

Rapport

Justitsministeriets brug af lægelige oplysninger i sager om humanitært ophold i Danmark

Et case baseret indblik i justitsministeriets indsamling, anvendelse og fortolkning af lægefaglige vurderinger indsamlet fra danske læger og gennem EU's *Medical Country of Origin Information* MedCOI program



The image shows a screenshot of the MedCOI (Medical Country of Origin Information) login interface. At the top left is the European Union flag. To its right, the text reads 'MedCOI' in a large font, with 'Medical Country of Origin Information' in a smaller font below it. A blue horizontal bar with the word 'Login' in white text is positioned below the header. Underneath this bar, there are two text input fields: the first is labeled 'Username' and the second is labeled 'Password'. Below the password field is a grey button with the text 'Login'. At the bottom of the form area, there is a blue hyperlink that says 'Can't access your account?'.

Morten Sodemann

Professor i Indvandrermedicin

Klinisk institut, Syddansk Universitet og Indvandrermedicinsk klinik, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Odense Universitetshospital

Odense, 10. Juli 2014

Om rapporten

Rapporten er forfattet af professor Morten Sodemann, Center for global sundhed og Indvandrermedicin, Klinisk Institut, Syddansk Universitet og er baseret på patient journaler fra Indvandrermedicinsk klinik samt dokumenter vedrørende ansøgninger om humanitær opholdstilladelse og på eksisterende videnskabelig litteratur på området, samt forfatterens egen forskning og erfaringer fra specielt Øst - og Vestafrikanske lande. Endelig danner en tidligere rapport fra Indvandrermedicinsk klinik: *Psykatri i Irak*, et videnskabeligt grundlag for dele af aktuelle rapport (kan downloades fra www.ouh.dk/indvandrerklinik).

Aktuelle rapport kan downloades i pdf format fra www.ouh.dk/indvandrerklinik.

An English summary is found at the end of the report (report can be downloaded in pdf format at: www.ouh.dk/indvandrerklinik)

Kontakt information:

Morten Sodemann
Center for Global Sundhed
SDU Albanitorv 6, 5000 C
Msodemann@health.sdu.dk
www.ouh.dk/indvandrerklinik

Baggrund for rapporten

Ansøgninger om humanitært ophold på helbredsmæssig baggrund kræver i sagens natur lægelige oplysninger. Ansøger må selv skaffe oplysninger til støtte for ansøgningen. Justitsministeriet (JM), der behandler ansøgningerne, indhenter egenhændigt oplysninger om behandlingsmuligheder, adgang til bestemte medicinske præparater, genoptræning og lægekontrol gennem diplomatiske kanaler og gennem det EU finansieret program *Medical Country of Origin Information*, MEDCOI.

Patienter ved ikke nødvendigvis, hvad de fejler og ved erfaringsmæssigt heller ikke nødvendigvis, at der findes speciallæger, som har særlig viden om bestemte sygdomme (rygkirurg/håndkirurg eller blodtryks ekspert/hjerteflimmer ekspert). Deres erfaring er, at patienter skal overtale en læge til at bruge tid på en erklæring, og honoraret kan lægen frit fastlægge. Ikke alle læger vil/kan eller prioritere at bistå med disse attester. De fleste læger stifter kun yderst sjældent, om nogensinde, bekendtskab med denne type erklæringer.

For ikke jurister fremstår området kaotisk og vilkårligt og det er svært at forstå den måde Justitsministeriet anvender den information, som læger fremsender i form af erklæringer.

Formålet med rapporten er at påpege den omfattende forskelsbehandling som ansøgere udsættes for på mange forskellige planer, hvor af mange er usynlige for de fleste. Desuden er målet med rapporten, at beskrive Justitsministeriets (JM) tydeligt selektive udvælgelse og fortolkning af lægelige og helbredsmæssige oplysninger, samt hvordan oplysninger kan blive ignoreret i beslutningsgrundlaget og stopper indsamlingen af informationer, når målet om hjemsendelse kan begrundes. Endelig skal rapporten give et indblik i hvordan JM ved sin sprogbrug, interaktion og praksis påvirker læger og advokater til at forfatte defensive og uforpligtende erklæringer, eller fører til at lægen næste gang afviser at medvirke til at skrive lægeerklæring pga. den intimiderende klandrende tone i JM's kommunikations strategi overfor læger.

Om de præsenterede cases

De 13 cases, der præsenteres i denne rapport er anonymiserede på ikke-betydende punkter og bringes med patientens tilladelse og i relevante tilfælde også godkendt af deres advokater. Casene er baseret på 2 forskellige kilder: 1) direkte patient kontakter i Indvandrermedicinsk klinik med inddragelse af journalnotater og de breve som patienterne har overdraget til klinikken i forbindelse med undersøgelser og behandling og 2) dokumenter og journal notater, der vedrører ansøgning om humanitær opholdstilladelse, fremsendt til rapportens forfatter, af asyl advokater og efter aftale med deres klienter.

Rapportens forfatter har derudover fuld dokumentation for yderligere 10 cases, som samstemmende bekræfter at Justitsministeriets kommunikation med læger og advokater koncentrerer sig om:

- 1) anmodninger om at ændre medicinsk behandling til mindre lødige, mindre effektive og mere bivirkningsfyldte præparater,
- 2) forslag om behandlingsophør,
- 3) diskussioner om reelle behandlings og kontrol muligheder,
- 4) diskussioner om definitioner på rehabilitering/genoptræning,

5) forsøg på at overtale lægen til at gradbøje eller ændre diagnose og/eller prognose for ansøgers sygdom(me),

6) diskussioner af, om der eksisterer traume og torturbehandling i et givet land,

7) advokaters forsøg på at få klarlagt hvordan ansøgere, resten af livet, selv skal skaffe, betale og forny særlige import tilladelser i lande uden fungerende sundhedsstyrelser,

8) de reelle vs. de faktiske priser på medicin mangelvarer og ydelser i skrøbelige lande, hvor korrupsion og forfalskning af medicin og hjælpemidler er udbredt.

Resume

De 5 vigtigste

- Justitsministeriet (JM) tilsidesætter i praksis lægers oplysninger til fordel for upræcise og utroværdige oplysninger, indhentet gennem EU's MedCOI program
- Læger tvinges til at indgå i lange ressourcekrævende "faglige" dialoger med JM's jurister, kontaktes telefonisk udenom advokaten og der stilles spørgsmålstejn ved deres faglighed
- De beskrevne cases afslører en lemfældig og ufaglig anvendelse af lægeoplysninger og JM's jurister begår "lægefejl" fordi de ikke kender lægers ofte omfattende præmisser og lange kliniske erfaring som grundlag for en bestemt behandling
- Der er en skjult men omfattende forskelsbehandling i hvor velbelyste sager er og hvor kvalitetsbetonet den lægelige og juridiske støtte til ansøgeren er afhængigt af om de bor i provinsen eller i hovedstaden
- Regelsættet og dets udmøntning bør gennemgås af en uafhængig instans og lægeforeningen opfordres til at se på brydningsfladen mellem jura og lægelige vurderinger på området

Ansøgere om helbredsbetiget humanitær opholdstilladelse (eller forlængelse af eksisterende) skal selv skaffe lægelige oplysninger, mens Justitsministeriet skaffer oplysninger om behandlingsmuligheder gennem *Medical Country of Origin Information* (MedCOI) programmet eller en dansk repræsentation i det pågældende land hvor ansøger stamme fra.

Denne rapport gennemgår Justitsministeriets (JM) indsamling og fortolkning af de lægelige oplysninger, som ansøgerne fremsender og de oplysninger JM modtager fra MedCOI programmet under EU, til brug for bedømmelse af ansøgninger om helbredsbetiget humanitær opholdstilladelse. Grundlaget for denne rapport er 13 cases, der analyseres baseret på patientjournaler og tilhørende dokumenter vedrørende patienters ansøgninger herunder korrespondancer mellem læger, advokater og Justitsministeriet, som advokaterne eller rapportens forfatter har fået aktindsigt i.

Rapporten dokumenterer, at der på en lang række planer sker en omfattende forskelsbehandling, der skaber tvivl om retssikkerheden indenfor dette komplicerede regelsæt. Mens den juridiske tyngde og detalje grad i beslutningsgrundlaget er meget høj, så modsvares den desværre af et tilsvarende *mangelfuldt* og overfladisk indhold af lægelige oplysninger. JM selekterer i lægeoplysninger, der kan støtte hjemsendelse og undlader at kommentere på lægeoplysninger der kan tale mod hjemsendelse. I de fleste sager, der præsenteres her, lader JM MEDCOI rapporterernes oplysninger veje tungere end lægeoplysninger og anvender dem systematisk til at bearbejde lægernes vurdering og behandlingsvalg. JM viser sig på en række områder at overskride faggrænser med hyppige henvendelser til læger og advokater med krav om stillingtagen til diagnostiske ændringer, dosis ændringer, præparat udskiftninger etc. Der er eksempler på at JM henvender sig direkte til lægen udenom asyl advokaten – endda direkte telefonisk uden at det dokumenteres.

Særligt to af de præsenterede cases vækker bekymring for JM's praksis: case nr. 6 om en familie, der i 12 år har skullet forlænge deres humanitære opholdstilladelse hvert halve år og nu fremstår som en knækket familie hvor forældrenes sygdomme er druknet i ansøgninger, angst og stress og dermed ført til varige funktionstab og blivende handicaps, mens børnenes trivsel viser sig at have taget varig psykisk skade. Case nr. 10 er en patient med 3 kroniske-, hver især livstruende, sygdomme, i behandling med over 10 præparater. Patienten står overfor kronisk dialyse og leversvigt. JM beslutter at patienten kan hjemsendes da en del af medicinen, ikke alt, kan købes i hjemlandet, hvis patienten vel at mærke selv skaffe en tilladelse til at importere det. Sagen afgøres af JM på en helt banal detalje: eet af præparaterne ikke kan købes med delekærv. En beslutning der næppe kan skabe præcedens.

Der er en skjult men betydelig forskelsbehandling afhængigt af hvor man er bosiddende: Ansøgere bosiddende udenfor Hovedstadsområdet har ikke adgang til den samme specialiserede, erfarne juridiske og lægelige støtte, som ansøgere bosiddende i hovedstadsområdet. Ansøgninger fra provinsen risikerer at bygge på erklæringer fra generalister uden den nødvendige faglige indsigt eller overblik og dermed uden gennemslagskraft.

MEDCOI oplysningerne indsamles af anonyme kilder og er åbenlyst problematiske, men tillægges absolut sandhedsværdi. JM ser ud til i nogle tilfælde at indhente oplysninger via sundhedsmæssigt ukyndige ambassade ansatte, hvis MEDCOI oplysninger ikke kan anvendes til at begrunde hjemsendelse. JM har i flere tilfælde anbefalet, at patienten selv må iværksætte import af medicin på uregulerede markeder hvor der ikke er kvalitetskontrol og hvor 30-40 % af medicinen er forfalsket og uvirksom.

JM's spørgsmål giver indtryk af en underliggende berøringsangst med de ofte mangfoldige og brogede lægeoplysninger ved JM's fagligt ubegrundede og overdrevne fokus på marginale praktiske detaljer. Det er JM der sætter dagsordenen for det lægefaglige input og den "faglige diskussion", der udspinder sig med JM som den der udpeger hvad der er lægeligt vigtigt. Det er en meget uheldig strategi med afgørende negative konsekvenser for beskrivelsen af ansøgernes sygdomme og behandling. Strategien tvinger de involverede læger (og advokater) til at koncentrere sig om ufaglige vildspor, defineret af JM, og som langsomt fjerner sig mere og mere fra sagens egentlige helbredsmæssige omdrejningspunkt som den ser (så) ud fra lægens synsvinkel. JM's opfattelse af at lægelig behandling er lig medicin er, også globalt set, helt utidssvarende. Medicin opfattes i dag kun som en del af samlede lægeforløb med opbygning af egenomsorg, måling af stoffer i blodet, patient inddragelse og selvmonitoreing.

Det måske mest alvorlige problem, som imidlertid ikke er synligt for andre end læger, er at JM's embedsmænd i sagens natur ikke kan "se" alle de mange faglige mellemregninger der ligger i et bestemt behandlingsvalg, de kan heller ikke forstå eller sætte sig ind i de utallige og brogede præmisser der er for en

læges diagnose forståelse og de har ingen fornemmelse for de mange non-verbale signaler og mangeårig interaktion med patienten, der fører til at man endelig lander på den mest optimale behandling med færrest bivirkninger. JM begår, hvad er i denne rapport beskrives som alvorlige lægefejl, som ville udløse alvorlige påtaler, fratagelse af ordinationsretten og patientklagesager, hvis juristerne arbejdede under sundhedsloven. Juristerne er ikke klar over hvor omfattende et beslutnings grundlag læge anvender og de har, som vist i denne rapport, formået at skabe en praksis på området, der friholder dem fra at skulle anvende bruge den information de får fra læger og i særdeleshed ikke pålægger dem at skabe et bedre beslutnings grundlag end det der opfylder JM's mål: hjemsendelse. Casene beskriver tydeligt hvordan JM selekterer indsamling af information og lige nøjagtigt stopper når der er grundlag for at afvise humanitært ophold. Det er ikke retssikkerhed og det efterlader læger som gidsler og ansøgere som (næsten) sikre tabere. Næste gang en læge bliver bedt om at skrive en erklæring vil lægen enten afvise det eller skrive en erklæring der er indholdsløs og uforpligtende.

At JM som en del af deres strategi intimiderer læger ved gentagne gange at stille spørgsmålstejn ved lægens faglige kunnen og dømmekraft og i nogle tilfælde har kontakten telefonisk direkte udenom advokaten, må være en sag for lægeforeningen. Det er helt uacceptabelt og unødvendigt.

Der er en særskilt bemærkelsesværdig overvægt af psykisk syge i sager om humanitært ophold mens fysisk syge ansøgere er sjældnere. Man kan gisne om årsagerne til denne skævhed, men det bør undersøges nærmere. I særlig grad ser det også ud til at lægeundersøgelser og journaler fra asylcentre bliver væk mellem centre og de(n) første praktiserende læger flygtningen tildeles. Dermed går værdifuld information tabt for den mest sårbare patient gruppe: traume og tortur overlevende, der har påvirket hukommelse og fortrænger/forstyrres i dele af deres erindringer. Her har JM, læger og advokater et samlet ansvar for at sikre et fyldestgørende og fair beslutningsgrundlag, for ansøgerne er ikke i stand til at gøre det selv.

JM bør sætte ind over for den dokumenterede forskelsbehandling og en kombination af større faglig ydmyghed og mindre berørings angst, overfor de lægelige og behandlingsmæssige oplysninger de betros, ville klæde både JM og retssikkerheden Det anbefales, at JM's praksis på området gennemgås og at der udarbejdes transparente retningslinjer for indsamling, brug og tolkning af lægelige oplysninger og MEDCOI rapporter i sager om humanitær ophold. Et uafhængigt lægeligt nævn kan være en løsning til at støtte retssikkerheden på området, hvis JM ikke ønsker at ændre praksis. Ansøgere udenfor hovedstadsområdet skal under alle omstændigheder tilbydes bedre og lettere tilgængelig juridisk og lægelig bistand for at undgå den omfattende forskelsbehandling i beslutningsgrundlaget for ansøgninger der kommer fra resten af landet. Den beskrevne forskelsbehandling og vilkårlighed i administrationen af et meget komplekst regelsæt, har et omfang som må overraske alle. De eneste, der ikke er overraskede, er tilsyneladende ansøgerne selv. De har levet med arrogance, vilkårlighed og forskelsbehandling hele livet – også i Danmark. Denne rapport og de præsenterede cases tilbyder et grundlag for at ændre på det.

Tak

Tak til de modige patienter, der har stillet deres liv og dokumenter til rådighed, og tak til de læger, advokater, sygeplejersker og foreninger, der løbende har holdt rapportens forfatter orienteret om sagernes udvikling.

Kriterier for humanitært ophold i teori og praksis

Justitsministeren har mulighed for i ganske særlige tilfælde at give opholdstilladelse til personer, som af Flygtningenævnet har fået afslag på opholdstilladelse efter reglerne om flygtninge. Justitsministeren har ikke mulighed for at tildele opholdstilladelse til personer, der af Flygtningenævnet har fået afslag på opholdstilladelse, medmindre der foreligger et andet grundlag: væsentlige hensyn af humanitær karakter. Disse omfatter:

1. Helbredsforhold, herunder alvorligt handicap
2. Varigheden af ansøgerens ophold her i landet
3. Familier med mindre børn, der kommer fra et land i krig
4. Overlevelseskriteriet
5. Andet, herunder de ovenfor nævnte omstændigheder i kombination, subjektiv frygt, tortur samt andre omstændigheder

En helbredsbetings humanitær opholdstilladelse forudsætter, at udlændingen lider af en meget alvorlig behandlingskrævende sygdom (sygdomskriteriet). Derudover stilles der som altovervejende udgangspunkt krav om, at behandling ikke er tilgængelig i ansøgerens hjemland (kriteriet om fravær af behandlingsmuligheder i hjemlandet), før der meddeles en helbredsbetings humanitær opholdstilladelse.

Det er især, næsten udelukkende, helbredskriteriet, der i praksis har været anvendt og som dermed har fået et uforholdsmæssigt stort fokus i forhold til de øvrige begrundelser nævnt ovenfor. Dét er i sig selv et problem, at Justitsministeriets ensidige fokus på helbredskriteriet har medført, at læger og advokater *ikke* har haft det fornødne fokus på flygtningens og flygtninge familiens samlede vilkår, herunder især børnenes tarv. Det vil sige, at de øvrige punkter ovenfor ikke er blevet fuldt belyst i erklæringer fordi læger og advokater har fået det fejlagtige indtryk, at de havde "mindre betydning" i JM's afgørelser bedømt på de spørgsmål til uddybelse som JM's embedsmænd stiller til f.eks. læger.

Man forstår denne misforståelse blandt læger og asyl advokater, når man ser at hensigten med helbredskriteriet er betydeligt mere detaljeret beskrevet i *Notat om Integrationsministeriets praksis for meddelelse af humanitær opholdstilladelse efter udlændingelovens § 9 b, stk. 1*, end de øvrige kriterier tilsammen.

Der kan gives helbredsbetings humanitær opholdstilladelse til en udlænding, der lider af en sygdom af meget alvorlig karakter (sygdomskriteriet). Det er en betingelse for at give helbredsbetings humanitær opholdstilladelse, at den meget alvorlige sygdom er behandlingskrævende og et evt. behandlingsophør skal have en sandsynlig negativ effekt på patientens helbred. Hvis patienten er velbehandlet for sin sygdom uden symptomer kan der ikke gives humanitært ophold. Helbredsbetings humanitær opholdstilladelse er betinget af, at udlændingen fremlægger nødvendig dokumentation for sine helbredsforhold. En mangelfuld

"Selvom jeg har fast opholdstilladelse, så føler jeg mig slet ikke sikker i Danmark. Reglerne ændres hele tiden og der er mange der ikke vil have os, indvandrere, i Danmark. Det kan godt være det ikke er sandt, men det er den triste ubehagelige følelse, jeg har indeni og den stoler jeg mest på indtil jeg ser noget andet"

(Citat: 42 årig ingeniør, torturoverlever, flygtning fra Centraleuropæisk land)

besvarelse ud fra en liste med krævede oplysninger kan føre til, at ansøgningen om humanitær opholdstilladelse vil blive afslået uden yderligere fra JM's side. Læger skal anvende en særlig attest til formålet.

Det kritiske punkt i humanitær opholdstilladelse er at det er en betingelse for at give helbredsbetaget humanitær opholdstilladelse, at ansøgeren aktuelt modtager nødvendig sundhedsbehandling for sin meget alvorlige sygdom, og at ansøgeren ikke har adgang til den nødvendige sundhedsbehandling i sit hjemland for sin meget alvorlige sygdom (kriteriet om fravær af behandlingsmuligheder).

Er sygdomskriteriet opfyldt, og er sygdommen aktuelt behandlingskrævende, undersøger ministeriet derfor som udgangspunkt – normalt via en dansk repræsentation i det pågældende land eller via andre kilder – om behandlingsmulighederne er til stede i ansøgerens hjemland. Hvis dette er tilfældet, gives der normalt afslag på humanitær opholdstilladelse under henvisning til, at ansøgeren kan modtage den nødvendige sundhedsbehandling i sit hjemland. Det vil 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. Det er heller ikke et krav at Det er efter praksis ikke en betingelse, at sundhedsbehandlingen i hjemlandet er af samme karakter som den behandling, der tilbydes i det danske sundhedsvæsen, så længe der foreligger oplysninger fra hjemlandets sundhedsmyndigheder eller andre relevante aktører om, at den pågældende sygdom rent faktisk kan behandles i hjemlandet.

I helt exceptionelle tilfælde vil ministeriet dog meddele humanitær opholdstilladelse på trods af oplysninger om, at der er behandlingsmuligheder i ansøgerens hjemland. Dette vil være tilfældet, når behandlingsmulighederne og/eller forholdene i hjemlandet generelt er så usikre og uforudsigelige, at en ansøger, som lider af en livstruende sygdom i terminalstadiet, vil blive sat i en situation, der kan sidestilles med umenneskelig behandling.

Andre grunde med direkte reference til helbred:

- Hvis der ved en tilbagevenden til et hjemland med vanskelige levevilkår vil være i risiko for at få eller opleve en forværring af et alvorligt handicap (handicapkriteriet).
- Aktuell overhængende selvmords risiko.
- Børnefamilier, med mindreårige børn, hvor forældrene *som følge af deres helbredstilstand* kun meget vanskeligt kan tage vare på børnene.

EU's MEDCOI program

Er sygdomskriteriet opfyldt, og er sygdommen aktuelt behandlingskrævende, undersøger Justitsministeriet gennem *Medical Country of Origin Information* (MedCOI) eller en dansk repræsentation i det pågældende land, om den nødvendige behandling er tilgængelig. Justitsministeriet kan desuden anvende oplysninger fra det pågældende lands myndigheder og fra internationale organisationer som WHO og UNCHR.

Justitsministeriet har anvendt oplysninger fra MedCOI i behandlingen af sager om humanitær opholdstilladelse siden august 2013.

MedCOI er et projekt finansieret af Den Europæiske Flygtningefond, der har til formål "*at sikre, at myndigheder i EU's medlemslande har adgang til relevant og pålidelig information om behandlingsmuligheder i udlændinges hjemlande*" iflg. JM's svar til Udvalget for Udlændinge- og

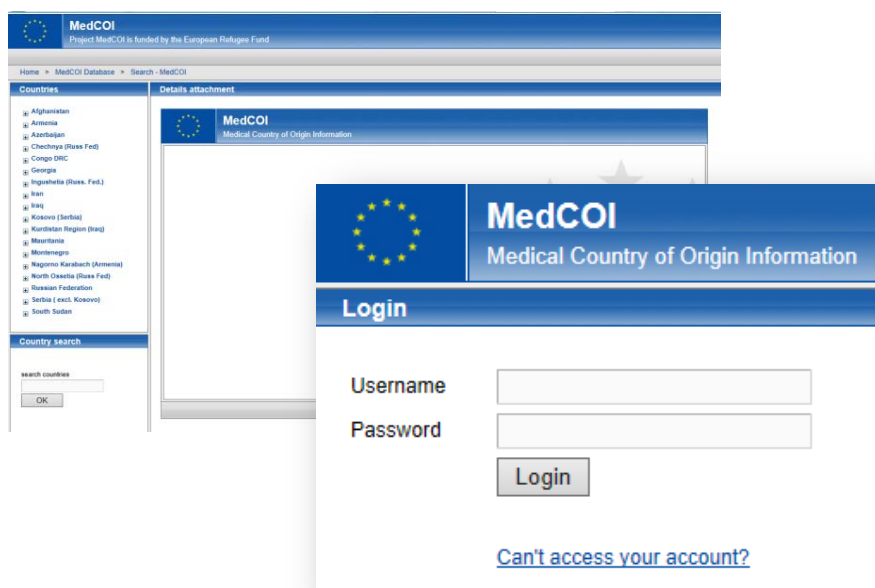
Integrationspolitik 2014. JM er giver endvidere udtryk for, at MEDCOI programmet er en ”styrkelse af oplysningsgrundlaget for tildeling af humanitær opholdstilladelse”.

Projektet drives af de nederlandske og belgiske myndigheder og er organisatorisk placeret i den nederlandske Immigration and Naturalisation Service og det belgiske Federal Public Service Home Affairs, General Directorate Aliens Service. Begge MedCOI-teams er således organisatorisk placeret i offentlige udlændingemyndigheder i henholdsvis Nederlandene og Belgien. De nævnte myndigheder administrerer også MedCOI’s database. MEDCOI har ikke repræsentanter i alle de lande der er potentielle hjemsendelseslande og det gælder i sagens natur i særlig grad de mest skrøbelige og krigshærgede/uroelige lande, hvor der hyppigt vil være tvivl om behandlingsmæssige muligheder og hvor situationen kan ændre sig med få dages varsel.

Behandling og fortolkning af de indsamlede MEDCOI oplysninger er meget forskellige afhængig af hvilken af de to teams der er ansvarlig for den konkrete indsamling af informationer. Der er ingen informationer om metoder eller hvilke fagpersoner eller kilder programmet anvender. Det hollandske team anvender en lægelig vurdering ved en SOS læge (privat forsikringslæge), der typisk enten er ortopæd kirurg eller narkoselæge uden særlig viden herudover om andre lægespecialer.

JM fastholder i et svar til Folketingets integrationsudvalg i 2014 at MEDCOI programmets kilder ikke er omfattede af aktindsigt for sagens parter, da der er tale om personfølsomme oplysninger.

MEDCOI databasens lande oplysninger er ikke offentlige og kan derfor ikke gøres til genstand for en kritisk analyse:



Cases vedrørende humanitært ophold

Her følger en række cases, der hver især beskriver JM’s forskellige fokusvinkler, den ”faglige” dialog med speciallægerne og hvordan JM for hver patient udvælger sig ét fokus, mens de øvrige lægelige vinkler (udover de som JM’s jurister har udvalgt) bagatelliseres, ignoreres eller slet ikke kommenteres af JM. Det skal bemærkes at JM som standard fastlægger 14 dages svarfrister for patienter/advokater til brevene fra JM

med standard bemærkningen *"...idet det ellers må påregnes, at ministeriet træffer afgørelse i sagen på det foreliggende grundlag"*.

Case 1. Kvinde fra Mellemøsten, psykotisk og i behandling med 3 medikamenter (Truxal, Risperidon og Saroten Retard). JM spørger behandlende psykiater om Truxal kan erstattes af præparatet Chlorpromazin. Sidstnævnte præparat anvendes ikke længere i Danmark. 14 dage efter spørger JM igen behandlende psykiater om Truxal kan erstattes af Diazepam ("Stesolid"). Sidst nævnte præparat er stærkt vanedannende og fører med stor sikkerhed til livslang afhængighed og øger risikoen for andet medicinmisbrug og katastrofale medicin udgifter. Stoffet tilhører desuden en helt anden stofgruppe end Truxal og har en helt anden effekt end Truxal. JM udbeder sig en *"konkret lægelig begrundelse"* hvis psykiateren ikke mener patientens Truxal kan erstattes af Diazepam.

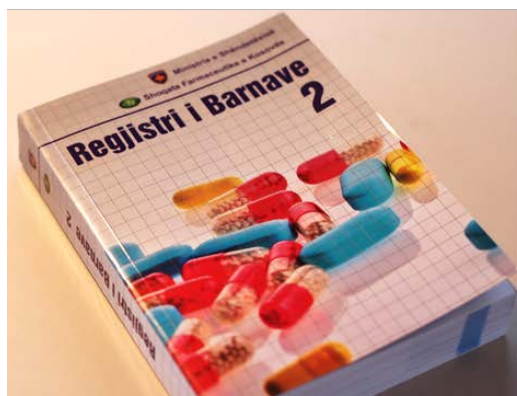
Case 2. Kvinde fra Mellemøsten, psykotiske angst anfald og i behandling med Truxal (hyppige små doser) og Seroquel (større depot dosis). JM beder behandlende psykiater redegøre for hvorfor Truxal ikke kan erstattes af et SSRI præparat, det svarer psykiateren på med henvisning til faren for seponerings syndrom (som beskrives i detaljer i svaret inklusivt beskrivelser af påvirkningen af specifikke neurotransmittere i hjernen) og lægen baserer bl.a. risikovurderingen på at patienten forstår dårligt dansk selv med tolk. Psykiateren fastholder at den aktuelle behandling *"er den eneste lægefaglige forsvarlige"*. På trods af dette svar anmoder JM herefter psykiateren om *"en uddybende lægelig begrundelse vedrørende muligheden for erstatning med et SSRI præparat, lægelige oplysninger om, hvorvidt en erstatning....vil have konsekvenser, samt....hvilke konsekvenser der...vil være tale om"*.

Case 3. Mand med familie og børn fra Mellemøstligt land hvor der aktuelt er kamphandlinger. Manden HIV positiv og i HIV behandling med tre aktive stoffer i én pille (Atripla). Har initielt meget lavt immunforsvar og vil være meget følsom for medicin pauser. Han vil uden behandling udvikle AIDS indenfor 6 måneder. Manden lider desuden af PTSD og depression, ægtefællen psykisk svækket med uafklaret blødningstendens og et af børnene viser tegn på alvorlig mistrovisel med selvskadende adfærd. JM anfører at der kan købes HIV medicin i hjemlandet. JM kommenterer ikke, og inddrager ikke, lægeerklæringens tydelige oplysninger om barnet med oplagte behandlingskrævende psykiske problemer, som forældrene ikke magter at få undersøgt. JM anfører at MEDCOI rapporten ikke beskriver problemer med medicin leverancer (JM har ikke spurgt om det og rapporten svarer kun på de spørgsmål der er stillet i henhold til vanlig praksis i MEDCOI) JM afviser to medsendte uafhængige opdaterede rapporter om omfattende problemer med leverancer af HIV medicin, den ene rapporterer om en 6 ugers periode (på ansøgningstidspunktet), hvor der manglede HIV medicin og efterfølgende skyderier omkring medicin lageret i landet. Efter 3 resultatløse lægeerklæringer vælger familien at rejse ud af Danmark uden at få endeligt svar fra JM og deres skæbne er nu uvis. Advokatens anmodning om aktindsigt svækkes afgørende af at en række centrale dokumenter, der kunne belyse kilden til MEDCOI oplysningerne, ikke opfattes som omfattet af aktindsigten af JM.

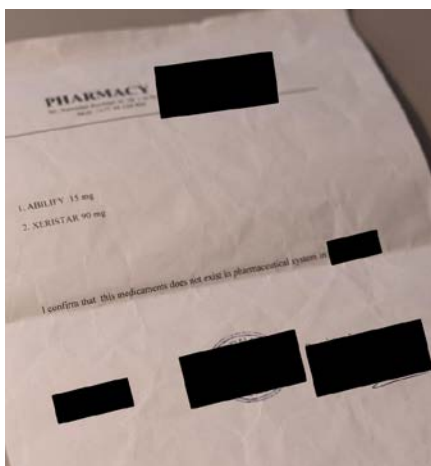
Case 4. Ung selvmordstruet mand fra Fjernøstligt land med krigshandlinger. Får afslag på humanitært ophold med henvisning til at der ifølge MEDCOI eksisterer mulighed for krise terapi ved selvmordstanker i hjemlandet. Fra anden samtidig MEDCOI rapport vedrørende samme land afviser kilden at der er mulighed for krisehjælp ved selvmordstanker med den begrundelse at hverken begrebet eller behandlingen findes i landet. JM svarer, konfronteret med de modstridende oplysninger, at det ikke er JM i Danmark der har bestilt rapport nr. 2 (men derimod et andet EU land). JM desavouerer med andre ord MEDCOI systemets

oplysninger hvis det ikke er JM der har stillet spørgsmålet. JM anvender kun MEDCOI oplysninger, der kan understøtte, at der ikke bevilges humanitært ophold (eller forlængelse afvises).

Case 5. Ung kvinde, nybagt mor fra Balkan området. PTSD med psykotiske træk og selvmordstanker. Politiet opsøger hyppigt familien mens patienten er gravid, hvilket re-traumatiserer moderen så meget at hun isolerer sig og udtrykker selvmordstanker (har samlet medicin sammen til formålet). Politiet oplyser moderen om at hun vil blive udvist så snart hun har født. Efter fødslen udvikler moderen et ambivalent forhold til den nyfødte pga. politiets sammenstilling af fødslen med hendes udvisning: hun "glemmer" barnet, lægger det uengageret fra sig, mens hun har normal adfærd overfor de to andre børn. Er i behandling med Abilify, som MEDCOI, iflg. JM, har fået oplyst kan købes i hjemlandet. JM vil ikke oplyse kilden til MEDCOI oplysningen. Patientens ægtefælle kontakter bekendte i hjemlandet, der undersøger muligheden for at købe Abilify uden at finde et apotek der har eller kan skaffe præparatet. En apoteker oplyser at Abilify ikke er godkendt af landets Sundhedsstyrelse og mod betaling fremsender apotekeren en udgave af medicin fortegnelsen til patienten: Abilify er ikke opført i fortegnelsen. Ved opslag på det pågældende sundhedsministeriums hjemmeside i juni 2014 er Abilify stadig ikke godkendt i landet. JM svarer derpå, at det efterfølgende overfor dem er oplyst af sundhedsministeriet, at apotekere kan søge om importtilladelse i ministeriet. Apotekeren svarer hertil at det er for tidskrævende, svært og dyrt og at patienten selv må sørge for at skaffe en tilladelse i givet fald. Ægtefællen henvender sig derefter til ministeriet i hjemlandet for at få en forklaring og her svarer embedsmanden at det bedste nok vil være at tage (citeret af ægtefællen:) *"en masse medicin med fra Danmark, da det vil være billigere og nemmere"*. Et foto af lægemiddelfortegnelsen ses nedenfor med foto af den alfabetiske oversigt uden præparatet Abilify:



Lægemiddelfortegnelse fra det pågældende land



Underskrevet brev fra apoteker i landet om at de omtalte præparater ikke kan købes på apoteker i landet

Case 6. Statsløst ægtepar tilhørende udbredt mindretal i arabisk talende lande. Moderen lider af korttarms syndrom pga. fjernelse af tarm som følge af en svær kronisk tyndtarms sygdom (Mb. Crohn), er i immun dæmpende behandling, har 15-20 diarreer hver dag, har lige født barn nr. 5. Manden har været fængslet og torturet i hjemlandet, lider af svær PTSD med udtalt angst og beskrives af ægtefællen som sit "6. barn". Familien flygtede til sydeuropæisk land hvor de blev sat i asylcenter sammen med flygtninge fra forskellige arabisk talende lande. Børnene blev adskilt fra forældrene og kunne høre voksne skrig om natten. Asylcenteret var bemanded med militær og politi som delte knive og køller ud til enkelte etniske grupper men ikke andre, hvilket førte til voldelige etniske sammenstød som vagterne ikke stoppede. Et af børnene blev brændt med cigaretter af vagterne. Familien har boet 12 år i Danmark og har hvert halve år måttet søge om forlængelse af deres humanitære opholdstilladelse. Få uger før jul meddeles familien per brev, at de ikke kan få forlænget den humanitære opholdstilladelse da JM gennem MEDCOI systemet har fået oplyst at moderens immundæmpende medicin kan fås i hjemlandet. Familien får 14 dage til at svare. Moderen opsøger hjælp og får de involverede læger til at skrive lægeerklæringer hvor dels tarmsygdommen, dels ægtefællens svære PTSD. Den ene af erklæringerne suppleres med oplysninger der ikke tidligere har været anført omkring flere af børnenes psykiske problemer hjemme og i skolen. Umiddelbart efter jul får familien pludselig besked om at den humanitære opholdstilladelse nu er forlænget til 5 år, i stedet for hjemsendelse. En uge senere får familien så den overraskende besked, at familien nu har fået permanent opholds tilladelse. Den besked giver familien overskud til at søge hjælp til problemer der har været skudt i baggrunden pga. de tilbagevendende ansøgninger om forlængelse og tilhørende lægeerklæringer. Manden viser sig at have 2 svære diskusprolaps og spinalstenose med uoprettelig skade på gangfunktionen (han anvender rollator), mavesmerter viser sig at kunne hidrøre fra adskillige nyrecyster og hans sukkersyge har været helt ude af kontrol i årevis fordi patienten ikke har kunnet koncentrere sig. 2 af børnene er så skadede af opholdet i asylcenteret i Sydeuropa og den konstante usikkerhed omkring opholdsmuligheder i Danmark at de må henvises til børnepsykiatrisk vurdering. Kommunen står nu tilbage sammen med sundhedsvæsenet overfor en stor opgave som kunne have været løst med større succes og færre handicap ved en tidligere indsats.

Case 7. Mand fra Irak, PTSD ramt med psykotiske træk. I behandling med anti psykotisk medicin Olanzapin der bla kræver jævnlig blodprøve kontrol pga potentielle alvorlige bivirkninger. Her vælger JM at fokusere på prisen på medicinen i hjemlandet idet man gennem MEDCOI har oplysninger om at præparatet kan købes i hjemlandet. JM forholder sig ikke til at medicin leverancer i landet er sporadiske og at medicin priser i skrøbelige lande uden fungerende statsapparat vil afhænge af udbud og efterspørgsel. JM forholder sig ikke til det problem der nødvendigvis vil være for patienten år der kommer medicin pauser pga huller i

forsyningen. Asyl advokaten henviser i brev til JM til en rapport "Psykiatri i Irak" fra Indvandrermedicinsk klinik 2014 som opsummerer hvad der eksisterer af uafhængige videnskabeligt indsamlede informationer om psykiatrisk behandling og tilgængelighed af medicin i landet. Rapporten konkluderer at der i realiteten kun er videnskabelig dokumentation for at der ikke eksisterer psykiatriske behandlingsmuligheder i Irak, det er i praksis ikke muligt at købe selv almindelig medicin, der eringen fungerende laboratorier til kontrol af bivirkninger, de få psykiatere der er i landet er ikke i hovedstaden og der er en høj risiko for at medicin købt i landet er forfalsket uvirksom medicin. JM konstaterer uden dokumentation i én sætning, at rapportens konklusioner "*er i strid med oplysningerne fra MEDCOI*". JM afviser konkurrerende systematiske rapporter, selv når de har videnskabeligt grundlag. JM anvender kun eksterne oplysninger, der kan understøtte, at der ikke bevilges humanitært ophold (eller forlængelse afvises). JM forholder sig ikke aktivt til de lægeligt set overhængende farer der vil være ved at patienten med sikkerhed vil opleve medicin pauser, overdosering uden blodprøvekontrol og seponerings symptomer. For en læge er det helt uacceptabelt, uanset hvor i verden man måtte opholde sig, men da JM's embedsmænd ikke opfatter eller forstår den biomedicinske baggrund for de alvorlige lægelige bekymringer, kan denne patient sendes hjem med et juridisk velbelyst grundlag, mens det lægelige grundlag, lægeligt set, er ubelyst. Mens den juridiske belysning er omfattende, så er den lægelige belysning (pris og teoretisk tilgængelighed) i bedste fald overfladisk, i værste fald mangelfuld og truer under alle omstændigheder patient sikkerheden.

Case 8. Ung psykotisk mand, hallucineret, selvmordstruet (2 forsøg), i behandling med anti psykotisk medicin Abilify. Følges tæt af bære og ungdoms psykiater. JM har gennem MEDCOI fået oplyst at Abilify ikke kan købes i hjemlandet. JM beder nu psykiateren overveje "*...hvorvidt Abilify kan erstattes med et eller flere af de antipsykotiske præparater levopromazin, olanzapin, quetiapin eller risperidon...eller om Abilify helt kan undværes...*", og fortsætter i brevet "*Hvis Abilify ikke kan erstattes...skal Justitsministeriet anmode om en lægelig begrundelse herfor*". Psykiateren svarer at Abilify under ingen omstændigheder kan erstattes og at patienten er i overhængende fare for at begå selvmord ved mindste modstand, bivirkninger eller usikkerhed. Igen stilles der spørgsmålstejn ved fagligheden hos en lægelig fagperson og specialist der har fulgt patienten tæt. JM's embedsmænd forstår ikke den vægt der lægger i udtalelser fra en læge der har fulgt en patient gennem længere tid hvor forskellige behandlingsmuligheder er afprøvet med op og nedtrapninger for til sidst at lande på et præparat der forener høj effektivitet med et minimum af bivirkninger og maksimal compliance (patienten glemmer så få doser som muligt). Afventer JM's svar.

Case 9. Kvinde fra Mellemøstland med pågående kamphandlinger. Psykotisk og selvmordstruet. Fulgt tæt af psykiatriske speciallæger og patienten er ude af stand til at tage medicin som piller pga. psykotiske træk og svært nedsat hukommelse og koncentrations evne. Over tiden har det vist sig at depot injektioner med det anti psykotiske medicin er den eneste behandlingsmulighed for patienten. JM svarer at præparatet findes i hjemlandet uden at forholde sig til den mangeårige lægelige optimering af patientens behandling til injektionsbehandling. For en jurist kan det muligvis retfærdiggøres at præparatet har det samme navn og det kan ligeledes for en jurist give mening at når medicinen kan købes så a) køber patienten medicinen og b) indtager medicinen hver dag. Lægerne der kender patienten gennem flere år har den erfaring at det er helt udelukket og dermed kan patienten blive sendt hjem på et juridisk acceptabelt grundlag, mens det lægelige grundlag er udeladt af vurderingen fordi det af juristerne i JM ikke vurderes at være af betydning. Det er en meget alvorlig fejl vurdering fra embedsmændenes side og ville, hvis de var læger, føre til en påtale og en registrering for alvorlig lægefejl i Sundhedsstyrelsen.

Case 10. Ung mand fra Vestafrikansk land, der lider af 3 kroniske og hver især livstruende sygdomme, samt følgesygdomme til disse i form af svær nyresvigt og nedsat leverfunktion pga. arvævsdannelse. Patienten får

12 forskellige medicinpræparater og følges på tre forskellige universitetsafdelinger pga. den usædvanlige sammensætning af sygdomme og fordi der er risiko for total nyresvigt og leversvigt ved interaktion (uheldig virkning af den samtidige behandling med flere medikamenter). Patienten står overfor at skulle starte dialyse. JM anfører at MEDCOI oplyser at ca. halvdelen af præparaterne kan købes i hjemlandet og, at der er mulighed for dialyse på ét privat hospital og mulighed for kontrol af de andre sygdomme på ét andet privat hospital i hjemlandet. JM skriver i svar til advokaten at *"MEDCOI undersøger....ikke muligheden for lovligt at importere medicinske præparater"*. JM kontakter herefter direkte den danske ambassade i et andet land i Vestafrika med direkte forespørgsel til muligheden for at importere ét af patientens præparater til patientens hjemland. JM refererer derefter i svar til advokaten at *"Den Danske Ambassade i [det andet land i Vestafrika]....har oplyst at præparatet..... lovligt kan importeres til [patientens hjemland]....og at det således sælges i [patientens hjemland] efter konkret efterspørgsel"*. JM finder det både muligt og anvendeligt for denne patient at der er en teoretisk mulighed for at der kan foretages import af medicin fra et tredje land uden at det er dokumenteret hvem der resten af patientens liv skal sørge for importen, hvordan det skal foregå eller prisen for at få tilladelsen og selve importen, told omkostninger etc. for den løbende import. Det viser sig at det ene præparat JM har fokuseret på kun findes i én bestemt dosis i Vestafrika. JM undlader i svarene, at forholde sig til tilgængeligheden i hjemlandet af to af præparaterne, som også er livsnødvendige. I nyt brev beder JM patientens advokat om *"en lægelig udtalelse om hvorvidt deres klient kan modtage den fornødne behandling med præparatet [navn på medicin], henset til at præparatet kun findes i dosering á 1 mg"*. Det skal her bemærkes at der, fra et lægeligt perspektiv, er tale om en helt usædvanlig kombination af både sygdomme og medicin som kun få specialister i Danmark kan varetage og selv da kun med forsigtighed pga. overhængende risiko for nyre- og leversvigt ved forkert medicin justering og ændringer vil kun ske efter en fælles lægelig konference beslutning. Det skal endvidere bemærkes at JM fastholder, selv med denne særdeles sjældne og (viser det sig meget risikable-) medicin justering en 14 dages svarfrist for en læge erklæring via advokaten. Den behandlende overlæge svarer til JM, at dosis i forvejen er meget høj med en allerede eksisterende og overhængende risiko for nyresvigt hos patienten, der allerede som udgangspunkt er kandidat til kronisk dialyse. JM forholder sig på intet tidspunkt til at den ene af de komplikationer patienten har, og som er den mest akut livstruende, ikke kan kontrolleres forsvarligt i hjemlandet, selvom det anføres i læge erklæringen fra den behandlende overlæge. Begge de anonyme kilder i MEDCOI lande rapporten, en der svarer på vegne af det offentlige sundhedsvæsen og én der svarer for et ikke navngivet privat hospital i landet, svarer endvidere "ja" til at der kan udføres dialyse af patienter med de specifikke kroniske infektioner der er tale om, i landet. Disse oplysningers kvalitet er, udover at være anonyme, ikke genstand for kritisk bedømmelse af hverken MEDCOI's ledelse eller af JM's embedsmænd. Udover at adgang til dialyse er stærkt begrænset, så er den lige som al anden behandling i lavindkomstlande et spørgsmål om at have forbindelser og at kunne betale ca. 10 gange den officielle pris(som MEDCOI får oplyst) – bla. pga. idelige lange pauser i leverancer af slanger, præparater og medicin til landet (irinnews.org, marts 2011). Andre videnskabelige rapporter har afsløret at den særlige blodåreadgang der skal etableres for at kunne foretage dialyse har en uacceptabelt høj forekomst af alvorlige komplikationer (blødning og invaliderende infektioner med resistente bakterier) i det pågældende land sammenlignet med andre lande der tilbyder dialyse. I afrikanske lande er den teoretiske tilstedeværelse af en behandling ikke ensbetydende med, at den faktisk tilbydes eller at den har en fast officiel pris eller at den på nogen måde vil være mulig for en gennemsnitsborger – og slet ikke en patient med en kronisk infektion, der kræver særlige foranstaltninger for sygehuset. Ingen af disse overvejelser er nævnt eller kommenteret i JM's ukritiske anvendelse af åbenlyst forkerte MEDCOI oplysninger. Efter længere betænkningstid bevilger JM 2 års forlængelse af den humanitære opholdstilladelse, altså stadig ikke permanent ophold. Patienten, dennes advokat og de mange

involverede overlæger på universitetsafdelinger kan derfor, allerede nu, starte forfra med de samme erklæringer, redegørelser og svar på fornyede forespørgsler fra JM.

Case 11. Mand fra Balkan området med skizofreni i behandling med 4 forskellige medicinske præparater, herunder Truxal. JM får gennem MEDCOI oplysninger om at Truxal ikke kan købes lovligt i hjemlandet. JM stiller herefter spørgsmål til behandlende psykiatriske overlæge om *”Truxal kan erstattes med [præparat 1, præparat 2].... Eller om Truxal helt kan undværes....Såfremt der ikke kan peges på ét eller flere af de nævnte aktive stoffer anmoder ministeriet om en begrundelse herfor”*.

Case 12. Ægtepar der stammer fra Fjernøsten og som begge lider af psykose lignende symptomer, den ene som følge af Post Traumatisk Stress syndrom (PTSD). Parret har flere børn under 5 år, herunder et spædbarn. De er begge selvmordstruende og indtager kun medicin med den øvrige families støtte. JM oplyses gennem MEDCOI om, at parrets medicin kan købes i hjemlandet og at der er mulighed for akut intervention ved selvmordstrusler i hjemlandet. Det sidste modsiges af andre samtidige MEDCOI rapporter fra samme land, men ministeriet kommenterer ikke dette misforhold og fastholder afgørelsen om ikke at tildele humanitært ophold. På intet tidspunkt tager JM børnenes tarv, herunder spædbarnets-, med i vurderingsgrundlaget. Der er ingen overlevende familiemedlemmer i hjemlandet. Ministeriets embedsmænd foreslår den behandlende psykiatriske overlæge for manden, at flere af de anti-psykotiske medikamenter uden videre kan ændres. Dette uden hensyn til den øgede selvmordsrisiko der vil være forbundet hermed og at den foreslåede behandling vil være underlødige i forhold til den aktuelle behandling. JM konkluderer på det grundlag, at *”...ikke har fundet at der foreligger humanitære hensyn af en sådan styrke at disse afgørende taler for, at opholdstilladelse bør gives efter udlændingelovens §9, stk. 1.”*

Måneder senere får parret uventet opholdstilladelse af Flygtningenævnet *”på baggrund af [navn’s] skrøbelige og stærkt behandlingskrævende psykiske helbred sammenholdt med at baggrundsoplysningerne om [hjemlandet] ikke kan afvise, at [navn] ville blive udsat for umenneskelig og nedværdigende behandling ved en tilbage sendelse til [hjemlandet] og meddeler derfor opholdstilladelse efter Udlændingelovens § 7, stk. 2”*.

Case 13. Patient fra Fjernøstligt land med psykotiske træk som led i PTSD og i behandling med Abilify. JM beslutter at det er muligt at købe Abilify i hjemlandet. MEDCOI rapporter har samstemmende oplyst at det ikke kan købes i landet. JM henholder sig til en anden rapport fra landet, men vil ikke oplyse om denne kilde. Den danske repræsentation i landet anbefaler at man i det hele taget tager sin egen medicin med det pågældende land, fordi medicin forsyningerne i landet er kaotiske og reelt uforudsigelige.

Et overset problem i forbindelse med medicin i lavindkomstlande er at der ofte sælges farverige kapsler der indeholder kombinationer af flere forskellige medicin præparater i samme kapsel. Det er typisk antidepressiv medicin, anti psykotisk medicin og et opkvikkende præparat eller f.eks. steroid. Et eksempel ses i dette foto af medicin en patient fik udleveret i sit hjemland da patienten viste sin danske recept på et almindeligt antidepressions middel:



Øvrige lægelige erfaringer

Rapportens forfatter har derudover informationer fra flere læger, der ikke ønsker at stå frem med navn, om at de, under sagsbehandlingen, er blevet *ringet op direkte af embedsmænd fra JM* eller hvor læger modtager breve direkte fra JM udenom patient eller advokat, der anmodede om direkte dialog om diagnoser, behandlingsændringer eller prognose for den patient de behandlede og havde skrevet lægeerklæring på.

Læger beskriver, og de her præsenterede cases bekræfter-, hvordan den initiale korrespondance med JM's jurister langsomt bevæger sig fra en tydelig, konkret og enkel faglig afklaring til en kompliceret diskussion om mange forskellige stofgrupper, substitutions forslag og risiko scenarier og et tiltagende fokus på bizarre små detaljer som delekærver på piller, definition af krisehjælp og ulovlig parallel import af medicin. Der er eksempler på at selv helt unge studerende i ministeriet har besluttet om medicin bivirkninger var alvorlige eller at en tydelig bivirkning til medicin var "almindelig træthed". Det er meget nemt for JM's embedsmænd at intimidere den enkelte læge der sjældent har erfaring med disse sager og der stilles rask væk spørgsmålstejn til selv meget erfarne overlægers faglighed og dømmekraft som om der var tale om en retssag, hvor kun anklageren er tilstede.

Forskelsbehandling i diagnoser og lægelig vurdering

Læger, der har erfaring med flygtninges helbred, og de komplicerede sammensatte asylmedicinske problemstillinger, er koncentreret omkring de 3 største byer, mens denne ekspertise stort set er fraværende udenfor disse byer. Det betyder at patienter der har opnået midlertidigt humanitært ophold, og som skal søge om forlængelse hvert halve år, kun har mulighed for en grundig og er

JM's serielle telefoniske og skriftlige henvendelser til læger med krav om stillingtagen til ændringer i prognose, præparatvalg - og dosis er tidskrævende og trættende og sker uden honorering. Besvarelser med korte tidsfrister (14 dage) i en ellers travl læge hverdag, kræver en særlig motivation og rutine som kun ganske få læger har og ofte opgiver de eller svarene når ikke med i afgørelsen.

Både erfarne og uerfarne læger oplever en faglig nedgørelse fra en myndighed som de normalt ikke har kontakt med. Lægerne forstår ikke de skjulte juridiske dagsordner og de strategisk udformede juridiske spørgsmål til helbred, behandling og prognose. Spørgsmålene er formuleret med en sådan myndighedsvægt, at de fleste læger vælger den sikre vej: at svare overdrevent forsigtigt og defensivt med mange forbehold og uden at beskrive samtlige potentielle prognostiske scenarier. JM gennemtvinger ved deres holdning og interaktion med lægerne en intenderet skævhed i de svar JM får fra lægerne.

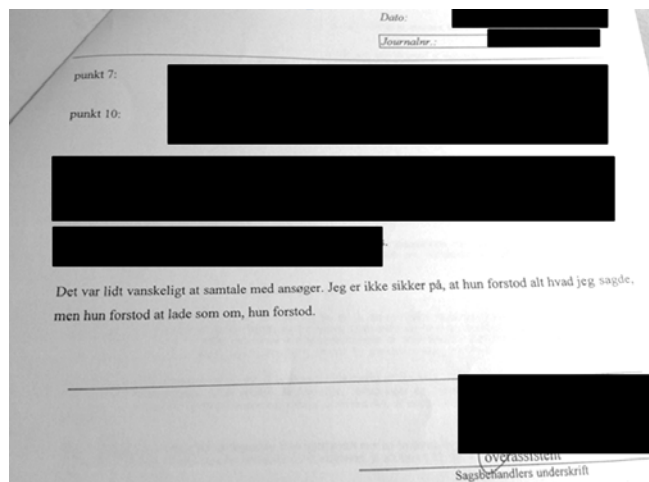
De fleste ansøgere om humanitært ophold har ikke kendskab -, eller adgang, til læger, der frivilligt vil stille den fornødne tid og ekspertise til rådighed for ansøgerens sag (og i sidste ende for JM's afgørelse, som jo gerne skulle være så velbelyst som muligt). De læger der er motiverede, og erfarne, på området er langt overvejende bosiddende i hovedstadsområdet og de kender desuden de (andre) speciallæger der er motiverede for at bruge tid på de krævende erklæringer, så ansøgers helbred, behandling og prognose kan belyses fuldt ud. Den mulighed har ingen patienter på humanitært ophold udenfor hovedstadsområdet. JM lader det være op til ansøger selv at skaffe læge oplysninger, men det er juridisk forskelsbehandling når JM's embedsmænd udmærket er bekendt med, at de læger der kan, og vil, udfærdige kvalitets erklæringer de facto ikke findes udenfor København. De mange patienter vi har set i Indvandrermedicinsk klinik som hvert halve år skal have forlænget deres humanitære opholdstilladelser henvist til at få lægeerklæringer, fra, hvis de er heldige, deres praktiserende læge og måske en psykiater uden større erfaring på asylområdet. De har overfor klinikken oplyst at de har betalt mellem 700 og op til 15.000 kr for en lægeerklæring til formålet. En flygtning med sukkersyge, hjertesygdom og PTSD skal således opsøge, overtale og betale for 3 forskellige læger mhp. Lægeerklæringer, før der lægeligt et er tale om en fyldestgørende dokumentation for helbreds og behandlingsoplysninger. Det sker stort set aldrig i de tilfælde og derfor er fysisk kronisk syge ansøgninger sjældnere.

De beskrevne cases indikerer, at der også er forskel i hvor stædigt JM udbeder sig (flere) detaljer om de lægelige oplysninger. Nogle lande, bestemte medicinske behandlinger og nogle diagnoser synes at afføde en betydeligt større korrespondance aktivitet end andre (F.eks. Kurdistan, antipsykotisk behandling og HIV).

Forskels behandling i juridisk rådgivning

Ligesom der er betydeligt flere læger med viden og interesse for asylmedicinske problemstillinger i hovedstaden, så er der betydeligt flere advokater med kompetencer og erfaringer med det komplicerede regelsæt for humanitært ophold i hovedstadsområdet. Det betyder alt andet lige, at ansøgere nær hovedstadsområdet har adgang til flere og mere erfarne advokater, der dels kan bistå i at forfatte et fuldt belyst juridisk grundlag for en ansøgning, dels skabe kontakt til den eller de rette og mest kompetente speciallæge(r), som er ekspert(er) på netop den konkrete ansøgers helbredsproblemer.

Endelig skal det nævnes at hvis politiet er involveret, så anvender de oftest ikke tolk til de interview, der udføres:



Kopi af politi rapport, samtale uden tolkebistand

Forskelsbehandling i asylcentre

Endelig er der en skjult, men udtalt, ikke-intenderet forskelsbehandling af ansøgere om humanitært ophold, som befinder sig i asylcentre. Udover at være udsat for den samme mangel på adgang til kompetente og motiverede læger udenfor København, som ansøgere udenfor asylcentre, så er der et hidtil ubeskrevet problem for asyl ansøgere. Asylcentrenes ejere (f.eks. kommuner eller Røde Kors), vil kun betale for lægebistand ved *akutte uopsættelige* helbredsproblemer hos ansøgeren og det er centerets suveræne afgørelse. Selv alvorlige kroniske sygdomme blandt asylansøgere unddrager sig derfor undersøgelse og diagnostik, som ellers ville have været en del af beslutningsgrundlaget for humanitært ophold. Desuden oplever vi at kommunernes lægelige vurderinger af en asylansøgers behov for sygehus udredning strammes op, hvis der tegner sig et behov for længerevarende, mere specialiseret, udredning. Derfor er det netop de mest kronisk syge, der er dårligst udredt og derfor har mindst chance for at opnå humanitært ophold på sygdomskriteriet. Uklare symptomer på PTSD efter tortur er et godt eksempel på symptomer, der kan blive bagatelliseret af økonomiske årsager, men som er tegn på tidligere tortur med alvorlige psykiske følger, der ligeledes på hver sin måde, kunne være afgørende for tildeling af humanitært ophold. Det kan være en bidragende årsag til at fysisk syges ansøgninger er sjældnere.

Børnenes tarv

Børnenes tarv forsvinder i familier hvor regelsættet, JM's embedsmænd og det politiske pres gennemtvinger et 100 % fokus på om forældrene må opholde sig i Danmark eller kan behandles i hjemlandet. Det konstante krav om dokumentation for forældres helbred og ophold fastholder både myndighedernes, forældrenes og børnenes fokus på forældrenes helbred og behov. Både børn, forældre, læger og andre myndigheder får det indtryk af JM's kommunikation og praksis, at det kun er forældrenes helbredsforhold, der er afgørende og det er derfor dem læger, socialrådgivere og traume- og torturbehandlere fokuserer på i erklæringerne. JM har i flere sager svaret, at da børnenes forhold *ikke er beskrevet i ansøgningen* har det ikke været inddraget i JM's beslutningsgrundlaget. I andre sager har JM svaret at man har vurderet børnenes vilkår, men ikke fundet at det var relevant at inddrage – men uden at der har foreligget erklæringer fra psykologer, pædiatere, børnepsykiatere eller børn- og ungelæger. Dermed tilsidesættes børnenes tarv i praksis i årevis

mens forældrene hvert halve år skal ansøge om forlængelse. Børnenes tarv og trivsel medinddrages meget sjældent i sager om forældres humanitære opholdstilladelse, og dermed har børnenes tarv i realiteten ingen indvirkning på JM's beslutninger. Der er ingen andre end JM, der ved at børnenes tarv kan være en del af beslutningsgrundlaget, så ansøgninger får nødvendigvis et 100 % fokus på forældrene. Det ved JM's embedsmænd, men de har på intet tidspunkt udvist omhu for at rette op på denne afgørende misforståelse, som JM selv aktivt har fastholdt.

Vurdering af MEDCOI programmets lægeoplysninger

Bedømt på de omtalte cases, er den indsamlede lægelige information af meget svingende kvalitet og fremtræder efter almindelige globale lægelige og dokumentationsmæssige standarder som uprofessionelle, tilfældige og ikke-repræsentative. Kilder, kvalitet og troværdighed er ikke transparente og JM udelukke muligheden for at efterprøve informationerne. Kvaliteten ville i andre sammenhænge blive betragtet som utroværdig og biased information. JM's jurister udviser en naiv tro på MEDCOI oplysninger indhentet fra privathospitaler, apoteker og speciallæger, der netop lever af at sælge medicin, lægekonsultationer og behandlinger. De sælger en vare og derfor skal deres svar fortolkes i dette lys – specielt i lande hvor der er korrupsion og ustabile forsyninger af medicin og medicinsk udstyr. JM's embedsmænd har helt urealistiske og fagligt ubegrundede ideer om adgang til speciallæger, laboratorier, særligt dyr medicin og importtilladelser i lavindkomstlande og skrøbelige stater. De divergerende oplysninger fra MEDCOI rapporterne bagatelliseres hvis de ikke støtter JM's beslutningsgrundlag og JM ændrer fortolkningen af MEDCOI oplysninger når der udbedes aktindsigt. De sparsomme lægelige oplysninger, af ukendt oprindelse og kvalitet, fra hjemlandet, fortolkes egenhændigt af JM's jurister. Det er uklart, hvem der i JM definerer hvornår regelsættets krav om "tilgængelighed" og "adgang til behandling" er opfyldte. De spørgsmål som JM stiller til MEDCOI programmet, er ikke stillet af læger, men af jurister uden fagindsigt. Spørgsmålene, der burde være rettet mod at belyse tilgængelighed og behandlingsmuligheder fra en lægelig synsvinkel stilles i stedet ud fra en forudindtaget juridisk præmis og de svar som MEDCOI programmet er derfor også tydeligvis intetsigende, overfladiske og lægeligt set meningsløse. Jurister i JM tillades at overskride faggrænser og tillades i et vidt omfang at foretage lægmands vurderinger selv i sager med svært kronisk multisyge patienter hvor vurderingen af behandlingsvalg, prognose, risiko afvejning og trusler for komplikationer, i lægeligt regi, altid vil foregå på store fælles konferencer med deltagelse af flere erfarne seniore overlæger. I JM overlades disse alvorlige beslutninger til studentermedhjælpere og unge jurister under uddannelse. Hvis MEDCOI rapporterne ikke støtter JM's beslutningsgrundlag vælger man ofte at bede ambassader eller andre repræsentationer i nabo lande eller i nærheden om at undersøge muligheder. Også i det tilfælde er der tale om u-udannet personale der indsamler og vurderer information, som kan have afgørende betydning for beslutningsgrundlaget.

Justitsministeriets anvendelse af lægeoplysninger

Det store stadigt ubesvarede spørgsmål, fra en læge vinkel er, **hvem** der i sidste ende i JM foretager de dybest set lægelige vurderinger af om:

1. Sygdomskriteriet opfyldt?
2. Om der er tale om et svært handicap der forværres?
3. Behandlingskrævende sygdom?
4. Fravær af behandlingsmulighed i hjemland?

Og **hvem**, der i JM formulerer spørgsmål til de lægelige eksperter om:

1. Dosisændringer
2. Medicin ændringer
3. Import forslag
4. Ambulant opfølgingsbehov og mulighed i hjemlandet

Ministeriet fastholder, at lægeerklæringer lægges uprøvet til grund, men som de præsenterede case viser så er der tale om temmelig ”prøvede” lægeoplysninger, der desuden hyppigt udelades af grundlaget, hvis ministeriet finder at lægen har en for ”ensidig” og ”personligt engageret” vurdering af sagen. En læge der bruger lang tid på en lægeerklæring uden at få honorar er i sagens natur engageret.

JM tager ikke hensyn til, at alt har to priser i lavindkomst lande og skrøbelige stater: den officielle pris for medicin/lægehjælp og så den faktiske pris når patienten skal bruge medicinen eller tale med en læge. Dialyse er kun sjældent mulig selvom den ”tilbydes” og er der endelig de nødvendige slanger og rensesækker, så koster dialysen, som ovenfor dokumenteret, 10 gange så meget som den officielle pris. Illegal brugerbetaling er særdeles udbredt: I Indien koster behandling i det offentlige ”gratis” sundhedsvæsen det samme som behandling i det privat sundhedsvæsen. I Afrika betaler 30-50 % ”uofficielle” gebyrer for overhovedet at få lov at tale med en sygeplejerske – mere for at tale med lægen. Fattige patienter må hyppigere end andre betale for gratis medicin (HIV, TB etc.). Det er reglen at særydelser koster særligt. Disse videnskabeligt veldokumenterede og alment kendte forhold er af ukendte grund *ikke* en del af JM’s beslutningsgrundlag.

JM tager ikke hensyn til tidsperspektivet i medicin tilgængelighed: mange moderne behandlinger tåler ikke pauser eller bratte dosis ændringer pga. komplikationer, seponerings syndromer eller alvorlig resistens udvikling, der kan kræve meget dyrere medicinsk behandling.

De veldokumenterede hyppige pauser i medicin leverancer i lavindkomstlande er ikke en del af JM’s beslutningsgrundlag ligesom de alarmerende høje forekomster af forfalsket uvirksom medicin netop i krigshærgede og skrøbelige stater på op mod 30-40 % af tilfældigt udvalgte medicinske præparater har JM på intet tidspunkt forholdt sig til. For et par år siden var der en epidemi af alvorlige allergiske reaktioner blandt HIV patienter i Vestafrika som viste sig at være forårsaget af en kombination af langvarige huller i medicin leverancerne og at lægernes konstant skiftede HIV patienternes medicin med potentielt dødelige bivirkninger til følge. Den type risici kender læger, men er ikke en del af JM’s beslutningsgrundlag.

Det er videnskabeligt veldokumenteret at der blandt HIV patienter i medicinsk behandling, f.eks. i hovedstaden, Kampala i Uganda er en meget højere dødelighed blandt patienter med kort/ingen skolegang og/eller patienter med lille socialt netværk. Blandt patienter i tuberkulose behandling (gratis og offentlig) er der meget højere grad af behandlingssvigt og blivende handicap, hvis patienten har lav social status og kort/ingen skolegang. Teoretisk ”adgang” til medicin har intet at gøre med faktisk adgang og selv når man har faktisk adgang så afhænger behandlingens resultat af om man har høj skolegang eller ikke er fattig. JM foretager ikke individuelle skøn på disse afgørende punkter og beder heller ikke MEDCOI eller danske repræsentationer om denne type relevante informationer.

Ingen steder i verden ses sygdomme isoleret og som rent biomedicinske fejl, der kan rettes med medicin. Det medicinske tankegods som regelsættet bag humanitær opholdstilladelse bygger på og den måde det

forvaltes på i praksis ligger meget fjernt fra hvad der globalt set er almindelig lægelig praksis. De spørgsmål JMs embedsmænd stiller til læger og asyl advokater afslører et fortidigt, utidssvarende og bedaget tankesæt om sygdom og helbred. Moderne lægelig behandling har fokus på patientsikkerhed, individuelt tilpasset medicin, patient inddragelse og løbende laboratorieprøver til medicin kontrol. Kronisk sygdom kræver mere end medicin hvis man bare skal nærme sig vanlig basal europæisk standard Flere samtidige alvorlige sygdomme er en højt specialiseret opgave, hvor hver sygdom forstærker de øvrige sygdomme og vanskeliggør almindelig behandling. Det kræver tæt kontrol, særlige laboratorier og særlige specialister.

Endelig er børnenes tarv i familier med kronisk syge forældre, der hjemsendes, ikke en aktiv del af de beslutningsgrundlag rapportens forfatter er bekendt med.

JM's egen vurdering er som nævnt, at MEDCOI programmet er en styrkelse af beslutningsgrundlaget for humanitær opholdstilladelse. Denne rapport, og de cases der beskrives her, kan desværre ikke støtte denne optimistiske opfattelse: MEDCOI programmet har ikke formået at sikre den kvalitet og pålidelighed i oplysningsgrundlaget som JM tillægger det. Tværtimod har programmet, utilsigtet, forværret retssikkerheden for ansøgere, fordi JM's jurister tilsyneladende har den opfattelse, at oplysningerne er lægeligt forsvarlige og juridisk holdbare. I samtlige tilfælde, der er beskrevet i denne rapport, har MEDCOI oplysninger været tillagt en afgørende og "sandfærdig" betydning, der har været brugt til at intimidere ansøgerens læge og advokat og derigennem, at reducere værdien af deres erklæringer og argumenter i forhold til JM's og MEDCOIs oplysninger.

Justitsministeriets holdning til dialog

Justitsministeren blev inviteret til en lukket eksperthøring om humanitær opholdstilladelse af Udvalget for Udlændinge- og Integrationspolitik afholdt d. 7.maj 2014. Justitsministeren valgte desværre ikke at deltage med embedsmænd til høringen med følgende begrundelse: "hvis Udvalget for Udlændinge- og Integrationspolitik ønsker oplysninger eller vurderinger fra Justitsministeriet eller myndigheder under ministeriet, må dette som det helt klare udgangspunkt ske gennem mig som den ansvarlige minister i form af spørgsmål fra udvalget, som jeg herefter besvarer (med bistand fra embedsværket)."

Det er således en principiel afvisning af deltagelse fra JM's side. Da høringen netop blev foreslået fordi reglerne på området er mangfoldige og uklare og fordi der er rejst tvivl om hvorvidt JM forvaltede regelsættet på et fuldt belyst lægeligt grundlag, kan det kun bestyrke mistanken om at JM ikke ønsker at drøfte deres praksis mht. lægelige oplysninger. JM har officielt ikke lægelige kompetencer og høringen skulle netop belyse hvordan JM er i stand til at gå i meget detaljeret og langvarig dialog med danske læger om justering eller ændring af medicinsk behandling og diskutere vurdering af sygdoms prognoser. Høringen skulle også belyse JM's lægelige vurdering af MEDcoi oplysninger og hvordan JM er i stand til at vurdere medicin leverancer og adgang til speciallæger, blodprøver og rehabilitering i lande, hvor Danmark ikke har diplomatisk repræsentation.

Set fra en lægelig vinkel er det dybt mistænkeligt at JM ikke vil deltage i et lukket møde, når de på den ene side gentagne gange har fremført at de "uprøvet lægger lægelige oplysninger til grund" for deres beslutninger, mens de samtidig a) indhenter upræcise anonyme oplysninger fra ambassadeansatte i nabolande, b) anvender selekteret materiale fra ligeledes anonyme oplysere gennem MEDcoi programmet og c) intimiderer læger ved gentagne gange at signalere tvivl om deres faglighed gennem serielle telefoniske og skriftlige henvendelser med krav om stillingtagen til ændringer i prognose, præparatvalg - og dosis.

JM står tilsyneladende alene med sin holdning om, at der ikke er behov for en lukket høring. Det er klart for enhver, at området er i konstant politisk rampelys, og de mange hurtige lovændringerne har gjort området til et juridisk ingenmandsland, hvor kun få har overblikket – og de få siger samstemmende at der sker for mange fejl, herunder med varige helbredsmæssige konsekvenser. Lægeligt set er JM's "lægelige" vurderinger helt uforsvarlige og ville, hvis juristerne havde været læger, have ført til irrettesættelse og overvågning fra Sundhedsstyrelsens side med navns nævnelse på styrelsens hjemmeside.

Regeringens holdning

Regeringen har ifølge sit regeringsgrundlag planlagt en gennemgang af reglerne for humanitært ophold. Det er endnu ikke sket.

Kommentar og betydninger

Denne rapport er så vidt vides den første der fra en lægelig vinkel mere systematisk dokumenterer Justitsministeriets brug af lægelige oplysninger i sager om humanitært ophold i Danmark, herunder interaktionen med EU's MedCOI program og kvaliteten af de oplysninger dette program leverer.

Rapporten bygger på 13 ud af 25 sager, der er gennemgået af forfatteren til rapporten, hvad angår lægelige og juridiske dokumenter.

Hovedkonklusionerne er:

- Justitsministeriet (JM) tilsidesætter i praksis lægers oplysninger til fordel for upræcise og utroværdige oplysninger, indhentet gennem EU's MedCOI program
- Læger tvinges til at indgå i lange ressourcekrævende "faglige" dialoger med JM's jurister, kontaktes telefonisk udenom advokaten og der stilles spørgsmålstejn ved deres faglighed
- De beskrevne cases afslører en lemfældig og ufaglig anvendelse af lægeoplysninger og JM's jurister begår "lægefejl" fordi de ikke kender lægers ofte omfattende præmisser og lange kliniske erfaring som grundlag for en bestemt behandling
- Der er en skjult men omfattende forskelsbehandling i hvor velbelyste sager er og hvor kvalitetsbetonet den lægelige og juridiske støtte til ansøgeren er afhængigt af om de bor i provinsen eller i hovedstaden
- Regelsættet og dets udmøntning bør gennemgås af en uafhængig instans og lægeforeningen opfordres til at se på brydningsfladen mellem jura og lægelige vurderinger på området

Kritikken kan virke hård, men det skyldes primært at JM's adfærd fra en lægelig synsvinkel har langt mere omfattende konsekvenser end først antaget. Det er meget overraskende at se, hvor langt juristerne har bevæget sig ind på lægers område, uden at der har været en politisk eller faglig drøftelse af det. JM har på den anden side heller ikke tidligere været kigget så systematisk efter i kortene.

Det er et fagligt, og demokratisk problem, at læger der er involverede i disse sager ikke kan stå frem med deres oplevelser fordi deres erklæringer i så fald med det samme vil blive taget ud af bedømmelsesgrundlag for verserende (og måske kommende) ansøgninger fordi de dermed, efter JM's retningslinjer, har vist sig "personligt engagerede" i sagen. Det samme gælder ikke ansøgerens advokater, som har lidt videre råderum og dermed større vægt end det lægelige.

Det er stærkt bekymrende, og må give anledning til diskussion om retssikkerheden, at læger selv beskriver, og det kan også ses af de dokumenter der hører til de præsenterede cases, at de langsomt skriver mere og mere uforpligtende og opgivende svar jo flere fagligt uforståelige spørgsmål de får fra JM. Det betyder i praksis, siger lægerne, at de næste gang de bliver bedt om en erklæring af en ansøger vil undlade at medvirke eller henvise til "andre specialister" (hvem det så måtte være). Andre beskriver hvordan de presses af de mange serielle spørgsmål og til sidst presses op i sproglig krog, hvor de kan komme til at udtrykke sig på en måde som JM kan vælge at opfatte som "særligt personligt engagement", men som alene er udtryk for en professionel faglig frustration over åbenlyst usaglige spørgsmål, der kun kan tjene til at trætte læge og ansøger. Der er eksempler på at ansøgere i disse forløb rejser pga. presser før der er svar i sagen.

I en ny case, der ikke ligger til grund for aktuelle rapport, fortæller en speciallæge, hvordan JM, i flere breve insisterede på, at en anti-depressions middel burde kunne erstattes af diazepam ("Stesolid"). Da speciallægen nægtede, at det var en mulighed, anmodede JM i et nyt brev om at lægen skulle beskrive hvilken dosis diazepam der *I GIVET FALD* skulle anvendes, hvis man, mod lægens råd, alligevel valgte denne behandling. Til dette svarede lægen at det efter hans opfattelse stadig var en underlødige og helt uacceptabel behandling med mange alvorlige bivirkninger, herunder afhængighed, sløvhed og risiko for andet misbrug og at han derfor ikke ville indgå i et svar på JM's hypotetiske spørgsmål. I svaret fra JM lå var der en klandrende og nedgørende undertone om, at lægen efter JM's opfattelse, var u-samarbejdsvillig og derfor måtte påtage sig ansvaret for, at JM's beslutningsgrundlag (!) var forringet.

Det overrasker, at mange af ansøgerne har boet her i Danmark i 8-12 år og alligevel hvert halve år har skullet forfatte nye ansøgninger, skaffe nye lægeerklæringer og på ny vente i absolut usikkerhed. Fra erfaringer med patienter der følges i Indvandrermedicinsk klinik ved vi at der er tale om, at hele familien konstant har været psykisk påvirkede med søvnløshed i månedsvis og en tydelig usikkerhed hos både børn og voksne, mens de enten har forberedt ansøgninger og eller ventet på svar. Det går ud over egenomsorgen og kontrollen med deres kroniske sygdomme, fordi de mister sprog, koncentrationsevne ligesom integrationen går i stå, eller helt baglæns, fordi meningen med sprogundervisning og uddannelse forsvinder når man mindes om truslen om hjemsendelse hvert halve år. Usikkerheden og det slidte voksenansvar spolerer børnenes trivsel og skolegang. Det er meget svært at få øje på integrationspotentiallet i JM's strategi.

Tilbage står sundhedsvæsenet og kommunerne med en kæmpe opgave i disse familier, for de fleste ender alligevel med at få ophold når der en dag er nogen der får skabt det fulde og hele overblik over hele familiens helbred og vilkår. Det er jo egentlig det der er JM's opgave, men de overlader den til ressourcefattige familier og læger, der ikke er ret motiverede for at gå i dialog med en myndighed, der har sin egen dagsorden.

Det er fra beslutningstagerne en klar holdning at muligheden for humanitær opholdstilladelse kun skal anvendes i sjældne tilfælde hvor de en syg asylansøger ikke har fået anden opholdstilladelse. Det der imidlertid under efter 6 års erfaringer med denne type patienter i Indvandrermedicinsk klinik er hvorfor disse patienter ikke har kunnet opnå en regulær opholdstilladelse i første omgang. For det første er der ingen tvivl om at det er ret tilfældigt hvem af vores patienter i klinikken, der har opnået permanent opholdstilladelse og hvem af dem der "kun" har opnået midlertidig humanitær opholdstilladelse. Vi taler under alle omstændigheder om komplekst syge krigstraumeramte og torturoverleverede med kræft, insulinkrævende sukkersyge eller hjertesygdom, der har så svære psykiske og kognitive udfordringer at de

har svært nok ved at klare sig i Danmark selv med støtte fra sygehus og kommune. Som læge er det uforståeligt hvilke kriterier der har ført til at de, med en så kompleks problemstilling og krigstraumer, ikke kunnet opnå asyl i Danmark under alle omstændigheder – og de sager vi i klinikken er gået ind i har da også ført til et sikrere juridisk opholdsgrundlag i form af lidt længere intervaller mellem de nye ansøgninger om humanitært ophold. Humanitært ophold er et grænseområde, en brudflade mellem jura og lægevidenskab, men ansøgerne om humanitært ophold er også forældre og patienter med alvorlige sygdomme og de kommer i klemme, hvis alle deres sygdomme ikke beskrives fyldestgørende. Tilbage står at embedsmænd og deres overordnede i JM i disse sager kan finde argumenter, som ingen andre kan se, for at så syge og krigsskadede personer, kan sendes tilbage til lande, hvor der stadig er uro, piller kan af og til købes 3 stk. ad gangen og hvor støtte er en krykkestok man selv må snitte.

JM har fået lov at skabe et Ikke transparent beslutningssystem, der bevæger sig i periferien af demokratisk beskyttelse. Den manglende eksterne bevågenhed har udviklet en indavlet beslutningskultur hvor mål og midler ikke er til diskussion. JM opererer i brudflader mellem adskillige fagområder og specialer, beskyttet af et rodet regelsæt, som de selv har udviklet deres egen fortolkning af og tilsyneladende er JM's praksis sanktioneret af det politiske system – forhåbentligt uden at det har været en klar strategi fra politikernes side. Det er håbet at denne rapport vil foranledige en mere fair og transparent sagsbehandling i respekt for alle involverede faggrupper og ansøgenes grundvilkår.

Konklusioner

1. Reglerne for humanitært ophold er svære for alle parter og risikoen for forskelsbehandling og vilkårlighed er meget stor. Uklare regler og vaklende praksis samt manglende dialog fra JM's side har ført til helbreds-skadelige beslutninger.
2. De cases der er beskrevet giver mistanke om udbredt forskelsbehandling og vilkårlighed i hvor velbelyst det lægefaglige i ansøgningerne er og sagerne er lægeligt set dårligt belyste.
3. JM selekterer i den information der lægges til grund ved kun at anvende MEDCOI informationer der støtter en hjemsendelse og ved at undlade at forholde sig til udvalgte helbredsforhold, medicinske behandlinger, handicap eller børnenes tarv.
4. Den juridiske tyngde og detalje grad i beslutningsgrundlaget modsvarer ikke af en tilsvarende tyngde og detaljering i de lægelige oplysninger.
5. Der er en bemærkelsesværdig overvægt af sager, der involverer ansøgere, der er psykisk syge flygtninge mens fysiske/kroniske sygdomme er ret sjældne blandt ansøgere om humanitær opholdstilladelse eller forlængelse af samme.
6. Rapporten beskriver en skjult forskelsbehandling af asylansøgere i forhold til hvilke sygdomme asylcenteret vil betale for undersøgelsen af.
7. Pga. Justitsministeriets ensidige fokus på de voksnes, forældrenes, humanitære opholdstilladelse, og ikke familiens, så forsvinder børnenes tarv helt ud af afgørelsesgrundlaget, selv når det ville have været relevant. JM har på trods af denne viden ikke forsøgt at ændre på denne konsekvens der er en følge af JM's overdrevne interesse for forældrenes ophold i forhold til børnenes trivsel og helbred.
8. JM forskelsbehandler i sagsbehandlingen afhængigt af ansøgers hjemland, medicinske behandlinger og diagnoser. JM har tydelige præferencer.
9. Lægeligt er der sket fejl med uoprettelige helbredsmæssige konsekvenser. Usikkerhed og manglende faglig selvjustits i JM har ført til at jurister i praksis foretager lægelige vurderinger, der ligger langt udenfor JM's kompetenceområde.
10. JM intimiderer læger og stiller spørgsmålstegn ved lægers faglige beslutninger bl.a. gennem direkte telefon opkald der ikke dokumenteres i sagens akter eller gennem serielle forsøg på at ændre lægelige beslutninger.
11. Området er præget af vilkårlighed og jurister har i stort omfang foretaget ubegrundede lægelige beslutninger selvom JM oplyser, at lægens oplysninger uprøvet lægges til grund.
12. JM godtager åbenlyst tvivlsomme eller forkerte MEDCOI oplysninger og JM har intet fagligt kendskab til kvaliteten af de specifikke behandlingsmuligheder i de lande patienterne sendes tilbage til. Der er ikke bare tale om at behandlingen i modtagerlandet "har en anden karakter end i Danmark", der er tale om ikke-eksisterende behandlingsmuligheder eller direkte skadelig eller obsolet behandling som ikke kan forsvares lægeligt, juridisk eller rent almen moralsk under nogen omstændigheder.
13. Patienter der allerede har opnået midlertidigt humanitært ophold oplever geografisk forskelsbehandling juridisk og lægeligt pga. skævhed i erfarne læger og advokater i Danmark.
14. De fleste læger er uerfarne med denne type erklæringer og mange erklæringer og deres værdi mindskes af manglende præcis og fokus i erklæringen, eller tvivl om lægens uafhængighed alene baseret på erklæringens ordlyd.

Anbefalinger

1. JM's tvivlsomme håndtering af lægelige oplysninger bør gennemgås af uafhængig instans da der er rejst tvivl om forskelsbehandling.
2. JM skal have tydeligere regler for anvendelse og fortolkning af lægelige oplysninger.
3. JM bør have adgang til transparent fagligt forsvarlig lægelig konsulent bistand.
4. JM bør proaktivt imødegå den oplagte forskelsbehandling i juridisk bistand ved at sikre, at der er lige adgang til juridisk tolket bistand overalt i landet, ikke mindst i de områder hvor der er en høj koncentration af krigsflygtninge og hvor der ofte placeres ny ankomne asylansøgere og flygtninge.
5. JM bør sammen med relevante styrelser og ministerier på samme måde sikre lige adgang til kompetent lægelig bistand til lægeerklæringer uanset hvor i landet ansøgeren befinder sig.
6. Hvis JM ikke ønsker at indgå i dialog på området, foreslås det i stedet at Lægeforeningen a) yder faglig bistand og uddannelsesmuligheder til læger, der mangler erfaring med erklæringer i disse sager (evt. et fagligt frivilligt netværk) og b) etablerer et lægeligt udvalg der kan bistå læger der er involveret i ansøgninger om humanitært ophold og JM's jurister med lægelig vejledning (eller anden lægelig rådgivning, det skal bare være transparent hvem der sidder der). Rådet kan monitorere regel området og opsamle lægefaglig ekspertise.

English summary

Title: **Ministry of Justice's use of medical information in cases of humanitarian residence in Denmark**

Subtitle: A case-based insight into the Ministry of Justice collection, use and interpretation of medical assessments collected from Danish doctors and through the EU's Medical Country of Origin Information (MedCOI) program

Background:

Applications for humanitarian residence permit on medical grounds requires inherently medical information. The applicant is requested by themselves to provide information to support the application. Ministry of Justice (JM) examining applications, obtain single-handedly information about treatment options, access to certain medicinal products, rehabilitation and medical monitoring through diplomatic channels and through the EU funded program Medical Country of Origin Information, MEDCOI.

To non-lawyers the legal framework and how it is applied appears chaotic and arbitrary and it is difficult to understand the way the Ministry of Justice interpret and use the information that physicians forward in the form of statements.

The purpose of this report is to point out the widespread discrimination and inequality applicants are subjected to on many different levels, many of which are invisible to most people, even JM. Moreover, the aim of the report is to describe the way the Ministry of Justice (JM) clearly makes discriminatory selection and interpretation of medical and health information. The report also aims to show how information can be ignored in decision-making and how collecting information in JM stops when the goal of repatriation can be justified. Finally, the report provides insight into how JM by its language, interaction and practice affects doctors and lawyers to compose defensive and non-binding declarations or completely refrain from assisting their patients referring them to "other experts" – who ever they should be.

Main points:

- The Danish Ministry of Justice (JM) disqualifies the physicians' health declaration accompanying applications for temporary humanitarian residence permit information for the benefit of inaccurate and unreliable information obtained through the EU MedCOI program
- Physicians are forced to engage in long costly "professional" dialogues with JM's lawyers, and sometime they are contacted by telephone directly by JM lawyers and that question their professionalism
- The cases described in the present report reveals a careless and inappropriate use of medical information and JM's lawyers commit "medical errors" because they do not know the extensive grounds and long clinical experience that forms the basis for clinical decision making, choice of treatment and evaluation of prognosis
- There is a hidden but widespread discrimination and inequality in the well-lit cases where upmarket medical and legal aid to the applicant depend entirely on whether they live in the province or in the capital. Most of the presented cases were not described and documented medically to a full and appropriate extent in the described basis for the JM decision. This leads to doubts about legal security regarding the health and disease related basis for obtaining a humanitarian residence permit.

- The entire framework and its implementation should be reviewed by an independent body and the medical association are encouraged to look at the interface between law and medical assessments in this juridically very complex but important area.

(The report can be downloaded I pdf format from www.ouh.dk/indvandrerklirik)

Smerterne har Allah givet mig, men min opholdstilladelse.....den ved jeg simpelthen ikke hvem, der kan give mig.....

(57 årig mand, nyretransplanteret efter torturskader på nyrene)