

Helbredsundersøgelser af flygtninge bør harmoniseres

Marieke Leemreize¹, Morten Sodemann², Claus Malta Nielsen³, Anne Mette Hvass⁴, 5, Marie Nørredam^{6,7}

STATUSARTIKEL

1) Almen medicin, Lægehuset Lundby-Præstø.

2) Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital

3) Kommunal lægen, Frederikssund Kommune

4) Sociallægeinstitutionen, Aarhus Kommune

5) Infektionsmedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

6) Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital

7) Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Afdeling for Sundheds-tjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Ugeskr Læger
2016;178:V05160309

I 2015 kom ca. en million flygtninge til Europa. I alt søgte 21.225 om asyl i Danmark [1]. Heraf kom 40% fra Syrien, andre kom fra bl.a. Iran, Afghanistan, Eritrea og Irak (**Figur 1**) [2].

Helbredsundersøgelser af flygtninge og familiesammenførte til flygtninge blev igen aktuelt, da det ved topartsforhandlingerne i foråret 2016 blev aftalt, at kommunernes tilbud om lægelige helbredsundersøgelser ikke længere skulle være obligatorisk. I integrationsloven er det nu gældende, at: »Tilbuddet om helbredsundersøgelser målbrettes, så det er op til kommunerne at beslutte, om der er behov for en opfølgende helbredsundersøgelse« [3].

De enkelte kommuner og regioner har valgt at takle opgaven meget forskelligt. I denne artikel belyser vi tilbuddet om lægelige helbredsundersøgelser af nytilkomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge i Danmark i kommunalt regi samt den initiale sundhedsmæssige modtagelse af disse grupper.

HVAD FEJLER NYTILKOMNE FLYGTNINGE OG FAMILIESAMMENFØRTE TIL FLYGTNINGE?

Ud over sygdomsmønstre i oprindelseslandet har køn, genetik, socioøkonomiske status og vilkår før, under og efter migration indflydelse på den enkeltes sundhed. Ofte har flygtninge haft begrænset adgang til sundhedsydelser i hjemlandet og under flugten, hvorfor nogle har udiagnosticerede eller ikkebehandlede sygdomme med sig [4]. I et endnu ikke færdiggjort studie fra Sociallægeinstitutionen i Aarhus blandt nytilkomne flygtninge i 2015 har man bl.a. fundet udiagnosticeret syfilis, hepatitis og sukkersyge. Blandt de ti hyppigste

helbredsproblemer hos de undersøgte flygtninge var D-vitaminmangel, anæmi, stofskifteforstyrrelse, tandproblemer, latent tuberkulose (tb) og nedsat syn [5]. Resultaterne understøttes af en ældre undersøgelse på området, som viste, at ud af 55 kvoteflygtninge havde 35 (64%) en eller flere somatiske sygdomme [6].

Under migrationen og i hjemlandet har mange oplevet traumatiske hændelser, og en del har været udsat for tortur. Læger er ofte tilbageholdende med at indlede samtaler om traumatiske oplevelser i hjemlandet [7]. Alle regioner har særtilbud til traumatiserede flygtninge, men mange henvises først efter at have opholdt sig i Danmark i flere år [7, 8].

Generelt ses en betydelig overhyppighed af infektionssygdomme såsom tb, hepatitis, syfilis og parasitsygdomme [2, 9], og der ses en højere dødelighed af infektionssygdomme end i baggrundsbefolkningen [10]. En del flygtninge har været på flugt længe og undervejs opholdt sig i tætbefolkede lejre, hvor risikoen for at få tb, difteri og hepatitis er høj. Senere i livet kan infektionerne også få betydning, idet kræftformer, som er relateret til infektion, forekommer hyppigere hos indvandrere fra ikkevestlige lande end hos baggrundsbefolkningen [3]. Også kroniske sygdomme som diabetes ses inden for de første år efter ankomsten til Danmark [11].

HVORFOR HELBREDSUNDERSØGELSER?

Der har gennem tiden været forskellige argumenter for systematiske helbredsundersøgelser af flygtninge. Historisk set har undersøgelserne været rettet mod smittsomme sygdomme for at beskytte værtsbefolkningen [3]. Et studie af tb viser dog, at indvandrer- og flygtningegrupperne smitter hinanden indbyrdes, men de udgør ikke en nævneværdig smittfare for den danske befolkning [4, 12]. Alligevel er der stort rationale i at undersøge for sygdomme, som forekommer med overhyppighed blandt flygtninge, idet mange er relativt lette at behandle, og man undgår kronificering og mere alvorlige følgesygdomme. For kronisk hepatitis B er det påvist, at screening både nedsætter dødeligheden og er omkostningseffektiv [13]. Allerede i 2002 anbefalede Sundhedsstyrelsen at indføre systematisk undersøgelse for tb, hepatitis B og hiv hos flygtninge og indvandrere fra risikoområder, men det blev ikke systematiseret før

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Modtagelse af flygtninge medfører flere udfordringer – også for sundhedsvæsenet.
- ▶ I juni 2016 blev det vedtaget, at de kommunale tilbud om helbredsundersøgelser skulle fjernes som en obligatorisk del af integrationsindsatsen.
- ▶ Der er stor geografisk variation i varetagelsen af opgaven, da der ikke findes en national strategi på området, og det er uklart, hvordan nytilkomnes helbred og integration i sundhedsvæsenet skal håndteres på systematisk vis.
- ▶ Det anbefales, at kommunerne, regionerne og de praktiserende læger sammen finder en løsning, der sikrer en mere ensartet tilgang på området.

2013, og nu er det systematiske tilbud ophørt i mange kommuner [14].

Samfundsøkonomisk virker det fornuftigt at optimere sundhedstilstanden blandt nyankomne, idet hypotesen er, at et godt helbred er afgørende for sprogtilegnelse og for at komme til at deltage i det danske samfund [15]. Imidlertid foreligger der ingen undersøgelser af sundhedstilstandens betydning for integration [4].

Helbredsundersøgelserne kan samtidig bruges som en mulighed for at introducere det danske sundhedsvæsen og vejlede i hensigtsmæssig brug heraf. For eksempel er vaccinationsdækningen og deltagelse i børneundersøgelser lavere blandt nyankomne flygtninge end blandt den øvrige befolkning [16].

Hvilke helbredsundersøgelser tilbydes i Danmark og til hvem?

Asylansøgere

Siden 1984 har Røde Kors varetaget modtagelsen og indkvarteringen af asylansøgere, og Røde Kors-medarbejdere tilbyder en helbredssamtale til nyankomne. Deltagelse er frivillig, og det kan ikke antages, at alle er undersøgt, når de genbosættes i kommunerne. Kommunalt drevne centre har overtaget dele af opgaven med at huse flygtninge og varetager i dag 60% af driften af opholdscentre. Modtagecentre drives fortsat af Røde Kors, men ved stort pres sendes opgaven med helbredsundersøgelse videre til opholdscentre i kommunalt regi. Helbredssamtalen varetages af en sygeplejerske og består i et standardiseret interview om tidligere sygdom, ekspositioner, traumer samt symptomer; parakliniske undersøgelser og visitation til læge foretages efter behov [17]. Udgifter for eventuel videre udredning eller behandling af voksne skal forhåndsgodkendes og refunderes af Udlændingestyrelsen inden for begrænsede rammer, medmindre der er tale om akut sygdom. Børn bliver vurderet af både sundhedsplejerske og læge og har ret til samme sundhedsbehandling som herboende børn [18].

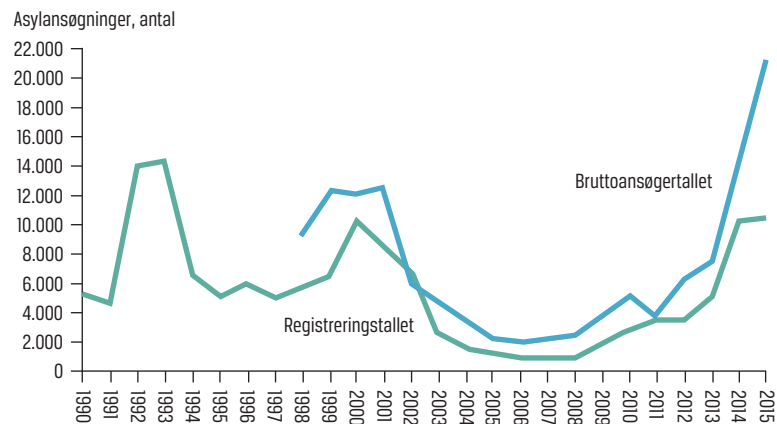
Helbredsoplysningerne dokumenteres i asylcentrenes interne system, og ved udflytning får flygtningene en udskrift af journalen med til deres kommende læge. Egen læge kan også rekvirere journalen elektronisk fra journalarkivet i Røde Kors. Koblingen mellem flygtningenummeret og CPR-nummeret er ofte en udfordring, og værdifulde lægelige oplysninger kan gå tabt.

Kvoteflygtninge og andre grupper

Kvoteflygtninge placeres direkte i værtskommunerne, men skal ifølge dansk lov igennem en sundhedsscreening, der varetages af United Nations High Commissioner for Refugees [19]. Undersøgelsen bruges i udvælgelsesprocessen, hvorefter oplysningerne videregives

FIGUR 1

Asylansøgninger og opholdstilladelser 1990-2015 [2]. Bruttoansøgertallet ækker over alle personer, der ansøger om asyl i Danmark. Registreringstallet dækker over de personer, der faktisk får behandlet deres asylsag i Danmark, efter at bl.a. de »åbenlyst grundløse« ansøgere er blevet afvist.



fra Udlændingestyrelsen til modtagekommunerne. Helbredsundersøgelsen foretages i flygtningelejrene af læger, som er ansat af International Organization for Migration og har særligt fokus på screening for smitsomme sygdomme [19].

Familiesammenførte til indvandrere og danske statsborgere kommer ofte direkte fra hjemlandet til deres familie i Danmark og får ikke nogen form for helbredsundersøgelse.

Flygtninge med ophold og familiesammenførte til flygtninge

I juni 2013 blev det ved en ændring i integrationsloven obligatorisk at tilbyde en lægelig helbredsundersøgelse til flygtninge og familiesammenførte til flygtninge som del af kommunernes integrationsindsats [20]. Forinden var indsatsen usystematisk og varierede meget i indhold og omfang [21]. Undersøgelsen forventedes primært udført af de praktiserende læger i form af en generel helbredsattest, LÆ145, som skulle betales af kommunen [20]. Der er udarbejdet en udførlig vejledning til netop denne opgave [22]. En beretning fra Rigsrevisionen i 2015 viste, at kun 51% af de nyankomne fik tilbudt en helbredsundersøgelse [21]. I år udkom der en evalueringsrapport om indsatsen, og rapporten viste, at der var uenighed om formål og ansvarsfordeling, men kommunerne var enige om, at helbredsundersøgelsen overordnet var en god idé [23]. I foråret 2016 blev det imidlertid besluttet, at det nu skulle være op til de enkelte kommuner, om de ville prioritere helbredsundersøgelse som en del af integrationsindsatsen [3]. Lovpligtigheden er således afskaffet igen blot tre år efter vedtagelse og inden fuld implementering.

Helbredsundersøgelse i Sociallægeinstituttionen Aarhus. Fotoet er stillet til rådighed af Anne Mette Hvass, Sociallægeinstituttionen Aarhus.



Helbredsundersøgelse er således en kommunal opgave og udføres primært af praktiserende læger efter aftale med Praktiserende Lægers Organisation. I nogle kommuner involveres socialmedicinere, mens de indvandrermedicinske klinikker med særlig ekspertise på området ikke er involveret. Mange praktiserende læger føler generelt, at de har utilstrækkelige kompetencer til at møde patienter med etnisk minoritetsbaggrund [6]. De finder, at det er vanskeligt at vurdere patienternes symptomer, og de savner viden om sygdomsforståelse i andre kulturer. Desuden efterspørges der flere henvisningsmuligheder for etniske minoritetspatienter med komplekse problemstillinger [6].

DISKUSSION

Tidligere har man i Danmark formået at modtage store grupper flygtninge og give dem en systematisk og grundig helbredsundersøgelse. Modtagelsen af bådflygtninge fra Vietnam i 1979 er et godt eksempel på dette [24].

I vores nabolande har man valgt forskellige tilgange. I Sverige tilstræber man at tilbyde alle en frivillig helbredsundersøgelse, men deltagelsesprocenten er lav. I Norge findes en national strategi for håndtering af indvandreres sundhed, og som det eneste land i Norden fokuserer man her også på psykiske og kroniske sygdomme og inkluderer lovpligtig tb-screening [25].

WHO anbefaler ikke obligatoriske helbredsundersøgelser af alle nyankomne, i stedet anbefales en *triage* ved ankomst, hvor man tager hånd om dem, der har helbredsproblemer, med fokus på de svageste grupper: ældre, børn og gravide [26]. På EU-plan sigtes der mod at implementere en personlig sundhedsjournal, som oprettes ved ankomst i EU, for nyankomne migranter. EU-Kommissionen har afsat ekstra midler til arbejdet, men der er lang vej til implementering [26].

Det er i Danmark nu i udgangspunktet de kommunale sagsbehandlere og ikke sundhedsfagligt personale, som skal vurdere de sundhedsmæssige behov hos nytilkomne flygtninge samt familiesammenførte til flygtninge. Der mangler en national strategi for at sikre, at

opgaven løses med høj kvalitet og på lige vilkår i hele landet. Uden konsensus og tydelig ansvarsfordeling går vigtig viden og data på området tabt, og det gør det sværere at tilpasse indsatsen til de skiftende behov. Koordination og sikring af informationsflow vil betyde, at sundhedsoplysninger i transition mellem de forskellige faser ikke mistes. Det kræver bedre samarbejde mellem de involverede instanser og bedre integrering i det øvrige sundhedssystem.

En klar, tofaset model med en fyldstgørende helbredsundersøgelse af alle ved ankomst og en integrerende indsats, når der er givet asyl, med fokus på en langsigtet plan, herunder forebyggelse og håndtering af eventuelle kroniske sygdomme samt posttraumatisk stress, kunne være en mulig løsning. Sidstnævnte kan integreres i primærsektoren, så indsatsen tilpasses individuelt, og kontinuiteten sikres. Ligeledes vil en sådan model kunne danne basis for opbyggelse af et tillidsforhold mellem den praktiserende læge og de nytilkomne og derved give sidstnævnte en bedre forståelse af det danske sundhedsvæsen. De praktiserende læger skal dog klædes på til opgaven, og der må tilstræbes en mere solidarisk fordeling af de nye patienter, så opgaven ikke falder på enkelte praksisser, der har åbent for tilgang på det tidspunkt, kommunen modtager nye medborgere. Der er behov for mere uddannelse i kulturelle kompetencer, herunder i flygtninges sundhedsmønstre og særlige behov, både i form af efteruddannelse og som en del i hoveduddannelsen i almen medicin, og den kunne med fordel også implementeres som fast del af lægestudiets curriculum.

De indvandrermedicinske klinikker, som findes i Odense og København, og som planlægges oprettet i Region Midtjylland, kan bruges aktivt som referenceklinikker. Indvandrermedicin er dog ikke et anerkendt speciale, og tilbuddet er ikke landsdækkende. Vi anbefaler, at der åbnes én indvandrermedicinsk reference sygehusfunktion i hver region til at støtte op om bl.a. denne opgave.

I flere kommuner har man valgt at fastholde tilbuddet om helbredsundersøgelse, til trods for at det ikke længere er et lovkrav [23]. Inden lovændringen var det imidlertid kun godt halvdelen af flygtningene, der blev undersøgt [21], og efter lovpligtigheden er bortfaldet, kan man frygte, at andelen af helbredsundersøgte flygtninge bliver endnu lavere. En mere systematisk indsats på området vil kunne højne kvaliteten og sikre tilbuddet til alle der har behov i hele landet.

MERE INFORMATION

Kliniske retningslinjer til helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge www.integrationsviden.dk/nyankomne/modtagelse/faglige-anvisninger-til-laeger-ifm-helbredsmaessige-vurderinger-af-nyankomne-flygtninge-m.v/#.V25686InlmU [21].

Vaccination af flygtningebørn

- Se vaccinationsprogram i oprindelseslandet her: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary [27].
- Se hvordan vaccinationer kan opdateres i henhold til det danske program her:

www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2015/Uge%205a%20-%202015.aspx [28].

SUMMARY

Marieke Leemreize, Morten Sodemann, Claus Malta Nielsen, Anne Mette Hvass & Marie Nørredam:

Medical examinations of refugees should be harmonized
Ugeskr Læger 2016;178:V05160309

From June 2016, medical examination is no longer a mandatory part of the integration process for refugees arriving in Denmark. Throughout Denmark there is a great variation in the way medical examinations of refugees are carried out. There are neither national guidelines nor strategies for how to manage this challenge systematically and equally throughout the country. We encourage the local municipalities together with the regions and general practitioners to find a solution for a uniform approach.

KORRESPONDANCE: Marieke Leemreize.

E-mail: leemmarieke@gmail.com

ANTAGET: 17. august 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 17. oktober 2016

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- 21.000 har søgt asyl i Danmark i 2015. www.dst.dk/nyt/20613 (27. jun 2016).
- Udlændinge, Integrations og boligministeriet. Tal på udlændingeområdet pr. 31. mar 2016. www.nyidanmark.dk (25. apr 2016).
- Bedre rammer for at modtage og integrere flygtninge. Topartsaftale mellem regeringen og Kommunernes Landsforening (KL). 18. mar 2016. http://sim.dk/media/1044976/aftaletekst_bedre_rammer_for_at_modtage_og_integrere_flygtninge_2.pdf (25. apr 2016).
- Frederiksen H, Nørredam M. Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere – en rapport fra Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU) Københavns Universitet, 2013.
- Hvass AM, Wejse C. Systematic screening of migrants in Denmark: a cross sectional study of infectious diseases in a population of newly arrived refugees. Not yet published. Abstract and poster presented at the 26th ECCMID. Amsterdam, apr 2016. <http://eccmidlive.org> (25. jun 2016).
- Kristensen LD, Mandrup GH. Flygtninge – fejler de noget? Ugeskr Læger 2005;167:392-6.
- Magnusson SN, Slot LV, Al-zyadi H. Lige adgang til sundhed – en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Institut for Menneskerettigheder, Ligebehandlingssafdelingen, 2014.
- Indvandrermedicinsk Klinik (IMK). Hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, Odense Universitetshospital, 2014.
- Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D et al. Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2016;59:599-620.
- Nørredam M, Olsbjerg M, Petersen JH et al. Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study. Trop Med Int Health 2012;17:223-30.
- Nørredam M, Agyemang C, Hoejbjerg Hansen OK et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. Trop Med Int Health 2014;19:958-67.

- Kamper-Jørgensen Z1, Andersen AB, Kok-Jensen A et al. Migrant tuberculosis: the extent of transmission in a low burden country. BMC Infect Dis 2012;12:60.
- Veldhuijzen IK, Toy M, Hahné SJ et al. Screening and early treatment of migrants for chronic hepatitis B virus infection is cost-effective. Gastroenterology 2010;135:22-30.
- Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2002.
- Frederiksen HW, Jørgensen ZK, Agyemang C et al. Health-reception of newly arrived documented migrants in Europe – why, whom, what and how? Eur J Publ Health 2013;23:725-6.
- Møller SP, Hjerrn A, Andersen AM et al. Differences in uptake of immunisations and health examinations among refugee children compared to Danish-born children: a cohort study. Eur J Pediatr 2016;175:539-49.
- Kontrakt mellem Udlændingestyrelsen og Røde Kors om indkvartering og underhold af asylansøgere m.fl. Bilag 3.4.3. Medicinsk modtagelse (nyindrejste) – Modtage-/udrejsecentre. Udlændingestyrelsen, 2016.
- Retningslinjer for bevilling af sundhedsbehandling til voksne asylansøgere mv. Udlændingestyrelsen, 2013.
- Frederiksen HW, Krasnik A, Nørredam M. Policies and practices in the health-related reception of quota refugees in Denmark. Dan Med J 2012;59(1):A4352.
- Meddelelse til PLO'orientering vedrørende lægeundersøgelse af nyankomne flygtninge. PLO'orientering nr. 8/2013.
- Beretning til Statsrevisorerne om integrationsindsatsen. Rigsrevisionen, 2015.
- Faglige anvisninger til praktiserende læger og andre læger, som gennemfører helbredsmæssige vurderinger af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. Socialstyrelsen, 2015.
- Evaluering af kommunernes brug af integrationskontrakter og helbredsmæssige vurderinger. LG insight, 2016. <http://uibm.dk/filer/nyheder-2016/lg-insight-januar-2016.pdf> (6. sep 2016).
- Kjersem H, Black F, Bygbjerg I et al. Vietnamesiske bådflugtninge, erfaringer og resultater fra helbredsundersøgelse efter ankomst til Danmark. Ugeskr Læger 1982;144:2435-9.
- Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Helse- og omsorgsdepartementet. www.regjeringen.no (4. jul 2016).
- Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association European Parliament briefing, "The public health dimension of the European migrant crisis", 2016. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI\(2016\)573908_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf) (25. apr 2016).
- WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2016 global summary.
- Ændrede anbefalinger for tilpasning til det danske børnevaccinationsprogram. EPI-NYT Uge 5a 2015.