregning sender ansøgninger ind. Det er ansøgers eget ansvar at belyse sin sag, og det er ikke tilstrækkeligt at indsende kopi af helbredsjournalen fra asylcentret. Ministeriet har en liste med en række konkrete spørgsmål, som skal besvares af en læge. Se mere om dette i afsnittet 'Lægernes rolle' herunder.

Svarene fra ministeriet fremsendes altid kun på dansk, og som oftest er der tale om ca. 7 siders begrundelse og referencer til loven, som er svære at forstå, medmindre man har juridisk indsigt.

3.1 INGEN KLAGEADGANG

Det er muligt på et senere tidspunkt at søge igen, men her gives ikke altid opsættende virkning, dvs. lov til at blive i Danmark, mens sagen behandles. I øjeblikket går der typisk 12 måneder, før man har en afgørelse. Afgørelserne kan ikke påklages i retssystemet og hører heller ikke under Ombudsmandens område.

Der er ingen klageadgang for afslag, men der kan søges om genoptagelse. Sager genoptages dog kun, hvis der er fremkommet "nye oplysninger af så væsentlig betydning, at der er en vis sandsynlighed for, at sagen ville have fået et andet resultat, hvis oplysningerne havde foreligget ved den oprindelige afgørelse i sagen" (her henviser ministeriet til Gammeltoft-Hansen m.fl. "Forvaltningsret", 2. udgave (2002).

Røde Kors opfordrer i sit hørings svar 2012 vedrørende oprettelse af det nye Udlændingenævnet til, at man ligeledes overvejer at skabe en klagemulighed vedrørende ansøgning om humanitær opholdstilladelse. "Disse sager, som behandles af Justitsministeriet, lider retssikkerhedsmæssigt under en manglende klagemulighed. En



klageadgang til et nævn som Flygtningenævnet og det foreslåede Udlændingenævn, vil være et velkomment initiativ.” Refugees Welcome tilslutter sig denne anbefaling.

3.2 LÆGERNES ROLLE

Sagerne behandles af Justitsministeriets embedsmænd, og der er ikke tilknyttet lægefaglige eksperter. Ministeriet udbeder sig svar fra en læge på 17 konkrete spørgsmål vedrørende diagnose, behandling og konsekvenser af en eventuel behandlingsafbrydelse. Det vil som regel være nødvendigt at få udfærdiget en længere attest fra ansøgers speciallæge, fx psykiater. Dette svarer reelt til en speciallægeerklæring (se afsnit 3.3).

Hverken læger indenfor eller udenfor asylcentre honoreres for at udføre dette arbejde, og det betyder, at de enten skal gøre det gratis i deres fritid eller opkræve betaling fra ansøger. Indtil for nylig har der oven i købet hersket uenighed blandt Røde Kors' læger om, hvorvidt de overhovedet havde lov til at gøre det. Det er nu Røde Kors' politik, at deres læger kun udfylder attester/besvarer ministeriets spørgsmål "for patientens egen regning", eftersom ministeriet har afslået at betale lægerne for ydelsen. Derfor skrives mange attester af læger udenfor asylsystemet, enten gratis eller mod betaling. En speciallægeerklæring koster typisk 3-7.000 kr. Der bliver som regel tale om flere lægelige udtalelser, eftersom der først skal bruges en beskrivelse af diagnose, medicin osv. før sagen overhovedet bliver åbnet, og det skal vurderes, om der gives opsættende virkning på eventuel udrejsefrist. Ministeriet har herefter en sagsbehandlingstid på typisk 7 mdr. Derefter udbedes en aktuel besvarelse fra lægen af de 17 spørgsmål, og først derefter tages der stilling.

” *Det er helt urimeligt, at lægen på denne måde to gange skal skrive en erklæring – første gang når ansøgningen sendes, og igen efter 7 måneder, når ministeriet når til sagen, da de oplysninger, som lægen skrev, da ansøgningen blev sendt, nu er blevet for gamle. Herudover er det urimeligt, at sagen ligger stille i ministeriet i 7 måneder, hvorefter lægen får 14 dage til at skrive en ny erklæring.”*

Marianne Vølund, udlændingeretsadvokat

Asylansøgere kan ikke frit vælge læge og må ikke have en indkomst, og er således afskåret fra at søge, hvis deres læge/specialist ikke har lyst til at skrive gratis attester i sin fritid. Ingen læger har pligt til at skrive disse erklæringer, og man kan end ikke være sikker på, at en tilfældig læge vil gøre det mod egenbetaling, hvis vedkommende slet ikke har forbindelse til patienten. Man kan således nemt havne i en situation,

hvor det ikke er muligt for ansøger at dokumentere sin sygdom. Desuden vil ansøger næsten altid være afhængig af gratis hjælp fra advokat eller NGO i forbindelse med udformning af ansøgningen.

“En erklæring fra en læge, hvori lægen har engageret sig personligt i sagen på en sådan måde, at der kan rejses tvivl om, hvorvidt erklæringen er udtryk for en uvildig bedømmelse af ansøgerens helbredstilstand, kan dog ikke lægges til grund.” (fra gældende praksisnotat, august 2010)

Denne bestemmelse tages i anvendelse, hvis lægen har skrevet, at han/hun anbefaler, at ansøger får opholdstilladelse. Flere læger og jurister har gjort opmærksom på den manglende respekt for lægers professionalismisme, som bestemmelsen giver udtryk for. Indirekte påstår ministeriet faktisk, at en læge kan få så meget sympati for en patient, at han/hun giver efter for sine følelser og at man af den grund ikke kan regne med den diagnose og den behandling, der beskrives. Ministeriet kan også afvise en erklæring, hvis lægen har udtrykt sin holdning i sagen i pressen, hvilket kan opfattes som en indskrænkning i lægernes ytringsfrihed.

Problemerne kunne nemt imødegås, hvis ministeriet anvendte lægekonsulenter i lighed med forsikringssager og socialsager, og finansierede speciallægeerklæringer i de tilfælde, hvor de foreliggende lægelige oplysninger ikke var tilstrækkelige.

” *Ministeriet lægger lægens erklæring uprøvet til grund for sagsbehandlingen, hvilket betyder, at alene lægens diagnose danner grundlag for afgørelsen. Men en diagnose er ikke fyldestgørende for stillingtagen til, hvilke sundhedstilbud, der bør gives i en konkret situation. Ministeriet bør derfor have tilknyttet lægekonsulenter ligesom andre myndigheder, der træffer afgørelser på baggrund af sygehistorier.”*

Speciallæge i psykiatri Ebbe Munk-Andersen,
Røde Kors Asylafdeling

3.3 SPØRGSMÅL, SOM MINISTERIET ØNSKER BESVARET:

I alle tilfælde bedes følgende oplyst:

- 1) Hvor længe har ansøgeren været patient hos lægen?
- 2) Hvor mange telefoniske konsultationer og hvor mange personlige konsultationer er der foretaget forud for udtalelsen (erklæringen)?
- 3) Sygehistorie, herunder:
 - Er der tale om en akut opstået lidelse?
 - Er der tale om en kronisk lidelse?
 - På hvilket tidspunkt er lidelsen opstået?
 - På hvilket tidspunkt er behandlingsbehovet opstået?
- 4) Diagnose (anføres med ICD-10 kode).

For så vidt angår psykiske sygdomme, bedes følgende desuden oplyst:

- 5) Beskrivelse af aktuelle symptomer – herunder tegn på psykose og evt. selvmordsrisiko – samt hvorfra lægen har oplysninger om patienten (eks. fra egne undersøgelser, fra pårørende, fra journaludskrifter etc.).
- 6) Er der foretaget objektiv psykisk undersøgelse? Hvis ja, beskriv da: stemningsleje, koncentrationsevne, hukommelse, tankeindhold, tankehastighed, empati og psyko-motorik.
- 7) Igangværende behandling – for så vidt angår medicinsk behandling med angivelse af præparat samt daglig dosis i mg.
- 8) Kan der peges på en anden medicinsk behandling, som vil kunne opfylde behovet?
- 9) Oplysninger om eventuelle konsekvenser ved en behandlingsafbrydelse.
- 10) Prognose. Lægens vurdering af den pågældendes mulighed for at blive helbredt eller opnå en væsentlig varig bedring i sin helbredstilstand beskrives. Den forventede varighed af den igangværende eller planlagte behandling anføres.

For så vidt angår somatiske (fysiske) sygdomme, bedes følgende desuden oplyst:

- 11) Beskrivelse af aktuelle symptomer, samt hvorfra lægen har oplysninger om patienten (eks. fra egne undersøgelser, fra pårørende, fra journaludskrifter etc.).
- 12) Er der foretaget en objektiv undersøgelse fokuseret på relevante områder? Hvis ja, hvilke resultater har undersøgelsen vist?
- 13) Igangværende behandling – for så vidt angår medicinsk behandling med angivelse af præparat samt daglig dosis i mg og anden behandling (evt. kontrol eller konsultationer).
- 14) Oplysninger om eventuelt behov for eller brug af hjælpemidler samt handicapkompenserende foranstaltninger anføres.
- 15) Oplysninger om eventuelle konsekvenser ved en behandlingsafbrydelse.
- 16) Prognose. Lægens vurdering af pågældendes mulighed for helbredelse eller væsentlig varig helbredsforbedring beskrives. Forventet varighed af igangværende eller planlagt behandling anføres. Særligt anføres lægens vurdering af udsigterne for funktionsevnen, herunder evt. behov for handicapkompenserende foranstaltninger.
- 17) Er der tale om en livstruende sygdom? Hvad er den forventede levetid i givet fald?



JUSTITSMINISTERIET

28 FEB. 2013

Dato:

Kontor:

Kontoret for Humanitært
Ophold og Udsendelser

Sagsbeh:

Sagsnr.:

MVO

” Det er jo vigtigt, at man ser på den konkrete sag og ikke bare afviser de forskellige sygdomme en for en, som der er gjort i denne her afgørelse.”

Eva Singer, asylchef i Dansk Flygtningehjælp, om casen Zoran

Samlet set betyder disse regler, at det er meget svært for asylansøgere at fremskaffe den nødvendige dokumentation. Oftest har ansøgerne hverken de penge eller personlige ressourcer, som det kræver. Dermed er der en risiko for, at mennesker, som reelt er berettiget til HO, bliver afskåret fra at få en ansøgning anerkendt.

3.4 SAGSBEHANDLINGSTID

Tidsmæssigt er der et uheldigt paradoks mellem den frist på 14 dage, som ministeriet typisk giver ansøger til at fremskaffe aktuelle, fyldestgørende helbredsoplysninger, overfor de typisk 3 måneder, som det tager for Udlændingestyrelsen at godkende/afslå en kaution til behandling hos fx psykiater.

Sagsbehandlingstiden er meget ulige i disse sager. De fleste sager tager op mod et år før endelig afgørelse, enkelte mere – ofte med flere anmodninger undervejs om nye, aktuelle oplysninger fra lægen. Nogle få afgøres ret hurtigt, som regel afslag, efter 3-4 mdr. De mange oplagt grundløse sager betyder en længere sagsbehandlingstid for de mere alvorlige ansøgninger.

Det er problematisk, at også sager, som allerede er fuldt belyst, ligger stille på ministeriets bord i mindst 7 mdr, og herefter har ansøger så pludselig kun 14 dage til at indsende aktuelle oplysninger.

” Det er vanskeligt/umuligt at komme med en “facitliste”, da der er mange faktorer, der skal tages hensyn til. Både mht. ansøgeren og hendes/hans familiære/socialle/psykologiske/helbredsmæssige situation og mht. behandlingsmuligheder og prognose ved hjemsendelse til hjemlandet.”

Professor i medicin Niels Michelsen



4. HVORDAN FOREGÅR BEDØMMELSEN?

Sagsbehandlingen foregår hos embedsmændene i Justitsministeriets Kontor for Humanitært Ophold og Udsendelser, og der er som nævnt ikke tilknyttet lægefaglige eksperter, sådan som man fx har det i Arbejdsskadestyrelsen. Man følger angiveligt retningslinjerne i selve lovtæksten samt gældende praksisnotater fra ministeren. Det er et oplagt spørgsmål, hvorvidt det er muligt for en embedsmand at afgøre en sag med korrekt hensyn og afvejning af alle sagens aspekter, når sagen handler om lægelige spørgsmål.

Det politiske spiller også en tydelig rolle. Der er mange eksempler på, at afviste personer alligevel har fået ophold, efter at sagen har været præsenteret i medierne. I enkelte sager er der opstået en hel støttegruppe og samlet hundredvis af underskrifter sammen. Særligt den gruppe af irakere, der tog ophold i Brorsons Kirke, opnåede et usædvanligt højt antal HO efterfølgende. Dette kan hænge sammen med opmærksomheden i medierne og "folkestemningen", men det kunne også skyldes, at ansøgerne først via opholdet i kirken har fået adgang til den lægelige og juridiske bistand, som er nødvendig for at få en ansøgning igennem (se foregående kapitel).

En række kriterier nævnes som adgangsgivende i det gældende praksisnotat, men afvises konsekvent i de enkelte sager – læs mere under 4.3. Der er således tale om, at administrationen er betragteligt strammere end loven.

4.1 DIAGNOSER

I første omgang tager ministeriet stilling til, om sygdommen eller personens øvrige forhold falder ind under bestemmelsen. Hvis der er tale om fysisk eller psykisk sygdom, skal der foreligge en diagnose indenfor rammerne. Det er ganske få diagnoser, der anerkendes: skizofreni, paranoid psykose, alvorlige nyresygdomme, insulinkrævende diabetes og visse hjertesygdomme, tarmsygdomme, blodsygdomme samt kræft i terminalstadiet og AIDS i udbrud. Se i øvrigt listen over hvilke diagnoser, der gav ophold fra 3. kvartal 2011 til 3. kvartal 2012 på side 28.

Speciallæge i psykiatri Ebbe Munk-Andersen fra Røde Kors Asylafdeling skriver: "Psykosebegrebet er normativt og anvendes kun i forbindelse med tvang, f.eks. ved tvangsindlæggelser, umyndiggørelse eller behandlingsdomme. I daglig klinik er der ofte tvivl, om en psykisk lidelse er af psykotisk karakter. En række psykiske lidelser, som ikke opfattes som psykoser, f.eks. anorexia nervosa, evnesvaghed og PTSD, kan medføre betydelig funktionsevnedssættelse uden at give adgang til HO. Sygdomskriteriet bør derfor i stedet for psykosekriteriet være et funktionsevnekriterie."

” Ministeriet lægger stor vægt på særlige ord. Hvad er f.eks. forskellen på ‘befinder sig på et psykotisk plan’ og ‘psykotiske symptomer’? Den første formulering udløser et afslag, mens den anden formulering udløser en opholdstilladelse.”

Marianne Vølund, udlænderetsadvokat

En lang række diagnoser kan dog i svære tilfælde være lige så livstruende og invaliderende ifølge patienternes læger, fx, depression, demens og epilepsi. Den mest almindelige diagnose for traumatiserede flygtninge er Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), som findes i forskellige sværhedsgrader. Denne diagnose giver ikke adgang til HO, ligesom den ikke kan udløse dispensation, når der søges om dansk statsborgerskab. Dette skete efter at Søren Krarup (DF) anklagede læger for at slynge om sig med diagnosen PTSD.* Man har således taget stilling politisk til diagnosen PTSD og ikke lægefagligt. Blandt anerkendte flygtninge er PTSD i svær grad ofte årsag til førtidspension, og betragtes altså stadig i den sammenhæng som meget alvorlig og invaliderende. I regeringsgrundlaget fra 2011 nævnes det, at PTSD i fremtiden bør sidestilles med andre varige funktionsnedsættelser i forhold til statsborgerskab.

Der er eksempler på, at en speciallæge direkte skriver i sin udtalelse, at det pågældende tilfælde må betegnes som livstruende uden rette behandling, og at ministeriet alligevel giver afslag med begrundelsen, “at der ikke er tale om meget alvorlig sygdom” (se casen Mehdi).

En særlig problematik gør sig gældende i forhold til HIV/AIDS: AIDS i udbrud giver ophold, men ikke HIV-smitte i behandling. Ifølge adskillige udtalelser fra eksperter giver denne skelnen ikke mening, eftersom alle HIV-smittede før eller senere vil udvikle livstruende AIDS, hvis de ikke får den rette behandling. Så længe patienterne befinder sig i Danmark, er de velbehandlede og udviser ikke akutte sygdomstegn (se casene om HIV).

Der er også spørgsmålet om, hvorvidt flere mindre alvorlige diagnoser tilsammen udgør en lige så belastende situation – selvom der står i loven, at der skal vurderes ud fra et samlet billede af situationen, er tendensen, at ministeriet vurderer de enkelte diagnoser hver for sig, og sjældent giver ophold med baggrund i flere, men mindre alvorlige diagnoser/handicap (se casene Elsa og Zoran).

*) »Vi sidder med 50 ansøgninger om dispensation [for kravene til indfødsret] hver uge, hvoraf 35-40 er fra folk, der ikke har kunnet klare at lære dansk, fordi de lider af PTSD [posttraumatisk stressyndrom efter tortur eller krig] – det er vi trætte af. PTSD er noget, psykologer og læger rask væk skriver, og det hænger mig ud af halsen med sådan en sludder for en sladder, hvor man svindler sig igennem.« (Politiken, 9.12.2005).

4.2 BEHANDLING

Hvis diagnosen falder ind under kriteriet, tager ministeriet næste skridt og undersøger, om ansøger modtager en behandling, der er nødvendig, og i så fald om denne behandling kan tilbydes i hjemlandet. En del antipsykotisk medicin kan fx ikke fås i alle lande. Ministeriets undersøgelse begrænser sig dog til en henvendelse til landets nærmeste ambassade, som godt kunne tænkes at have en interesse i at give Danmark et mere positivt indtryk af landet end de faktiske forhold. Flere afrikanske lande oplyser stolt på officielle hjemmesider, at der udleveres gratis HIV-medicin til alle borgere, men samtidig viser WHO's undersøgelser, at en meget stor andel af de smittede ikke er i behandling. Krav om bestikkelsespenge og usikre forsyninger kan forhindre patienten i at få fat i den livsvigtige medicin. Mange asylansøgere fortæller, at adgang til både læger, hospitaler og medicin kun er for beboerne i hovedstaden og kun mod betaling af betydelige beløb eller private sygeforsikringer.

Behandling vurderes typisk meget ensidigt som medicinering – selvom en vigtig del af en dækkende behandling næsten altid indbefatter løbende adgang til specialister og undersøgelser. I mange lande er den adgang yderst begrænset, også steder hvor man muligvis kan købe medicinen.

Indtil 2010 kunne man få ophold, hvis behandlingen ikke var *reelt* tilgængelig, fx pga. store afstande eller meget høje priser. Det blev ændret, sådan at der nu ikke tages hensyn til dette: "Det vil i den forbindelse være uden betydning for ministeriets afgørelse, om en given behandling, herunder medicinsk behandling med et eller flere præparater, alene er tilgængelig mod egenbetaling i det pågældende land". Denne stramning blev voldsomt kritiseret, da den blev indført, bla. af Institut for Menneskerettigheder og Dansk Flygtningehjælp (se kapitel 5). Der er dog tilfælde efter 2010, hvor man har forlænget ophold med baggrund i udgiften til medicin – det skyldes, at den oprindelige ansøgning blev indgået før stramningen.

Lovens udvidelse fra 1999 omkring forværring af handicap anvendes ifølge vores erfaring slet ikke i praksis. I casen Zoran var der meget tydeligt tale om, at hans handicap var blevet afhjulpet i Danmark og igen ville forværres ved en hjemvenden, men han fik alligevel afslag.

Ifølge speciallæge i psykiatri Ebbe Munk-Andersen fra Røde Kors Asylafdeling er det et paradox, at der kun gives HO til personer, der er i virksom medicinsk behandling, mens den øvrige rehabiliterende indsats ikke vægtes. Personer med meget alvorlig sygdom kan således risikere at blive sendt hjem til forhold, hvor der ikke alene mangler medicinske behandlingsmuligheder, men hvor der heller ikke er andre omsorgstilbud til personer med svær funktionsnedsættelse.



” Endelig skal Flygtningehjælpen pointere, at ansøger samlet set opfylder en række forhold, der bør føre til, at ansøger tildeles en kombinationstilladelse. Det fremgår af praksisnotatet, at: ministeriet kan give humanitær opholdstilladelse under henvisning til, at en række forhold, der ikke isoleret set kan begrunde humanitær opholdstilladelse, foreligger i kombination hos den samme ansøger.”

Uddrag af brev 2011 fra Dansk Flygtningehjælp
til Justitsministeriet

4.3 ANDRE KRITERIER

Udover sygdomme af fysisk og psykisk art, kan der ifølge loven også gives ophold af andre grunde. Refugees Welcome oplever imidlertid, at disse kriterier aldrig anvendes i praksis. Adspurgte svarer Dansk Flygtningehjælps asylafdeling samt en række udlændingeretsadvokater, at de har samme erfaring. Det forekommer besynderligt, at sagsbehandlingen således er betragteligt mere restriktiv end både lovtæst og praksisnotat. Følgende kriterier opremses i det gældende praksisnotat:

- Selvmordsrisiko
- Alvorligt handicap
- Børnefamilier, hvor forældrene som følge af helbredstilstand kun meget vanskeligt kan tage vare på børnene
- Varigheden af en ansøgers ophold her i landet
- Familier med mindre børn, der kommer fra et land i krig
- Overlevelseskriteriet
- Andet, herunder de foregående nævnte omstændigheder i kombination
- Subjektiv frygt
- Tortur
- Enke/enkemand

Et af kriterierne er **selvmordsrisiko**. Dette forudsætter dog, at der er tale om "aktuel, overhængende selvmordsrisiko". Med en sagsbehandlingstid på et års tid er det svært at forestille sig en person, der befinder sig i denne situation konstant; som regel vil der være tale om indlæggelser og medicinering af varierende grad undervejs. "Det forhold, at en ansøger anfører, at han eller hun vil begå selvmord i tilfælde af en udsendelse, kan normalt ikke i sig selv begrunde meddelelse af humanitær opholdstilladelse" (citater: praksisnotatet). Denne situation er flere gange opstået, når asylansøgere er blevet afhentet af politiet og straks har stukket en kniv i maven, drukket Klorin eller forsøgt at hænge sig. Selvmordsforsøg hænger ofte sammen med subjektiv frygt, se mere om dette nedenfor.

Definitionen af, hvad der opfattes som **alvorligt handicap**, kan man læse mere om i casen Zoran. Her afviser man, at der er tale om et alvorligt handicap, selvom drengen har 100% behov for pleje og professionel behandling, og lider af 9 diagnoser. Han sidder desuden i kørestol, men dette betragtes ifølge loven ikke i sig selv som et alvorligt handicap.

Børnefamilier, hvor forældrene som følge af helbredstilstand kun meget vanskeligt kan tage vare på børnene anvendes sjældent – ofte ville der i den situation være tale om anbringelse, som forældrene måske vil forsøge at undgå ved at dække over deres egen dårlige helbredstilstand. Det har vi et eksempel på i casen Asefa.

Familier med mindre børn, der kommer fra et land i krig virker som et meget klart kriterium, men det har ikke været muligt at finde en positiv afgørelse med denne begrundelse, Somaliske familier med små børn ville ellers være oplagte her. Der er heller ikke for nylig givet ophold med denne begrundelse til familier fra Irak, Afghanistan eller Syrien (se fx listen over alle tildelte HO side 28).

Overlevelseskriteriet er heller ikke noget, der anvendes meget i praksis. Det er fx blevet afvist i casene Mehdi og Elsa, og også i konkrete sager med ældre, enlige kvinder fra Somalia og Etiopien i perioder med risiko for hungersnød. Den særlige adgang for enlige kvinder fra Afghanistan uden netværk/mandlige familiemedlemmer anvendes imidlertid ganske ofte. Se mere om dette i afsnit 4.5.

Omkring **varigheden af ansøgers ophold** her i landet står der i praksisnotatet fra august 2010: "Opholdets varighed skal i almindelighed være på cirka 5-6 år, førend der alene under henvisning til dette kriterium kan gives humanitær opholdstilladelse. Varigheden af en ansøgers ophold her i landet vil dog alene kunne tillægges vægt, hvis opholdet i hele perioden uafbrudt har været lovligt i form af processuelt ophold." Refugees Welcome har dog aldrig nogensinde hørt om et tilfælde, hvor dette kriterium alene har givet ophold, endsige set det nævnt sammen med andre mindre væsentlige faktorer (se fx casen Elsa). I praksis vil det lovlige ophold aldrig være 4-5 år – som regel bliver en sag afgjort indenfor max 2 år, og de lange opholdstider (op til 17 år p.t.) skyldes, at en afvist ikke kan eller vil rejse hjem, og der er således ikke tale om lovligt ophold.

Andet, herunder de foregående nævnte omstændigheder i kombination, har hverken Refugees Welcome eller Dansk Flygtningehjælp nogensinde set imødegået, på trods af, at mange sager netop indeholder en kombination af omstændigheder, som samlet set udgør en meget alvorlig situation – fx casene Elsa, Zoran, Emma og Maureen.

Subjektiv frygt og **tortur** anvendes slet ikke som selvstændige begrundelser for at tildele HO. Adskillige ansøgninger har fået afslag på trods af, at der forelå en overbevisende torturrapport. For torturoverleverer er der ofte en tendens til at reagere på situationer, der minder den pågældende om overgrebene – her kan der således også være tale om en stærk, subjektiv frygt for at rejse tilbage til det sted, hvor overgrebene fandt sted. Hvis ansøger henviser til torturrapport eller subjektiv frygt, svarer ministeriet, at der er taget stilling til dette aspekt under asylsagens behandling.

En yngre, enlig kvinde fra Georgien, som havde været udsat for en massevoldtægt fra soldater i sit hjemland, nærede en panisk frygt for at vende tilbage (selvom krigen var slut). Hun fik afslag på HO, og forsøgte flere gange at begå selvmord ved udsigten til deportation. Hun tilbragte mange måneder på lukket psykiatrisk afdeling. Til sidst fik hun HO, men først da hun var fuldstændig psykisk nedbrudt.

4.4 BØRN

Et særligt problem gør sig gældende i forhold til børns adgang til HO. De nævnte psykiske diagnoser findes typisk ikke hos børn. Børnepsykiatere vil også være meget varsomme med at give børn, der fortsat er i udvikling, diagnoser som kronisk psykisk syg, og være tilbageholdende med medicinsk behandling. Forholdet vil ofte være det, at barnet udviser tegn på psykiske problemer, som – hvis de ikke behandles – kan udvikle sig til kroniske psykiske sygdomme, som vil have alvorlige og ødelæggende konsekvenser for barnets senere voksenliv. Det snævre fokus på sindssygdomme har derfor den konsekvens, at et barn ikke vil kunne få HO, selvom det har psykiske lidelser, der ud fra et børnepsykiatrisk perspektiv i sig selv vil tale for et fortsat ophold i Danmark med henblik på behandling og helbredelse.

Børn i asylsøgende familier har ofte været udsat for særligt belastende vilkår, og derfor har de også helt særlige behov, der bør tages højde for. F.eks. lider en stor del af disse børn af angst og traumer. Det giver søvnproblemer, mareridt, koncentrationsbesvær og aggressiv/opførende adfærd eller indadvendt, depressiv opførsel. I mange af børnenes hjemlande er der ikke generel adgang til specialiseret hjælp (se casene Emma og Zoran).

Børnekonventionens artikel 6 kræver, at barnets overlevelse og udvikling sikres. Disse faktorer indgår slet ikke i lovtæst eller praksisnotater omkring HO i Danmark.

Et andet problem i forhold til børns mulighed for at få HO er, at børnene ikke vurderes selvstændigt, men får opholdstilladelse – eller afslag – som direkte konsekvens af afgørelsen i forældrenes sag. Denne praksis er ikke i fuld overensstemmelse med Børnekonventionen, som foreskriver, at børn skal behandles som selvstændige ret-tighedshavere.

Som det fremgår af afsnittene om HO i Sverige og Norge, har disse lande særligt lempelige vilkår, når der er tale om børn. Det står i stærk kontrast til Danmark, hvor der findes meget få eksempler på, at et barn har fået tildelt HO pga. egne forhold. Det sker som regel kun, hvis en forælder får HO.

Om at børn ikke har reel adgang pga. de udvalgte diagnoser:

“*Det er et politisk spørgsmål, som vi som befolkning burde tage op. Men at afvise at hjælpe svært syge børn fordi man har lavet en liste, der blokerer adgang, er en hån mod ansøgeren og vel egentlig også mod retssamfundet.”*

Rasmus Heje Thomsen, læge

I 2009 undersøgte 4 børnepsykiatere på eget initiativ 21 børn i afviste, irakiske asylansøgerfamilier. Det viste sig, at børnene havde massive psykiske problemer – og mange af børnene var ikke blevet udredt eller tilbudt behandling trods mange års ophold i Danmark. På den baggrund krævede Red Barnet, Børnerådet og Børns Vilkår i januar 2010, at systemet skulle “kulegraves med Børnekonventionen som udgangspunkt – både i forhold til børns trivsel mens de er i Danmark og deres mulighed for at få ophold.” Hverken den daværende eller nuværende regering har foranstaltet noget sådant.

”” *Folketinget må nu forstå, at der skal ændres praksis, når det gælder humanitær opholdstilladelse. Det er tydeligt, at man udelukkende ser på de voksnes forhold – men ikke børnenes. Det var vores bekymring fra starten – og den ser nu ud til at være blevet bekræftet.”*

Mimi Jakobsen, generalsekretær i Red Barnet

”” *Vi står med en undersøgelse, der fortæller os, at 20 ud af 21 børn har behandlingskrævende psykiske forstyrrelser, der truer deres personlige udvikling og helbred. Disse børn er blevet tabt på gulvet hele vejen gennem systemet. Derfor mener jeg, at der er brug for en diskussion af, hvordan vi kan forbedre samfundets håndtering af børn i asylsøgende familier.”*

Peter Albæk, formand for Børns Vilkår

4.5 SAMMENBLANDING MED ASYLRETTE

Enlige kvinder, med eller uden små børn, som er uden mandlige familiemedlemmer eller socialt netværk i Afghanistan, har efter loven adgang til HO. Denne bestemmelse anvendes relativt ofte, idet en tredjedel af de optalte tilladelser i tre kvartaler 2011-12 blev givet med denne begrundelse. I flere tilfælde fik kvinderne endda HO, inden deres asylsag var afgjort. Alle baggrundsrapporter peger enstemmigt på, at det er livsfarligt og næsten umuligt for en enlig kvinde at opholde sig i Afghanistan. Kvinder er totalt underlagt deres mandlige familiemedlemmer, og kun i de største byer er det muligt overhovedet at færdes alene i det offentlige rum som kvinde. Derfor er det naturligvis glædeligt, at ministeriet anerkender kvindernes situation ved at give dem HO. Der er dog tale om en meget forkert sammenblanding af begreberne

i denne bestemmelse og dens anvendelse. Hvis en kvinde er i fare i sit hjemland og ikke kan søge myndighedernes beskyttelse, bør hun have asyl efter § 7 og ikke HO – se boksen herunder.

” *Det er åbenbart, at enlige kvinder i Afghanistan er udsat for overgreb på en sådan måde, at de bør anerkendes som prima facie flygtninge omfattet af Flygtningekonventionens artikel 1 A, og meddeles asyl i Danmark efter udlændingelovens § 7, stk. 1.*

Når man alligevel ikke uden videre giver enlige afghanske kvinder asyl, men i stedet anvender en subsidær opholdstilladelse, kan der peges på to forhold. Det ene er, at dansk asylpraksis er meget tilbageholdende med at anse kvinder som en 'særlig socialgruppe' i flygtningekonventionens forstand, selv om det så åbenlyst er det, de er i Afghanistan. Det andet forhold er sandsynligvis den traditionelle frygt for at åbne den nok så bekendte 'ladeport' – risikoen for, at en praksisændring vil betyde, at enlige, afghanske kvinder i store tal ville sætte sig i bevægelse mod Danmark for at få asyl. Det er selvsagt en risiko, som ikke er reel.”

Claus Juul, jurist Amnesty International

Udlændingeloven § 7. Efter ansøgning gives der opholdstilladelse til en udlænding, hvis udlændingen er omfattet af flygtningekonventionen af 28. juli 1951.*

Stk. 2. Efter ansøgning gives der opholdstilladelse til en udlænding, hvis udlændingen ved en tilbagevenden til sit hjemland risikerer dødsstraf eller at blive underkastet tortur eller umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf. En ansøgning som nævnt i 1. pkt. anses også som en ansøgning om opholdstilladelse efter stk. 1.

*) Definitionen heri lyder: “En person, som nærer en velbegrundet frygt for forfølgelse pga. sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en bestemt social gruppe, eller sine politiske anskuelser, befinder sig udenfor det land, i hvilket han har statsborgerret og som ikke er i stand til – eller pga. sådan frygt ikke ønsker – at søge dette lands beskyttelse.”

4.6 OVERSIGT OVER POSITIVE AFGØRELSER

– fra 3. kvartal 2011 til 3. kvartal 2012, hvilket vil sige de seneste 15 måneder, hvor tallene er tilgængelige, i alt 42 sager. Alle opholdstilladelser beskrives kort i anonym form på Folketingets hjemmeside kvartalsmæssigt.

Diagnose	Opholdstid	Land
Psykose	382 dage efter afslag	Kosovo
Psykose	218 dage efter afslag	Kosovo
Psykose	656 dage efter afslag	Serbien
Psykose	231 dage efter afslag	Afghanistan
Organisk psykose	346 dage efter afslag	Kosovo
Paranoid psykose	262 dage efter afslag	Armenien
Paranoid psykose	446 dage efter afslag	Afghanistan
Paranoid psykose	3.386 dage efter afslag	Kosovo
Paranoid psykose	160 dage efter afslag	Serbien
Paranoid psykose	793 dage efter afslag	Iran
Affektiv psykose	1.615 dage efter afslag	Congo
Skizofreni	770 dage efter afslag	Afghanistan
Skizofreni	801 dage efter afslag	Bosnien
Skizofreni	664 dage efter afslag	Serbien
Skizofreni	Inden asylafgørelse	Armenien
Skizofreni + psykose	714 dage efter afslag	Bosnien
Skizoaffektiv psykose	651 dage efter afslag	Serbien
Paranoid skizofreni	1.136 dage efter afslag	Irak
Paranoid skizofreni	Ophold ej oplyst	Afghanistan
PTSD m. psykose	Ophold ej oplyst	Kosovo
PTSD m. psykose	2.639 dage efter afslag	Irak
PTSD m. psykose	449 dage efter afslag	Bosnien
Depression m. psykose	701 dage efter afslag	Kosovo
Svær depression m. psykose	2.805 dage efter afslag	Irak
Kronisk demens (+ søn dansk statsborger)	332 dage efter afslag	Uganda
Kompliceret HIV-infektion + resistens	366 dage efter afslag	Uganda
Diabetes, insulinkrævende	Ophold ej oplyst	Somalia
Terminal nyresvigt + diverse andet	106 dage efter afslag	Afghanistan
Hjertesygdom	Mindst 570 dage efter afslag	Peru
Leukæmi, terminal	Inden asylafgørelse	Syrien
12 enlige kvinder fra Afghanistan (1 sidder desuden i kørestol, 1 har desuden depression og PTSD, 1 har søn i Danmark, 1 har svigerfamilie i Danmark, henholdsvis 401 / 174 / 81 / 392 / 350 dage efter afslag – ikke alle oplyst, enkelte givet før asylafgørelse)		

Gennemsnitlig opholdstid efter afslag: 726 dage (blandt dem, hvor opholdstiden er oplyst), altså 2 år og 1 mdr. oven i den tid, det tager at behandle asylsagen, som typisk er omkring et år.

4.7 HVEM ER OMFATTET AF EN POSITIV AFGØRELSE?

Når en person får HO, gælder det typisk også for dennes nære familie, dvs. ægtefælle og børn under 18 år. Børn, som er kommet sammen med forældrene, men siden er blevet over 18 og selv har stiftet familie, får dog ikke ophold. Søskendepar, som måske har tilbragt flere år sammen i asylsystemet, kan blive skilt ad. Forældre til voksne personer, som får ophold pga. sygdom, medtages ikke. I nogle tilfælde er det et særligt problem, fordi forælderen typisk har passet den syge i mange år, og den syge er afhængig af sin mors/fars hjælp. Refugees Welcome kender to eksempler, hvor en voksen søn/datter har fået ophold med henblik på at yde omsorg og støtte for en syg forælder. Men Fadila fra Bosnien (se case) har fået afslag på at blive hos sin syge, voksne søn – og Farhads mor og voksne brødre fik først ophold i anden omgang, efter at sagen havde været omtalt i medierne (se case). Der er således ikke en klar linje i afgørelserne.

4.8 HVOR LÆNGE FÅR MAN OPHOLD?

HO gives altid som en tidsbegrænset, midlertidig opholdstilladelse. Den kan enten gælde 6 mdr, 1 år eller 2 år fra den dag, tilladelsen gives. Derefter skal man søge om fornyelse, inden den udløber, og dette kræver som regel en ny udtalelse fra speciallæge omkring diagnose, behandling og medicin. Første gang gives den for højst 2 år, anden gang for højst 3 år, og efter 5 år i højst 5 år ad gangen. Stadig skal alle de oprindelige kriterier være opfyldt. Når der er foretaget forlængelser frem til det tidspunkt, hvor man kan søge om permanent opholdstilladelse, vurderes sagen hos Udlændingestyrelsen med henblik på permanent ophold, og der kan også søges efter de regler, der gælder for alle andre udlændinge.

Familie fra Irak med tre børn

Familien fik ophold i 2008 pga. morens psykose, og havde fået forlænget med 1 år ad gangen, i alt 3 år. Fjerde gang indsendte de så ikke en udtalelse fra psykiateren, men blot et brev fra familiens praktiserende læge om at morens forhold var uændrede – men han havde ikke skrevet det magiske ord “psykotisk”. Hele familien blev derefter udvist med 14 dages varsel og fik at vide, at de straks skulle flytte til asylcenter og forlade det hus, de havde boet i de seneste år – og de tre børn skulle forlade deres skole. Ministeriet ville ikke give opsættende virkning på den klage og nye udtalelse, som straks blev indsendt. Naboer og venner blev så oprørte, at de fik skrabet penge sammen til at betale familiens udgifter til mad og husleje, hvilket kommunen nægtede. Der blev indsendt en udtalelse fra psykiater, som blev afvist, fordi ministeriet mente, der ikke var tale om “en uvildig bedømmelse”. Vennerne betalte for en udtalelse fra en anden psykiater, og denne blev lagt til grund – moren var nemlig stadig psykotisk, og familien fik nu ophold i 5 år.

Det er ofte psykiske lidelser, som giver HO. Som en række psykiatere har påpeget, er ro og sikkerhed en forudsætning for, at en psykisk syg person kan opnå bedring. Belastningen ved at opholdstilladelsen er midlertidig (og kortvarig) og ventetiden er af ukendt længde, mens ansøgningen behandles, er i sig selv en psykisk belastning – ikke blot for den syge, men også for familiemedlemmerne.

Den yderste konsekvens af loven er desuden, at hvis man får det bedre, skal man rejse ud af landet. Det betyder, at den syge ikke har noget incitament til at blive bedre – og at selve opholdets midlertidige karakter udgør en yderligere psykisk belastning. Samtidig er det næsten umuligt for en person, som har fået tildelt HO at opfylde de almindelige kriterier for permanent ophold, eftersom disse hovedsagligt handler om tilknytning til arbejdsmarked, uddannelse og sprogkundskaber. Men advokater har erfaring for, at der efter praksis opnås permanent ophold efter 5 års ophold, hvis der henvises til Handicapkonventionen. Anbefalingen må være, at HO bør være en tidsbegrænset opholdstilladelse – sådan som den er i Sverige.

” *Vi fik humanitært ophold for halvandet år siden pga. min kones sygdom. Hun er blevet stærkt deprimeret og angst efter vores mere end 9 år i asylcentrene. Hun fejlede intet, dengang vi kom. Jeg har arbejdet hele tiden siden vi fik ophold, men jeg kan ikke søge permanent før vi har haft ophold i fem år. Om et halvt år skal vi søge forlængelse af humanitær, og allerede nu har min kone fået det dårligere pga. stress over forlængelsen. Vores datter på 12 er begyndt at spørge "Hvad sker der, hvis vi ikke får forlænget? Skal vi så tilbage til asylcentret?" Jeg synes, det er umenneskeligt at give folk ophold midlertidigt – de syge får ikke en chance for at blive raske. Det er en mørk og usikker fremtid, næsten ligesom at bo i et asylcenter. Vores sagsbehandlere i kommunen synes også det er frygteligt, men de kan jo ikke gøre noget, det er jo Folketinget der bestemmer."*

Anonym pga. konens angst for forlængelse

5. HVILKE ÆNDRINGER ER DER SKET Gennem årene?

Loven blev oprindeligt vedtaget i **1985**, hvor der blev taget udgangspunkt i en bredere definition af humanitære hensyn. Man nævnte bla. subjektiv frygt for hjemrejse (fx som følge af at have oplevet voldsomme overgreb) og “det betydelige nervepres for den pågældende”. Helbredsforhold nævnes på linje med alder og andre personlige forhold, men ikke som et selvstændigt kriterium.

I **1992** oplyste ministeren til Folketingets Retsudvalg, at der “vil blive meddelt HO til personer, (der) lider af en akut eller livstruende sygdom.” Fra 1992 til 2001 blev der kun givet 62 HO pr. år i gennemsnit.

I **1993** ændrede man på ny praksis, men denne gang udvidede man adgangen ved at indføre et “overlevelseskriterium” særligt møntet på enlige kvinder og familier med mindre børn fra områder, hvor der herskede særligt vanskelige forhold, fx hungersnød. Helbredskriteriet blev præciseret til også at gælde for uhelbredeligt sindssyge, og udvidet til også at omfatte meget alvorlige fysiske sygdomme, selvom disse ikke kunne anses for livstruende, akutte eller uhelbredelige.

I **1995** indførte man midlertidigt en særlig adgang for etniske albanere fra Kosova med baggrund i den meget dårligt fungerende sundhedssektor i området efter krigen. Denne lempelse kan dog ikke aflæses i tallene for HO, som faktisk falder drastisk fra 1995 til 1997, fra 115 til 17.

I **1999** indførtes endnu en udvidelse af området, nemlig adgang for personer i risiko for at få eller opleve en forværring af et alvorligt handicap. Dette førte ligeledes snarere til et fald end en stigning i antallet – i år 2000 blev der kun givet 31 HO.

I **2007** indførtes en udvidelse i sager, hvor forældrenes sygdom vanskeliggjorde deres omsorg for børnene – i disse tilfælde kunne mindre alvorlige sygdomme eller handicaps også komme i betragtning.

I **2010** indførtes to stramninger. Den ene var, at det ikke længere skulle vurderes, om en nødvendig behandling var reelt tilgængelig for ansøger: så længe den formelt var tilgængelig i hjemlandet, skulle der gives afslag. Visse typer medicin koster mange tusinde kroner om måneden, og mange ansøgere vil dermed ikke reelt have mulighed for at købe den. I nogle lande er der også kun specialiserede hospitaler i hovedstaden, og rejsen dertil kan være uoverstigelig fra en fjerntliggende provins.

Den anden stramning var, at en læge vil blive betragtet som inhabil, hvis han/hun »efter afgivelse af erklæringen eller udtalelsen henvender sig til pressen og kritiserer ministeriets sagsbehandling, samtidig med at lægen udtaler, at hans eller hendes patient bør meddeles opholdstilladelse«.

Forslaget mødte massiv kritik blandt læger, som mente, at det var et indgreb i deres ytringsfrihed. For læger har ikke kun ret – men også pligt – til at ytre sig, hvis de er vidne til afgørelser og foranstaltninger, der er sundhedsmæssigt uforsvarlige.

” Lægeforeningen noterer den meget skarpe kritik, der rettes imod lægernes attester, selvom vi ikke er blevet præsenteret for konkrete eksempler, og generelt finder vi, at læger er omhyggelige med at udforme lægeerklæringer.”

– fra Lægeforeningens høringsvar til lovforslaget 2010

5.1 – OG HVORDAN VAR REAKTIONERNE?

Appel fra fem NGO'er: I juni 2009 udsendte fem store, humanitære organisationer en appel til Birthe Rønn Hornbech om at give humanitær opholdstilladelse til de 282 afviste irakiske asylansøgere, som kom fra egne i Irak, hvor UNHCR opfordrede til at give alle beskyttelse. Appellen indledtes således: “Amnesty International, FN-Forbundet, RCT, Red Barnet og EMHRN opfordrer regeringen til at sikre, at Danmark følger internationale konventioner og respekterer advarslerne fra FN's Flygtningehøjkommissariat om ikke at tvangsudsende de afviste irakiske asylansøgere. Vi appellerer til, at man giver de irakiske flygtninge humanitær opholdstilladelse af både humanitære og sikkerhedsmæssige grunde.”

Amnesty International afholdt en koncert på Rådhuspladsen og indsamlede på kort tid 35.000 underskrifter i september 2009 for at give de afviste irakere humanitær opholdstilladelse. Integrationsminister Birthe Rønn Hornbech afviste at tage imod underskrifterne, og som svar på dette indrykkede Amnesty helsidesannoncer med appellen i de store dagblade.

DSU (Dansk Socialdemokratisk Ungdom) tilsluttede sig også ønsket om at give ophold til de afviste irakere: “Danmarks Socialdemokratiske Ungdom (DSU) finder det forrykt, og et klokkeklart eksempel på regeringens kynisme, at Lars Løkke og co. vil sende de afviste irakere hjem til et land i krig – en krig, som den selv var med til at starte. DSU mener, at det er direkte umenneskeligt at sende irakerne, som har opholdt sig i flere år i Danmark på asylcentre, tilbage til Irak, og synes, at det mindste regeringen kunne gøre var at give irakerne humanitær opholdstilladelse” (DSU.net)

Institut for Menneskerettigheder (IMR) advarede mod stramningen af betingelserne for at opnå humanitært ophold i 2010. Instituttet gennemgik sagerne om tildelt humanitært ophold i 2009 og vurderede, at knap halvdelen af de personer, der har fået ophold på grund af alvorlig sygdom, ville risikere at få afslag efter de nye regler. Instituttet frygtede brud på forbuddet mod tortur, umenneskelig eller nedværdigende behandling.

I ét af de gennemgåede eksempler fra 2009 ville en mand lidende af »paranoid psykose og posttraumatisk stresssyndrom« angiveligt fremover få afslag, uanset at hans udgifter til medicin er anslået til 17.500 kroner om måneden. (Information 20.05.2010)

Dansk Flygtningehjælp advarede også mod stramningen i 2010: "Det er en benhård stramning, der vil få store konsekvenser for tildelingen af humanitært ophold. Og det er ikke fordi, det er en type opholdstilladelse, der er blevet uddelt med rund hånd hidtil. Ansøgeren skal være livstruende fysisk syg – fx kræft eller AIDS i terminalfasen – eller have en klinisk diagnose," forklarer Andreas Kamm, der vurderer, at den foreslåede ændring vil reducere muligheden for at opnå asyl på humanitært grundlag så markant, at en asylsag reelt skal falde ind under en af de øvrige bestemmelser, for at ende med en opholdstilladelse i Danmark.

Flygtningehjælpen undrer sig desuden over begrundelsen for at ændre på praksis. Det fremgår af bemærkningerne, at der "...de senere år er sket en stigning i antallet af asylansøgere, hvis eneste motiv for at komme til Danmark tilsyneladende er at søge humanitært ophold for at kunne modtage behandling for en fysisk eller psykisk sygdom."

"Det er en let absurd tanke, at en meget fysisk eller psykisk syg person skulle tage rejsen til Danmark, for at kunne sidde på et asylcenter – ofte i adskillige år – i forventning om, at der på et eller andet tidspunkt ville blive udløst en opholdstilladelse med behandling," siger Andreas Kamm. (flygtning.dk)

Amnesty International anbefaler også, at man ruller reglerne tilbage til før 2010, således at der gives ophold, hvis behandlingen ikke er reelt tilgængelig for den syge. (Amnesty.dk – flygtninge – anbefalinger)



2

2

4

5

8

9

Cardif

Cardif

Cardif

Cardif

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Dirillin

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Nasonex

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

Lactin

6. HVOR MANGE FÅR OPHOLD?

I 2011 fik 121 personer, inklusive familiemedlemmer, tildelt HO. Tallet for 2012 ser ud til at blive lavere, for de første tre kvartaler er det i alt 31.

Antallet af HO i forhold til antallet af personer, der får asyl, udgjorde i 2010 **5,2%** (111 ud af 2.124) og i 2011 **5,4%** (121 ud af 2.249). Det er således en meget lille del af asylansøgerne, der får ophold ad denne vej. Tallene er inklusive familiemedlemmer til ansøger.

Fra 1992 til 2001 blev der kun givet 62 HO pr. år i gennemsnit. I denne periode fik gennemsnitligt 5.950 personer asyl hvert år (omkring dobbelt så mange som nu). Anerkendelsesprocenten for asyl lå omkring 50%.

I 2002 blev De Facto asylstatus fjernet, og den mere begrænsede B-status (beskyttelsesstatus) blev indført. I 2002 fik 1.689 De Facto-status og 45 HO. Året efter fik kun 602 B-status, men hele 203 fik HO, og i 2004 blev det endnu tydeligere: 229 fik B-status og 351 HO. De forskellige former for opholdstilladelse følges således ikke ad, nærmest tværtimod.

Fra 2003 og frem til udgangen af september 2006 blev der givet 869 humanitære opholdstilladelser = 289 i gennemsnit om året – mod 663 i perioden 1992-2002 = 66 i gennemsnit om året. (VKO-flertallets stramning af udlændingeloven trådte i kraft den 1. juli 2002, og derfor slog den først for alvor igennem i 2003).

Efter 2002 var året med det højeste antal HO samtidig året med den laveste anerkendelsesprocent for asyl nogensinde: 10% (2004).

Se tallene i tabel og graf næste side. Se også kapitel 7 om andre landes muligheder. Til sammenligning gav Sverige humanitært ophold til 1.060 personer i 2012, Norge til 293 og Finland til 143.

6.1 STATISTIK GENNEM ÅRENE

Asylansøgninger i alt + anerkendelsesprocent + HO

År	Asylansøgninger i alt	Anerkendelsesprocent, asyl	Humanitære opholdstilladelser*
2002	6.068	28%	45*
2003	4.593	22%	203
2004	3.235	10%	351
2005	2.281	17%	186
2006	1.960	18%	216
2007	2.246	30%**	223
2008	2.409	45%	157
2009	3.855	44%	55
2010	5.115	38%	111
2011	3.806	33%	121
2012	6.141	46%	31***

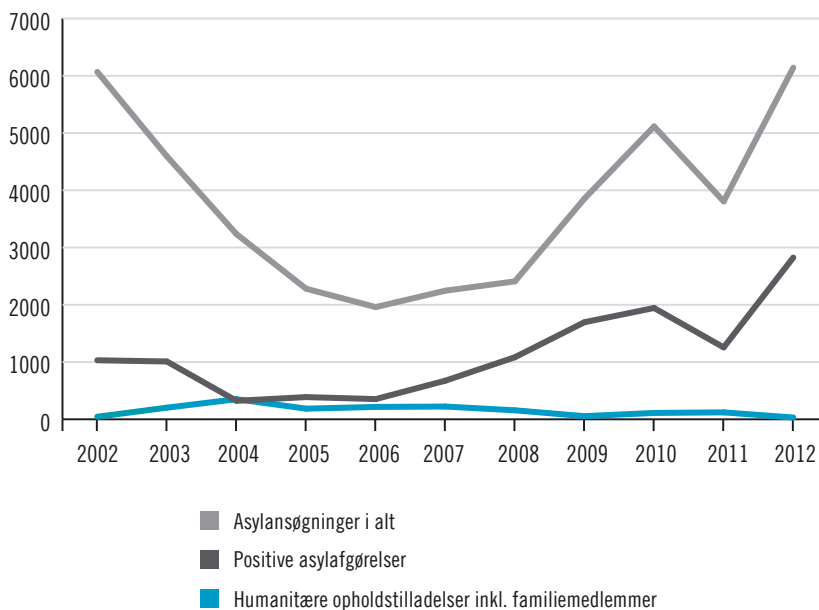
*) Inklusive familiemedlemmer

Kilde: www.nyidanmark.dk

**) Eksklusive irakiske tolke

***) Tal kun offentliggjort for de tre første kvartaler

Gennemsnitligt antal HO givet 2002-2011: 167 om året.



7. HVAD GØR ANDRE LANDE?

Kriterierne for asyl er baseret på Flygtningekonventionen, men både de internationale og den europæiske menneskeretskonvention indeholder bestemmelser omkring andre hensyn, der også kan komme på tale for afviste asylansøgere – fx familiens enhed, retten til sundhed og beskyttelse af sårbare grupper. De europæiske lande har forskellig lovgivning på dette område, og de er svære at sammenligne.

Sekundær beskyttelse (personer, som er i risiko, men ikke umiddelbart falder under Flygtningekonventionens definition) gives også under forskellige overskrifter, og i nogle lande falder syge personer ind under denne kategori. I Sverige er der procentvis flere, der får ophold af humanitære grunde (bredt defineret), men til gengæld har man ikke noget, der svarer til den danske Beskyttelses-status.

Den Europæiske Menneskeretsdomstol har anlagt en meget lav nedre grænse, når det gælder staternes ansvar for syge personer fra andre lande og disses krav på behandling.

EUROPEAN COUNCIL ON REFUGEES AND EXILES (ECRE) rapport 2009

Rapporten indeholder en gennemgang af 22 landes adgang til komplementær beskyttelse, men den har ikke undersøgt, hvordan reglerne fortolkes og fungerer i praksis.

“Blandt de mest almindelige europæiske grunde til komplementær beskyttelse har undersøgelsen identificeret fire grunde baseret på statens forpligtelser i forhold til international og europæisk menneskerettighedslovgivning. Udover tre specifikke tendenser – familiens enhed, helbred og beskyttelse af mindreårige – indeholder visse tiltag generelle henvisninger til forpligtelser og aftaler.”

“Den Europæiske Menneskeretsdomstol har udtalt, at personer, som lider af alvorlig sygdom i visse tilfælde falder under artikel 3 i Den Europæiske Menneskeretskonvention. Mange af de undersøgte lande har indført mekanismer for sekundær beskyttelse baseret på sygdomskriterier. Mens der i mange landes lovgivning henvises til uspecificerede helbredsproblemer eller behov for medicin, angives der i Englands asyllovgivning et behov for “alvorlig medicinsk tilstand” for at der kan tildeles “Discretionary Leave”.

Udover disse almindelige grunde har de undersøgte lande indført systemer vedrørende situationen i hjemlandet, som enten optræder i generelle udtryk eller mere konkret, som fx væbnet konflikt, generel vold, dårlige livsbetingelser. Andre eksempler er ofre eller vidner indenfor trafficking, statsløse samt personer på flugt fra miljøkatastrofer. Endelig har to stater en særlig beskyttelse af personer, hvor udelukkelsesgrunde er taget i anvendelse.”

SVERIGE

I Sverige kan man få ophold pga. "synnerligen ömmande omständigheter", som er sammenligneligt med HO i Danmark. Lovteksten lyder:

"Hvis opholdstilladelse ikke kan gives på andet grundlag, kan en udlænding bevilges opholdstilladelse, hvis der ved en samlet bedømmelse af udlændingens situation foreligger overordentligt foruroligende omständigheder, således at vedkommende bør tildeles ophold i Sverige. Ved bedømmelsen skal der lægges vægt på udlændingens helbredstilstand, tilpasning i Sverige og situationen i hjemlandet. Børn kan bevilges ophold efter denne paragraf, selvom de pågældende omständigheder ikke har samme alvor og tyngde som kræves for at voksne får ophold."

Forhold som fx social udstødelse, skader efter tortur samt følger af menneskehandel skal ifølge loven også tages med i overvejelserne.

Både sygdom og alvorlige funktionsnedsættelser kan indgå i vurderingen, men sygdom alene skal være livstruende, og ligesom i Danmark skal der være tale om manglende adgang til behandling i hjemlandet.

Denne form for opholdstilladelse afgøres ved de særlige migrationsdomstole i tre instanser, ligesom asylsagen, hvorimod de i Danmark er skilt ud fra asylprocessen og vurderes af Justitsministeriets embedsmænd efter ansøgning.

I 2012 fik 12.576 personer ophold i Sverige på asylområdet (inklusive kvoteflygtninge og udsendeshindrede), heraf 1.060 pga. synnerligen ömmande omständigheder, hvilket svarer til 8,4%. Året før fik 1.345 personer denne form for ophold imod 12.726, der fik asyl = 10,5%. Procentdelen af dem, der fik ophold af humanitære grunde i Sverige var altså dobbelt så stor som i Danmark (2011). Til gengæld var chancen for at få asyl mindre (2012).

Denne form for opholdstilladelse er oftest permanent – igen i modsætning til Danmark, hvor den i første omgang gives for 6 mdr. til 2 år ad gangen. Ikke desto mindre har der været kraftig kritik af myndighederne, bl.a. fra læger og fra svensk Røde Kors, fordi man (ligesom i Danmark) kan give afslag, hvis den nødvendige behandling findes i hjemlandet – uanset om den er reelt tilgængelig for patienten.

Krav om lempelse

I december 2012 udtalte oppositionen, dvs. Miljöpartiet, Vänsterpartiet og Socialdemokraterne, at det er vigtigt at ændre “overordentligt foruroligende omstændigheder” til “særligt foruroligende omstændigheder” – en lempelse, som bl.a. burde omfatte syge personer, der ikke har råd til nødvendig behandling og børn med diagnosen “apati”, som der har været en del af i Sverige. I marts 2013 viste det sig, at 19 ud af 23 børn, som sidste år havde udvist symptomer på apati/opgivenessyndrom, har fået ophold af humanitære grunde selvom lovens ordlyd ikke er ændret. Men Miljöpartiet er så skuffet over, at regeringen ikke vil ændre definitionen, at de truer med at trække sig fra alt samarbejde om migrationspolitik.

En meget stor forskel mellem Danmark og Sverige på dette område er adgangen for børn – hvor det i Sverige nævnes direkte i loven, at der er lettere adgang for børn, forhindrer de danske bestemmelser i praksis, at børn overhovedet har adgang (se kapitel 4.4). Desuden er der i Sverige mulighed for at få humanitært ophold pga. tilknytningen til Sverige – navnlig når det gælder børn, der har gået i skole og har levet en stor del af deres liv i Sverige. Dette aspekt bliver slet ikke taget i betragtning i Danmark, hvor mange af de irakiske børn fx blev udvist, selvom de havde boet hele deres liv i Danmark og knap nok talte arabisk.

I Sverige blev en tilsvarende bestemmelse kaldt for “De Facto-flygtning” fra 1989 til 1997, og for “humanitære grunde” fra 1997 til 2006. Før i tiden fik den største gruppe flygtninge ophold af humanitære grunde, men billedet er nu vendt og ligner det danske mere – hvor de fleste får ophold pga. et anerkendt behov for beskyttelse.

Eksempel på dom fra Sverige, 2011:

MIG 2009:31

Der bevilgedes opholdstilladelse til en enlig kvinde fra Sudan med et lille barn. Kvinden manglede socialt netværk i hjemlandet. Der forelå en risiko for social udstødelse ved en tilbagevenden. Kvinden havde ikke været i hjemlandet i 14 år. Domstolen udtalte, at situationen i et land kan være sådan, at det kan være uacceptabelt at sende nogen tilbage dertil, også selvom vedkommende ikke kan betragtes som flygtning eller have andet beskyttelsesbehov, og uden at der er krig eller borgerkrig i landet.

(kilde: www.migrationsverket.se, www.regjeringen.se)

NORGE

I Norge findes også en modsvarende bestemmelse til den danske HO. På det norske udlændingedirektorats hjemmeside står der:

”Ophold på humanitært grundlag

Hvis man ikke opnår beskyttelse i Norge, skal Udlændingedirektoratet (UDI) altid vurdere, om der er grundlag for at bevilge opholdstilladelse på grund af stærke menneskelige hensyn eller særlig tilknytning til Norge. I sådanne tilfælde laves der altid en helhedsvurdering af sagen.

Blandt andet lægger UDI vægt på ansøgers helbredstilstand og på sociale og humanitære forhold ved retur til hjemlandet. Hvis der er tale om et offer for menneskehandel, vil der blive lagt vægt på dette. Hvis der er tale om en enlig person under 18 år, vil man vurdere, om der vil være forsvarlig omsorg i hjemlandet. Hovedreglen er, at man skal kunne dokumentere sin identitet, som regel med pas, for at få en sådan tilladelse.

UDI vil også vurdere om indvandringsregulerende hensyn taler imod at der gives tilladelse på grund af stærke menneskelige hensyn. I denne vurdering lægges der vægt på mulige samfundsmæssige konsekvenser af at bevilge ophold i lignende sager.

Barnets bedste

Regeringen har valgt at medtage en udtrykkelig henvisning til barnets bedste som et grundlæggende hensyn ved vurderingen, og har præciseret, at der er en lavere tærskel for at give tilladelse til børn end til voksne.”

Også her er der stor forskel fra Danmark, når det gælder børn. I Danmark er børn reelt sværere stillet end voksne og nævnes ikke selvstændigt i lovteksterne (se kapitel 4.4).

I 2012 fik 4.776 asylansøgere en form for ophold i Norge, heraf 293 af “humanitære grunde”, hvilket svarer til 6% af de positive afgørelser.

(kilde: www.udi.no, www.noas.no)

FINLAND

Fra de finske udlændingemyndigheders hjemmeside:

“Opholdstilladelse på baggrund af humanitær beskyttelse

Hvis du ikke lever op til kravene for asyl eller sekundær beskyttelse, kan du tildeles opholdstilladelse på baggrund af humanitær beskyttelse. En opholdstilladelse kan gives, hvis det ikke er muligt for dig at vende tilbage til dit hjemland pga. en miljøkatastrofe eller pga. sikkerhedssituationen i landet. En dårlig sikkerhedssituation kan være forårsaget af en væbnet konflikt eller en vanskelig situation med hensyn til menneskerettigheder. Opholdstilladelsen gives i første omgang for fire år og kan derefter forlænges til permanent.”

Finland gav ophold til 1.271 personer på asylområdet i 2011, heraf de 143 af humanitære grunde = 11,2%.

(kilde: www.migri.fi).

8. HVAD KAN GØRES BEDRE?

8.1 "SYGDOMSFlyGTNINGE"

Som forklaring på stramningerne i 2010 skriver Justitsministeriet: "...de senere år er sket en stigning i antallet af asylansøgere, hvis eneste motiv for at komme til Danmark tilsyneladende er at søge humanitært ophold for at kunne modtage behandling for en fysisk eller psykisk sygdom."

Dette er en helt udokumenteret påstand. Tværtimod viser gennemgangen af tildelte HO side 28, at ansøgerne i gennemsnit havde ventet 2 år og 2 mdr efter afslag (og det tager ofte et års tid, før der foreligger et endeligt afslag). Alle bliver tilbudt en automatisk ansøgning om HO kort efter ankomsten, hvor meget få får positivt svar. Det kan skyldes to ting: at de pågældende ikke opfyldte kriterierne, da de kom – og/eller at de ikke var i stand til at dokumentere sygdommen på det tidspunkt. Sagt med andre ord: langt de fleste asylansøgere er raske, når de ankommer til Danmark (pånær skader efter tortur og andre traumer), men en del bliver syge under de lange og nedbrydende ophold i det danske asylsystem. Det er påvist i en undersøgelse fra 2007 af Peter Hallas m.fl., "BMC Study: Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark", at asylansøgers helbredsproblemer stiger kraftigt i takt med opholdstiden i centrene.

Man kan således på baggrund af tallene argumentere for, at opholdet i Danmark gør folk syge, mens der ikke er meget belæg for påstanden om, at folk kommer til Danmark fordi de er syge. I gennemsnit har ansøgerne fået tildelt HO 2 år og 2 mdr. efter endeligt afslag, dvs. i de fleste tilfælde mere end 3 år efter indrejse.

For nylig er der dog sket en stor stigning i antallet af asylsøgere fra Serbien med romabaggrund, og her er der delvis tale om folk, der flygter pga. fattigdom og sygdom. Disse sager bliver hurtigt afvist i asylsystemet som Åbenbart Grundløse. Men de venter på den langsommelige sagsbehandling i ministeriet, fordi man ikke kan afvise deres ansøgning om HO ligeså nemt. Romaer i Serbien er udsat for voldsom diskrimination, og har ikke adgang til sundhedsydelse og boliger på lige fod med andre borgere, som Amnesty International bl.a har dokumenteret i rapporten "After Belvil" 2012. De fleste af de serbiske romaer ved dog godt, at de ikke kan opnå HO, men i ventetiden kan de få glæde af indkvarteringen og sundhedsydelse – det er en tragisk situation, som EU og Danmark bør tage op med Serbien, men det er et misbrug af asylsystemet.

Hvis man fulgte proceduren i denne rapportes anbefalinger, ville de serbiske romaer hurtigt kunne afvises efter de generelle humanitære kriterier, eftersom der ikke er

tale om livstruende forhold i Serbien. De få med alvorlige sygdomme kunne gå videre i ansøgningsproceduren. På den måde ville man spare store beløb på langvarige ophold, og sagsbehandlingstiden for de relevante sager kunne nedbringes.

I casen Zoran ses faktisk et eksempel på en familie, der er kommet pga. helbredsproblemer – men det er undtagelsen, når man ser på det samlede antal asylansøgere, og hvor de kommer fra. Langt de fleste flygter fra diktaturer, krig og forfølgelse i lande som Afghanistan, Iran og Somalia – de har ofte haft et godt liv i hjemlandet frem til konflikten opstod, og de betaler ofte store beløb for at komme i sikkerhed.

8.2 FALSK SYGDOM

Mistanken om “falsk sygdom” har også været fremført, mere eller mindre direkte. Den omstridte advokat Hans Boserup blev 2002-04 efterforsket af politiet for at presse læger til overmedicinering, men blev frifundet. Søren Krarup (DF) udtalte i sin tid, at lægerne strøede om sig med diagnosen PTSD og ville derfor have den fjernet fra både statsborgerskab og HO (se note side 20). Det var en indirekte påstand om at lægerne lod sig styre af blødsødenhed og ikke objektiv faglighed. Det samme kan siges om stramningen fra 2010, hvorefter lægers udtalelser kan tilsidesættes pga. mistanke om, at de er personligt engagerede i sagen. Det er dog svært at forestille sig, at en erfaren psykiater vil sætte sit renommé og karriere på spil og skrive en bevidst forkert diagnose – i Refugees Welcome har vi aldrig set noget, der kunne pege i den retning. Vi oplever snarere, at læger kan være ekstra forsigtige, når deres udtalelser skal bruges officielt og får så stor betydning.

En anden påstand er, at asylansøgere pludselig får det meget bedre, når de får opholdstilladelse – og dette skulle være tegn på, at de bare “spillede” syge. Det er imidlertid helt logisk og naturligt, at der sker en vis bedring, når en anerkendelse finder sted og usikkerheden og opholdet i asylcentre ophører. Men det er dog ikke alle, der får det bedre. Der er også mange eksempler på, at traumatiserede flygtninge, som har fået asyl – og dermed ikke har haft nogen grund til at “spille syge” – opnår bedring med den rette behandling.

8.3 HAR VI RÅD TIL AT GIVE OPHOLD TIL FLERE?

Det er en politisk prioritering, hvordan Danmark vil yde humanitære indsatser i verden. Men uanset hvilke sammenligninger, man foretager, så er HO en forsvindende lille udgift – også selvom man gav ophold til flere. Den danske indsats i Afghanistan har foreløbig kostet 13 mia kroner, og den samlede udviklingslandsbistand udgør i år 16 mia kroner, hvoraf 1,2 mia finansierer hele asylsystemet i Danmark. Se flere tal i boksen på næste side.

Udgifter

Indkvartering på et asylcenter koster i gennemsnit 211.000 - 508.000 kr. om året*

Kontanthjælp, enlig over 25: 10.335 kr. pr. md. = 124.020 kr. om året

Den gennemsnitlige udgift for sundhedsydelse i asylcentrene er 21.500 kr. om året*

Gennemsnitlig sundhedsudgift for en borger i Danmark er 20.000 kr. om året**

*) Tal fra embedsmandsudvalgets 'Rapport om asylansørgeres mulighed for at få adgang til arbejdsmarkedet og bo udenfor asylcentrene' 2012. Det højeste tal er for uledsagede mindreårige.

***) Tal fra 'Sundhedssektoren i Danmark, minianalyse til Folketingets sundhedsudvalg' 2007

Tallene i boksen viser, at det nu og her er billigere at give HO end at opbevare folk i asylcentrene. De viser også, at indkvartering i det særlige centersystem er langt dyrere end en borger på kontanthjælp.

En hel del af de asylansøgere, der ankommer til Danmark, er traumatiserede. Ifølge en undersøgelse fra Amnesty Internationals lægegruppe fra 2009 havde ca. 45% af de nyankomne været udsat for en form for tortur. Det er klart, at den gruppe mennesker er mere syge, både fysisk og psykisk, og kræver mere behandling end den gennemsnitlige borger. Hvis man skal tænke økonomisk over en kort årrække, er afviste asylansøgere i centrene meget dyrere end dem, der får ophold. Over en lang årrække vil det muligvis være dyrere at give dem ophold, hvis de bliver ved med at være syge – men ikke, hvis de får hjælp til at komme sig og senere bliver selvforsørgende. I mange tilfælde vil den syges familiemedlemmer kunne blive gode borgere, som bidrager til statskassen – se fx casen Sahara.

Vi kunne vælge at betragte opholdstilladelser til syge og særligt udsatte som en form for humanitær hjælp – pengene til asylsystemet tages i forvejen fra udviklingsbistanden. Der er mange millioner flygtninge i verden, allerede anerkendt af FN, som ikke kan vende hjem, og bor i midlertidige teltlejre og barakbyer. De asylansøgere, som på egen hånd finder vej til Danmark, er et meget lille antal i sammenligning med hvor mange, der søger til andre europæiske lande. Danmark lå på en 22. plads i Europa 2007-11 med 16 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere.

Ud af de 500 kvoteflygtninge, som Danmark modtager via FN hvert år, bliver en vis andel valgt fordi de har særligt behandlingskrævende sygdomme eller handicap. Tankegangen er således ikke fremmed for os. Men måske er loven blevet for streng, når kun 5% af opholdstilladelserne til alle asylansøgere gives af humanitære grunde. Og det må siges at være lidt af et paradoks, at de ofte får ophold, fordi de er blevet syge af mange års ophold i asylcentrene. Både af hensyn til ansøgerne og vores samfund ville det være mere fornuftigt at give ophold med det samme efter mere humane kriterier.

8.4 ANBEFALINGER

Der bør være to former for humanitær opholdstilladelse:

Humanitære hensyn:

Når den pågældende vil være i en reel nødsituation ved en tilbagevenden, bl.a. pga. de forhold, der hersker i hjemlandet (fx krig, tørke, hungersnød) og/eller fordi den pågældende tilhører en særligt sårbar gruppe (fx enlig kvinde med børn, mindreårig, ældre e.l.). I denne vurdering bør den reelle opholdstid i Danmark også indgå som et kriterium. Denne opholdstilladelse kan i første omgang være tidsbegrænset, fx 2 år, hvis der er tale om forhold i hjemlandet, som kan ændre sig, og derefter med henblik på varigt ophold. Når der er tale om børn, bør der desuden tages hensyn til barnets tarv og andre artikler i Børnekonventionen.

Sygdom/handicap:

Når den pågældende lider af en sygdom eller et handicap, som efter et lægefagligt udvalgs bedømmelse er meget alvorlig, og som kræver behandling – der skal således ikke længere være en liste over anerkendte diagnoser. Behandlingen skal være reelt tilgængelig i hjemlandet for den pågældende for at der kan gives afslag. Kravene til børn bør være lempeligere end til voksne. Opholdstilladelsen bør ligesom asyl være med henblik på varigt ophold, eftersom selve usikkerheden er en negativ faktor for den syge, og det er ikke i nogens interesse at fastholde ansøgeren i sygdom for at opnå forlængelse.

Adgangen til automatisk vurdering for alle bør være noget, der indgår i asylsagsbehandlingen i første instans under Udlændingestyrelsen – dvs. en vurdering af, hvorvidt ansøger opfylder kriterierne for de humanitære hensyn (se ovenfor). Her må Udlændingestyrelsen antages at besidde den nødvendige kompetence.

Alle nyankomne tilbydes allerede i dag en lægeundersøgelse. Hvis denne tyder på, at ansøger muligvis opfylder kriterierne for ophold pga. sygdom/handicap, skal ansøger have ret til grundigere undersøgelse og udtalelse fra en speciallæge – denne indsendes til et lægefagligt udvalg, som foretager en vurdering. Således vil man have et hurtigt screeningssystem, som vil nedbringe både udgifter og ventetider. Alle vil have samme adgang til at belyse sin sag, og afgørelserne vil være fagligt funderede.

Klageadgang over afgørelserne foreslås lagt ind under det nye Udlændingenævn.

” *Det er i mine øjne helt afgørende for korrekt bedømmelse af sager om humanitært ophold på baggrund af helbredssituationen, at disse skøn kan foretages af lægelige eksperter. Zoran-sagen viste med al tydelighed, at de involverede embedsmænd ikke forstod, eller havde hjemmel til at foretage vurderingen af, tilstanden hos et meget sygt barn.”*

Rasmus Heje Thomsen, læge



Elsa viser de 10 piller, hun skal tage hver morgen. Desuden 5 midt på dagen og 8 om aftenen. Læs hendes historie side 52.

9. CASE STORIES

Enkelte navne er ændret efter ønske fra personerne selv. Casene er udvalgt for at give et bredt billede af de mange aspekter – bl.a. personens baggrund, ansøgningsforløbet, lægeerklæringerne, diagnoserne og de kriterier, som afvises. Den enkelte case kan godt illustrere flere problematikker på én gang, men hovedproblemet er nævnt i overskriften.

UAFGJORTE:

Asefa, Afghanistan (manglende diagnose og behandling)

Zoran, Serbien (handicap, barn)

AFSLAG:

Elsa, Eritrea (kombination)

Mehdi, Afghanistan (epilepsi)

Maureen, Cameroun (HIV + dræn i hjernen)

Nambi, Mariama, Abigail, Lydia... (HIV)

Emma, Kosova (barn)

Fadila, Bosnien (pårørende)

OPHOLDSTILLADELSE:

Sahra, Somalia (nyresygdom)

Arman, Armenien (skizofreni)

Farhad, Afghanistan (retardering)

Hassan, Irak (demens)

ASEFA, AFGHANISTAN (MANGLEDE DIAGNOSE OG BEHANDLING)

I foråret 2011 blev Refugees Welcome kontaktet pr. e-mail af en 12-årig dreng, som søgte vores hjælp. Han var to år tidligere kommet til Danmark med sine forældre og fire søskende. Familien havde fået afslag på asyl og på en efterfølgende ansøgning om humanitært ophold og var nu i Sandholm, i udsendelsesposition.

Familien stammer fra Afghanistan, men havde levet 15 år i Iran som papirløse flygtninge, og var blevet diskrimineret på forskellig vis. I 2010 lykkedes det familien at komme til Danmark for at søge om asyl. I løbet af den to-årige periode, hvor familien har befundet sig i landet, er børnenes psykiske velbefindende blevet stærkt belastet af livet i asylcentrene, som har budt på gentagne flytninger og ikke mindst en yderst belastende hverdag med en stærkt psykisk syg mor. De to ældste børn er stukket af og bor under jorden på egen hånd.

Asefa var kun 16 år, da hun fik sine to første børn, tvillinger. Hun havde været psykisk syg i flere år, før de ankom til Danmark. Hendes tilstand er dog aldrig blevet tilstrækkeligt undersøgt på de asylcentre, de har boet på – man mente, hun led af aktuel belastningsreaktion pga. afslaget på asyl, og hun fik blot angstdæmpende medicin. Familien havde også forsøgt at skjule, hvor syg hun egentlig var, af frygt for at børnene ville blive fjernet fra familien. Faderens egen tilstand er ligeledes præget af belastningen ved egenhændigt at skulle tage vare på børnene og moderen, som han ikke kan efterlade alene med børnene pga. hendes psykiske tilstand.

Refugees Welcome fik hurtigt arrangeret, at Asefa blev undersøgt af en uafhængig psykiater. Lægeerklæringen pegede på psykotiske tegn og alvorlig psykiatrisk sygdom, men anbefalede yderligere udredning med henblik på korrekt behandlingsplan. På den baggrund blev sagen om humanitært ophold genoptaget hos Justitsministeriet. Ministeriet gav ikke desto mindre kun 14 dage til at indsende yderligere dokumentation i form af endelig diagnose samt information om medicinering. Hvis dette ikke kunne skaffes inden de 14 dage, ville familien kunne udsendes af landet på trods af de alvorlige omstændigheder. Men i asylsystemet skal der først søges om kautio til psykiater, hvilket kan tage flere måneder, og desuden kan en psykiater sjældent give en endelig diagnose efter blot en enkelt visitationssamtale. Refugees Welcome anmodede om forlængelse af opsættende virkning, men fik telefonisk afslag med begrundelsen at 'man kan jo ikke vente for evigt på dokumentation'.

Familien blev sendt tilbage til et asylcenter i Jylland, og der blev ikke iværksat yderligere omkring Asefas sygdom. Efter 10 måneders venten mistede Refugees Welcome tålmodigheden og fik arrangeret en undersøgelse hos en psykiater, som havde haft Asefa kortvarigt som patient i et andet asylcenter, og som vurderede hendes tilstand en del mere alvorligt end den psykiater, som det jyske asylcenter brugte. Denne psykiater stillede en endelig diagnose og udskrev et psykofarmaka-præparat.

Nu foreligger der så, efter fire års ophold i Danmark, en diagnose, som lyder på paranoid skizofreni, og en medicinsk behandling er sat i gang. Asefa har fået det tydeligt bedre og er mindre angstpræget. Den korrekte diagnose og behandling ville aldrig være fremkommet, hvis ikke Refugees Welcome og to psykiatere havde brugt masser af frivillige timer på at hjælpe Asefa og hendes familie.

Ministeriet udbad sig i januar 2013 svar på, om et andet præparat kunne anvendes i stedet for det ordinerede – og igen måtte Refugees Welcome bede en udenforstående psykiater foretage en vurdering af dette aspekt i sin fritid. Sagen er ikke afgjort endnu.

Citat fra ansvarlige psykiater i det jyske asylcenter, september 2012:

“Understreger, at den daglige gåtur er den bedste behandling, pt kan få.” “Jeg tager fat i pt’s egne erfaringer, og holder hende fast på, at alle de ting, som ikke virker (at slå hovedet i væggen fx) skal hun jo så ikke prøve igen.” Ordinerer en større dosis Lyrica (angstdæmpende).

Citat fra sjællandske psykiaters erklæring, oktober 2012:

“Pt er vedvarende hallucineret på synet og hørelsen, hun huser vrangforestillinger, hun er præget af negative symptomer i form af svært forringede sociale evner, tilbagesækning fra omgivelserne og manglende initiativ. Hun har en udtalt labil affektforvaltning med lejlighedsvis udadreagerende adfærd. Adfærden ses i det hele taget ganske aparte og ofte uforklarlig. Pt har ikke tidligere været i behandling med antipsykotisk medicin. Der foreslås opstart med T. Solian 200 mg mhp optrapning efter effekt og bivirkninger til maks 1200 mg i døgnet.”

Citat fra uafhængig psykiaters erklæring nr. 2, februar 2013:

“Som det vil fremgå af sagsakterne, tilså jeg patienten i november 2011 og skrev straks derpå en lægeerklæring til ministeriet. Kopi heraf blev sendt til Røde Kors Asylafdelingss Sundhedsafdeling for at gøre opmærksom på, at denne forpinte og svært kronisk syge kvinde burde udredes psykiatrisk med henblik på at iværksætte den behandling, der burde have været indledt for længe siden. (...) Hun er ikke orienteret i tid, sted og egne data. På mit spørgsmål om, hvor mange børn hun har, svarer hun 10. Hun er ikke i stand til at huske navnet på et eneste barn og forundres ikke over dette. Hun giver udtryk for flere vrangforestillinger, bl.a. at hun banker søm ind i legemsdele og har smerter, og at der sidder en række søm på væggen bagved undertegnede.”

ZORAN, SERBIEN (HANDICAP, BARN)

Zoran er 12 år, hans familie er romaer fra Serbien. De ankom til Danmark i 2010 og søgte asyl, men fik afslag. Familiens problem var en slags indirekte forfølgelse. Zoran er nemlig syg og stærkt handicappet fra fødslen og totalt afhængig af professionel behandling, som han ikke kan få i Serbien fordi han er roma.

Hans familie fik afslag på humanitær opholdstilladelse med følgende begrundelse: *“... at Zoran efter det oplyste ikke lider af en fysisk eller psykisk sygdom af meget alvorlig karakter (...) og at det forhold, at en ansøgers handicap vil mindskes ved fortsat ophold her i landet, ikke kan begrunde meddelelse af humanitær opholdstilladelse.”*

Zoran har siden fødslen været handicappet. Under fødslen er opstået en hjerneblødning. Et stykke af hjernen mangler simpelthen, og den øvrige hjerne har ikke undergået noget nær normal udvikling og antager størrelse og udviklingsgrad langt under normalt. Blødningen har ført til vand i hovedet, der i 5 måneders-alderen medførte øget tryk i hjernens væskefyldte hulrum (ventrikler) med behov for anlægelse af dræn til bughulen (ventrikuloperitoneal shunt).

Zoran har et svært psykomotorisk handicap med psykisk funktion som hos et få måneder gammelt barn; spastisk lammelse med svært funktionstab af alle 4 lemmer, behandlingskrævende, kronisk epilepsi, svært synshandicap i form af blindhed udgående fra synsbanerne i hjernen, vedvarende behov for medicin og justering af denne ved speciallæge i børnesygdomme, med særlig erfaring i nervesystemets og hjernens lidelser.

Ved ankomst til Danmark var barnet jf. journalnotater underernæret, med uerkendt astma og gentagne svære krampeanfald af 'grand mal' type. Ingen nylige forsøg på træning var foretaget. Under opholdet i Danmark blev Zorans helbredstilstand bedre i form af ernæring, vitamintilskud og især epilepsimedicin. Der var samtidig betydelig fremgang i hans generelle funktionsniveau og i hans brug af bevægeapparatet, herunder bedring af hans spastiske lammelse.

Som særlig bonus ved pleje, behandling og træning hæves Zorans psykomotoriske niveau fra et få måneder gammelt barn, til svarende til et 1-2 år gammelt barn med brug af et par ord og bedre kontakt. Da han ankom, var han helt indelukket og kommunikerede slet ikke. Tålmodig, daglig træning på en særlig skole for børn med handicap har ført til, at han nu smiler, griner, svarer og er aktiv.

Han er 100% plejekrævende og har behov for behandling, både medicinsk og fysioterapeutisk. Samtlige journaler, undersøgelsesrapporter osv. var blevet indsendt til ministeriet.

Ministeriet gav afslag, men bad samtidig om en besvarelse af de 17 spørgsmål, som stilles i disse sager. Læge Rasmus Heje Thomsen besvarede spørgsmålene ud fra

journaler og lægelige udtalelser, og han talte sig frem til 9 hver for sig alvorlige diagnoser. Denne nye besvarelse nåede dog aldrig at blive vurderet, eftersom familien allerede var rejst hjem – hvis de ikke havde gjort det, havde de fået indrejseforbud.

Eftersom ministeriet ikke anså Zoran for alvorligt syg eller handicappet, har man slet ikke taget stilling til behandlingsmulighederne i hjemlandet. En anden dreng fra Pakistan med næsten nøjagtigt samme diagnoser fik imidlertid tidligere afslag med henvisning til, at den nødvendige behandling (alene i form af sonde-ernæring) findes i Pakistan.

Familien kunne ikke altid skaffe den livsnødvendige epilepsimedicin til ham, og han fik ingen form for fysioterapi. De frygtede ganske enkelt, at han ville dø, hvis de ikke søgte hjælp andre steder. Romaer bliver systematisk diskrimineret i Serbien, og har meget ringe adgang til sundhedssystemet – løbende dokumenteret af Amnesty International og Human Rights Watch.

Eva Singer, der er asylchef i Dansk Flygtningehjælp, forstår ikke ministeriets begrundelse: “Det er jo vigtigt, at man ser på den konkrete sag og ikke bare afviser de forskellige sygdomme en for en, som der er gjort i denne her afgørelse,” siger Eva Singer.

Dansk Epilepsiforening, der følger sagen fra sidelinjen, peger på at epilepsi ofte bliver undervurderet, fordi man ikke ser på, hvordan epilepsien spiller sammen med de øvrige handicap eller sygdomme og derved skaber en stærkt forværret situation. “Korrekt medicinering er helt afgørende for at begrænse potentielt livstruende alvorlige epileptiske anfald,” siger Dansk Epilepsiforenings landsformand, Lone Nørager Kristensen og tilføjer: “Jeg håber, at man finder en løsning, der garanterer, at drengen får den nødvendige behandling.”

Fire måneder efter afslag og udrejse kom familien tilbage til Danmark – i Serbien var Zorans tilstand blevet alvorligt forværret, de havde ikke haft råd til medicin og knap nok haft et sted at bo. Fysioterapi og træning var helt udelukket. Sagen blev genoptaget på baggrund af den lægeerklæring, som aldrig nåede at blive vurderet, før de forlod landet. 4 måneder senere kom et nyt afslag, begrundet med at erklæringen ikke var udfærdiget af en læge, som løbende tilså Zoran. Røde Kors-lægerne skriver ikke disse erklæringer, så i skrivende stund er den eneste chance, at overlægen på pædiatrisk afdeling vil udfærdige en ny eller tilslutte sig den, som Heje Thomsen har skrevet.

Læge Rasmus Heje Thomsen:

“Det er i mine øjne helt afgørende for korrekt bedømmelse af sager om humanitært ophold på baggrund af helbredssituationen, at disse skøn kan foretages af lægelige eksperter. Zoran-sagen viste med al tydelighed, at de involverede embedsmænd ikke forstod, eller havde hjemmel til at foretage vurderingen af, tilstanden hos et meget sygt barn.”

ELSA, ERITREA (KOMBINATION)

Elsa ankom til Danmark i 2004 og søgte om politisk asyl pga. kvindesagsarbejde, men fik afslag. Hun er 64 år, fraskilt, og hendes to voksne børn er begge flygtet til udlandet. Der er ingen udsigter til at hun kan hjemsendes tvangsmæssigt. Næsten alle nyankomne asylansøgere fra Eritrea får i dag asyl.

Ved ankomsten var hun rask og fejlede ingen af de sygdomme, hun nu lider af. Hun deltog aktivt i alt, hvad hun kunne – serverede ofte eritreansk kaffe i sine fine, små dukkekopper og havde altid et smil og et knus parat. Nu orker hun i perioder slet ikke at forlade sit lillebitte værelse i Kongelunden. Hun har en lang række diagnoser og får 5 slags medicin: forhøjet blodtryk med risiko for hjerte problemer, grå stær, ustabil diabetes 2, knogleskørhed, slidgigt i knæ der burde opereres, tilbagevendende infektioner i luft-og urinveje, åreknuder, vandsyster i maven.

Hun er efterhånden stærkt deprimeret og opgivende, hun siger hun snart er ligeglad med, hvor hun skal dø henne, de kan bare hente hende. Der er ingen tvivl om, at de fleste af hendes sygdomme skyldes angst og bekymringer pga. livet i asylcentret.

Ifølge lægeerklæring fra Rasmus Heje Thomsen er hendes samlede sygdomsbillede livstruende på langt sigt uden behandling, med kroniske, fremadskridende lidelser, som er delvist invaliderende. Inden længe vil hun sandsynligvis have behov for insulin mod sin diabetes samt en hjerteroperation.

Desuden er Eritrea et af verdens fattigste lande med en jævnlige truende hungerskatastrofe. Ifølge en rapport fra det svenske udenrigsministerium har kun 22% af befolkningen adgang til rent drikkevand, mere end halvdelen af befolkningen er helt afhængige af FN's nødhjælp, og der er kun en læge pr. 100.000 indbyggere. Ifølge det britiske udenrigsministerium er "basal håndkøbsmedicin tilgængelig i hovedstaden, men udvalget er lille. Besøgende anbefales at medbringe nødvendig og receptpligtig medicin."

Ministeriet mener ikke, Elsa falder indenfor kriterierne: "fysiske sygdomme af meget alvorlig karakter", "enlige kvinder fra lande, hvor der hersker ekstremt vanskelige levevilkår" eller "i risiko for at få eller opleve en forværring af et alvorligt handicap" – og heller ikke "en række forhold, der ikke isoleret set kan begrunde humanitær opholdstilladelse, (som) foreligger i kombination hos den samme ansøger."

Mange lignende sager får afslag. Bl.a. **Germer fra Eritrea**, som er 74 år gammel, lider af Hortons Hovedpine og tiltagende demens. Hun har 6 døtre, hvoraf de tre er døde, de to er flygtet og den sidste fik asyl i Danmark i 1994. Og **Amal på 65 fra Irak**, som ankom til Danmark for 10 år siden med sine to teenagedøtre. De blev begge gift med herboende mænd og fik børn, men myndighederne mener, at Amal skal rejse alene tilbage til Bagdad, hvor hun ikke har familie eller netværk længere.

MEHDI, AFGHANISTAN (EPILEPSI)

Mehdi ankom alene til Danmark i 2010, og fik afslag på asyl i april 2011. Mehdi led af en særligt alvorlig form for epilepsi, som er svær at behandle, og han har af tre omgange været indlagt på Hillerød Hospital i løbet af sin tid i Danmark. Mehdi havde desuden regelmæssigt epileptiske anfald og har ikke haft længerevarende perioder uden. Han søgte om humanitær opholdstilladelse men fik afslag i juli 2011. Han blev efterfølgende indlagt efter et voldsomt anfald, hvor han faldt om i et tog, og der blev genansøgt på baggrund af en udtalelse fra Christian Pilebæk Hansen, overlæge v. Hillerød hospital samt speciallæge i epilepsi.

Genansøgningen blev i november 2011 ligeledes afslået, med begrundelsen at han "efter det oplyste ikke lider af en fysisk eller psykisk sygdom af meget alvorlig karakter", samt at Mehdi ikke faldt under nogle af de grupper, der i henhold til §9b anses for at være særligt udsatte.

Refugees Welcome ansøgte igen i februar 2012 og indsendte Pilebæk Hansens udtømmende besvarelse på ministeriets spørgsmål, hvoraf det fremgår, at der retteligt er tale om en livstruende tilstand, som kræver livslang specialistbehandling. Ministeriet gav atter afslag 7. juni 2012, igen med begrundelsen at han ikke led af en meget alvorlig sygdom, og Mehdi blev deporteret til Afghanistan i juli, sandsynligvis ledsaget på flyrejsen af en læge eller sygeplejerske, det har vi ikke kunnet få oplyst, men i hans papirer står der at det tilrådes.

Det må anses for højst usandsynligt, at Mehdi vil kunne få adgang til den nødvendige medicin i form af nyere anti-epileptika i sit hjemland. Mehdi er i Afghanistan udelukkende blevet behandlet med ældre anti-epileptika. Det må ligeledes anses som højst usandsynligt, at der vil være adgang til den af lægen anviste løbende kontrol med specialistbehandling.

En anden relevant faktor er, at Mehdis forældre begge er afgang ved døden. Han har en halvbror og en søster i sin hjemby, som han er blevet uvenner med, og ikke har haft kontakt med i længere tid. Mehdi har derfor ikke et familienetværk, der kan tage sig af ham ved tilbagevenden til Afghanistan, og med de voldsomme anfald vil han have svært ved at finde arbejde og forsørge sig selv. Refugees Welcome har ikke haft kontakt til Mehdi, siden han blev tvangsudsendt.

MAUREEN, CAMEROUN (HIV + DRÆN I HJERNEN)

Maureen ankom i 2007 med et studielegat til at læse sociologi og antropologi på Ålborg Universitet. Hun vidste ikke, at hun allerede da var smittet med HIV, og en pludselig infektion med toxoplasmose satte sig i hjernen og lagde hende i koma i 4 mdr. Hun fik indopereret et dræn, som skal lede væsken væk fra hendes hjerne (en shunt). Efter mange måneders genoptræning var hun nødt til at søge asyl og humanitær opholdstilladelse, da hun ikke længere opfyldte studiekravet. Hun fik afslag på begge dele.

Advokat Poul Roepstorff ansøgte påny i januar 2010 vedlagt udtalelser fra læge Rune Aabenhus og fra speciallæge og professor Niels Michelsen.

Aabenhus skriver om HIV/AIDS-spørgsmålet: "HIV/AIDS sygdommen er kronisk, uhelbredelig og kræver livslang behandling for at holde sygdommen nede. Ifald patienten ikke får sin HIV medicin vil parasitsygdommen (toxoplasmose) i hjernen igen blive aktiveret med svær sygelighed evt. døden til følge. Pga. det, som følge af HIV/AIDS, nedsatte immunforsvar vil livslang monitorering af immunforsvaret være påkrævet og i perioder, hvor immunforsvaret er svært svækket vil forebyggende antibiotika behandling være nødvendigt for at minimere risikoen for infektioner." Han uddyber, at der er risiko for at virus kan blive resistent overfor den aktuelle medicin, og at hun i den situation vil være ekstra sårbar overfor livstruende infektioner, idet hendes immunforsvar allerede er ødelagt.

Michelsen skriver, at "det trykafastende dræn er sårbart, og det mindste funktionssvigt kan få katastrofale følger og meget sandsynligt medføre døden indenfor 24 timer, hvis hun ikke øjeblikkeligt får specialiseret neurologisk behandling." Han skriver desuden, at hendes kognitive funktionsniveau er så nedsat, at hun sandsynligvis ikke selv vil registrere sådanne symptomer hurtigt nok. Desuden er hun stærkt handicappet efter lammelsen, har svært ved at huske og holde balancen.

Michelsen har helt usædvanligt selv undersøgt mulighederne for behandling i hjemlandet. Ifølge overlæge på Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling Michael Kosteljanetz findes den nødvendige neurologiske behandling ikke i Cameroun – overlægen har arbejdet flere år i forskellige afrikanske lande, hvor han bla. har fået viden om Cameroun.

Så fulgte en mærkelig sagsgang, hvor humanitærsagen blev åbnet og lukket igen 3 gange. Seneste afslag blev sendt lillejuleaften 2011, kun til advokatens kontor, og han var på juleferie, således at hun modtog brev fra politiet d. 30.12.2011 med udrejsedato d. 3.1.2012 uden at kende afgørelsen. Pudsigt hastværk i juleferien, når man tænker på, at hun på det tidspunkt havde opholdt sig 4 år i landet.

*) <http://www.docstoc.com/docs/94954809/Financial-barriers-to-HIV-treatment-in-Yaound-Cameroon-first>

Maureen fik afslag med henvisning til, at der ifølge generalkonsulatet fås gratis HIV-medicin i Cameroun, og at helbredsundersøgelser ikke udgør en uforholdsmæssig høj udgift. En videnskabelig undersøgelse fra 2009 påviste imidlertid, at pga. gebyrer for medicin og undersøgelser var 20% af de undersøgte HIV-smittede ikke tilstrækkeligt behandlede.*

Situationen med det trykafastende dræn blev af embedsmanden vurderet som "ikke behandlingskrævende i øjeblikket", og der blev derfor slet ikke taget stilling til behandlingsmuligheder i hjemlandet.

I oktober 2011 skrev Information en artikel om hendes sag, hvor både formand Andreas Kamm fra Dansk Flygtningehjælp, jurist Claus Juul fra Amnesty og professor Niels Michelsen, som har undersøgt Maureen, giver udtryk for at være rystede over, at man virkelig har planer om at sende en så syg person ud af landet uden adgang til behandling i hjemlandet.

Om morgenen d. 3. januar kl. 04 kom politiet og kørte Maureen til lufthavnen. Hun blev helt usædvanligt fulgt hele vejen til Cameroun af to Røde Kors-medarbejdere for at hjælpe hende, da hun har problemer med at gå og orientere sig. Venner i Danmark var i tiden efter i kontakt med Maureen, som skrev, at hun havde svært ved at få fat i sin HIV-medicin. Og naturligvis ved hun ikke, hvad hun skal gøre, hvis drænet i hjernen stopper til.

Professor i medicin, PhD, Niels Michelsen skriver om ministeriets behandling af Maureens sag:

"Ministeriet tog ikke hensyn til (forstod ikke?), trods meget grundig forklaring flere gange, at Maureen ikke blot havde behov for fortsat behandling og kontrol af sin HIV infektion, men at hun også pga. hjerneskade havde en varig og betydelig funktionsnedsættelse i form af kognitive vanskeligheder, motoriske vanskeligheder og rumretningsvanskeligheder. En funktionsnedsættelse, der efter mit skøn efter dansk praksis ville have gjort hende berettiget til førtidspension. Hendes trykafastende dræn fra hjernen blev der ej heller taget hensyn til. I værste fald kan drænet lukke til, uden at man umiddelbart opdager det. Ved tilstopning er akut neurokirurgisk behandling nødvendig, og en sådan behandling er, efter de oplysninger jeg fik, ikke mulig i Cameroun. Der var altså en alvorlig, livstruende risiko for Maureen ved at opholde sig i Cameroun. Ministeriet forholdt sig ikke til disse mange risikoforhold, og ministeriets behandling er efter mit skøn derfor meget ufuldstændig og uprofessionel. Jeg har i mange år været professor på Københavns Universitet, og hvis en af mine studenter havde afleveret en vurdering af Maureens sag svarende til ministeriets, ville studenten klart været dumpet med besked om at læse sagsakterne ordentligt og tage stilling til alle de fremførte konkrete forhold."

NAMBI, MARIAMA, ABIGAIL, LYDIA... (HIV)

Ifølge ministeriet er AIDS, men ikke HIV en livstruende sygdom, og derfor giver man generelt afslag uden at undersøge behandlingsmulighederne i hjemlandet. Ifølge lægerne kan man dog ikke skelne mellem HIV og AIDS på den måde.

Abigail fik afslag med følgende begrundelse: *“Det forhold, at Abigail lider af HIV, er således ikke en sådan meget alvorlig fysisk sygdom, der efter ministeriets praksis kan begrunde meddelelse af humanitær opholdstilladelse.”* Vurderingen er foretaget ud fra hendes aktuelle tal for virus i blodet, som viser at hun er i behandling, men dog har lavt immunforsvar og derfor løbende modtager antibiotika forebyggende. Hun blev året før indlagt med en akut psykose, sandsynligvis fremkaldt af HIV-infektionen. På det tidspunkt skrev lægen i hendes journal *“...som nu har udviklet sig til en særdeles behandlingskrævende AIDS.”*

Overlæge Thomas Benfield fra Infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital skriver om sin patient Lydia i et brev til ministeriet: *“Lydia har ikke på nuværende tidspunkt udviklet AIDS, men det vil hun gøre uden relevant behandling, som efter min bedste overbevisning ikke er tilgængelig i hendes hjemland. Baggrunden for den nuværende behandling er netop at forhindre udviklingen af AIDS.”*

I Mariamas sag skriver afdelingslæge Kim David fra Infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital, at *“patienten lider af HIV, at sygdommen er stabil pga. anti-retroviral behandling, og at en behandlingsafbrydelse vil medføre et hurtigt fald i CD4-celletallet. Et CD4-celletal på under 200 vil være forbundet med høj risiko, og den forventede restlevetid vil være nedsat til 6-12 måneder.”*

De ovennævnte kvinder kommer fra Uganda, Gambia, Zambia og Tjetjenien, og i alle disse sager har ministeriet end ikke undersøgt, om der er adgang til HIV-medicin i hjemlandet, idet man har affejet selve diagnosen som “ikke meget alvorlig.”

Fra gældende praksisnotat fra 2010: *“HIV-positivitet er således efter ministeriets praksis som udgangspunkt ikke en sygdom af en sådan meget alvorlig karakter, der i sig selv kan begrunde meddelelse af humanitær opholdstilladelse. Særlige omstændigheder vil dog efter ministeriets praksis kunne begrunde meddelelse af humanitær opholdstilladelse til en ansøger, som er HIV-positiv, f.eks. i visse tilfælde, hvor ansøgeren lider af særlig fremskreden HIV med betydelig øget risiko for udvikling af AIDS, såfremt den pågældende ikke modtager behandling. Ved vurderingen af om der foreligger en sådan betydelig øget risiko for udvikling af AIDS uden behandling, foretages der en konkret helhedsvurdering af den pågældendes helbredstilstand med inddragelse af oplysninger om CD4-celletal, mængden af virus i blodet, den pågældendes alder og eventuelle følgesygdomme.”*

Men i et andet afsnit står der: *“Ligeledes vil en person, der lider af en psykose, men som for tiden ikke udviser psykotisk adfærd, idet den pågældende modtager antipsykotisk behandling, kunne meddeles humanitær opholdstilladelse.”* AIDS kan ligesom psykotisk adfærd holdes tilbage gennem den rigtige medicin.

EMMA (KOSOVA, BARN)

En sag tilbage fra 2008, men stadig et godt eksempel på, at børn ikke har adgang til humanitær opholdstilladelse, idet der ikke er taget højde for dem i loven. Emma og hendes familie er romaer fra Kosova, ankom til Danmark i år 2000 og fik afslag, men kunne ikke sendes hjem. Fra februar 2007 til februar 2008 levede familien under jorden, af frygt for den udsendelse, som nu endelig var blevet mulig. Da var Emma 9 år gammel og havde levet de 7 i Danmark. I denne periode opholdt de sig få uger ad gangen på samme sted, børnene kom næsten ikke udendørs, og enkelte nætter blev tilbragt på en bænk i en park. Disse oplevelser samt den konstante angst for hjemsendelse gjorde stor skade på Emmas psykiske tilstand, og i en længere periode efter tilbagevendelsen til Sandholm talte hun slet ikke.

I løbet af foråret viste hun små tegn på bedring, og det lykkedes delvist at få hende til at gå i skole igen, men senere forværredes tilstanden igen voldsomt, idet hun begyndte at vågne mange gange om natten med mareridt – ofte sov hun kun en times tid ad gangen.

Dansk Røde Kors havde ikke foranstaltet en egentlig psykiatrisk udredning af hende, men det gjorde familiens kontaktperson, udfærdiget august 2008 af børnepsykiater Bente Rich. I konklusionen beskrives Emmas tilstand som depressiv devitalisering, depression, konstant stresstilstand, og der stilles diagnoserne “Depressiv enkeltepisode af svær grad uden psykotiske symptomer samt Posttraumatisk belastningsreaktion”. Psykiateren anbefaler børnepsykiatrisk behandling og rehabilitering, hvilket vil sige et højt specialiseret behandlingsforløb over flere år, idet situationen er uholdbar helbreds- og udviklingsmæssigt.

Ansøgningen blev afvist, med henvisning til at ingen i familien led af meget alvorlige og behandlingskrævende sygdomme.

En af grundene til at familier fra Kosova ikke kunne sendes hjem, selvom krigen var slut, var de manglende behandlingstilbud i landet sammenholdt med den store andel af traumatiserede borgere. UNMIK (FNs særlige repræsentantskab med midlertidigt ansvar for Kosova) modsatte sig derfor hjemsendelsen af tusindvis af asylansøgere i årevis. Selvom der til sidst blev indgået aftale med Danmark i 2007, var antallet af læger og psykiatere langtfra nok til at dække behovet. Man kan derfor gå ud fra, at en romapige som Emma overhovedet ikke ville komme i nogen form for behandling – familien ville være heldige, hvis de fik tag over hovedet.

Emmas far blev i maj 2008 fængslet og indsat først i Vestre Fængsel, dernæst Helsingør Arrest. Emma ville ikke besøge sin far i fængslet, fordi hun er bange for politiet. Det endte med at han blev sendt alene tilbage til Kosova, da moren og børnene igen var forsvundet. Flere år senere fik danske venner kontakt med familien igen. De bor i Serbien, Emma er stadig syg og er først for nylig begyndt i skole.

FADILA, BOSNIEN (PÅRØRENDE)

Fadila Husagic ankom for mange år siden sammen med sin voksne søn Muhamed, fordi han var syg, og de ikke kunne få nogen hjælp til ham i Bosnien. Hendes anden søn og svigerdatter har lovligt ophold i Danmark, og hun har ikke anden familie tilbage.

Muhamed fik humanitær opholdstilladelse i 2010 med diagnoserne paranoid skizofreni samt PTSD. Fadila har uden undtagelse været hans primære omsorgsperson, men alligevel fik hun ikke opholdstilladelse sammen med sønnen. Kommunen har været nødt til at sørge for, at hun kunne bo i sønnens lejlighed i stedet for på asylcentret, da han er fuldstændig afhængig af hendes tilstedeværelse – både med praktisk hjælp og psykisk tryghed. Det har hun dog aldrig fået officielt lov til af Udlændingestyrelsen, selvom hun har ansøgt.

Det fremgår af udtalelser fra bopælskommunen, Muhameds praktiserende læge og Muhameds psykiater, at Muhamed nægter at modtage hjælp fra andre end sin mor, og at det ikke er muligt at opnå kontakt til ham uden moderens tilstedeværelse. Det anføres yderligere fra både lægens, psykiaterens og kommunens side, at uden moderen vil det være nødvendigt at flytte Muhamed til en institution, og at den relative bedring i hans sindstilstand ikke vil kunne opretholdes uden moderens tilstedeværelse.

Med andre ord, hvis moderen sendes hjem, vil Muhameds tilstand forværres, og han vil med sikkerhed være nødt til at bo på en institution – en uhensigtsmæssig situation, både menneskeligt og økonomisk.

Refugees Welcome har søgt genoptagelse af hendes sag med henvisning til sønnens sag, men fik for nylig afslag efter 11 mdr., og Fadila står i dag til udsendelse. Sagen minder en del om Farhads case (se side 61), og dette er ministeriet blevet gjort opmærksom på – men den har ikke været i medierne.

SAHRA, SOMALIA (NYRESYGDOM)

Sahra ankom hertil i 2002 alene med 6 børn (hvoraf en var over 18 på det tidspunkt). Hun tilhører en minoritetsklan fra Mogadishu-området. Familien fik afslag på asyl, men ingen kunne sendes retur til Somalia, idet der reelt ikke eksisterede en ansvarlig myndighed i landet.

Allerede da Sahra ankom, klagede hun over smerter i maven og hævede ben, men ikke før hendes kontaktperson fra 'Amnesti Nu' fik hende ordentligt undersøgt i 2007 blev det konstateret, at hun led af en kronisk nyresygdom. Ifølge lægen ville hun inden længe være nødt til at komme i dialyse, og på længere sigt måske få brug for transplantation. Nyrespecialisten skrev i en udtalelse, at hendes sygdom er livstruende, kronisk og fremadskridende. Og der hersker ikke mindre tvivl om, at behandlingsmuligheder i hjemlandet er udelukket.

Kontaktpersonen skrev en ansøgning om HO sammen med Refugees Welcome i januar 2008, vedlagt en speciallægeerklæring fra Nefrologisk Afdeling, Roskilde Sygehus med diagnose, behandlingsmuligheder samt udsigter ved manglende behandling. Men selvom kroniske nyresygdomme er direkte nævnt i ministeriets praksisnotat, bad ministeriet om uddybende udtalelser fra speciallægen, som svarede, at "progredierende nyresvigt over tid vil føre livstruende komplikationer med sig". Ministeriet havde stadig ikke helt forstået, og udbad sig en præcisering. I sin tredje beskrivelse af hendes tilstand fornemmer man lægens irritation: "...betyder: en uafvendelig proces med langsom, men uafvendelig aftagende nyrefunktion. På et tidspunkt vil denne nyrefunktion ubehandlet være så beskedent, at livets opretholdelse ikke er mulig: man dør."

Til sidst fik Sahra HO, efter 7 måneders sagsbehandling. Alle hendes 6 børn fik også ophold, selvom to af dem var fyldt 18 år i mellemtiden, og den ældste var over 18 ved ankomsten. Han fik ophold med henvisning til den faderrolle, han havde overfor sine yngre søskende. På det tidspunkt havde familien boet 6 år i asylsystemet, og blevet flyttet 7 gange mellem 4 forskellige centre.

Sahra kom ganske rigtigt i dialysebehandling, til sidst 3 gange om ugen, og kom på venteliste til en nyretransplantation. Efter 2 år og 8 mdr. forgæves ventetid i det danske sundhedssystem på en donor, tog Sahra selv affære. Hun fik og lånte penge af sine brødre til at få foretaget en transplantation på privathospital i Malaysia.

Sahras børn, som nu er mellem 15 og 29 år gamle, er alle meget velfungerende, på trods af deres mors alvorlige sygdom og alle årene i asylcenter. De er alle i gang med eller har fuldført en uddannelse som henholdsvis sosu-assistent, bygningskonstruktør, handelsskole hhx og gymnasiet. Den ældste søn har hele tiden følt det som sit ansvar at forsørge familien frem for selv at tage en uddannelse, så han tog stort kørekort og har siden haft arbejde som buschauffør.

ARMAN, ARMENIEN (SKIZOFRENI)

Arman ankom første gang til Danmark sammen med sin gravide kone i 2005 og søgte om asyl. Arman havde været fængslet og tortureret i både Armenien og Rusland. Hustruen nedkom med en datter i 2006. Der forhandlede i flere år omkring videresendelse af familien til enten Italien eller Sverige, og til sidst, i foråret 2010, blev Arman deporteret fra Sverige til Armenien. Imens var hans hustru og datter gået under jorden.

Under årene i de danske asylcentre havde Arman klaget over stærke smerter i hovedet, og Amnesty International havde udført en torturundersøgelse af ham, som bekræftede hans udsagn om tortur i to forskellige fængsler.

I august 2010 dukkede Arman igen op i Sandholm efter 8 mdr. i hjemlandet, hvor han ikke havde givet lyd fra sig til sin kone og datter, som gemte sig i Danmark og Sverige. Han havde næsten totalt hukommelsestab og forstod end ikke, hvordan og hvorfor han var havnet i Danmark igen, kunne ikke kende kone og datter. I november 2010 genoptog myndighederne hans sag i Danmark. Amnestys lægegruppe undersøgte ham på ny og konstaterede en kraftig forværring af hans tilstand.

Arman var i to perioder indlagt på lukket psykiatrisk afdeling for akut psykose og selvmordsrisiko. På Refugees Welcomes foranledning udarbejdede psykiater Inger Ros i maj 2011 en 7 sider lang speciallægeerklæring med diagnoserne PTSD, hukommelsestab og psykotiske symptomer, og en liste over to slags medicin mod depression og to andre mod psykose. Citater fra erklæringen: *“er hallucineret og har paranoide ideer (...) betydeligt svækket formel og emotionel kontakt (...) tåler ikke andre mennesker, bliver angst og irriteret i samvær med andre (...) desuden meget plaget af de voldsomme anfald af hovedpine og klager over smerter i hænder og fødder og i kroppen generelt.”*

Vi indsendte ansøgningen i juni 2011. Først i december henvendte ministeriet sig til den danske ambassade i Kiev (i mangel på repræsentation i Armenien) og spurgte om Armans medicin var tilgængelig i Armenien. I marts 2012 udbad ministeriet sig “aktuelle oplysninger”, på trods af at vi løbende havde indsendt journaludskrifter fra den psykiater, som havde ham i behandling i Røde Kors-regi, og denne tilføjede endog diagnosen skizofreni undervejs.

Først i juli 2012 kom meddelelsen om opholdstilladelse – efter 13 måneder – med henvisning til en samlet vurdering af sagens omstændigheder, og at mindst et af de pågældende medicinske præparater ikke kunne fås i Armenien, og at psykiateren havde beskrevet dårlig effekt af andre former for medicin for Arman.

Et halvt år senere blev parrets asylsag behandlet, og de fik asyl – 8 år efter ankomsten til Danmark.

FARHAD, AFGHANISTAN (RETARDERING)

25-årig afghaner, som ankom til Danmark med sin mor og to yngre brødre i 2008, efter at deres far var blevet dræbt. I en psykologerklæring beskrives Farhad Rezae som »en svært traumatiseret ung mand med en ringe begavelse, der har været udsat for krigstraumer under sin opvækst.«. Og på baggrund af en neuropsykologisk undersøgelse vurderer psykolog Kjeld Jensen i erklæringen, at Farhads »generelle evner ligger i området ca. 3 til 5 1/2 år«, mens hans intelligenskvotient er 35 til 49, hvor normalområdet er 90 til 110.”

»Personlighedsmæssigt er han svært mentalt retarderet,« skriver overlægen, som dog kalder sin egen undersøgelse »mangelfuld«, eftersom patienten ikke har været i stand til at gøre rede for sin egen situation. Overlæge i psykiatri Henrik Rindom bemærker, at Farhad Rezae *»kan blive udadreagerende og komme i en så voldsom affekt at det kan ligestilles med forbigående psykose«*. Farhad Rezae er derfor i behandling med det antipsykotiske middel Truxal, som *»giver ham en vis ro over de mest voldsomme impulsive udfald«*. Samlet vurderer overlægen, at Farhad ikke vil kunne klare sig uden professionel hjælp fra en socialpædagogisk institution, og at han har behov for fortsat medicinsk behandling. Konklusionen på undersøgelsen er derfor klar: *»Det må antages, at han ved hjemsendelse til Afghanistan vil gå til, da det er tvivlsomt om han der vil kunne tilbydes sufficient behandling,«* skriver Henrik Rindom.

Farhad opholder sig på en institution, hvor han er under døgnbemanding. Det skyldes, at hans mor ikke er i stand til at tage sig af ham, blandt andet fordi han er voldsomt udadreagerende.

Foreningen Asylret søgte i august 2011 om humanitært ophold for ham, men i første omgang fik han end ikke lov at blive i landet mens sagen behandledes. Dagbladet Information skrev flere gange om hans sag, og i august 2012 fik han humanitær opholdstilladelse. Hans mor, som har passet han hele hans liv, og hans to yngre brødre stod dog stadig til udsendelse, idet Farhad ikke er erklæret umyndig, og man vurderede at han får tilstrækkelig omsorg på daginstitutionen. Flere andre dagblade skrev om sagen, og i december nåede Justitsministeriet frem til, at også moderen og brødrene skulle have opholdstilladelse.

Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT)* opfordrede i Information den nye regering til at se nærmere på Farhad Rezaes sag, inden han blev tvangshjemsendt. Ifølge centrets juridiske rådgiver Dorrit Ree Akselbo har Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol slået fast, at det alt efter de konkrete omstændigheder kan være et brud på Den Europæiske Menneskerettighedskonventions forbud mod at udsætte personer for umenneskelig behandling at sende syge mennesker tilbage til et land, hvor de ikke vil kunne få den rigtige behandling. »Og hvis man ser på Farhad Rezaes sag, har man jo fundet det nødvendigt at placere ham på en døgn-

institution i Danmark, hvor han får en behandling, som han efter alt at dømme umuligt vil kunne få i Afghanistan,« siger Dorrit Ree Akselbo og henviser til, at FN har advaret imod at sende mennesker med handicap tilbage til Afghanistan på grund af de ringe behandlingsmuligheder i det krigshærgede land.

*) hedder nu Dignity, Dansk Institut mod Tortur (red.)

HASSAN, IRAK (DEMENS)

Da Brorsons Kirke blev ryddet i august 2009, var 72-årige Hassan Gardi og hans kone nogle af de irakere, der blev hentet ud af politiet. Efter rydningen skjulte parret sig med hjælp fra unge aktivister af frygt for politiet. Få dage forinden havde Integrationsministeriet afslået at genoptage hans sag om humanitær opholdstilladelse. Hans kone på 47 havde i årevis passet ham som et barn – han tisser i bukserne og kan ikke længere sige andet end nogle få ord.

Ministeriet skrev i afslaget: *»Endvidere kan det forhold, at De, Hassan Mohammad Hussein Gardi, ikke er i stand til at klare Dem selv, og at De er fuldstændig afhængig af pleje fra andre, ikke føre til et andet resultat.«*

»Denne svære demens er at sidestille med psykisk sygdom af meget alvorlig karakter,« skriver speciallæge i neurologi Bjarne Degnbøl, der tidligere havde undersøgt Hassan, og hvis lægeerklæring blev lagt til grund for ægteparrets anmodning om humanitær opholdstilladelse. Hassan havde imidlertid aldrig fået en CT-scanning, men dette fik lægen derefter på eget initiativ gennemført. Enhedslisten stillede spørgsmålet til Sundhedsministeren, om demens i denne form ikke måtte siges at være “meget alvorlig sygdom” – og fik bekræftende svar. Det vil sige, at Sundhedsministeriet havde en anden vurdering af en sygdoms alvorlighed end det daværende Integrationsministerium havde.

Hassan og Gulizar vendte tilbage til asylcenter Kongelunden, men her blev de i oktober 2009 anholdt og fængslet med henblik på udsendelse. Amnesty International fordømte anholdelsen og kaldte den et menneskerettighedsovergreb. “At sende Hassan Gardi til Irak nærmer sig grusom og umenneskelig behandling,” siger generalsekretær i Amnesty International, Lars Normann Jørgensen. “Alene det, at man fængsler en mand i hans tilstand, er uacceptabelt og endnu et vidnesbyrd om den kynisme, hvormed de danske myndigheder har behandlet hele iraker-sagen. Danmark er i gang med at begå et menneskerettighedsovergreb.”

I april 2010 fik Hassan og hans kone alligevel humanitær opholdstilladelse, efter at sagen havde været beskrevet i adskillige dagblade.

Humanitær opholdstilladelse. En sikkerhedsventil, som Folketinget har indført for at sikre, at Danmark ikke sender mennesker hjem til den visse død eller helt umenneskelige situationer, selvom de måske ikke opfylder kriterierne for at få asyl.

Virkeligheden viser sig at være noget mere tvivlsom. En ansøgningsprocedure som kræver professionel hjælp, kriterier som ikke anvendes i praksis selvom de står i loven, jurister der skal tage stilling på baggrund af lægeerklæringer, læger som skal skrive erklæringer uden at få løn for det. Alt dette førte til, at kun 121 personer inklusive familiemedlemmer fik humanitær opholdstilladelse i 2011, og i de foreløbige offentliggjorte første 3 kvartaler af 2012 er antallet helt nede på 31.

I regeringsgrundlaget fra 2011 står der, at man ønsker *“Klare og rimelige regler”*, og *“Området for humanitær opholdstilladelse skal fortsat være snævert, og det skal være undtagelsen, at der gives humanitær opholdstilladelse. Humanitær opholdstilladelse gives for maksimalt 1 til 2 år ad gangen. Reglerne bør dog underlægges en gennemgang, idet særligt meget syge mennesker, som loven er tiltænkt, kan have svært ved at få humanitær opholdstilladelse.”*

Denne rapport præsenterer for første gang en samlet gennemgang af emnet, og den vil forhåbentlig indgå i regeringens overvejelser. Rapporten indeholder konkrete anbefalinger til at løse de problemer, der påpeges – samt 12 cases, som belyser sagernes komplekse natur.

Om forfatteren:

Michala Clante Bendixen er grafisk designer, og har arbejdet frivilligt med flygtninge i mange år. Hun har deltaget løbende i den offentlige debat om asylpolitik. Som formand for organisationen Refugees Welcome/Komiteen Flygtninge Under Jordan har hun været igennem et stort antal konkrete sager, og på den måde opnået stor erfaring med både lovgivning, praksis og de personlige aspekter. Michala udgav i 2011 ‘Asylcenter Limbo. En rapport om udsendelses-hindringer.’

REFUGEES WELCOME



Dronningensgade 14, 1420 Kbh K

ISBN: 978-87-994866-1-8