

Adgang til sundhedsydelse for udokumenterede indvandrere

Rettigheder og praksis

Cand.scient.san.publ. Anne Rytter Hansen,
professor Allan Krasnik & cand.scient. Erling Høg

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Afdeling for Sundhedstjenesteforskning

Ifølge WHO forskelsbehandler national sundhedspolitik ofte udokumenterede indvandrere ved, at kun akutte sundhedsydelse gøres tilgængelige for ikkeborgere [1]. Begrebet »udokumenteret« og ikke »illegal« bruges her, da det kan opfattes som umenneskeliggørende at bruge det sidste begreb. Begrebet »udokumenteret« anvendes her til at beskrive indvandrere, som opholder sig i et land uden at besidde dokumenter, som beviser lovlig ret til ophold i landet. Adgang til sundhedsydelse for udokumenterede indvandrere i Danmark er et hidtil ubeskrevet område. Antallet af udokumenterede indvandrere i Danmark er ukendt, men i 2003 efterlyste man i Danmark næsten 4.000 asylansøgere. Det er uvist hvor mange af disse, der er rejst ud af landet, og hvor mange der opholder sig illegalt i Danmark [2-3]. Denne artikel har til formål at belyse, på hvilke måder udokumenterede indvandrere har en ret til sundhedsydelse ifølge internationale menneskerettighedskonventioner, og på hvilke måder udokumenterede indvandrere i Danmark har adgang til sundhedsydelse formelt set og i praksis.

Artiklen er fremkommet i forbindelse med specialeskrivning på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab. I specialet blev der undersøgt både adgang til sundhedsydelse for udokumenterede indvandrere i Californien (USA) og i Danmark, men der fokuseres i denne artikel på danske forhold.

I artiklen sammenlignes menneskerettighedsdokumenter, sundhedspolitiske udmeldinger og adgang til sundhedsydelse for udokumenterede indvandrere i Danmark. Et eksempel fra FN's konvention for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder samt et tilhørende dokument af forklarende og uddybende karakter kan belyse, hvordan de formelle adgangsforhold til sundhedsydelse for udokumenterede indvandrere bør være ifølge et rettighedsperspektiv. Faktiske formelle adgangsforhold til sundhedsydelse blev undersøgt ved gennemgang af national lovgivning og sundhedspolitiske udmeldinger vedrørende adgang til sundhedsydelse for udokumenterede indvandrere. For at opnå et praksisperspektiv på

adgang til sundhedsydelse for udokumenterede indvandrere var det nødvendigt at få informationer af uformel karakter, hvorfor interviewformen blev valgt. En læge og en sagsbehandler fra organisation Komiteen Flygtninge Under Jorden (KFUJ), der bl.a. hjælper afviste asylansøgere til at få lægehjælp, blev interviewet efter en semistruktureret interviewguide. En medarbejder i Udlændingestyrelsen blev interviewet over telefon primært med henblik på at besvare opklarende spørgsmål om udlændingeloven og praksis vedrørende de sundhedsydelse, der kan ydes udokumenterede indvandrere. Der findes ud over KFUJ officielt en anden organisation i Danmark, der yder assistance til afviste asylansøgere. Denne organisation ønskede ikke at medvirke.

Adgang til sundhedsydelse – en menneskeret?

Danmark har ratificeret en række menneskerettighedsdokumenter, som indeholder retten til sundhed – et kortfattet udtryk for retten til adgang til sundhedsydelse – samt retten til frihed for forskelsbehandling. Ved forskelsbehandling forstås uens behandling, der ikke objektivt kan retfærdiggøres, af medlemmer af en definerbar gruppe, pga. deres tilhørsforhold til denne gruppe, og dem, der ikke tilhører denne gruppe [4]. I dette tilfælde forstås der ved forskelsbehandling uens behandling af udokumenterede indvandrere og borgere i Danmark. FN's internationale konvention om økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder, artikel 12, indeholder retten til

Faktaboks

Adgang til sundhedsydelse er en menneskeret.

Formel adgang til mere end akutte sundhedsydelse er begrænset for udokumenterede indvandrere. Dette kan anses for at være i uoverensstemmelse med den af den danske stat ratificerede FN-konvention om økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder.

Lægeløftet og lægeloven indeholder lægers pligt til at behandle. Denne pligt gælder ikke elektive behandlingsbehov, og det forbliver derfor tvetydigt, hvilke muligheder læger og udokumenterede indvandrere har i denne situation.

I USA har udokumenterede indvandrere i højere grad end i Danmark formel adgang til sundhedsydelse.

sundhed beskrevet som »den højest opnåelige fysiske og psykiske sundhed« [5]. I samme konvention, artikel 2, står det beskrevet, at konventionernes rettigheder skal garanteres uden forskelsbehandling. FN's komite for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder angiver i Genel Comment No. 14, som er FN's egen uddybning af artikel 12, at retten til lige adgang til sundhedsmæssige ydelser også gælder for udokumenterede indvandrere [6].

Formel adgang til sundhedsmæssige ydelser

I udlændingeloven og i danske sundhedspolitiske udmeldinger beskæftiger man sig kun sporadisk og – i forhold til hinanden – tvetydigt med adgang til sundhedsydelser for udokumenterede indvandrere. Ifølge udlændingeloven er Udlændingestyrelsen ansvarlig for at dække nødvendige sundhedsydelser for de udlændinge, som ikke har ret til at opholde sig i Danmark [7]. Dette gælder dog ikke, hvis udlændingens opholdssted ikke kendes. Udokumenterede indvandrere kan således henvende sig til et asylcenter eller til Udlændingestyrelsen, hvis de har brug for behandling. Udlændingestyrelsen har samtidig pligt til at holde politiet ajourført om sådanne personers opholdssted.

Sundhedsstyrelsen svarede på en forespørgsel om falsk patientidentitet i Ugeskrift for Læger i 1997, at »en læge har pligt til i den akutte situation ... at iværksætte den bedst mulige behandling, uanset det konstateres, at personidentiteten er falsk. Når det drejer sig om et elektivt behandlingsbehov, gør denne pligt sig ikke gældende« [8]. Dette blev bekræftet i et brev fra den 9. januar 2003 fra Sundhedsstyrelsen til de ledende embedslæger.

Det oplyses fra H:S Direktionen, at den i februar 2003 meddelte hospitalerne, at den omstændighed, at et hospital har mistanke om, at en patient har et udestående med politiet eller integrationsmyndighederne ikke kan berettigge hospitalet til at afvise behandling eller til at anmelde patienten for ulovligt ophold.

Uformel adgang til sundhedsydelser

Selv om der er uklarhed om omfanget, er der et behov for sundhedsydelser blandt udokumenterede indvandrere i Danmark [9]. Dette behov løses i dag uden om det etablerede offentlige sundhedssystem. I praksis kan udokumenterede indvandrere i Danmark, der har brug for mere end akutte ydelser, låne en anden persons sygesikringsbevis og vise dette hos lægen eller på hospitalet. En anden mulighed er at benytte sig af de uformelle netværk af sundhedspersonale, som behandler udokumenterede indvandrere uden om det officielle sundhedsvæsen [9].

Diskussion

Uoverensstemmelser mellem formel adgang og FN's menneskerettighedskonventioner

Hvilket absolut niveau af adgang til sundhedsydelser, men-

nesker har ret til, synes at være umuligt at definere, mens princippet om ikke at forskelsbehandle udokumenterede indvandrere i adgangen til sundhedsydelser fremgår tydeligt af FN's konvention for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder og FN's egen uddybning heraf [7-8].

Adgang til sundhedsydelser for udokumenterede indvandrere i Danmark er via udlændingeloven gjort betinget af deres indvandrerstatus. Denne praksis indebærer en uensbehandling pga. tilhørsforhold til gruppen af udokumenterede indvandrere i forhold til den øvrige befolkning.

Tvetydighed for læge og patient når behandlingsbehovet ikke er akut

I praksis kan ubemidlede, udokumenterede indvandrere i Danmark kun modtage andre end akutte sundhedsydelser via uofficielle kanaler, givet at det ikke er en reel valgmulighed at henvende sig til Udlændingestyrelsen herom. Samtidig står nogle danske læger i et dilemma mellem deres lægeløfte og et ønske om at yde mere end akut lægehjælp på den ene side og på den anden side en udmelding om, at pligten til at behandle ikke gælder elektive behandlingsbehov. Lægen, som ønsker at yde denne behandling, mangler således klare retningslinjer for handlemuligheder og kan da være tilbøjelig til at gå uden om det officielle system.

Adgang til mere end akutte ydelser

I USA har udokumenterede indvandrere ud over akutte ydelser ret til bl.a. at blive vaccineret og at blive behandlet for smitsomme sygdomme, hvilket bl.a. afspejler hensynet til den øvrige befolkning. I staten Californien har visse ubemidlede, udokumenterede indvandrere desuden ret til en række ydelser, bl.a. dialysebehandling, ligesom børn har ret til at få foretaget enkelte undersøgelser [9]. Man kan med det som inspiration overveje, om behandlingspligten i Danmark kun skal gælde akutte ydelser, alle ydelser eller i det mindste en række basale ydelser ud over de akutte.

Konklusion

Selv om den danske stat er bundet af FN's menneskerettighedskonventioner, har det i praksis ingen juridiske konsekvenser, idet FN ikke har nogen håndhævelsesmagt [10]. Men man kan med henvisning til FN's konvention for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder argumentere imod, at udokumenterede indvandreres illegale handling har indflydelse på deres ret til lige adgang til sundhedsydelser.

Derudover kan et praktisk tiltag være at anerkende de netværk af professionelle, der allerede eksisterer, som samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet og derved gøre det nemmere og mindre tilfældigt for udokumenterede indvandrere at blive behandlet. Samtidig vil man ikke sætte danske læger i et dilemma mellem lægeløftet og en sundhedspolitik, der ikke gør det klart, hvordan lægen, der føler sig forpligtiget til at yde anden end akut behandling, kan handle.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Korrespondance: Anne Rytter Hansen, Frederiksborggade 52, 4., DK-1360 København K. E-mail: annerytterhansen@hotmail.com

Antaget: 10. januar 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. WHO. International migration, health & human rights. Health & Human Rights Publication Series No. 4. Genève: World Health Organization, 2003.
2. Flygtninge fordrufter efter asylafslag. DR Nyheder 25. juli 2004. www.dr.dk/nyheder/indland/article.jhtml?articleID=186517 /aug 2005.
3. Flere skjuler flygtninge. Dagbladet arbejderen 27. juli 2004. [www.arbejderen.dk/index.aspx?R=2&S_ID=36&F_ID=18381&mode=\]](http://www.arbejderen.dk/index.aspx?R=2&S_ID=36&F_ID=18381&mode=]) /aug 2005.
4. The International Committee for Human Rights. Discrimination. www.ichr-law.org/english/expertise/areas/discrimination.htm /nov 2005.
5. International konvention for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder. 1966. www.menneskeret.dk/menneskeretiropa/fn/oksockul/aug2005.
6. UNHCHR. General Comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health. E/C.12/2000/4. [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument) /aug 2005.
7. Bekendtgørelse af Udlændingeloven. www.retsinfo.dk/_LINK_0/0&ACCN/A20040080829 /aug 2005.
8. Klarskov OP. Patienter med falsk identitet. Ugeskr Læger 1997;159:3654.
9. Hansen AR. Access to health care for undocumented immigrants in California (USA) and Denmark – rights and practice. København: Københavns Universitet, 2005.
10. Claude RP, Weston BH, red. Human rights in the World Community. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1992.

Præ- og postgraduat uddannelse i international sundhed

Kursusreservelæge Vibeke Brix Christensen, læge Marie Louise Nørredam, overlæge Hans Karle & dekan Ralf P. Hemmingsen

H:S Rigshospitalet, Pædiatrisk klinik, Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, og World Federation for Medical Education

Hvorfor er det vigtigt at uddanne dansk sundhedspersonale i international sundhed, og hvorfor bør det være meritgivende i det medicinske studium og i videreuddannelsen? Verden bliver mindre og mindre og befolkningssammensætningerne mere og mere multietniske. For at kunne følge med globaliseringen er international indsigt på sundhedsområdet en nødvendighed. Ikke kun for at kunne hjælpe herboende patienter af anden etnisk herkomst, men også for at kunne hjælpe patienter, som befinder sig andre steder i verden.

Danmark har i global sammenhæng ansvar over for især lav- og mellemindkomstlande, hvor vi med viden og forskning og ved udsendelse af danske læger kan være med til at højne det sundhedsmæssige niveau. For lægeløftets fordring om at hjælpe gælder universelt og ikke kun inden for Danmarks grænser!

Denne artikel har til formål at belyse, hvilke muligheder der er for at tilegne sig teoretisk og praktisk viden inden for international sundhed på såvel præ- som postgraduat niveau.

Ved de tre danske sundhedsvidenskabelige fakulteter findes der forskellige tilbud med henblik på tilegnelse af viden og uddannelse inden for international sundhed. Fælles for fa-

kulteterne er, at der er tale om tilvalgsfag. Der er således ingen obligatorisk undervisning i international sundhed, og man kan sagtens gennemføre det lægevidenskabelige studium uden at opnå (systematisk) viden herom.

De sundhedsvidenskabelige fakulteter bærer et væsentligt ansvar for den faglige og holdningsmæssige profil hos de nye læger. En rundspørge til de tre fakulteter ved henholdsvis Københavns Universitet (KU), Aarhus Universitet (AAU) og Syddansk Universitet (SDU) har vist, at der prægraduat er mulighed for at fokusere på international sundhed via den etårige forskeruddannelse (AAU) eller ved de obligatoriske OSVAL-opgaver (KU), mens lægestuderende ved SDU kan tage et femugerskursus i international, transnational og global sundhed. Desuden kan medicinstuderende eller læger tilmelde sig et kursus i tropemedicin og international sundhed ved KU. Dette kursus afholdes i august måned hvert år, varer fire uger og henvender sig til flere faggrupper, for eksempel også jordemødre, antropologer og økonomer, som planlægger at arbejde i udviklingslande. Kurset omhandler blandt andet sygdomslære, antropologiske problemstillinger og kulturforskelle.

På postgraduat niveau findes der en masteruddannelse i *international health* (MIH) ved KU. Det er en engelsksproget etårig uddannelse, der fokuserer på fattigdomsrelaterede sundhedsproblemer og sundhedssystemer i lav- og mellemindkomstlande. De studerende kommer fra mange forskellige lande og har baggrund inden for sundheds- eller samfundsfag.

Ud over de nævnte muligheder for præ- og postgraduat uddannelse, er der flere gode initiativer i værk. På KU har man i 2005 oprettet Center for International Sundhed og Udvikling (CISU), der er et samarbejde mellem flere københavnske forskningsinstitutter, hvori bl.a. det danskfinansierede