

DANSK SELSKAB FOR
INDVANDRER
SUNDHED



www.indvandrersundhed.dk

Høringsvar fra Dansk Selskab for Indvandrersundhed (SIS) vedr lovforslag om ændring af integrationsloven

Dansk Selskab for indvandrersundhed har med stor bekymring noteret den del af lovforslaget, som omhandler de helbredsundersøgelser, kommunerne hidtil har været forpligtet til at tilbyde indenfor de første 3 måneder af integrationsfasen. Den del af loven planlægges ophævet og erstattet af ”en konkret vurdering af, om der skønnes at være behov herfor”. SIS har flg kommentarer hertil:

1. Det er bekymrende at kommunalt personale uden sundhedsfaglig uddannelse fremover skal foretage denne vurdering. Er der dokumentation for at det er muligt/hensigtsmæssigt?
2. Hvilken dokumentation er der for at der aktuelt foretages for mange unødvendige helbredsundersøgelser? De data vi har kendskab til tyder på, at de i høj grad er nødvendige; således finder 97% af kommunale ledere og praktikere at helbredsundersøgelserne skaber værdi ifht tilrettelæggelse af den integrationsfaglige indsats, for de 71% tilføjer undersøgelsen en betydelig værdi (”Evaluering af kommunernes brug af integrationskontrakter og helbredsmæssige vurderinger” LGInsight Jan 2016). En foreløbig opgørelse af 500 helbredsundersøgelser foretaget af Aarhus kommune har desuden vist, at hos over halvdelen af de undersøgte flygtninge og familiesammenførte findes en behandlingskrævende tilstand af varierende sværhedsgrad (Anne Mette Hvass, European Conference of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Amsterdam 2016). Vi ved fra kommunallæge Claus Malta, at 10% af de flygtninge han har set som led i helbredsundersøgelserne har sygdom der kræver indsats nu og her, hvilket er en meget høj ”succesrate” for en screeningsundersøgelse, det er sjældent at vi hos hver tiende der screenes findes der vi leder efter: En sygdom der kræver (be-)handling her og nu. Det er veldokumenteret at nyankomne indvandrere har en overhyppighed af en lang række sygdomme (Sundhedsforhold for nyankomne indvandrere, Forskningscenter for migration og sundhed 2013).
3. SIS deler vurderingen fra de kommunalt ansatte; at helbredsundersøgelserne underbygger integrationsindsatsen, letter de nye borgeres indgang til sundhedsvæsenet og forebygger at uerkendt sygdom hindrer integration. Hvis formålet med loven er at nedbringe antallet af helbredsundersøgelser, vil det med stor sandsynlighed betyde at integrationen vanskeliggøres.
4. I lovforslaget omtales et ønske om at målrette helbredsundersøgelserne. Det forudsætter imidlertid at nogen er i stand til at bedømme, hvem der har behov for undersøgelserne og hvem der ikke har. Erfaringerne fra helbredsundersøgelserne i Aarhus viser, at det er meget vanskeligt, selv for klinisk uddannet personale at vurdere dette uden en egentlig undersøgelse. Netop derfor er systematiske undersøgelser nødvendige.



5. Sagsbehandlere har erfaring med at rekvirere helbredsattester i andre sammenhænge, men der er hos gruppen af flygtninge/familiesammenførte en række sproglige og kulturelle barrierer, som kan gøre vurderingen vanskeligere. Desuden er der hos denne gruppe en høj forekomst af helbredsproblematikker, som kan være komplicerede. Det medfører risiko for at behandlingskrævende tilstande ikke udredes, hvis en grovsortering ved ikke-uddannet personale er en forudsætning.
6. En sammenlignelig situation er de forebyggende helbredsundersøgelser af gravide. Her har vi (og med god grund) besluttet at undersøge 60.000 raske kvinder om året for en række sjældne tilstande. Det er vil næppe forekomme rimeligt at gravide forud for denne helbredsbehandling skulle ses på kommunen, for at "målrette" hvem der har behov for en lægeundersøgelse (selvom der formentligt kunne spares flere penge med mindre skade på folkesundheden til følge end dette lovforslag vil medføre).
7. Flygtningene var muligvis i udgangspunktet raske da de forlod hjemlandet, men vi ved at en række problemstillinger kompliceres under flugt / i flygtninge lejre: Børnevaccinationer gives ikke, tandproblemer forværres, diabetes kompliceres, traumer opstår, der er mange graviditetskomplikationer, seksuelle overgreb, langvarig usikkerhed og handlingslammelse, og under ophold i store haller mens de afventer bådtransport har vi konstateret en markant højere risiko for tuberkulosesmitte.
8. Danmark udmærker sig ved at være et af de få europæiske lande der ikke screener for tuberkulose (19 ud af 25 lande i en nylig undersøgelse har programmer herfor, DK har ikke (Pareek, EmergInfectDis 2012). Risikoen for tuberkulose er højst lige efter ankomst til modtagerlandet, så det er primært noget der burde undersøges mere for i asylcentre (Eiset & Wejse, kronik KD 14/4 2016). Men risikoen er vedvarende høj i op til flere år efter ankomsten, og helbredsundersøgelserne er en mulighed for at fange den slags smitsomme sygdomme før andre smittes. Unge mænd fra Eritrea udgør en væsentlig andel af de nuværende flygtninge og har en særdeles høj risiko. Hvis der ikke gøres noget aktivt for at opspore tuberkulose hos disse i form af en obligatorisk helbredsundersøgelse, så kan de nå at smitte mange før de selv finder på at opsøge læge.
9. De lovpligtige helbredsbeholdninger understøtter en væsentlig agenda om at begrænse ulighed i sundhed. Det kræver særlige tilbud til særligt sårbare grupper, som denne gruppe jo i høj grad er. Hvis vi vil forebygge og opspore sygdomme, så er det hensigtsmæssigt at alle ikke blot principielt har samme adgang, men at vi aktivt gør en indsats for at række ud. Dette væsentlige aspekt frygter vi, kan blive knægtet med denne lovændring. Besparelser er nærliggende, hvis lovkravet fjernes.
10. Sundhedsprofessionelle kolleger over hele Europa har fundet, at den hidtidige lov har været visionær mht at tænke helbred og integration af flygtninge sammen. Tilsvarende er forundringen stor over at dette tiltag nu tages af bordet uden en forudgående evaluering af hvilken impact loven har haft på sundhed og integration.
11. Lovændringen kan få betydelige negative følger for udbredelse af vaccineforebyggelige sygdomme. Den systematiske tilgang til helbredsundersøgelser, har været med til at sikre at gruppen af flygtningebørn, der ikke er fuldt vaccineret opdateres ifht det danske program. Det er dokumenteret at flygtninge i de forgangne



år har udgjort en gruppe i det danske samfund som ikke haft immunitet mod en række alvorlige smitsomme sygdomme (Møller, EurJPediatrics 2016). Opfølgning på vaccinationsstatus skal gerne ske allerede i asylcenteret, men sker langt fra altid, og de familiesammenførte går i nogle tilfælde udenom asylcentre, der er adskillige eksempler på gravide flygtninge der ikke er blevet undersøgt med risiko for barnet til følge.

12. Helbredsundersøgningen skulle give de praktiserende læger den fornødne tid til den første samtale, som er vigtig af en lang række andre årsager udover ovenstående: a) skabe tillid, 2) fortælle om danske sundhedsvæsen og 3) fastholde eksisterende sund adfærd i de nye omgivelser med mange "fristelser" (alkohol, tobak, kost)
13. Vi hæfter os ved at en lang række kommuner (kender dd til mindst 8 kommuner) der fortsætter med helbredsundersøgningen fordi det kan betale sig. Sammenholdt med de faglige argumenter er det økonomiske og oplagte integrationsmæssige incitament finder SIS derfor at helbredsundersøgningen fagligt, socialt og økonomisk er så klar en fordel at den bør bevares som et krav til kommunerne. Det er vores frygt at fattige eller umotiverede kommuner vil fjerne helbredsundersøgningen og bedømt på de historiske erfaringer så er det en meget sandsynlig, men beklagelig ,risiko.

Samlet set finder SIS at den såkaldte "målretning" af helbredsundersøgelser til flygtninge bør tages ud af loven, da der ikke er påviseligt grundlag for at det er muligt i praksis. Tværtimod er der væsentlig dokumentation for, at det er nødvendigt at bevare lovkravet om et tilbud til alle.

Bestyrelsen for Dansk Selskab for Indvandrersundhed:

Marie Nørredam, læge, lektor (formand)

Morten Sodemann, overlæge, professor

Maria Kristiansen, lektor

Alexandra Kruse, læge, lektor

Stine Bybjerg, kandidat i Folkesundhedsvidenskab, PhD studerende

Khadija Alm, sundhedsformidler

Vibeke Lenskjold, Røde Kors

Amneh Hawwa, læge

Christian Wejse, læge, lektor