

**Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge
og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad an-
går smitsomme sygdomme**

**Sundhedsstyrelsen
April 2002**

Indhold

Resume og anbefalinger	3
1. Baggrund	5
2. Flygtninge og indvandrere i Danmark - hvem er de, og hvilke lande kommer de fra	6
3. Sygdomme hos flygtninge og indvandrere	7
3.1. Sygdomme generelt	7
3.2 Hepatitis B	9
3.3 HIV - infektion	10
3.4 Tuberkulose	12
4. Indsatsen i dag overfor de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere	14
4.1 Myndighedsansvar	14
4.2 Karenstid på 6 uger for ydelser efter Sygehusloven og Sygesikringsloven	15
4.3 Sundhedstilbud for asylansøgere i Dansk Røde Kors regi	16
4.4 Sundhedstilbud for kvoteflygtninge, familiesammenførte og asylansøgere, der har fået opholdstilladelse	17
4.5 Børneområdet - Sundhedstilbud til adoptivbørn, flygtninge og indvandrerbørn	18
4.6 Kursus i samfundsforståelse i medfør af Integrationsloven	19
4.7 Oplysningsaktiviteter vedr. smitsomme sygdomme	19
4.8 Flygtninge og indvandreres forbrug af sundhedsydelser – problemer og barrierer	21
4. 9 Nogle aktuelle initiativer for at forbedre sundhedsbetjeningen og samarbejdet på området	22
5. Praksis og erfaringer fra Norge, Sverige, Finland og Holland	23
5.1 Generelt	23
5.2 Norge	23
5.3 Sverige	24
5.4 Finland	25
5.5 Holland	26
6. Sundhedsstyrelsens vurdering med forslag til yderligere initiativer til forbedring af indsatsen	26

Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme.

Sundhedsministeriet har bedt Sundhedsstyrelsen udarbejde en samlet redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark. Redegørelsen skal indeholde oplysning om, hvilke informations- og forebyggelsestilbud flygtninge og indvandrere henholdsvis tilbydes og tager imod, styrelsens vurdering heraf samt stillingtagen til, om der efter styrelsens opfattelse bør iværksættes yderligere initiativer til forbedring af indsatsen, herunder tilbud/gentagne tilbud om frivillige tests – og i givet fald hvilke. Samtidig er Sundhedsstyrelsen blevet anmodet om at undersøge praksis og erfaringer fra sammenlignelige lande, specielt Norden. Sundhedsministeriet har endvidere med brev af 12. februar 2002 fremsendt en henvendelse fra rådmand Flemming Knudsen, Århus, vedr. helbredsundersøgelse af flygtninge og indvandrere. Besvarelsen af denne henvendelse vil indgå i redegørelsen.

Resume og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme. Redegørelsen omfatter baggrunden for henvendelsen, en gennemgang af hvilke grupper af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, og sygdomsmønstret hos flygtninge og indvandrere herunder er der en speciel gennemgang af smitteforhold og forebyggelse af tuberkulose, hepatitis B og hiv-infektion. Indsatsen over for de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere gennemgås med omtale af myndighedsansvar, Integrationsloven, karenstidsreglen og hvilke informations- og forebyggelsestilbud flygtninge og indvandrere henholdsvis tilbydes og tager imod afhængig af, om de kommer til landet som asylansøgere, kvoteflygtninge eller familiesammenførte. Problemer og barrierer i forhold til flygtninge og indvandreres forbrug af sundhedsydelser skitseres, og der omtales aktuelle initiativer for at forbedre sundhedsbetjeningen. Der er et specielt kapitel om praksis og erfaringer fra de nordiske lande og Holland som kan være til hjælp i planlægningen af den danske indsats. I det afsluttende kapitel er Sundhedsstyrelsens samlede vurdering af sundhedsbetjeningen med forslag til yderligere initiativer til forbedring af indsatsen.

Sundhedsstyrelsen skal gøre opmærksom på, at sundhedsbetjening og oplysningsindsats for flygtninge og indvandrere er en interministeriel indsats, hvor både Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration og Indenrigs- og Sundhedsministeriet deltager samt Sundhedsstyrelsen, Udlændingestyrelsen, Dansk Røde Kors, Dansk Flygtningehjælp, Kommunernes Landsforening og en række aktører på kommunalt niveau m.fl.. Sundhedsstyrelsen har ikke overblik over, hvordan de forskellige myndigheder og organisationer samarbejder, men det er Sundhedsstyrelsens indtryk, at der er behov for en koordinering og et tættere samarbejde mellem myndighederne samt behov for retningslinier fra de centrale myndigheder.

Samlet har Sundhedsstyrelsen følgende forslag til forbedringer af sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark. Sundhedsstyrelsen bevæger sig i disse forslag ind over områder, der hører under andre myndigheder.

Anbefalinger:

- Der gives tilbud om helbredsundersøgelse for kvoteflygtninge samt flygtninge og indvandrere fra tredjeverdens lande, der kommer ved familiesammenføring, svarende til det undersøgelsesprogram, der tilbydes asylansøgere
- Der gives et systematisk tilbud om undersøgelse for tuberkulose, HIV- og hepatitis B infektion til alle personer fra høj-risikoområder
- Når en asylansøger opnår opholdstilladelse, tilbydes en opfølgende undersøgelse ved egen læge
- Der udarbejdes en vejledning for de kommunale medarbejdere vedr. helbredsundersøgelse ved ankomst til kommunen for flygtninge og indvandrere
- Sundhedsstyrelsen udsender en vejledning for undersøgelse af flygtninge og indvandrere til de praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste
- Som led i integrationen af flygtninge og indvandrere oplyses om det danske sundhedsvæsen og de tilbud, der er for undersøgelse, behandling og rådgivning samt de forebyggende tilbud så som vaccinationer, svangretilbud, sundhedspleje, skolesundhedstjeneste og tandpleje
- Der organiseres opfølgende undersøgelser for tuberkulose i årene efter ankomst, og opprioriteres ressourcer til rådgivning og kontaktopsporing af tuberkulose, hiv, hepatitis B for herboende flygtninge og indvandrere
- Oplysningsaktiviteter blandt etniske minoriteter om smitsomme sygdomme og det danske sundhedsvæsens organisering og tilbud styrkes
- Det bør overvejes, om det er hensigtsmæssigt at opretholde karenstiden for de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere
- Der er store sproglige og kulturelle problemer for undersøgelse og rådgivning af flygtninge og indvandrere, og det bør vurderes, om der er den nødvendige tolkebistand

1. Baggrund

Spørgsmål om undersøgelse af flygtninge og indvandrere for smitsomme sygdomme og smittefare har gennem årene givet anledning til en række folketingsforespørgsler bl.a. spørgsmål nr. S 2506 af 31. august 1995 og spørgsmål nr. S372 af 31. oktober 1996 om HIV-test af asylansøgere; spørgsmålene S 1242 og S1243 af 19. februar 1999 om undersøgelse for tuberkulose af personer fra lande med høj tuberkulose forekomst; spørgsmål nr. 31 og 32 om hvilke tests, som flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark fra risikoområder, henholdsvis tilbydes og tager imod, samt i forbindelse med behandlingen af beslutningsforslag B 70 af 13. december 2000 om helbredstjek af udlændinge, der får opholds- eller arbejdstilladelse i Danmark, spørgsmål nr. 1 om, i hvilke lande der eksisterer ordninger med obligatoriske helbredsundersøgelser af udlændinge, der får opholds- eller arbejdstilladelse i det pågældende land.

Mange flygtninge og indvandrere kommer fra 3. verdenslande, hvor der er en høj forekomst af smitsomme sygdomme bl.a. tuberkulose, HIV og hepatitis B. Samtidig kan særligt flygtninge, der har levet under dårlige forhold have andre smitsomme sygdomme og helbredsproblemer ved ankomst, og nogle har psykiske traumer efter tortur og krigsoplevelser. Børnenes vaccinationsstatus vil ofte være mangelfuld.

Det er af stor betydning for den enkelte flygtning og indvandrer, at sygdomstilstande opspores hurtigst muligt, og der indsættes relevante tiltag til behandling og forebyggelse, særligt information om smitemåder, hygiejne og vaccinationer. Smittespredning foregår hyppigst til nære kontakter, dvs. at det er flygtninge- og indvandrerfamilier, der er mest udsat for smitsomme sygdomme.

Det har en generel samfundsmæssig betydning at sikre, at smitsomme sygdomme bliver diagnosticeret og behandlet, således at indvandring fra andre dele af verden ikke udgør en sundhedsmæssig risiko for befolkningen. Hidtil har dette ikke været et problem, idet der kun er set en meget begrænset smittespredning af sygdomme som HIV, TB og hepatitis B fra flygtninge og indvandrere til danskere, muligvis på grund af ringe integration. Men muligheden for spredning er der, og den giver ikke sjældent anledning til uro og ængstelse, i f.eks. daginstitutioner og skoler. Dertil kommer, at der er en samfundsmæssig gevinst ved tidlig diagnostik og behandling, der kan forebygge senere dyre behandlingstiltag og andre samfundsmæssige omkostninger ved sygdom.

For grupper af indvandrere og flygtninge, eksisterer der kun et systematisk tilbud om helbredsundersøgelse for asylansøgere i Dansk Røde Kors regi, men ikke for de øvrige flygtninge, der ankommer til Danmark ved familiesammenføring eller som kvoteflygtninge og heller ikke for indvandrere fra 3. verdenslande i øvrigt. De enkelte kommuner har udviklet varierende tilbud for undersøgelse af især kvoteflygtninge og flygtninge- og indvandrerbørn. Et særligt problem for helbredsundersøgelse ved ankomst er den 6-ugers karenstid for ydelser efter Sygesikringsloven og Sygehusloven.

Rådmand Flemming Knudsen har bedt Børn og Unge- Lægeordningen i Århus om at udarbejde et notat om helbredsundersøgelse af flygtninge og indvandrere. I brev af 1. februar 2002 er dette notat sendt til Sundhedsministeren med følgende forslag:

”Jeg synes, at der er brug for handling på området. Derfor vil jeg foreslå, at indvandrere (flygtninge og familiesammenførte) gennem går en helbredsundersøgelse kort tid efter ankomsten til Danmark. Undersøgelsen kan passende gennemføres i forbindelse med udstedelse af sygesikringsbevis. Jeg vil også foreslå, at informationen om det danske sundhedsvæsen intensiveres og målrettes, så vi får udbredt kendskabet til de mange tilbud, der faktisk er.”

2. Flygtninge og indvandrere i Danmark - hvem er de, og hvilke lande kommer de fra

Personer fra 3. verdens lande, dvs. lande uden for Norden, EU og Nordamerika kan kun få ophold i Danmark som asylansøgere, kvoteflygtninge, ved familiesammenføring, som adoptivbørn eller i forbindelse med beskæftigelse eller uddannelse.

Asylansøgere

En asylansøger er en person, der på dansk grund søger om asyl, men som endnu ikke har fået sin sag om opholdstilladelse færdigbehandlet. Udlændingestyrelsen har ansvaret for asylansøgere. Dansk Røde Kors har siden midten af 1980'erne forestået indkvarteringen og sundhedsbetjeningen af asylansøgere på vegne af Udlændingestyrelsen. De fleste asylansøgere er indkvarteret på Dansk Røde Kors centre rundt om i landet i de måneder til år, som behandlingen af deres asylsag varer. Enkelte asylansøgerne får tilladelse til at bo hos familie frem for på flygtningecentrene.

I år 2000 blev der i Udlændingestyrelsen registreret 10.347 spontane asylansøgere, de kom især fra Irak, Forbundsrepublikken Jugoslavien, Afghanistan, SNG-landene og Somalia. Der blev i 2000 meddelt 5.156 opholdstilladelser i asylsager. Ca. 50% af de asylansøgende udvises. Asylansøgerne får flygtningestatus, når de opnår opholdstilladelse og indgår herefter i kommunernes integrationsprogram.

Kvoteflygtninge

Der kommer årligt ca. 500 kvoteflygtninge direkte fra flygtningelejre i udlandet til Danmark ifølge en aftale mellem den danske stat og FN's Flygtningehøjkommissariat UNHCR. De ankommer som regel i store grupper af samme nationalitet, typisk to gange om året. Kvoteflygtningene har opholdstilladelse ved ankomst og bliver indkvarteret i større grupper i kommunerne efter forudgående aftale med Kommunernes Landsforening. Dansk Flygtningehjælp stod tidligere for den første bosætning af flygtninge efter, at de har fået opholdstilladelse; men med Integrationsloven er ansvaret pr. 1. januar 1999 flyttet til Udlændingestyrelsen og kommunerne. Udlændingestyrelsen har ansvaret for fordelingen til kommuner, og kommunerne har ansvaret for at anviser en bolig til nyankomne flygtninge og for integration, sundhedsbetjening mv. Integrationslovens fordelings- og boligregler har til formål at sikre en mere ligelig fordeling af flygtninge i landets amter og kommuner

Familiesammenførte udlændinge

Ved familiesammenføring gives opholdstilladelse til personer, der har nære slægtninge her i landet. Der skelnes mellem, om en person bliver familiesammenført med en herboende dansk eller nordisk statsborger, en herboende flygtning eller en herboende indvandrer.

I 2000 blev der meddelt 12.571 tilladelser til familiesammenføring, hvoraf 95% gik til personer fra tredjelande, især fra Irak, Tyrkiet, Somalia, Afghanistan, Thailand og Pakistan. Der var hovedsagelig tale om ægtefæller (51%) og mindreårige børn (47%) og kun få forældre til her-

boende flygtninge og indvandrere(2%). Familiesammenførte har opholdstilladelse ved ankomst og bliver sædvanligvis indkvarteret hos deres familie.

Indvandrere

Begrebet bruges først og fremmest om indvandrere, som kom til Danmark i slutningen af 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne som gæstearbejdere fra Tyrkiet, det tidligere Jugoslavien, Pakistan og Marokko samt deres pårørende og efterkommere.

Adoptivbørn.

En særlig gruppe af indvandrerbørn, er de ca. 600 adoptivbørn, der hvert år kommer til landet fra tredje verdens lande. Fra 1997-2001 ankom i alt 3233 børn fra 30 forskellige lande. Hovedparten kom fra Indien, Kina, Colombia, Sydkorea og Vietnam.

Det totale antal indvandrere og efterkommer i Danmark

Pr. 1. januar 2001 var der 308.674 indvandrere og 87.273 efterkommere i Danmark, defineret som henholdsvis personer, der er født i udlandet og deres børn født her i landet. Af disse var 74% indvandrere og efterkommere fra 3. verdens lande. Antallet af indvandrere og efterkommere i Danmark er steget fra 228.193 i 1991, svarende til 4,4 pct. af befolkningen, til 395.947 i 2001, svarende til 7,4 pct. af befolkningen. I perioden 1991-2001 er antallet af indvandrere og efterkommere fra 3. verdens lande steget fra 140.369 i 1991 til 292.686 i 2001, hvilket er mere end en fordobling. Aldersfordelingen blandt indvandrere, efterkommere og personer af dansk oprindelse er forskellig, idet der er forholdsvis mange indvandrere blandt 15-49-årige, mens andelen af indvandrere under 15 år er relativt lav

Der henvises i øvrigt til statistiske oplysninger i Udlændingestyrelsen, Indenrigsministeriet og Danmarks Statistik

3. Sygdomme hos flygtninge og indvandrere

3.1. Sygdomme generelt

Sygdomsmønstret for de forskellige flygtninge- og indvandrergrupper samt udenlandske adoptivbørn afhænger af, hvilke lande de kommer fra, hvilke livsbetingelser de har haft dér, og hvilke forhold de har måttet leve under på vejen til Danmark. Derfor er der en meget stor variation i sundhedstilstanden ved ankomst.

For flygtninge afhænger sygdomsmønstret ved ankomst af, om de har opholdt sig i årevis under dårlige forhold i tropiske flygtningelejre, eller om de tilhører en mere velstillet social gruppe, som eventuelt er flygtet pga. tortur og mishandling. Helge Kjersem beskriver i sin Ph.d. afhandling fra 1996, Migrationsmedicin i Danmark, sundhedsforholdene for flere af de flygtningegrupper, der er kommet til landet fra 1970'erne til 1990'erne. Den ene yderlighed er gruppen af vietnamesiske bådflygtninge, der ankom til Danmark i 1979, hvor trope- og infektionssygdomme var almindelige og 10% af flygtningene var så medtagne, at de måtte indlæg-

ges på hospital ved ankomst. Modsat svarede sygdomsmønsteret hos de 10.422 asylansøgere, der ankom i perioden 1986-88, til hvad man normalt ser i almen praksis i Danmark, dog kun hvad angår fysisk sygdom. Der er en overvægt af psykiske problemer.

For flygtninge- og indvandrerbørn er der tilsvarende store variationer. Kirsten Abdallah beskriver i en MPH-afhandling fra december 2000 sundhedstilstanden hos 364 asylansøgende børn, der ankom til Danmark i 1997. Hun fandt, at 59% af børnene havde symptomer på sygdom og 17% blev henvist til speciallæge eller psykolog. Der var ingen børn, der blev akut indlagt. De hyppigste symptomer var fra tænderne, huden, øjne, ører og luftveje, 7% havde ufrivillig vandladning, 18% var overvægtige og 11% var undervægtige. Der var relativt få smitsomme sygdomme: Hos 9 børn fandt man tarmparasitter, 9 børn havde lus, 6 havde svampeinfektioner i huden og hos 3 var der mistanke om tuberkulose.

I en oversigtsartikel i Ugeskrift for læger november 2000 om sygdomme hos udenlandske adoptivbørn samt børn af asylansøgere og flygtninge, der for nylig er kommet til Danmark, anføres det, at disse ofte har levet under dårlige forhold, og at man skal være opmærksom på en række smitsomme sygdomme, mangelsygdomme, arvelige sygdomme og psykiske problemer ved ankomst. Erfaringen er, at børnene kan have sygdomme som: fnat, hovedlus, børnesår, svampebetingede hudinfektioner, anæmi pga. jernmangel og tarmparasitter, malaria, tuberkulose, hepatitis B, hiv-infektion. Børnenes vaccinationsstatus vil ofte være mangelfuld.

Der foreligger derudover data fra overvågningen af smitsomme sygdomme i Danmark og en række udenlandske og danske undersøgelser af sygdomme hos indvandrere og flygtninge. Nogle af de nyere danske undersøgelser er publiceret i et temanummer om indvandrere og flygtninge i Ugeskrift for læger, november 2000. Det konkluderes bl.a., at der mangler megen viden om forekomsten af de mere eksotiske sygdomme, men også folkesygdommene blandt indvandrere i Danmark.

De fleste flygtninge og indvandrere kommer fra tredje verdenslande, hvor der er en langt højere forekomst af smitsomme sygdomme såsom tuberkulose, hepatitis A og B, hiv-infektion og andre seksuelt overførbare sygdomme, malaria, hudinfektioner og tarmparasitter. Nogle grupper har problemer med fejlnæring, vitamin D mangel samt livsstilssygdomme som fedme og diabetes. En stor del af flygtningene har psykiske sygdomme efter tortur, lidelse og flugt. De specielle problemer der er vedr. sundhedsbetjeningen af traumatiserede flygtninge er beskrevet i en rapport fra Sundhedsministeriet, april 2001 "Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge".

Flygtninge og indvandrere kan bringe smitsomme sygdomme til Danmark ved ankomst, men man må også være opmærksom på de store grupper af indvandrere, der har boet i Danmark i nogle år, og blandt hvilke der kan være en højere forekomst af smitsomme sygdomme som hepatitis B, HIV og tuberkulose. For herboende udlændinge giver besøg hos familierne i hjemlandet en særlig risiko for smitsomme sygdomme, og en del af de importerede sygdomme forekommer hyppigere hos indvandrere, der har været på besøg i hjemlandet, fx. hepatitis A og tyfus/paratyfus tilfælde. Indvandrerbørn er specielt udsatte.

Man må være opmærksom på, at indvandring er langt den mindste del af den samlede internationale mobilitet over grænserne. Turisme, studieophold, udstationering i udlandet og forretningsrejser bidrager til, at danskere kan pådrage sig smitsomme sygdomme i udlandet og også

i Danmark. Undersøgelse af flygtninge og indvandrere ved ankomst vil kun kunne give et begrænset bidrag til smitteforebyggelsen.

I det følgende gennemgås tre af de sygdomme, hvor det efter Sundhedsstyrelsens opfattelse kan overvejes at indføre et tilbud om rutinemæssig undersøgelse for visse grupper af flygtninge og indvandrere nemlig Hepatitis B, HIV og tuberkulose. For alle tre sygdomme gælder, at der kan være tale om raske eller næsten raske smittebærere, og at der er et behandlings- og/eller forebyggelsestilbud.

3.2 Hepatitis B

Hepatitis B forekommer overalt i verden, men forekomsten er særligt høj i tropiske områder. Det anslås, at der globalt lever omkring 2 milliarder mennesker, der er blevet smittet med hepatitis B virus, og at 350 millioner af disse personer har udviklet kronisk hepatitis B infektion, dvs. en kronisk smittefarlig infektion. Prævalensen af kronisk hepatitis B infektion varierer fra mindre end 0,1% i Nordamerika og Nordeuropa til mere end 20% i visse dele af Afrika og Sydøstasien.

Efter smitte med hepatitis B kan den smittede person udvikle akut hepatitis B med sygdomssymptomer eller et ganske mildt forløb uden særlige symptomer. De fleste udvikler herefter immunitet overfor hepatitis B. Enkelte bliver ikke immune, men udvikler kronisk hepatitis B infektion. Risikoen for at få kronisk infektion er meget høj for nyfødte og småbørn, mens kun få procent udvikler kronisk hepatitis B, hvis de smittes som unge eller voksne.

Hepatitis B-virus findes i blod og vævsvæsker ligesom HIV-virus, men Hepatitis B er langt mere smittefarligt. Hepatitis B smitter fortrinsvis seksuelt, gennem blod fx. ved stofmisbrug og usterile nåle og instrumenter samt fra mor til barn ved graviditet og fødsel. Mor-barn smitte er meget udbredt i lande med høj forekomst, og de fleste af disse børn vil få kronisk hepatitis B infektion og være raske smittebærere. Efter en årrække vil nogle udvikle sygdom, bl.a. skrumpelever og leverkræft.

Adoptivbørn og flygtninge og indvandrerbørn fra områder med høj forekomst af hepatitis B har således risiko for at være smittet af deres mor ved fødslen og have kronisk hepatitis B infektion. Disse børn smitter i sjældne tilfælde personer i deres egen husstand eller børn i de institutioner, hvor de går. Unge og voksne flygtninge og indvandrere med kronisk infektion kan primært overføre infektionen seksuelt.

Den nuværende viden om forekomsten af hepatitis B i Danmark er ufuldstændig. I 1970'erne blev der gennemført flere større, epidemiologiske undersøgelser i risikogrupper. Der foreligger imidlertid ikke systematisk indsamlede data, der belyser, hvordan de seneste 20 års betydelige immigration fra lande med intermedier og høj hepatitis B-forekomst har påvirket forekomsten og smittespredningen i Danmark. Anmeldelse af kronisk hepatitis B blev først indført den 1. maj 2000. Det er tidligere anslået, at der var ca. 5.000 personer med kronisk hepatitis B i Danmark, men ud fra Danmarks Statistiks oplysninger om antallet af flygtninge og indvandrere fra højendemiske områder, må det formodes, at antallet er væsentlig højere, og at der nu findes ca. 15.000 hepatitis B bærere i Danmark. Hepatitis B er langt mere udbredt blandt visse etniske grupper end blandt danskfødte. I Danmark er forekomsten af akut hepati-

tis B infektion lav, i det der anmeldes omkring 100 tilfælde om året. Man regner med, at de fleste af disse er smittet seksuelt. Herudover kan der være milde tilfælde af akut hepatitis B, der ikke registreres og anmeldes.

Hepatitis B kan forebygges effektivt med vaccination. I Danmark anbefales vaccination af grupper i særlig risiko herunder vaccination af familiemedlemmer og seksualpartnere til personer med kronisk hepatitis B. Der ydes tilskud til vaccinationen efter reglerne om medicintilskud. Der er dog pr. 1. november 2001 indført gratis vaccination af nyfødte, hvis mor er hepatitis B bærer. I Norge anbefales vaccination af alle børn og unge med udenlandsk baggrund, fordi de normalt har større risiko end andre for at blive eksponeret for hepatitis virus. Begrundelsen er, at de oftere vil opholde sig i husstande med kroniske bærere. Grunden til at unge indvandrere er en speciel målgruppe for vaccination er, at disse oftere vælger seksualpartner fra familiens hjemland, der vil have større risiko for at være bærer. Disse vaccinationer er gratis i Norge.

WHO har anbefalet, at alle medlemslande uanset prævalens af kronisk hepatitis B fra 1997 skulle inkludere hepatitis B vaccination i de nationale børnevaccinationsprogrammer. En række vesteuropæiske lande - Frankrig, Tyskland, Italien, Belgien, Schweiz, Portugal og Spanien - har indført hepatitis B vaccination. England, Irland, Holland og de skandinaviske lande inklusive Danmark har foreløbig ikke indført vaccinationen. I Danmark udføres der i dette år en Medicinsk Teknologivurdering, der skal belyse om hepatitis B vaccination bør indføres som en del af børnevaccinationsprogrammet. Vaccinen er relativt dyr og skal gives ved i alt tre vaccinationer.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en mere systematisk undersøgelse af flygtninge og indvandrere fra høj-risikoområder for hepatitis B og vaccination af familiemedlemmer og seksualpartnere til personer med kronisk hepatitis B, vil være hensigtsmæssig, og at dette bør knyttes sammen med en oplysningsindsats om hepatitis B. Se endvidere 4.7.

3.3 HIV - infektion

Det skønnes, at godt 36 millioner mennesker lever som hiv-smittede globalt, heraf godt 25 millioner i Afrika syd for Sahara. Det betyder at næsten 9% af befolkningen i alderen 15-49 år i denne del af verden er smittet med hiv. Den globale smittespredning afspejler sig naturligt i forekomsten af hiv blandt indvandrere/flygtninge i lande i Vesteuropa. I Danmark er der således også relativt mange hiv-smittede blandt folk, der stammer fra henholdsvis centralafrikanske lande og lande i Sydøstasien.

Hiv-virus findes i blod og vævsvæsker og smitter fortrinsvis seksuelt, gennem blod fx. ved stofmisbrug og usterile måle og instrumenter samt fra smittet mor til hendes barn under graviditet og fødsel. Forløbet af hiv-infektionen varierer meget fra den ene person til den anden. Nogle udvikler sygdomssymptomer og aids et til to år efter smitten, mens andre fortsat er raske smittebærere efter 12-15 år. Det har siden 1996 været muligt at behandle hiv-infektionen og bremse udviklingen af sygdom, men man kan fortsat ikke helbrede hiv-infektion.

I Danmark mener man, at der lever ca. 4.600 hiv-smittede, hvoraf halvdelen er mænd, der har sex med mænd. Derudover knytter udbredelsen af HIV i Danmark sig til visse indvandrergrupper, intravenøse stofmisbrugere samt til personer, der har rejst eller været udstationeret i lande med stor udbredelse af HIV. Konkret konstateres der mellem 200 og 300 nye tilfælde af hiv årligt i Danmark (301 i 2001).

Indvandrere og flygtninge, der konstateres hiv-smittede i Danmark, har de seneste år udgjort ca. 1/3 af de nyfundne hiv-smittede - en andel der er stigende. Hovedparten af de smittede indvandrere antages at være smittet heteroseksuelt i deres oprindelsesland, dvs. før ankomsten til Danmark, dette gælder således 89% af kvinder og 56% af mænd. De fleste indvandrere med ny-påvist hiv-infektion kommer fra højendemiske lande i det centrale, østlige eller sydlige Afrika, områder hvor forekomsten af hiv er meget høj. Man må være opmærksom på, at der kan være en underdiagnosticering i nogle af disse befolkningsgrupper.

Der er ikke lavet viden- eller adfærdsundersøgelser blandt de etniske grupper, men arbejdet med hiv forebyggelse i den afrikanske gruppe har vist, at der er en uvidenhed og fordomme om hiv/aids svarende til, hvad der var tilfældet for den danske befolkning for 15-20 år siden.

I tallene fra den overvågning, der sker på Statens Serum Institut, er der ikke holdepunkter for, at der sker smittespredning i større omfang fra indvandrere/flygtninge til danskfødte i Danmark, men muligvis nok mellem indvandrergrupper her i landet. Derimod smittes danskfødte personer i udlandet. Det har i høj grad været tilfældet for heteroseksuelle, mens det i mindre grad ses blandt mænd, der har sex med mænd (ca. 10%). Siden 1990 er 230 danskfødte personer smittet heteroseksuelt i udlandet, de fleste ved udstationering eller turistophold i centralafrikanske lande eller Sydøstasien.

Der er enkelte undersøgelser af hiv-forekomsten blandt asylansøgere. Det vides fra en kam-pagne udført i 1995/96 af Dansk Røde Kors, Asylafdelingen, i samarbejde med Statens Serum Institut, at der ikke var nogen hiv-positive blandt de knap 600 undersøgte. Til gengæld fandt man, at 7 havde kronisk infektion med hepatitis B. I Sverige fandt man i 1995 blandt 47.000 eks-jugoslavere ingen hiv-positive, men til gengæld 20% hiv-positive blandt asylansøgere fra nogle afrikanske lande. I Sverige og Norge, hvor alle asylansøgere tidligere blev screenet, tilbydes hiv-test nu kun til personer fra høj-risikoområder eller med kendt risikoadfærd, ligesom i Danmark.

Et tilsvarende målrettet tilbud om hiv-test er relevant for de øvrige flygtninge, familiesammenførte og herboende udlændinge fra høj-risikoområder. Til hiv-testning for disse personer bør knyttes rådgivning og tilbud om hjælp til kontaktopsporing i tilfælde af, at personen er hiv-positiv, samt en intensiveret oplysningsindsats. De hidtidige erfaringer med rådgivning på landets hiv-testningssteder viser, at det er meget ressourcekrævende, der kræves kvalificeret tolkebistand og indsigt i sundhedsopfattelse blandt de etniske grupper, der rådgives. Behandlingsstederne efterlyser et tættere samarbejde med de etniske organisationer og opdaterede oplysningsmateriale på det etniske område.

Det er Sundhedsstyrelsens og de øvrige involverede aktører på hiv/aidsområdet vurdering, at der er behov for en samlet koordinering og prioritering af det etniske område, både hvad angår oplysningsindsats, rådgivning og den øvrige forebyggelse. Sundhedsstyrelsen arbejder

aktuelt med en revurdering af hiv/aids forebyggelsesarbejdet, og de etniske grupper er identificeret som en meget central målgruppe for den fremtidige indsats. Se endvidere afsnit 4.7.

Forslag om tvungen hiv-testning har været fremme mange gange i den danske AIDS-debat. Iværksættelse af tvangsundersøgelser for hiv-smitte vil stride mod fundamentale principper for undersøgelse og behandling i det danske sundhedsvæsen og mod internationale resolutioner. Dertil kommer, at hiv-virus ikke er særlig smitsomt, og at man som partner i et seksuelt forhold ved enkle forholdsregler kan beskytte sig mod at blive smittet. Der er ingen dokumentation for, at en tvangstestning vil have en smittebegrænsende effekt.

3.4 Tuberkulose

Ca. 1/3 af verdens befolkning er smittet med tuberkulose, der på verdensplan et meget stort sundhedsproblem. Mange flygtninge og indvandrere kommer fra lande, hvor der er en høj forekomst, og ved ophold i flygtningelejre vil de ydermere have god mulighed for at blive smittet. Man må regne med, at hovedparten af flygtninge og indvandrere fra højrisikoområder er smittet med tuberkulosebakterier. De fleste vil være fuldstændig raske og aldrig udvikle tuberkulose. Bakterierne "sover" i kroppen, og hos en mindre del af de smittede kan de efter måneder og år aktiveres, formere sig og give sygdom.

Tuberkulose smitter gennem luften. Der kræves normalt en langvarig og tæt kontakt for smitte, som der ses under husstandslignende forhold. Det er kun lungetuberkulose, der er smitsomt og særligt åben lungetuberkulose, hvor der er store mængder bakterier. Tuberkulose kan almindeligvis kureres gennem en kombinationsbehandling, der gives over 6 måneder.

I Danmark ansås tuberkulose for næsten udryddet i midten af 1980'erne, og i 1986 blev der kun anmeldt 299 tilfælde. Siden er antallet af tilfælde steget til næsten det dobbelte, og i år 2000 blev der anmeldt i alt 548 tuberkulosetilfælde. Stigningen kan forklares ved den høje forekomst blandt indvandrere. Tuberkulose blandt indvandrere udgør nu ca. 2/3 af alle tuberkulosetilfælde i Danmark, heraf er halvdelen fra Somalia, ca. 10% er indvandrere fra Pakistan og 4% grønlandere. Antallet af anmeldte tilfælde blandt danskere har været stabilt eller svagt faldende.

Trods stigningen i antallet af tuberkulosetilfælde har man ikke set smittespredning af nævneværdigt omfang til den danske befolkning. Statens Serum Institut har de seneste otte år foretaget en landsomfattende DNA-subtypning af stort set alle de tuberkulosebakterier, der er fundet hos patienter i Danmark af alle nationaliteter. Derved har man fået yderligere viden om smittespredningen, specielt om der sker smitte fra flygtninge og indvandrere til danskere, idet DNA-subtyperne varierer fra land til land. Man har bl.a. undersøgt gruppen af somaliske flygtninge og deres familier. Blandt 391 somaliere med TB i Danmark i 3 års perioden 1996 til 1998 fandt man, at syv somaliere var smittet af danskere, og at somaliere kun havde smittet fire danskere. Samme undersøgelse har sandsynliggjort at 75% af somalierne var smittet før ankomst til Danmark, og at maksimalt 25% kan være smittet her i landet af andre patienter fra Somalia.

Disse tal er karakteristiske for udlændingegruppen som helhed, at der er meget lidt smittespredning mellem udlændinge og danskere, bortset fra mellem grønlandere og danskere.

Grunden til den begrænsede smittespredning mellem udlændinge og danskere kan søges i to forhold: 1) dårlig integrering, tuberkulose er ikke særlig smitsomt og kræver normalt en langvarig og tæt kontakt for at smitte. 2) flygtninge og indvandrere i Danmark har en større forekomst af tuberkulose udenfor lungerne sammenlignet med danskfødte med tuberkulose. Blandt den somaliske gruppe har kun halvdelen lungetuberkulose, der er den smitsomme form; hos de øvrige sidder sygdommen i lymfekirtler eller andre organer og smitter ikke.

Gruppen af somaliere i Danmark er kommet til landet som asylansøgere eller ved familiesammenføring, og de har en usædvanlig høj forekomst af tuberkulose dels ved ankomst, men mange udvikler også i årene herefter. En nylig opgørelse over alle somaliere i Danmark har vist, at den årlige incidens af tuberkulose ved ankomst er 2%. Efter 7 år i Danmark havde i alt 9.5% af somalierne udviklet tuberkulose.

Der sker smittespredning med tuberkulose fra indvandrere og flygtninge i Danmark mest til deres egen familie og bekendte, men der er også set smitte på sprogskoler. Særligt udsatte er børnene. I perioden 1990-99 blev der anmeldt 268 børn under 15 år med tuberkulose, halvdelen var somaliere, 13% fra Pakistan og 3% fra Eks-Jugoslavien. Man mener, at ca. halvdelen er smittet i Danmark af et familiemedlem eller en bekendt af familien.

Der har i mange år været såkaldte obligatoriske screeninger for tuberkulose af udlændinge ved ansøgning om opholds- og eller arbejdstilladelse i en række vesteuropæiske lande. Erfaringerne fra mange lande er, at der er store logistiske problemer med at få undersøgt disse store befolkningsgrupper, der er problemer med fremmøde og opfølgning såsom genundersøgelse og behandling. Et eksempel er Norge, hvor Smitteværnloven og Fremmedloven pålægger udlændinge fra lande med høj forekomst af TB at gennemgå tuberkulinprøvning og røntgenundersøgelse inden 14 dage efter ankomst. En undersøgelse har vist, at selv efter en intensiveret indsats med rykkerbreve og opsøgning af udlændinge var fremmødeandelen i 1999 kun 50%. I Holland er obligatorisk undersøgelse for lungetuberkulose en betingelse for at opnå opholdstilladelse for personer fra tredje verdens lande. Der er en meget høj dækningsgrad, men mindre end 50% får foretaget de opfølgende undersøgelser, der tilbydes hver halve år de følgende to år.

I Danmark er det kun asylansøgere, der systematisk får tilbudt en helbredsundersøgelse ved ankomst for bl.a. tuberkulose. Derudover er der formentlig også undersøgt mange kvoteflygtninge. Imidlertid er et stort antal mennesker ankommet til Danmark som led i familiesammenføring, bl.a. mange flygtninge fra Somalia. Disse mennesker er ikke tilbudt helbredsundersøgelse ved ankomst, selvom de kan have en lige så høj forekomst af tuberkulose som de familiemedlemmer, der er ankommet via asylsystemet. Dette gælder også indvandrere fra fx. Pakistan, der kommer til Danmark ved familiesammenføring.

Det kan være hensigtsmæssigt at undersøge personer fra høj-risikoområder for tuberkulose ved ankomst, dels for at mindske smittespredning dels for at undgå, at tuberkulosesygdommen hos den enkelte udvikler sig til invaliderende sygdom og evt. død. Der er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ikke noget fagligt argument for, at det kun er asylansøgere, der tilbydes undersøgelse for tuberkulose. Det kan være ligeså relevant for andre indvandrere og flygtninge, der kommer ind i landet ved fx. familiesammenføring. Da mange først udvikler tuberkulosesygdom i årene efter ankomst, vil en undersøgelse ved indrejse ikke være tilstrækkelig til at

identificere alle tilfælde af tuberkulose blandt indvandrere, hvorfor der bør være en form for opfølgning for at diagnosticere de tilfælde, der udvikler sig i de efterfølgende år.

En helbredsundersøgelse kort efter ankomst kan foruden at opspore tuberkulose tilfælde også have til formål at nedbryde barrierer til sundhedsvæsenet, øge kendskabet til sundhedsvæsenet og tuberkulosesygdommen. Der er brug for opfølgende undersøgelser og intensiveret kontaktopsporing. I en canadisk const-effectiveness undersøgelse har man fundet, at screening af indvandrere ved ankomst har en vis effekt, men at opsporing af en tuberkulosepatients kontakter var meget mere kost-effektiv. I Danmark er antallet af tuberkulosepatienter fordoblet siden midten af 1980'erne på grund af indvandring. Arbejdet i lungeklinikkerne er øget tilsvarende, og det bør overvejes, om der er afsat tilstrækkelige ressourcer til lungeklinikkerne til at varetage opgaven med behandling, oplysning og kontaktopsporing.

Tuberkulose opfattes i mange kulturer som en stigmatiserende sygdom, og de sproglige og kulturelle barrierer gør dette problem til en stor udfordring for sundhedssektoren. Den geografiske afstand til behandlerne kombineret med en stram tidsplan i ambulatorierne kan i sig selv give problemer. Behandlingen er langvarig og strækker sig over 6 måneder og skal gennemføres konsekvent. Det er vigtigt, at der afsættes tid og ressourcer til at imødegå disse problemer blandt andet med gode tolke og meget ønskeligt, med sundhedspersonale, der selv har indvandrerbaggrund.

Samtidig er der behov for en målrettet oplysningsindsats blandt særligt udsatte etniske grupper. For en effektiv organisering af alle disse aktiviteter vil det være væsentligt med en involvering af indvandrerorganisationerne og kommunernes integrationsmedarbejdere i dette arbejde, se også 4.7.

4. Indsatsen i dag overfor de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere

Hvilke informations- og forebyggelsestilbud flygtninge og indvandrere henholdsvis tilbydes og tager imod.

4.1 Myndighedsansvar

Dansk Røde Kors har siden midten af 1980'erne forestået indkvarteringen og sundhedsbetjeningen af asylansøgere på vegne af Udlændingestyrelsen. Dansk Flygtningehjælp har i en længere årrække stået for den første bosætning af flygtninge efter at de har fået asyl. Med integrationsloven er ansvaret pr. 1. januar 1999 flyttet til Udlændingestyrelsen og kommunerne. Udlændingestyrelsen har ansvaret for fordelingen til kommuner, der foretages efter aftale med Kommunernes Landsforening. Kommunerne har ansvaret for at anviser en bolig til nyankomne flygtninge og for integration, sundhedsbetjening mv. Der er et systematisk tilbud om helbredsundersøgelse for asylansøgere i Dansk Røde Kors regi, men ikke for de øvrige flygtninge, der ankommer til Danmark ved familiesammenføring eller som kvoteflygtning og heller ikke for indvandrere fra 3. verdenslande i øvrigt.

4.2 Karenstid på 6 uger for ydelser efter Sygehusloven og Sygesikringsloven

Reglen om karenstid gælder for alle flygtninge og indvandrere. Personer, som tilflytter Danmark har først 6 uger efter tilflytningstidspunktet (det tidspunkt hvor registrering i Folkeregisteret har fundet sted) adgang til ydelser efter Sygehuslovens regler og til ydelser i henhold til Sygesikringsloven. Fra ankomst her til landet og til 6 uger efter tilflytningstidspunktet har vedkommende dog adgang til at modtage akut sygehusbehandling. Fra ankomsttidspunktet og indtil 6 uger efter tilflytningstidspunktet vil ikke-akut sygehusbehandling og ydelser efter Sygesikringsloven kunne modtages mod betaling.

Asylansøgere, der bor på eller har tilknytning til et asylcenter, får lægehjælp m.v. på centret. Hvis man på centret skønner, at der er behov for yderligere hjælp, bliver vedkommende henvist til behandling af centret. Såfremt Dansk Røde Kors' lægefaglige konsulent vurderer, at der er et behov, henvises til behandling med kaution, hvor dette er påkrævet. Udlændingestyrelsen/Dansk Røde Kors betaler herefter for behandlingen. Hvis der ikke opnås kaution til kautionskrævende behandling, må vedkommende selv betale, såfremt vedkommende fortsat ønsker behandlingen. Der skal for eksempel søges om kaution, når en asylansøger på mistanke om tuberkulose henvises til den lokale lungeklinik til videre udredning og behandling.

I perioden fra en asylansøger er meddelt opholdstilladelse, og indtil vedkommende 6 uger efter har opnået ret til ydelser efter sygehusloven og sygesikringsloven, vil vedkommende selv skulle betale for behandling efter de to love, i det omfang der ikke er tale om akut sygehusbehandling. Der vil eventuelt være mulighed for at opnå hjælp fra kommunen i medfør af Integrationsloven.

For familiesammenførte og kvoteflygtninge gælder tilsvarende at vedkommende selv skal betale, i det omfang der ikke er tale om akut sygehusbehandling, i perioden indtil vedkommende får opholdstilladelse og 6 uger derefter. Den familiesammenførte vil eventuelt kunne få tilskud til dækning af udgiften efter Integrationsloven.

For alle børn gælder, at de har ret til de forebyggende sundhedsydelser, så snart de er tilmeldt Folkeregisteret i kommunen i følge Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, der omfatter sundhedspleje, børnevaccinationer, forebyggende undersøgelse hos praktiserende læge, skolesundhedstjenesten og den kommunale tandpleje. Når det drejer sig om almindelige sygesikringsydelser, er børnene også omfattet af karenstidsreglen. Undtaget er adoptivbørn, der straks ved ankomsten til Danmark er fuldt berettigede til alle ydelser under den offentlige sygesikring, idet børnene først ankommer til landet, når forældrene har fået plejetilladelse.

Herudover kan det oplyses, at Sundhedsministeriets arbejdsgruppe om rehabilitering af traumatiserede flygtninge i en rapport april 2001 har foreslået, at reglen om karenstid ændres. Arbejdsgruppen finder, at reglerne om 6 ugers karenstid ved tilflytning bør overvejes ændret, således at der for traumatiserede flygtninge generelt opnås ret til vederlagsfri sygehusbehandling, når vedkommende har fået opholdstilladelse.

4.3 Sundhedstilbud for asylansøgere i Dansk Røde Kors regi

Alle spontane asylansøgere i Danmark kommer til Sandholmløjren, der fungerer som modtagecenter. I løbet af de første uger tilbydes en helbredsundersøgelse, som stort set alle asylansøgere (99%) tager imod. Helbredsundersøgelsen omfatter et interview hos en sygeplejerske, hvor der anvendes et fast spørgeskema, der gennemgår symptomer fra alle kroppens organer. Ved helbredssamtalen informeres endvidere om seksuelt overførbare sygdomme herunder HIV og der tilbydes hiv-test. Der tilbydes ikke rutinemæssigt test for hepatitis B.

Lægeundersøgelse tilbydes særlige grupper eller efter sygeplejerskens visitation. Et individuelt testprogram tilrettelægges herefter. Man er særligt opmærksom på undersøgelse for tuberkulose, hepatitis B, HIV, syfilis, tarmpatogene bakterier og parasitter. For tuberkulose og hiv gælder særlige forhold:

Tuberkulose. Alle personer fra høj-risikoområder, asylansøgere fra krigszoner, fangelejre og fængsler og personer med kliniske symptomer eller særlig risiko undersøges af læge, der efter skøn foretager relevante undersøgelser og henviser til lungeklinik. Ved mistanke om tuberkulose bliver asylansøgeren i Sandholmløjren indtil mistanken er be- eller afkræftet. Såfremt der ikke findes tuberkulose i første omgang, bliver asylansøgere fra høj-risikoområder opsøgt af sygeplejerskerne hver 3. måned, indtil de med sikkerhed kan symptomerne på begyndende TB og vil kunne søge læge.

HIV. Hiv-test tilbydes ved ankomst til personer fra høj-risikoområder og til personer med kendt risikoadfærd såsom prostituerede og stofmisbrugere. Det er dog kun en mindre del af asylansøgerne, der kommer fra områder med høj forekomst, således var der kun 369 afrikанere i asylsystemet i hele 2000. I de fleste centre er der voksenundervisning om hiv og om muligheden for hiv-test. Der er dog kun ganske få asylansøgere, der senere i forløbet beder om at få en hiv-test, også på centre med mange afrikанere. Man må dog være opmærksom på, at nogle kan vælge at få foretaget anonym hiv-test andre steder. Gravide asylansøgere tilbydes hiv-test og i praksis tager alle imod dette tilbud.

Fra Sandholmløjren indkvarteres asylansøgerne herefter på centre rundt om i landet, hvor de opholder sig i gennemsnit 9 mdr. Alle centre har ansat sygeplejersker og tilknyttet en praktiserende læge. Dansk Røde Kors vurderer, at der er meget varierende tilbud om undersøgelse og oplysningsaktiviteter om smitsomme sygdomme på centrene. Samlet vurderes det, at:

- *gravide.* Alle undersøges for hepatitis B og HIV
- *børn og unge under 18 år* tilbydes forebyggende lægeundersøgelse inden for de første 4 mdr. og vaccineres op til dansk standard. Ca. 90% tager imod tilbuddet.
- *Hepatitis B.* Ca. 5-10% undersøges for hepatitis B i asylperioden. Nære pårørende til asylansøgere med kroniske hepatitis B tilbydes vaccination, ligesom medarbejderne i legestuerne tilbydes vaccination.
- *HIV.* Ca. 5-10% undersøges for hiv i asylperioden. Alle oplyses ved ankomsten om hiv og forebyggelse af seksuelt overførbare sygdomme. Dette gentages i mange centre enten individuelt eller i grupper senere i forløbet. Der udleveres gratis kondomer.
- *Tuberkulose.* Der er stor bevågenhed om TB, hvorfor asylansøgere sendes videre til udredning ved mindste mistanke. Alle fra høj-risikoområder for TB bliver tilbudt samtale med sygeplejerske hver 3. måned.

- *Smitsomme tarmsygdomme* er et lille problem. Der tages få prøver og findes få positive svar.

4.4 Sundhedstilbud for kvoteflygtninge, familiesammenførte og asylansøgere, der har fået opholdstilladelse

Det er kommunerne, der i henhold til Integrationsloven har ansvaret for sundhedsbetjeningen af kvoteflygtninge, familiesammenførte flygtninge og indvandrere og asylansøgere, der har fået opholdstilladelse i Danmark. Integrationsloven hedder *Bekendtgørelse af lov om integration af udlændinge i Danmark, nr. 643 af 28. juni 2001* og hører under Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration.

Der er intet formaliseret tilbud om helbredsundersøgelse til disse grupper af flygtninge og indvandrere. Det er Kommunernes Landsforenings indtryk, at integrationen og evt. helbredsundersøgelse gribes meget forskelligt an i de forskellige kommuner. I en del kommuner er der integrationsmedarbejdere, der har erfaring med flygtninge og tidligere har arbejdet i Dansk flygtningehjælp, i andre kommuner er medarbejderne mere uerfarne. De 6 ugers karenstid for ydelser efter Sygehusloven og Sygesikringsloven er et problem for alle grupper, men særligt for de grupper, der har levet under dårlige forhold inden ankomsten.

De fleste flygtninge, der kommer i forbindelse med familiesammenføring, og andre indvandrere fra høj-risikoområder, modtager ikke tilbud om helbredsundersøgelse ved ankomst. Det er således op til den enkelte at opsøge sin praktiserende læge ved sygdom, eller sørge for at eventuelle børn kommer til læge til børneundersøgelser og ikke mindst gennemførelse af vaccinationsprogrammet. Dette er problematisk, da flygtninge og indvandrere ikke har kendskab til det danske sundhedsvæsens organisation og tilbud, og der er sproglige og kulturelle problemer i kontakten med sundhedsvæsenet.

For asylansøgere, der har fået opholdstilladelse, er der problemer med opfølgning og videreformidling af de undersøgelser og vaccinationer, der er givet under asylperioden. Fra bl.a. Rådmand Flemming Knudsen, er der forslag om, at der straks formidles kontakt til den praktiserende læge, når der gives opholdstilladelse.

Det er Sundhedsstyrelsen indtryk, at der oftest er tilbud om helbredsundersøgelse, når der ankommer større grupper af kvoteflygtninge eller grupper af familiesammenførte til herboende flygtninge, og at der gøres en særlig indsats på børneområdet. I nogle kommuner har man indgået aftale med infektionsmedicinsk afdeling, om undersøgelse. Dette har fx. været tilfældet i Århus kommune. Kommunerne griber det meget forskelligt an, og konsulterer ofte Statens Serum Institut, Dansk Røde Kors eller Sundhedsstyrelsen inden tilrettelæggelsen af undersøgelsesprogram.

I februar nummeret af SØLK, der udgives af Sønderjyllands Lægekredsforening er beskrevet to forskellige modeller for undersøgelse af flygtninge og indvandrere i to landkommuner:

1. I Tinglev og Rødekro var det den kommunale sundhedstjeneste, der organiserede et tilbud om indskolingsundersøgelse for børnene i 12 afghanske familier, der var ankommet ved familiesammenføring. Tilbuddet blev tilrettelagt ud fra samtaler med de praktiserende læger, em-

bedslægerne, Statens Serum Institut, røntgenafdeling og laboratorier. Derudover deltog en afghansk flygtning og børnelæge, der talte familiernes sprog både i tilrettelæggelse og undersøgelse. Tilbuddet kom også til at omfatte forældrene og de voksne børn, og det blev meget godt modtaget.

2. I Sydals kommune stod man pludselig med en stor gruppe familiesammenførte, og der blev indkaldt til et møde med deltagelse af praktiserende læge, integrationsmedarbejder, sundhedsplejerske, kommunaldirektøren, afdelingsleder for pladsanvisningen og kommunallægen. Man tilrettelagde et program, hvor undersøgelsen udførtes i lægehuset udfra et spørgeskema, der var udfyldt på forhånd. Da undersøgelsen fandt sted inden for de 6 ugers karenstid blev udgifterne finansieret direkte af kommunen.

4.5 Børneområdet - Sundhedstilbud til adoptivbørn, flygtninge og indvandrerbørn

Udenlandske adoptivbørn. Denne gruppe har alt overvejende ressourcestærke danske adoptivforældre, som har det nødvendige kendskab til og tradition for anvendelse af sundhedsvæsenets tilbud. Samtidig informerer de adoptionsformidlende organisationer forældrene om hvilke sundhedsforhold, der har betydning for dem før under og efter barnets ankomst. Børnene har som tidligere anført ret til ydelser efter Sygehusloven og Sygesikringsloven allerede fra ankomst til landet. Børnene undersøges rutinemæssigt for HIV og hepatitis B i hjemlandet inden adoption.

Sundhedsstyrelsen udsendte i 1992 en vejledning om helbredsmæssige forhold hos udenlandske adoptivbørn og børn i indvandrerfamilier. I vejledningen foreslås, at barnet hurtigt efter ankomsten undersøges af familiens praktiserende læge, men der lægges ikke op til noget rutinemæssigt screeningsprogram eller obligatorisk undersøgelse. For indpasning af udenlandske børn i vaccinationsprogrammet udgives der løbende en vejledning fra Statens Serum Institut i EPI-NYT (50/2001). Det er Sundhedsstyrelsens indtryk at langt de fleste adoptivbørn undersøges i henhold til disse vejledninger.

Familiesammenførte børn og flygtningebørn er omfattet af Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, der omfatter sundhedspleje, børnevaccinationer, forebyggende undersøgelse hos praktiserende læge, skolesundhedstjenesten og den kommunale tandpleje. Disse tilbud kan gives fra ankomsten, idet de ikke er omfattet af karenstidsreglen. Det er Sundhedsstyrelsens indtryk, at den kommunale sundhedstjeneste i samarbejde med de praktiserende læger og visse steder de infektionsmedicinske afdelinger gør en særlig indsats for disse børn. Nogle kommuner bl.a. Frederiksberg Kommune og Århus Kommune har udarbejdet særlige instrukser til de praktiserende læger vedr. undersøgelse af børnene, hvor ovennævnte vejledninger også indgår. Der er fra Sundhedsstyrelsen, Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg taget initiativ til en procedure, hvor der udsendes rykkere til børnevaccinationer.

I henvendelsen fra Rådmand Flemming Knudsen, Århus, anføres, at for børn af familiesammenførte og kvoteflygtninge bliver der etableret kontakt til Sundhedsplejen og skolebørn, der er omfattet af Skolesundhedstjenesten får foretaget en rutinemæssig helbredsundersøgelse.

Det vurderes, at der formentlig er stor forskel i tilgangen i de forskellige kommuner og det anføres, at der ikke findes en særlig vejledning for skolesundhedstjenesten.

4.6 Kursus i samfundsforståelse i medfør af Integrationsloven

Med Integrationsloven er kernen i integrationsindsatsen det særlige introduktionsprogram, som varer i 3 år, og omfatter et kursus i samfundsforståelse, danskundervisning og aktivering. Udmøntningen vedr. kursus i samfundsforståelse hedder *Bekendtgørelse om kursus i samfundsforståelse i medfør af integrationsloven, nr. 935 af 15. december 2000*. I forhold til den tidligere indsats er integrationsperioden øget fra 1½ år til 3 år og omfatter både flygtninge og familiesammenførte. Kursus i samfundsforståelse udføres i samarbejde med sprogskolerne. Det er Kommunernes Landsforenings indtryk, at omfanget af undervisningen er meget varierende. Området hører under Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration.

4.7 Oplysningsaktiviteter vedr. smitsomme sygdomme

HIV-infektion

Det er særligt på hiv/aids området, der har været oplysningsaktiviteter, idet hiv/aids oplysning er en særlig prioriteret indsats i Danmark med oplysningsmidler afsat direkte på Finansloven. Det etniske område har i en årrække været et prioriteret område i oplysningsindsatsen, og der har været gennemført en række oplysningsaktiviteter. I Dansk Røde Kors regi har der gennem årene i varierende omfang været udført oplysningsaktiviteter og uddannelse af hiv/aids informatorer, og der har været forskellige oplysningsaktiviteter udført af de private hiv/aids organisationer, der er på Finansloven.

Sundhedsstyrelsens aktiviteter på det etniske område har bestået i udarbejdelse af basisinformation om hiv/aids på en række sprog siden 1988. Disse pjecer er dog nu forældede. Sundhedsstyrelsen har endvidere via projektstøtteordningen finansieret en række projekter rettet mod etniske minoriteter, der henvises til de årlige planer for Sundhedsstyrelsens hiv/aids oplysningsindsats. Der er bl.a. finansieret nedenstående projekter:

1. Et rådgivnings- og informationsprojekt udført af indvandrerorganisationen INDSam. Målgruppen er afrikanere bosiddende i Københavnsområdet. Der er oprettet rådgivning i INDSams lokaler i Lille Strandstræde, uddannet et korps af afrikanske informatorer og afholdt en række informationsaktiviteter i det afrikanske miljø. Projektet blev primært finansieret som pilotprojekt og er fra 2001 overgået til finansiering via Finansloven.
2. Indvanderradioen i Århus. Radiorådgivning på 10 sprog + produktion af programmer om forebyggelse af HIV.
3. Dansk Røde Kors, Asylafdelingen. Oplæring af asylansøgere som hiv/aids rådgivere. Projektet udføres i samarbejde med INDSam.
4. Pro-centret. Forebyggende og socialt arbejde med thailandske prostituerede i Danmark.

Derudover tilbydes undervisning om hiv og aids på en række sprogskoler i Københavnsområdet via et hiv-oplysnings projekt for etniske minoriteter, der udføres i et samarbejde mellem hiv/aids-konsulenterne i Københavns- og Frederiksberg kommuner, Københavns-, Roskilde- og Frederiksborg amter samt INDSam og Sex og Samfund. Lignende aktiviteter har været

udført i andre dele af landet også i forbindelse med integrationsprogrammer i kommunerne og andre kurser for indvandrere og flygtninge fx. på dagshøjskoler. Der er ikke et samlet overblik over disse aktiviteter.

Det er Sundhedsstyrelsens og de involverede aktører på hiv/aidsområdet vurdering, at der er behov for en samlet koordinering og prioritering af det etniske område, både hvad angår oplysningsindsats, rådgivning og den øvrige forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt med en revurdering af hiv/aids forebyggelsesarbejdet herunder det etniske arbejde. Planen er at lave en samlet strategi for forebyggelse af hiv/aids, seksuelt overførbare sygdomme og uønskede graviditeter og at udarbejde en rammeplan, der skal udgøre grundlaget for Sundhedsstyrelsens arbejde i 2002-2005. Planen vil være bestemmende for prioriteringer for Sundhedsstyrelsens egne aktiviteter og for fordelingen af økonomisk støtte til andre aktører herunder indsatsområder.

I strategien (rammeplanen) er de etniske grupper identificeret som en meget central målgruppe for den fremtidige indsats. Sundhedsstyrelsen vil i sin tilgang sikre, at den fornødne basisinformation vil være til rådighed på relevante sprog, samt at en mere fokuseret forebyggelsesindsats iværksættes. En fokuseret forebyggelsesindsats forudsætter, at organisationer og institutioner, der arbejder med og blandt de etniske grupper, styrkes og støttes. Dette er en opgave som Sundhedsstyrelsen i samarbejde med andre aktører vil søge at løse

Tuberkulose

Danmarks Lungeforening har i mange år haft en pjece om tuberkulose, der hedder "Orientering om tuberkulose". Den er oversat til grønlandsk, arabisk, engelsk, serbokroatisk, somalisk og tyrkisk. Pjecen udleveres via de lungemedicinske afdelinger, der behandler patienter for tuberkulose, og fra Danmarks Lungeforening (Nationalforeningen til bekæmpelse lungesygdomme stiftet 1901).

Der har i samarbejde mellem de lungemedicinske afdelinger i Århus og København og somaliske grupper været afholdt flere oplysende arrangementer. Indvanderradioen i Århus har et program om sundhed, der også omhandler tuberkulose. Indvandrerorganisationen INDsam har udtrykt ønske om også at formidle oplysning om tuberkulose i tilknytning til hiv/aids oplysning og har fremsendt projektforslag herom. Også andre indvandrerorganisationer har efterlyst en oplysningsindsats om tuberkulose for indvandrere.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der bør knyttes en oplysningsindsats til et tilbud om systematisk undersøgelse af personer fra høj-risikoområder for at øge indvandrergruppens opmærksomhed på sygdommen, for at afkræfte myter og stigmatisering og for at der søges lægehjælp ved symptomer, således at behandling iværksættes på et tidligt tidspunkt og smittespredning begrænses.

Hepatitis B

Så vidt Sundhedsstyrelsen er orienteret, er der meget lidt oplysning om hepatitis B til indvandrer- og flygtningegrupper. Patientforeningen "Hepatitisforeningen", der blev oprettet i 1999, gør en indsats. Hepatitisforeningen har til Sundhedsstyrelsen oplyst, at de får mange henvendelser fra indvandrerorganisationer og fra flygtninge og indvandrere vedr. oplysning om hepatitis B, og at deres hjemmeside er meget besøgt. De har oversat en pjece om hepatitis B til

engelsk og har nu planer om at lægge oversættelser på flere sprog på deres hjemmeside. Men på grund af manglende økonomiske ressourcer er der grænser for, hvor meget Hepatitisforeningen kan løfte denne opgave på nuværende tidspunkt.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er en stor forebyggelsesgevinst ved oplysning om hepatitis B til flygtninge og indvandrere fra høj-risikoområder, og at det bør overvejes hvorledes dette arbejde opprioriteres. Der er en meget effektiv forebyggelse i form af vaccination af familiedømlemmer, herunder nyfødte samt af seksualpartnere til personer med kronisk hepatitis B.

Oplysning om profylaktiske tilbud til børn

Sundhedsstyrelsen har udgivet pjecen ”Sunde børn i et nyt land”, der er oversat til 7 fremmedsprog, og som omhandler det danske sundhedsvæsen og de tilbud, der er til gravide og børn samt en række sundhedsbudskaber. Pjecen er beregnet som en hjælp til sundhedsplejersker og jordmødre og læger i arbejdet med flygtninge og indvandrere. Familieme vil i pjecen kunne genfinde nogle af de vigtigste budskaber, som sundhedspersonalet har formidlet via tolk. Pjecen anvendes meget.

Forebyggelse af omskæring af piger

En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med de somaliske indvandrerorganisationer gennemført en meget vellykket oplysningsindsats om omskæring af piger. Der er mange erfaringer fra dette arbejde, der kan bruges i det øvrige arbejde med de etniske minoriteter.

4.8 Flygtninge og indvandreres forbrug af sundhedsydelser – problemer og barrierer

I Rådmand Flemming Knudsens henvendelse anføres hovedproblemerne således:

- Alvorlige og vigtige helbredsproblemer og sygdomme, hvor der er behov for tidlig rådgivning og behandling er hyppigere end i den øvrige befolkning og vil hyppigere blive overset.
- Nogle af sundhedsvæsnets forebyggende tilbud som f.eks. vaccinationer og svangreundersøgelser udnyttes ikke i et omfang, som svarer til den øvrige danske befolkning
- Kendskabet til det danske sundhedsvæsnets tilbud og organisation er ikke tilstrækkelig stort, hvilket – kombineret med andre sygdomsopfattelser – kan skabe problemer med relevant anvendelse

Sundhedsstyrelsen kan endvidere oplyse, at der er flere undersøgelser vedrørende indvandre-res forbrug af de vigtigste profylaktiske ydelser i sundhedsvæsenet. Det er skønnet ud fra disse, at de etniske minoriteter i Danmark generelt bruger sundhedspleje, børnevaccinationer, forebyggende undersøgelser hos praktiserende læge og fødsel på sygehus i nogenlunde samme omfang som indfødte danskere, mens tandlægeundersøgelser, mødregrupper, fødselsforberedelseskurser og jordmoderkonsultationer bruges i lidt mindre omfang. Når det gælder behandling bruges de fleste former for ambulant behandling i nogenlunde samme omfang som blandt danskere, med tendens til en anelse flere sygehusindlæggelser af voksne.

Sundhedsstyrelsen har ikke på nuværende tidspunkt et endeligt overblik over området og de forskellige vurderinger.

Af problemer og barrierer for brug af egen læge og sundhedsvæsenet generelt peges fra mange sider på:

- Ringe kendskab til det danske sundhedsvæsens organisation og tilbud. Det anføres som væsentligt, at de etniske minoriteter forstår, hvordan sundhedsvæsenet er indrettet og bør anvendes og indstiller sig herpå.
- Sprogproblemer og manglende ressourcer til brug af tolk, uddannelse af personalet i at bruge tolk, uddannelse af tolke og tilrettelæggelse af en tolkeordning, således at patienterne selv kan kontakte en tolk, ved kontakt til fx. den praktiserende læge.
- Kulturelle problemer med forskellige forklaringsmodeller og holdninger til sygdom og sundhed og forskellige forventninger til læge/patient kontakt.
- Læger og sygeplejersker ikke altid kender til de særlige forhold og særlige sygdomme hos nogle etniske minoriteter herunder smitsomme sygdomme og deres forekomst i forskellige dele af verden.

4. 9 Nogle aktuelle initiativer for at forbedre sundhedsbetjeningen og samarbejdet på området

Sundhedsbetjening og oplysningsindsats for flygtninge og indvandrere er, som det vil fremgå en interministeriel indsats, hvor både Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration og Indenrigs- og Sundhedsministeriet deltager samt Sundhedsstyrelsen, Udlændingestyrelsen, Dansk Røde Kors, Dansk Flygtningehjælp, Kommunernes Landsforening og en række aktører på kommunalt niveau m.fl.. Sundhedsstyrelsen har ikke overblik over, hvordan de forskellige myndigheder og organisationer samarbejder, men det er Sundhedsstyrelsens indtryk, at der er behov for en koordinering og et tættere samarbejde mellem myndighederne samt for behov retningslinier fra de centrale myndigheder.

Der er en række initiativer fra centrale myndigheder for at forbedre sundhedsbetjeningen af kvoteflygtninge og familiesammenførte, der er oplyst til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelsen af redegørelsen. Det er fra Kommunernes Landsforening oplyst, at:

1. Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration er ved at lave en håndbog til nyankomne udlændinge om det danske samfund til brug ved kursus i samfundsforståelse.
2. Dansk Flygtningehjælp er ved at udarbejde en håndbog til brug for kommunale medarbejdere ved modtagelse af kvoteflygtninge, der også skal indeholde afsnit om flygtningens behov for helbredsundersøgelse og om mulige smittefarer og procedurer.

Kommunernes Landsforening gav samtidig udtryk for, at Kursus i samfundsforståelse giver mulighed for, at der kan oplyses om det danske sundhedsvæsens organisering og tilbud og om smitsomme sygdomme.

Sundhedsstyrelsen har på sin side foranlediget nedsættelse af en arbejdsgruppe på Statens Serum Institut med deltagelse af de relevante medicinske selskaber, Praktiserende Lægers Organisation og Dansk Røde Kors. Arbejdsgruppen skal vurdere hvilke undersøgelser, der bør tilbydes de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere, og skal udarbejde udkast til en vejledning til landets praktiserende læger og kommunallæger vedr. undersøgelse af flygtninge og indvandrere for smitsomme sygdomme. Arbejdsgruppens udkast til vejledning forventes at foreligge efterår 2002.

5. Praksis og erfaringer fra Norge, Sverige, Finland og Holland

5.1 Generelt

Der er Sundhedsstyrelsen bekendt ikke samlede oversigter over lovgivning eller ordninger for helbredsundersøgelser af udlændinge for landene i Norden eller EU.

På flygtningeområdet er der dog en oversigt over praksis for helbredsundersøgelse i de enkelte lande, præsenteret på hjemmesiden RefugeeNET. Hjemmesiden er en del af et EU finansieret netværk "EU Networks on Integration of Refugees", som bl.a. Dansk Flygtningehjælp deltager i.

Der har i mange år været såkaldte obligatoriske screeninger for tuberkulose af udlændinge ved ansøgning om opholds- og eller arbejdstilladelse i en række vesteuropæiske lande. Erfaringen fra mange lande er, at der er store logistiske problemer med at få undersøgt disse store befolkningsgrupper, der er problemer med fremmøde og opfølgning såsom genundersøgelse og behandling.

For at få et overblik over praksis og erfaringer fra sammenlignelige lande har Sundhedsstyrelsen kontaktet myndighederne i Sverige, Norge, Finland og Holland og fundet frem til følgende.

5.2 Norge

I Norge er man næsten færdig med at revidere retningslinierne for undersøgelse af flygtninge og asylansøgere."IK-0993. Retningslinjer for helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger", der udarbejdet til sundhedspersonale i asylmodtagelse og i primærhelsetjenesten samt til kommuner og fylkeskommuner, som er de ansvarlige myndigheder. Man ønsker en mere ensartet praksis ved førstegangs helseundersøgelse af nyankomne asylansøgere, flygtninge og andre indvandrere. Målgruppen omfatter indvandrere samt personer som har opholdt sig i længere tid i lande med høj forekomst af visse smitsomme sygdomme, dvs. asylansøgere, kvoteflygtninge, arbejdsimmigranter, udenlandske studenter, familiesammenførte og adoptivbørn.

Undersøgelse for tuberkulose er i Norge obligatorisk ved ankomst (inden for 14 dage), mens screening for hiv-infektion, hepatitis B og tarminfektioner er frivillige tilbud. Ordningerne fungerer godt for asylansøgere og kvoteflygtninge, men ikke for de der kommer gennem familiesammenføring.

Man anvender et spørgeskema, som asylansøgeren udfylder. På baggrund af dette foretages en kort helbredssamtale, et somatisk helsecheck og en foreløbig vurdering af den psykisk sundhed. Herefter tilrettelægges yderligere undersøgelser.

Testning for smitsomme sygdomme

I forbindelse med førstegangsundersøgelsen gives information og tilbud om testning for smitsomme sygdomme. Dette gælder særligt information om smitte og forebyggelse i forhold til hepatitis B, HIV og andre seksuelt overførbare infektioner. Al testning skal ske efter informeret samtykke og der skal informeres om, at testresultaterne ikke har betydning i forhold til en

evt. ansøgning om opholdstilladelse i Norge. Ofte udsættes undersøgelse for disse sygdomme til situationen for flygtningen er mere stabil.

Tuberkulose: Smitteværnloven og Fremmedloven pålægger udlændinge fra lande med høj forekomst af TB at gennemgå tuberkulinprøvning og røntgenundersøgelse inden 14 dage efter ankomst. Jfr. Forskrift om tuberkulosekontrol §2-4. Undtaget for TB-kontrol er personer, som kommer fra lande med lav forekomst af tuberkulose. I tiden 2001 gælder det Vesteuropa, USA, Canada, Japan, Australien og New Zealand. Kontrollen gennemføres med tuberkulintestning af alle, og skærm billede eller røntgen af thorax for alle over 15 år. Der er store problemer med opfølgning både for asylansøgere, der flytter mellem asylcentre og for øvrige udlændinge. En undersøgelse har vist, at selv efter en intensiveret indsats med rykkerbreve og opsøgning af udlændinge var fremmødeandelen i 1999 kun 50%. I praksis har manglende undersøgelse ingen konsekvens for bevarelse af opholdstilladelse. Nye forskrifter om tuberkulosekontrol er under udarbejdelse.

Hepatitis B. Det anbefales, at vaccinere hepatitis B-negative indvandrere under 25 år, som kommer fra lande uden for de lavendemiske. Der henvises til Folkehelsa publikation "Smittevern håndbok for kommunehelsetjenesten 2002-2003. Før vaccination igangsættes evt. ved første dosis hepatitis B vaccine anbefales det, at undersøge om personen har eller har haft hepatitis B. Dersom man finder kronisk hepatitis B, gives der tilbud om vaccination til familiemedlemmer, øvrige medlemmer af husholdningen og til seksualpartner.

HIV. Hiv-testning kræver, som for andre grupper, informeret samtykke, og tidspunktet som testen tilbydes på, vurderes nøje. De norske myndigheder lægger vægt på, at testen følges af rådgivning og information om smitteveje og smitteforebyggende adfærd, og at personer med HIV sikres støtte og medicinsk opfølgning videre i systemet ved flytning. Dagens medicinske tilbud til hiv-positive giver så stor prognostisk gevinst, at det er en målsætning at intensivere afdækningen af hiv-smittede indvandrere. Det henvises til rundskriv IK27/93 "Tilbud om Hiv-test til asylsøkere og innvandrere".

5.3 Sverige

Regler for undersøgelse af asylansøgere og flygtninge findes i "Allmänna Råd från socialstyrelsen 1995:4. Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar". Det anbefales i Sverige, at alle asylansøgere og flygtninge så hurtigt som muligt efter ankomsten bliver tilbudt en individuel helbredssamtale. Hvis personen er fra et høj-risikoområde for en smitsom sygdom, eller der er sygdomssymptomer, foretages prøvetagning og evt. lægeundersøgelse. Undersøgelserne er frivillige og målgruppen er alle asylansøgere, flygtninge og familiesammenførte. Dog har en person pligt til at lade sig undersøge ved mistanke om samfundsfarlig sygdom jf. §13 i Smittskyddslagen. Der er speciel opmærksomhed på en "tyst" men alvorlig sygdom som tuberkulose, hiv- eller hepatitis B-infektion og syfilis.

Tuberkulose. Screening anbefales i Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:6 og i Tuberkulose: förebyggande åtgärder. TB i Sverige 1999. Det anbefales, at prioritere undersøgelse for tuberkulose af personer fra høj-risikoområder både ved ankomst til Sverige og senere i sammenhæng med forskellige kontakter til sundhedsvæsenet så som gravideundersøgelse, børne-

undersøgelser og i forbindelse skolesundhedsordninger, arbejdspladsundersøgelser og ved kontakt med almen praksis.

Hiv-infektion. Der anbefales undersøgelse for HIV af personer, der kommer fra høj-risikoområder, personer med risikoadfærd, og de der har været udsat for seksuelle overgreb.

Smittskyddsenheten under Socialstyrelsen i Stockholm oplyser, at ordningen med helbredsundersøgelse af flygtninge og indvandrere i Sverige ikke fungerer særlig godt. I sommeren 2000 gennemførte Socialstyrelsen en evaluering, som viste, at omfanget af helbredsundersøgelserne varierer meget i de forskellige dele af landet. I Norrbotten, hvor alle asylansøgende bor på samme center, bliver alle helbredsundersøgt mindst én gang. I Stockholmsområdet, hvor de fleste asylansøgere og flygtninge bor privat, har man fundet, at kun 50-60% af asylansøgerne har fået tilbudt en helbredssamtale, og af en udvalgt gruppe på 100 havde kun 9% gennemgået prøvetagning eller lægeundersøgelse. Hovedproblemet er logistik: Registrering af hvor asylansøgere og flygtninge bor, kontakt mellem myndighederne, og det problem at asylansøgere og flygtninge ikke har et unikt registreringsnummer.

Der var følgende anbefalinger fra evalueringen, som man er ved at revidere undersøgelsesprogrammet for smitsomme sygdomme efter:

- Alle asylansøgere, kvoteflygtninge og familiesammenførte skal have tilbudt en indledende helbredssamtale med tilhørende undersøgelse hurtigt efter ankomst til Sverige.
- Disse helbredssamtaler koncentrerer til nogle få modtageafdelinger med særlig kompetence.
- Prøvetagning indrettes efter hvilke sygdomme, der er vanligt forekommende for de forskellige kategorier af asylansøgere og flygtninge.

5.4 Finland

Det er oplyst fra Social- og Sundhedsministeriet, at der ingen obligatorisk screening er af flygtninge, men et frivilligt tilbud. Ministeriet har i 1993 udgivet retningslinier vedr. forebyggende og helbredsundersøgelse af flygtninge og asylansøgere og i 1999 blev udarbejdet specielle retningslinier for undersøgelse af albanske flygtninge.

Der tilbydes undersøgelse for tuberkulose til alle. Hvis personen er fra et høj-risikoområde tilbydes tillige undersøgelse for Hiv- og hepatitis B infektion og udfra helbredssamtale undersøgelse for hepatitis C og parasitter. Børn vaccineres efter det finske vaccinationsprogram. Til undersøgelsesprogrammet er tilknyttet oplysningsaktiviteter og informationsmateriale.

Det oplyses, at flygtninge og asylansøgere generelt er glade for tilbudet. Ordningen fungerer godt for asylansøgere og kvoteflygtninge, men andre immigranter fx fra de baltiske lande og flygtninge, der kommer ved familiesammenføring bliver oftest ikke undersøgt. Det finske Social- og Sundhedsministerium vil revidere retningslinierne, således at der kommer effektive ordninger også for de familiesammenførte og andre immigranter.

5.5 Holland

Der er obligatorisk screening for lungetuberkulose ved ankomst af alle indvandrere, flygtninge og andre der søger om ophold i Holland i mere end 3 måneder. Undtaget er personer fra lande i EU, Norge, Island, Schweiz, Monaco, Israel, USA, Canada, Surinam, Japan, Australien og New Zealand.

Undersøgelsen skal ske i den første uge efter ankomst. Gennemført tuberkuloseundersøgelse er en betingelse for at opnå opholdstilladelse. Hvis der findes tuberkulose tilbydes behandling, og det har ingen indflydelse på sag om opholdstilladelse. Derfor regner man med en meget høj dækning, der er tæt ved 100% - dog ikke for illegale indvandrere, hvor man regner med, at de færreste testes. Udover den obligatoriske screening ved ankomst tilbydes opfølgende undersøgelse hvert ½ år de følgende to år. En undersøgelse har vist, at mindre end 50% af asylansøgere fik foretaget opfølgende undersøgelse.

For asylansøgere er der, udover den obligatoriske screening for lungetuberkulose, et tilbud om helbredsundersøgelse. Der anvendes et spørgeskema som udgangspunkt for en helbredssamtale med en sygeplejerske. Herudfra tilrettelægges evt. lægeundersøgelse og undersøgelsesprogram. Gravide asylansøgere testes for HIV, hepatitis B og syfilis.

For øvrige flygtninge og immigranter er der ingen tilbud om helbredsundersøgelse, men kun den obligatoriske screening for tuberkulose.

6. Sundhedsstyrelsens vurdering med forslag til yderligere initiativer til forbedring af indsatsen

Helbredsundersøgelse ved ankomst

Der har i en del år været et systematisk tilbud om helbredsundersøgelse af de flygtninge, der kommer til landet som asylansøgere, og hvor sundhedsbetjeningen varetages af Dansk Røde Kors. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at dette tilbud i store træk er velfungerende.

For asylansøgere, der har fået opholdstilladelse, kan der være problemer med opfølgning og videreformidling af de undersøgelser og vaccinationer, der er givet under asylperioden til den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste, som bl.a. anført af Rådmand Flemming Knudsen.

For de flygtninge og indvandrere, der kommer som kvoteflygtninge eller ved familiesammenføring, har der hidtil ikke været et systematisk tilbud om helbredsundersøgelse. Der er ifølge Sundhedsstyrelsens vurdering ingen faglig begrundelse herfor, og det foreslås, at der tilbydes helbredsundersøgelse ved ankomst til Danmark for alle grupper af flygtninge og indvandrere fra tredje verdenslande uanset på hvilken måde, de rejser ind i landet. Det samme er foreslået af Rådmand Per Knudsen.

Helbredsundersøgelsen for kvoteflygtninge og familiesammenførte kort tid efter ankomst kan have to formål:

- Diagnostik m.h.p. behandling, information og forebyggelse. For smitsomme sygdomme kan gives information om smittemåder, hygiejne og evt. forebyggende vaccination. For børn vurderes vaccinationsstatus.
- Kontakt og introduktion til det danske sundhedsvæsen og de tilbud, der er for undersøgelse, behandling og rådgivning samt de forebyggende tilbud så som vaccinationer, svangretilbud, sundhedspleje, skolesundhedstjeneste og tandpleje.

Da sygdomsmønstret for de forskellige flygtninge- og indvandrergupper varierer meget afhængig af hvilke lande, de kommer fra, hvilke livsbetingelser de har haft dér, og hvilke forhold de har måttet leve under på vejen til Danmark, finder Sundhedsstyrelsen ikke, at det er hensigtsmæssigt med et standard undersøgelsesprogram. I stedet foreslås, at der tilbydes en helbredssamtale med anvendelse af et standardspørgeskema og herefter tilrettelægges evt. et undersøgelsesprogram ud fra det enkelte individs risiko og behov. Det er den fremgangsmåde, man anvender i Dansk Røde Kors og i Norge, Sverige og Finland.

For personer, der kommer fra høj-risikoområder for tuberkulose, hiv- og hepatitis B infektion, vil Sundhedsstyrelsen endvidere foreslå, at der er et systematisk tilbud om undersøgelse for disse tre sygdomme kort tid efter ankomst. For alle tre sygdomme gælder, at der kan være tale om raske eller næsten raske smittebærere, at der er mulighed for forebyggelse af smittespredning, og at der er et behandlingstilbud.

For at vurdere hvilke undersøgelser, der bør tilbydes de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere, har Sundhedsstyrelsen foranlediget nedsættelse af en arbejdsgruppe på Statens Serum Institut med deltagelse af de relevante medicinske selskaber, Praktiserende Lægers Organisation og Dansk Røde Kors. Arbejdsgruppen skal udarbejde udkast til en vejledning til landets praktiserende læger og kommunallæger vedr. undersøgelse af flygtninge og indvandrere for smitsomme sygdomme. Arbejdsgruppens udkast til vejledning forventes at foreligge efterår 2002.

Opfølgende undersøgelser og oplysningsindsats for herboende flygtninge og indvandrere
Som det tidligere er beskrevet vil undersøgelse af flygtninge og indvandrere ved ankomst kun give et mindre bidrag til at hindre spredning af smitsomme sygdomme. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at den smitteforebyggende indsats over for etniske minoriteter i Danmark også bør gælde de store grupper af flygtninge og indvandrere, der allerede har ophold i Danmark, idet disse dels har en højere forekomst af smitsomme sygdomme dels har en større risiko for at blive smittet qua deres kontakt med andre udlændinge og familie mv. i hjemlandet.

Der kan for de forskellige sygdomme være en række andre undersøgelsesmetoder og forebyggelsestiltag, der har langt større effekt end screening ved ankomst eller som supplerer denne. For tuberkulose gælder det, at mange først udvikler sygdommen i årene efter ankomst, og der er behov for opfølgende undersøgelser og en oplysningsindsats om sygdommen og det danske sundhedsvæsen, således at der søges læge ved mistanke om symptomer. Som nævnt har man i en canadisk cost-effectiveness undersøgelse fundet, at screening af indvandrere ved ankomst har en vis effekt, men at opsporing af en tuberkulosepatients kontakter var meget mere kosteffektiv.

For hepatitis B gælder det, at der er en meget effektiv forebyggelse i form af vaccination. Sundhedsstyrelsen vurderer, at en mere systematisk undersøgelse af flygtninge og indvandrere

fra høj-risikoområder for hepatitis B og vaccination af familiemedlemmer og seksualpartnere til kroniske bærere vil være hensigtsmæssig. En større testaktivitet for hiv-infektion blandt personer fra høj-risikoområder vil efter Sundhedsstyrelsens vurdering også være hensigtsmæssig med henblik på rådgivning, smitteforebyggelse og kontaktopsporing. Både for hepatitis B- og hiv-smittede er der et tilbud om ambulant kontrol og evt. behandling.

Sundhedsstyrelsen vurderer derfor, at der er behov for at opprioritere ressourcer til opfølgende undersøgelser for tuberkulose i årene efter ankomst, til undersøgelse af herboende flygtninge og indvandrere, til rådgivning og kontaktopsporing, specielt hvad angår tuberkulose, hiv, hepatitis B.

Samtidig er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er behov for at opprioritere oplysningsaktiviteter blandt etniske minoriteter om smitsomme sygdomme og det danske sundhedsvæsens organisering og tilbud. Det bør overvejes, hvorledes man kan inddrage indvandrersorganisationerne i planlægning og udførelse af disse aktiviteter. Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt med en revurdering af hiv/aids forebyggelsesindsatsen på det etniske område.

Organisering af helbredsundersøgelse, karenstid og tolkebistand

Sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere er en interministeriel indsats, hvor både Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration og Indenrigs- og Sundhedsministeriet deltager. Der er en lang række aktører på området. Der er så vidt Sundhedsstyrelsen kan vurdere behov for at klarlægge, hvordan de forskellige myndigheder og andre organisationer bedst samarbejder om opgaverne.

Det organisatoriske ansvar for tilrettelæggelsen af helbredsundersøgelse og integration af kvoteflygtninge og familiesammenførte ligger hos kommunerne. Det må derfor være de enkelte kommuner, der i samarbejde med Kommunernes Landsforening organiserer et evt. tilbud om helbredsundersøgelse, der kombineres med den øvrige integration. Kursus i samfundsforståelse og sprogkurser i forbindelse med integrationen er en oplagt mulighed for formidling af oplysning om sundhedsvæsenets organisering og forebyggende tilbud samt om smitsomme sygdomme og andre helbredsproblemer.

For undersøgelse af kvoteflygtninge og større grupper af familiesammenførte vil der være en række forskellige organisatoriske løsninger afhængig af hvilken kommune, der er tale om, størrelse, geografi, bemanding af sundhedspersonale, praktiserende læger, kommunallæger, sygehusvæsen, speciallæger i infektionsmedicin mv. De hidtidige erfaringer for helbredsundersøgelse af asylansøgere og kvoteflygtninge viser, at stort set alle tager imod tilbuddet om helbredssamtale, og at det er muligt at få en høj dækningsprocent med frivillige ordninger.

Derimod viser erfaringerne fra Norge, Sverige og Finland, at der er store logistiske problemer forbundet med undersøgelse af flygtninge og indvandrere, der ankommer enkeltvis eller som familie og indkvarteres privat. I Holland derimod er der en næsten 100% dækning for tuberkuloseundersøgelse ved ankomst, idet undersøgelsen er en betingelse for opholdstilladelse. Rådmand Flemming Knudsen har foreslået, at tilbud om helbredsundersøgelse knyttes sammen med erhvervelse af sygesikringsbevis.

De praktiserende læger er indgangen til sundhedsvæsenet for alle, der har opholdstilladelse i Danmark, danskere såvel som udlændinge. Sundhedsstyrelsen er enig i Rådmand Flemming

Knudsens vurdering, at de praktiserende læger sammen med den kommunale sundhedstjeneste vil have en central rolle i undersøgelse af flygtninge og indvandrere uden for asylsystemet. Når flygtninge og indvandrere får tildelt et sygesikringsbevis, bliver de samtidig tilknyttet en bestemt læge. En procedure, hvor helbredsundersøgelsen foretages hos egen læge, vil have den fordel, at der samtidig sker en praktisk introduktion til det danske sundhedsvæsen og den person, der skal op søges ved evt. fremtidige sundhedsproblemer, vaccinationer mv..

Karenstiden på 6 uger udgør et særligt problem for helbredsundersøgelse kort tid efter ankomsten. Særligt for de flygtninge, der har levet under dårlig forhold og/eller har været udsat for tortur og traumatiske oplevelser, kan det være hensigtsmæssigt med undersøgelse inden for de 6 uger. Hvor flygtninge lever sammen i større grupper på et mindre område vil det af hensyn til smitteforebyggelse af fx. tuberkulose og hudsygdomme være særdeles hensigtsmæssigt med tidlig undersøgelse. Sundhedsstyrelsen vil foreslå, at det nærmere vurderes, om det er hensigtsmæssigt at opretholde karenstiden for de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere.

Der er store sproglige og kulturelle problemer for undersøgelse af flygtninge og indvandrere ved ankomst og senere undersøgelser, og det er vigtigt at afsætte ressourcer til tolkebistand. Det kan også overvejes, om det er muligt at inddrage læger og sygeplejersker fra samme sprogområde, som de der skal undersøges i planlægning og praktisk gennemførelse.

Der er blevet fremsat forslag om obligatorisk helbredstjek af flygtninge og indvandrere ved ankomst med screening for hepatitis B, HIV og tuberkulose. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at det ikke er hensigtsmæssigt med en obligatorisk testning af flere grunde. Den meget beskedne smittespredning, der hidtil er set fra flygtninge og indvandrere berettiger ikke til sådanne tiltag, og der er ingen dokumentation for at det vil have smittebegrænsende effekt. Dertil kommer, at obligatorisk testning vil være diskriminerende og stride imod fundamentale principper for undersøgelse og behandling i det danske sundhedsvæsen samt internationale resolutioner. Obligatorisk helbredsundersøgelse kan have en negativ effekt ved at skabe angst for udvisning og frygt for overgreb og dermed modvirke integration af flygtninge og indvandrere - herunder at der søges læge ved sundhedsproblemer.