RIGSREVISIONEN

UDKAST

Beretning til Statsrevisorerne om forløbet for flygtninge med traumer

September 2018

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion 1
   1.1. Formål og konklusion 1
   1.2. Baggrund 3
   1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning 6

2. Opsporing af flygtninge med traumer 9
   2.1. Helbredsoplysninger fra asylcentrene 10
   2.2. Helbredsundersøgelse i kommunerne 15

3. Behandling af flygtninge med traumer 20
   3.1. Ventetid til traumebehandling 21
   3.2. Koordinering af forløbet under traumebehandling 24

   Bilag 1. Metodisk tilgang 30
   Bilag 2. Ordliste 39

UDKAST

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionen har revideret regnskaberne efter § 2, stk. 1, nr. 1 jf. § 3 i rigsrevisorloven.

Rigsrevisionen har gennemgået regnskaberne efter § 4, stk. 1, nr. 1, og § 5 jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 14 Udlændinge- og Integrationsministeriet og § 16 Sundheds- og Ældreministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Udlændinge- og Integrationsministeriet:
Morten Bødskov: oktober 2011 - december 2013
Karen Hækkerup: december 2013 - oktober 2014
Mette Frederiksen: oktober 2014 - juni 2015
Inger Støjberg: juni 2015 -

Sundheds- og Ældreministeriet:
Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010
Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011
Astrid Krag: oktober 2011 - februar 2014
Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015
Sophie Løhde: juni 2015 - november 2016
Ellen Trane Nørby: november 2016 -

Beretningen har i udkast været forelagt Udlændinge- og Integrationsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet samt regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

UDKAST

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om myndighedernes indsats i forløbet med at opspore og behandle flygtninge med psykiske traumer (herefter benævnt traumer). Forskere og eksperter anslår, at 30-50 % af flygtningene i Danmark lever med traumer. Ifølge flere specialiserede behandlingscentre for traumatiserede flygtninge har mange af deres patienter hidtil opholdt sig i Danmark i lang tid, og ofte 10-15 år, før de bliver henvist til behandling. Traumer påvirker livskvaliteten hos den enkelte og har betydning for hele familiens trivsel og integration. Traumatiserede flygtninge har desuden markant mere kontakt til sundhedsvæsnet og lavere beskæftigelsesgrad end andre flygtninge. Det medfører betydelige offentlige udgifter og manglende skatteindtægter.

Traumer hos flygtninge
Et traume er en reaktion på alvorlig overbelastning som følge af fx krigsoplevelser og tortur. Traumer kan medføre fysiske og/eller psykiske problemer, som kan nedsætte funktionsevnen. Vi fokuserer i denne beretning på psykiske traumer hos flygtninge.

I de seneste år har Danmark modtaget et stort antal flygtninge som følge af internationale kriser og ikke mindst krigen i Syrien. Alene i løbet af de seneste 5 år har knap 67.000 asylansøgere og familiesammenførte til flygtninge fået en opholdstilladelse. Selvom der i dag kommer markant færre flygtninge til landet end i de foregående år, vil der i de kommende år fortsat komme både flygtninge og især familiesammenførte til flygtninge (herefter blot omtalt som flygtninge) til landet.

2. Undersøgelsen er tilrettelagt som en tværgående forløbsundersøgelse, som har til formål at vurdere, om Udlændinge- og Integrationsministeriet og regionerne sikrer en tilstrækkelig og sammenhængende indsats for at opspore og behandle traumer hos flygtninge på tværs af forløb og aktører med henblik på at flygtningene kommer i beskæftigelse. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Sikrer Udlændinge- og Integrationsministeriet en tidlig og sammenhængende indsats i forhold til kommunernes opsporing af flygtninge med traumer?
- Sikrer regionerne og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at flygtninge med traumer kan modtage specialiseret behandling, som regionerne koordinerer med kommunerne?

KONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at Udlændinge- og Integrationsministeriet og regionerne ikke har sikret en tilstrækkelig og sammenhængende indsats for at opspore og behandle flygtninge med traumer. Det udfordrer kommunernes rammebetingelser for at tilrettelægge en effektiv integrationsindsats, som hurtigst muligt får flygtningene i job. For nyankomne flygtninge er målet, at de skal i beskæftigelse inden for 1 år.

Forløbet for en flygtning med traumer består af en række overgange mellem ophold i et asylcenter, integration i en kommune og behandling på et sygehus. Ved alle

UDKAST

overgange er videndeling en forudsætning for et effektivt forløb. I overgangen mellem asylcenter og kommune har Udlændinge- og Integrationsministeriet ikke sikret, at relevante oplysninger om flygtninges helbred følger med, sådan som det i 2016 blev stillet Folketinget i udsigt. Rigsrevisionens undersøgelse, som er baseret på en repræsentativ stikprøve, viser, at 49 % af flygtningene allerede i asylcentrene er registreret med psykiske problemer, som kan være tegn på traumer. Men kommunerne får kun oplysninger om psykiske problemer for 9 % af de flygtninge, som de modtager fra asylcentrene.

Rigsrevisionen vurderer, at den mangelfulde videregivelse af helbredsoplysninger kan vildlede kommunerne til at tro, at flygtningene ikke har helbredsproblemer. Rigsrevisionens stikprøve viser, at kommunerne for godt en tredjedel af de nyankomne flygtninge ikke vurderer behovet for en helbredsundersøgelse, som de skal ifølge integrationsloven. Yderligere en tredjedel får ikke tilbudt en helbredsundersøgelse, selvom oplysningerne i asylfasen for mange indikerer et behov. For den sidste tredjedel af flygtningene, som får tilbudt og i de fleste tilfælde gennemfører en helbredsundersøgelse, omfatter ca. en tredjedel af undersøgelserne ikke psykisk helbred, som integrationsloven kræver. Kommunerne har derfor i langt de fleste tilfælde et utilstrækkeligt grundlag for at tilrettelægge integrationsindsatsen. Udlændinge- og Integrationsministeriet har endnu ikke fulgt op på kommunernes praksis med at vurdere behovet for helbredsundersøgelser. Ministeriet har oplyst, at det vil påbegynde en mere systematisk indsamling af viden om brugen af helbredsundersøgelser i efteråret 2018.

De flygtninge med traumer, som bliver opsporet, kan modtage behandling inden for 4 uger mindst ét sted i hver region. Dermed lever regionerne op til ventetidsgarantien. Men 3 af de 10 behandlingstilbud har længere ventetid. Dermed har især Region Hovedstaden, hvor ventetiden aktuelt er op til 2 år, ikke styret kapaciteten, så den modsvarer behovet. Ventetiderne betyder samtidig, at nogle traumatiserede flygtninge får længere transport, hvis de vælger hurtig behandling et andet sted i regionen, hvilket ifølge Sundheds- og Ældreministeriet i sig selv afskærer nogle fra behandling. Der er således en risiko for, at især de dårligst fungerende flygtninge ikke bliver behandlet, hvilket er en væsentlig barriere for integrationen. Sundheds- og Ældreministeriet vil fremadrettet monitorere den specialiserede behandling vha. registerdata. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at centrale registerdata om behandlingen af traumatiserede flygtninge indtil videre har været udfordret af mangelfuld indberetning fra behandlingstilbuddene.

__Ventetidsgarantien__ betyder, at hver region skal kunne tilbyde patienterne udredning og behandling inden for 4 uger (30 dage) mindst ét sted i regionen. Garantien er således ikke knyttet til hvert behandlingstilbud i de regioner, hvor der er flere tilbud.

For de flygtninge, som får traumebehandlingen, koordinerer regionerne i utilstrækkeligt omfang forløbet med kommunerne. En årsag kan være, at der trods flere års tilløb fortsat mangler digital understøttelse i 4 af 5 regioner. Undtagelsen er Region Hovedstaden, som ifølge Rigsrevisionens undersøgelse i højere grad end de andre regioner koordinerer med kommunerne for at skabe sammenhængende forløb.

Samlet set viser Rigsrevisionens undersøgelse, at aktører på tværs af forløbet for flygtninge med traumer mangler at finde en form, der virker, når det gælder udveksling af oplysninger. Rigsrevisionen ser derfor et behov for, at aktører på udlændinge-, integrations- og sundhedsområdet samarbejder om at optimere forløbet, så flygtninge med traumer opspores og behandles hurtigt og effektivt, så flest muligt kommer i beskæftigelse.

1.2. Baggrund

3. Beregninger fra Finansministeriet i 2018 viser, at flygtninge og øvrige ikkevestlige indvandrere og efterkommere medfører en varig nettoudgift for det offentlige på ca. 36 milliarder kroner om året. Dermed er der et betydeligt beløb at spare, hvis blot en del af dem kommer i job. For nyankomne flygtninge er målet, at de skal i job inden for 1 år. Ifølge Finansministeriet er 26 % af personer med dansk oprindelse ikke i job, mens tallet for flygtninge er 64 %, selvom der er sket fremgang under de senere års gunstige konjunkturer. Ifølge Finansministeriets analyse kan det bl.a. skyldes begrænsede sproglige og uddannelsesmæssige kompetencer samt fysiske og psykiske traumer. Forskning fra Region Hovedstaden i 2016 viser, at mere end 90 % af flygtninge, som er henvist til traumebehandling med diagnoser som fx PTSD, angst eller depression, ikke er i job. Traumer hos flygtninge er således en væsentlig barriere for integration og beskæftigelse.

***PTSD** er en forkortelse for Post Traumatic Stress Disorder, som er en forsinket stressreaktion på svær psykisk belastning. PTSD indebærer bl.a. genoplevelse af den traumatiske begivenhed i form af flashbacks eller mareridt, søvnløshed, øget alarmberedskab og overfølsomhed, der medfører opfarende adfærd og undgåelsesadfærd.*

Rigsrevisionens registeranalyse viser, at hvis man dykker ned i de overordnede tal om beskæftigelsesgrad, arbejder flygtninge med en traumediagnose i gennemsnit under halvt så mange timer som flygtninge uden traumediagnose. Omfanget af arbejdstimer er dog for begge grupper relativt lavt og udgør i 2016 henholdsvis godt 4 uger og knap 10 ugers ordinært fuldtidsarbejde. Gruppen af flygtninge uden traumediagnose kan omfatte personer, som har traumer, men som ikke er diagnosticeret. Dermed kan forskellen i arbejdstimer mellem flygtninge med og uden traumer være større, end det fremgår af registeranalysen.

Der findes endnu ikke undersøgelser af, hvor mange flygtninge der er i job efter traumebehandling, og hvilken betydning tidlig opsporing og behandling har for flygtninges beskæftigelse. Forskere i Region Hovedstaden er dog aktuelt i gang med et studie af de forventede sammenhænge mellem tidlig behandling og forebyggelse af kronisk psykisk sygdom og nedsat funktionsevne. Ifølge sundhedsvæsnet øger tidlig opsporing af risikogrupper og deres symptomer generelt sandsynligheden for rehabilitering i forbindelse med behandling. Således er tidlig opsporing og behandling af traumatiserede flygtninge ifølge fagfolk en vigtig forudsætning for vellykket integration og beskæftigelse.

Udbredelsen af traumer hos flygtninge

4. Rigsrevisionens registeranalyse har vist, at godt 9 % af flygtningene i Danmark er diagnosticeret med en traumerelateret lidelse. Dette tal er betydeligt lavere end de 30-50 %, som flere danske og udenlandske studier gennem de senere år har anslået har traumer, hvilket uddybes i boks 1. Det kan indikere mangelfuld opsporing.

Boks 1. Traumer hos flygtninge

Der er betydelige metodiske vanskeligheder ved præcist at beregne, hvor mange flygtninge, der har traumer. Udlændinge- og Integrationsministeriet har i 2013 fået lavet en undersøgelse, som på baggrund af dansk og international statistik, forskningslitteratur og ekspertudsagn anslår, at 30-50 % af voksne flygtninge har traumer. En arbejdsgruppe nedsat af det daværende Sundhedsministerium vurderede fx, at en femtedel af flygtningene opfylder diagnosekriterierne for PTSD, og at halvdelen lider af angst eller depression. Ifølge eksperter i sundhedsvæsnet kan traumer desuden ”smitte” pårørende. Derfor kan et større antal især børn og ægtefæller være sekundært traumatiseret.

Tegn på traumer kan fx være:

- Smerter, søvnløshed og koncentrationsbesvær
- Alvorlig følelsesmæssig ustabilitet og manglende engagement
- Grundlæggende mistillid til andre mennesker og påvirkning af sociale relationer.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Udlændinge- og Integrationsministeriet.

UDKAST

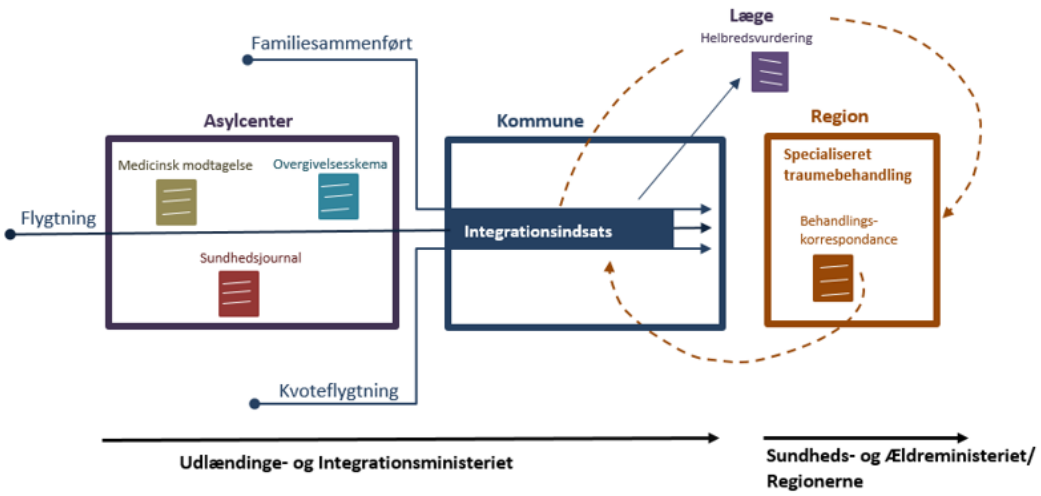
5. Ikke alle traumer udvikler sig til behandlingskrævende psykiske problemer, men traumer kan medføre psykiske problemer, som kan nedsætte funktionsevnen hos den enkelte og påvirke familiens trivsel negativt. Opsporing af flygtninge med traumer forudsætter derfor en bevågenhed i forhold til risikogrupper. Fx er det dokumenteret, at flygtninge, som har været udsat for tortur, har øget risiko for psykiske problemer. Tidlig opsporing af flygtninge med traumer er en vigtig forudsætning for, at integrationsindsatsen kan tilrettelægges, så den effektivt og hurtigt baner vejen for beskæftigelse.

Forløbet for flygtninge med traumer

6. Flygtninge kan enten selv ankomme til landet som asylansøgere, eller de kan komme til landet som kvoteflygtninge fra FN-flygtningelejre. Begge typer af flygtninge kan derefter blive familiesammenført med børn og ægtefæller. Familiesammenførte til flygtninge og kvoteflygtninge opholder sig ikke i et asylcenter, men ankommer direkte til kommunerne. Forløbet for alle 3 grupper fra ankomst til landet til eventuel traumebehandling og de overgange, der er mellem ansvarlige aktører, er overordnet beskrevet i figur 1.

Kvoteflygtninge
Siden 1989 har Danmark modtaget ca. 500 kvoteflygtninge om året. Pga. det øgede antal asylansøgere som følge af flygtningekrisen har regeringen besluttet ikke at modtage kvoteflygtninge i 2017 og 2018.

Figur 1. Forløb for flygtninge og familiesammenførte



7. Figuren viser, at Udlændinge- og Integrationsministeriet har ansvaret for den første del af forløbet i asylcentrene og det overordnede ansvar for den anden del af forløbet i kommunerne. I kommunerne skal sagsbehandlere tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra den enkelte flygtnings forudsætninger. Det skal bl.a. ske på grundlag af relevante oplysninger fra asyloperatørerne, som driver asylcentrene på vegne af Udlændinge- og Integrationsministeriet. Den tredje del af forløbet handler om behandlingen af traumatiserede flygtninge, som foregår i regionerne, og som Sundheds- og Ældreministeriet har det overordnede ansvar for.

I første del af forløbet udarbejder asyloperatørerne på vegne af Udlændinge- og Integrationsministeriet 3 forskellige centrale dokumenter med helbredsoplysninger, som kommunerne kan anvende, og som uddybes nedenfor.

MM

Den medicinske modtagelse er et skema, som indeholder oplysninger om nyankomne asylansøgeres tidligere og nuværende sygdomme og symptomer. Skemaet udfyldes af en sygeplejerske i asylcentret ved en standardiseret samtale og undersøgelse. Undersøgelsen omfatter en kortlægning af asylansøgerens fysiske og psykiske helbred, herunder symptomer på psykiske problemer. Den indebærer desuden screening for følger af tortur. Den medicinske modtagelse indgår som en del af *sundhedsjournalen*.

SJ

Sundhedsjournalen indeholder oplysninger om asylansøgerens helbred fra start til slut af opholdet i asylcentret. Oplysningerne er registreret af sygeplejersker og læger på baggrund af sundhedsfaglige samtaler og observationer samt undersøgelser og behandling af asylansøgere. Journalen indeholder desuden oplysninger fra de regionale sygehuse i det omfang, asylansøgeren har været i kontakt med dem.

OS

Overgivelsesskemaet skal indeholde baggrundsinformation og oplysninger om flygtningens kvalifikationer og helbred. Det udfyldes af en ikke-sundhedsfaglig medarbejder på asylcentret, når asylansøgeren har fået opholdstilladelse og skal bosættes som flygtning i en kommune. Formålet med skemaet er så tidligt som muligt at give modtagerkommunen relevante oplysninger om flygtningen, så kommunen kan tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra flygtningens forudsætninger. Uddrag fra *sundhedsjournalen* inkl. *den medicinske modtagelse* kan vedlægges som bilag, når ayloperatøren udfylder overgivelsesskemaet til kommunen.

8. Når kommunerne modtager en flygtning, skal sagsbehandleren vurdere den nyankomne flygtnings behov for en generel helbredsvurdering (i denne beretning omtalt som helbredsundersøgelse). I de tilfælde, hvor sagsbehandleren vurderer, at der er behov for det, skal flygtningen tilbydes helbredsundersøgelsen snarest muligt og inden for 6 måneder efter flygtningens ankomst til kommunen. Sagsbehandlerens vurdering af behovet skal ske på baggrund af foreliggende helbredsoplysninger. Disse oplysninger udgør sammen med helbredsundersøgelsen, i de tilfælde den gennemføres, en central del af grundlaget for at tilrettelægge integrationsindsatsen for flygtningen og familien. Helbredsundersøgelsen uddybes nedenfor.

GHV

Helbredsundersøgelsen skal indeholde oplysninger om den nyankomne flygtnings fysiske og psykiske helbredssituation og eventuelle behov for behandling. Den kommunale sagsbehandler skal anmode flygtningens læge om at gennemføre helbredsundersøgelsen via en attest (LÆ141F), hvor kommunen kort skal oplyse lægen om flygtningens situation og kendskab til særlige belastninger/traumer. Kommunen kan desuden vedlægge relevante oplysninger, fx helbredsoplysninger fra asyloperatøren. Attesten vejleder samtidig lægen om at være særligt opmærksom på, om der er behov for yderligere helbredsmæssig udredning og behandling, især for psykiske helbredsproblemer.

Helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge blev indført som et krav i integrationsloven i 2013. Ifølge lovbemærkningerne skulle den bl.a. forhindre, at traumer udvikler sig til en væsentlig barriere for integrationen. Siden 2016 har helbredsundersøgelsen skullet bero på kommunens vurdering af behovet hos den enkelte flygtning. Det skyldes ifølge lovbemærkningerne bl.a. et ønske om en mere målrettet brug af kommunernes resurser som følge af den daværende ekstraordinært store tilgang af flygtninge.

9. Figur 1 viser også, at lægen, fx i forbindelse med helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge, kan henvise flygtninge til yderligere udredning og behandling for traumer i de 5 regioner. Der findes på landsplan 10 specialiserede behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge, hvoraf 7 varetages på regionernes egne psykiatriske sygehusafsnit og 3 varetages af private specialsygehuse. Regionerne har driftsansvaret for behandlingen, mens Sundheds- og Ældreministeriet har det overordnede ansvar for rammerne for behandlingen.

Specialiseret traumebehandling
Den specialiserede behandling af traumatiserede flygtninge hører sammen med andre målgrupper som fx personer med ADHD, angst- og tvangslidelser og svær demens under voksenpsykiatrien, som er et af i alt 36 lægefaglige specialer. Den specialiserede behandling udgør samlet set ca. 10 % af sygehusenes aktivitet.

Når en flygtning er blevet henvist til traumebehandling (som foregår ambulant), er det for det første væsentligt, at flygtningen har adgang til behandlingen inden for ventetidsgarantien på 4 uger. For det andet er det væsentligt, at behandlingsforløbet koordineres med kommunens integrationsindsats, så den bliver tilpasset flygtningens forudsætninger og understøtter rehabilitering og beskæftigelse. Som figur 1 viser, kan dette ske via korrespondance fra regionens specialiserede behandlingstilbud til kommunen, som uddybes nedenfor.

BK

Behandlingskorrespondancen indeholder typisk oplysninger om flygtningens behandling og/eller helbredssituation i form af diagnoser og funktionsevne. Konkret foregår korrespondancen via fx informationsbreve, notater til opfølgning på netværksmøder om patienten eller som statusattester. Korrespondancen sker ofte via behandlingstilbuddets socialrådgivere eller lægesekretærer. Dog skal statusattesterne, som kommunerne selv skal anmode om, udfyldes af en sundhedsfaglig medarbejder. Dette sker på baggrund af behandlingstedets journaloplysninger om flygtningen.

10. De mange forskellige aktører i forløbet for flygtninge med traumer i form af asyloperatører, kommuner og regioner nødvendiggør videndeling og koordinering i alle overgange for at sikre tidlig opsporing og eventuel behandling. Det stiller særlige krav til de involverede aktører, så viden, som har relevans for den samlede indsats, ikke går tabt.

Statens udgifter

11. Statens udgifter til Udlændinge- og Integrationsministeriets drift af asylsystemet (inklusive medicinsk modtagelse mv.) og refusion til kommunernes forsørgelse og integration af nyankomne flygtninge er på finansloven for 2018 budgetteret til ca. 2,1 mia. kr.

Udgifterne til den specialiserede behandling af traumatiserede flygtninge er budgetteret til knap 150 mio. kr., som i 2 regioner også inkluderer behandling af danske krigsveteraner. Den specialiserede behandling af flygtninge udgør således en relativt lille andel af det samlede budget til sundhedsvæsnet.

Undersøgelser har dog vist, at traumatiserede flygtninge har et meget højt niveau af kontakt til og dermed udgiftstræk på det ikke-specialiserede sundhedsvæsen, hvilket bekræftes af Rigsrevisionens registeranalyse. Analysen viser, at flygtninge med en traumediagnose i gennemsnit har haft over 4 gange så mange kontakter til sygehusene for undersøgelse og behandling af *fysiske* problemer som flygtninge uden en psykiatrisk traumediagnose. Traumatiserede flygtninge medfører således et stort udgiftstræk, ikke blot i overførselsindkomster pga. deres lave beskæftigelsesgrad, men også pga. deres brug af sundhedsydelser.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

Revisionskriterier

12. I denne undersøgelse fokuserer vi på, om forvaltningen af indsatsen for at opspore og behandle flygtninge med traumer er hensigtsmæssig og effektiv, og herunder om aktørerne lever op til gældende regler, de steder hvor der er specifikke lovkrav til deres indsats.

13. Revisionskriterierne, som knytter sig til undersøgelsens først del om opsporing, tager udgangspunkt i Udlændinge- og Integrationsministeriets ansvar for driften af asylsystemet og understøttelse af kommunernes integration af flygtninge. Ifølge udlændingeloven og ministeriets kontrakter med asyloperatørerne samt integrationsloven skal operatørerne og kommunerne tilbyde undersøgelser af flygtninges helbred. Oplysninger herom er relevante for opsporing af flygtninge med traumer og henvisning til specialiseret traumebehandling.

Udlændingeloven *er LBK nr. 1117 af 02/10/2017. Ifølge lovens § 42a tilvejebringer og driver Udlændingestyrelsen indkvarteringssteder (asylcentre) for asylansøgere. Det sker i samarbejde med asyloperatører, som styrelsen har kontrakt med. Ifølge kontrakten skal operatørerne bl.a. tilbyde nyankomne asylansøgere den tidligere omtalte medicinske modtagelse.*

Integrationsloven *er LBK 1127 af 11/10/2017. Ifølge lovens §15 skal kommunalbestyrelsen efter konkret vurdering tilbyde flygtninge og familiesammenførte en helbredsundersøgelse. Ved vurderingen skal kommunen inddrage allerede foreliggende helbredsoplysninger om flygtningen. Kvoteflygtninge skal altid have tilbudt en helbredsundersøgelse.*

UDKAST

Vi undersøger derfor brugen af disse oplysninger i forløbet for at imødegå traumer med henblik på at fjerne barrierer for integration og beskæftigelse.

14. Revisionskriterierne, som knytter sig til undersøgelsens anden del om behandling, tager udgangspunkt i Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes ansvar ifølge sundhedsloven. Vi undersøger bl.a. om flygtninge med traumer har adgang til specialiseret behandling inden for ventetidsgarantien på 4 uger, og om der er sammenhæng mellem indsatserne, som kan understøtte integrationsmålet om, at flygtninge skal hurtigt i beskæftigelse. Regionerne har som nævnt driftsansvaret for behandlingen, mens ministeriet har ansvaret for rammerne for behandlingen. Ministeriet har dermed ret og pligt til at følge med i overholdelsen og hensigtsmæssigheden af lovgivningen.

***Sundhedsloven** er LBK nr. 191 af 28/02/2018. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet.*

Revisionskriterierne uddybes i kapitel 2 og 3.

Metode

15. Undersøgelsen er baseret på en gennemgang af materiale fra Udlændinge- og Integrationsministeriet (herunder 4 asyloperatører), Sundheds- og Ældreministeriet, de 5 regioner og 68 af landets 98 kommuner. Kommunerne er tilfældigt udvalgt som en del af undersøgelsens repræsentative stikprøver blandt flygtninge. Derudover har vi gennemført en registeranalyse, hvis resultater indgår i kapitel 1.

I undersøgelsens første del har vi gennemgået stikprøver, som omfatter i alt 214 nyankomne personer fordelt på 83 flygtninge, 58 kvoteflygtninge og 73 familiesammenførte til flygtninge. Alle 3 stikprøver er repræsentative. Materialet i stikprøverne omfatter oplysninger om helbred og integrationsindsats fra både asyloperatører og kommuner. Desuden har vi holdt møder med og gennemgået redegørelser og materiale fra Udlændinge- og Integrationsministeriet om bl.a. asyloperatørernes opgaver og ministeriets indsats i forhold til kommunernes opsporing af flygtninge med traumer.

I undersøgelsens anden del har vi gennemgået redegørelser og materiale om Sundheds- og Ældreministeriets overordnede planlægning af den specialiserede behandling af traumatiserede flygtninge og regionernes styring og koordinering af behandlingen i forhold til kommunerne. Vi har desuden gennemført en stikprøve på i alt 50 nyligt afsluttede patientforløb. Materialet i stikprøven omfatter oplysninger om korrespondancen mellem behandlingstilbud og kommuner fra opstart til afslutning af behandlingen. Vi har desuden holdt møder med ministeriet, regionerne og udvalgte specialiserede psykiatriske behandlingstilbud.

16. En nærmere beskrivelse af undersøgelsens metode er beskrevet i bilag 1. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

Afgrænsning

17. Undersøgelsens første del handler om Udlændinge- og Integrationsministeriets indsats i forhold til nyankomne flygtninge, som er omfattet af integrationsprogrammet, som kan vare op til 5 år. Flygtninge, som ikke er i beskæftigelse efter 5 år, vil fortsat modtage en kommunal indsats, som bl.a. Beskæftigelsesministeriet har det overordnede ansvar for. Denne indsats er ikke omfattet af undersøgelsen. Undersøgelsen vedrører primært Udlændinge- og Integrationsministeriets indsats i perioden 2016-2018, som er den periode, materialet i stikprøverne hovedsageligt stammer fra. I undersøgelsesperioden har der været flere asyloperatører, men af hensyn til aktualiteten omfatter stikprøven alene sagsmateriale fra de 4 operatører, som ministeriet på undersøgelsestidspunktet forventer at have i drift fremadrettet. Vi inddrager desuden oplysninger om ministeriets indsats og tilsyn med kommunernes integrationsindsats for nyankomne flygtninge tilbage til 2013, som er det år, hvor helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge blev indført.

UDKAST

18. Undersøgelsens anden del vedrører Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes indsats med fokus på perioden 2016-2018. Vi inddrager desuden oplysninger om behandlingen af traumatiserede flygtninge tilbage til regionernes etablering som led i strukturreformen i 2007 og specialeplanens etablering i 2010, samt regionernes sundhedsaftaler med kommunerne for perioden 2015-2018. Undersøgelsen omfatter alene den specialiserede behandling af traumatiserede flygtninge og ikke øvrig, ikke-specialiseret behandling af målgruppen. Undersøgelsen fokuserer primært på rammerne for behandlingen og omhandler ikke indholdet eller kvaliteten af behandlingen. Derudover omfatter undersøgelsen ikke de praktiserende læger. Når vi reviderer helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge, reviderer vi således ikke den lægelige vurdering, men om redskabet, som fremgår af Udlændinge- og Integrationsministeriets lovgivning, og som er en del af kommunernes grundlag for at tilrettelægge integrationsindsatsen, anvendes efter lovens hensigt.

Specialeplanen *er ministeriets oversigt over, hvilke offentlige og private sygehuse, der må varetage særligt specialiserede behandlinger. Formålet er at øge kvaliteten i sundhedsvæsenet og sikre, at der kan tilbydes specialiseret behandling med den nødvendige kapacitet, forsyningssikkerhed og tilgængelighed på landsplan.*

19. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

UDKAST

2. Opsporing af flygtninge med traumer

DELKONKLUSION

Udlændinge- og Integrationsministeriet har ikke sikret en tidlig og sammenhængende indsats i forhold til kommunernes opsporing af flygtninge med traumer. Det skyldes primært, at ministeriet ikke har sikret, at viden om psykiske problemer, som kan være tegn på traumer, overdrages fra asylcentrene til kommunerne. Dermed har kommunerne dårlige forudsætninger for at tilrettelægge en effektiv integrationsindsats, der kan indfri målet om, at nyankomne flygtninge skal i beskæftigelse inden for 1 år.

Undersøgelsen viser, at ministeriet har tilbudt 99 % af alle flygtningene, som indgår i Rigsrevisionens stikprøve, en medicinsk modtagelse, da de ankom til asylcentrene. For 49 % af flygtningene er der i den medicinske modtagelse eller i den øvrige sundhedsjournal registreret oplysninger om psykiske problemer. Men ministeriet har kun videregivet oplysninger om psykiske problemer til kommunerne for 9 % af flygtninge. Der er derfor et stort videnstab i overgangen mellem asylcentre og kommuner, selvom ministeren i 2016 oplyste Folketinget om, at ministeriet havde sørget for, at viden følger med flygtningene ud i kommunerne. Desuden har Udlændinge- og Integrationsministeriet ikke kendskab til, om asylcentrene efter anmodning videresender sundhedsjournalerne til lægerne, og undersøgelsen har vist, at det hidtil har været uklart, om det er Udlændinge- og Integrationsministeriets eller Sundheds- og Ældreministeriets ansvar at følge op på.

Ministeriets overgivelsesskema, som har til formål at sikre, at kommunerne tidligst muligt får relevante oplysninger om bl.a. flygtningens helbred, indeholder kun for 5 % af flygtningene oplysninger om psykiske problemer. Skemaet har således vist sig ikke at fungere i praksis og lever ikke op til det, som ministeren har oplyst Folketinget. Selvom stort set alle flygtninge har givet samtykke til, at oplysningerne kan videregives, benytter ministeriet ikke samtykkerne til at videregive relevante oplysninger fra sundhedsjournalen. Dermed har kommunerne et mangelfuldt grundlag for at vurdere flygtningenes behov for en helbredsundersøgelse, også selvom de for yderligere 4 % af flygtningene har modtaget oplysninger direkte fra sundhedsjournalen. Rigsrevisionen vurderer, at der er risiko for, at overgivelsesskemaerne kan vildlede kommunerne til at tro, at flygtningene ikke har psykiske problemer.

Undersøgelsen viser også, at kommunerne for en tredjedel af flygtningene og lidt flere familiesammenførte ikke har vurderet, om der var behov for helbredsundersøgelsen, og dermed ikke lever op til integrationsloven. Undersøgelsen viser også, at yderligere knap en tredjedel af flygtningene og de familiesammenførte ikke bliver tilbudt en helbredsundersøgelse, selvom oplysninger i asylfasen for mange indikerer et behov. For den sidste tredjedel, som får tilbudt og oftest også gennemfører helbredsundersøgelsen, omfatter 29 % af undersøgelserne ikke psykisk helbred, selvom det er et krav i integrationsloven. Det er således blot en femtedel af flygtningene og de familiesammenførte, som har gennemført en helbredsvurdering, som afdækker det psykiske helbred.

Der er en væsentlig risiko for, at flygtninge, som allerede i asylcentret har fået identificeret tegn på traumer, ikke får afdækket deres psykiske problemer i det videre forløb, hvilket kan have konsekvenser for deres integration og beskæftigelse. Udlændinge- og Integrationsministeriet vurderer selv, at der er behov for en mere systematisk indsamling af viden om kommunernes brug af helbredsundersøgelserne, som det vil påbegynde i efteråret 2018.

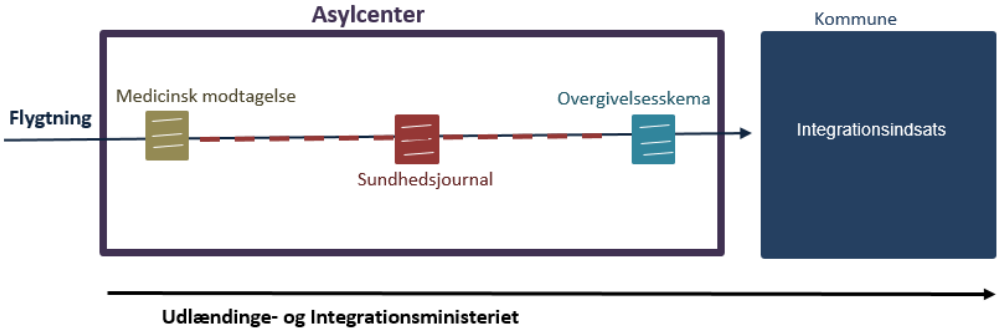
Dette kapitel handler om Udlændinge- og Integrationsministeriets indsats for at sikre en tidlig og sammenhængende indsats i forhold til kommunernes opsporing af flygtninge med traumer.

UDKAST

2.1. Helbredsoplysninger fra asylcentrene

20. Vi har ved hjælp af en repræsentativ stikprøve af 83 flygtninge undersøgt, om de ved ankomst til asylcentret har fået tilbudt en medicinsk modtagelse. Modtagelsen skal bl.a. afdække symptomer på psykiske problemer, som kan være tegn på traumer. Vi har også undersøgt, i hvilket omfang Udlændinge- og Integrationsministeriet har sikret, at helbredsoplysninger om psykiske problemer er blevet overdraget fra asylcentrene til kommunerne, så kommunerne kan bruge dem til at tilrettelægge integrationsindsatsen. Endelig har vi undersøgt ministeriets initiativer på området. Som vist i figur 4 fokuserer vi således i dette afsnit på den viden, der bliver skabt i asylcentrene og på videndelingen i overgangen mellem asylcentrene og integrationskommunerne.

Figur 4. Forløb for flygtninge - helbredsoplysninger fra asylcentrene



21. I asylcentrene registrerer sundhedspersonale ved flygtningens ankomst helbredsoplysninger i den mediciske modtagelse, som indgår som en del af sundhedsjournalen. Operatørerne skal på vegne af Udlændinge- og Integrationsministeriet sikre, at relevante helbredsoplysninger tilgår kommunerne, hvis flygtningen har givet samtykke til det. Til det formål har ministeriet udviklet et overgivelsesskema, som asylcentrene udfylder til kommunerne.

Viden om psykiske problemer fra asylcentrene

22. Når asylansøgere ankommer til asylcentrene, har ministeriet i kontrakter pålagt operatørerne af asylcentrene at tilbyde dem en medicinsk modtagelse. Modtagelsen skal omfatte en kortlægning af det fysiske og psykiske helbred og indebærer også en screening for følger af tortur.

Undersøgelsen har vist, at asyloperatørerne har tilbudt 99 % af flygtningene i Rigsrevsionens stikprøve en medicinsk modtagelse, som 90 % har gennemført. Resultaterne herfra indgår som en del af den øvrige sundhedsjournal, som alle flygtninge får oprettet i asylcentrene, og som indeholder oplysninger om lægebesøg, medicin og øvrig behandling under opholdet i asylcentret.

Overlevering af viden om psykiske problemer til kommunerne

23. Udlændinge- og Integrationsministeriet oplyste forud for lovændringen i juni 2016 Folketinget om, at ministeriet ville fremme en mere systematisk videregivelse af relevante helbredsoplysninger fra asyloperatørerne til kommunerne, som kommunerne kan basere deres indsats på. På et samråd om psykisk syge flygtninge i december 2016 oplyste ministeren, at ministeriet havde sørget for, at den systematiserede viden følger med den enkelte flygtning ud i kommunen.

24. Vi har i undersøgelsen fokuseret på videregivelse af oplysninger om psykiske problemer. Vi har i gennemgangen af stikprøven registreret, hvis der i materialet fra asyloperatørerne har været oplysninger om symptomer på fx depression, angst eller PTSD. Vi har også registreret øvrige oplysninger om fx psykologbehandling eller selvskadende adfærd. Undersøgelsens resultater er således en gengivelse af operatørernes journaloplysninger.

Vi har ud fra et forsigtighedsprincip ikke registreret risikomarkører for traumer som fx oplysninger om tortur, søvnproblemer, hukommelsesbesvær mv., medmindre de optræder i sammenhæng med ovennævnte oplysninger.

Undersøgelsen har vist, at viden om psykiske problemer, som er registreret i asylcentrene, oftest ikke videregives til kommunerne. Dette på trods af, at Udlændinge- og Integrationsministeriet har udviklet et overgivelsesskema, som har til formål at sikre, at kommunerne modtager relevante oplysninger, som har betydning for integrationsindsatsen. Skemaets del om helbred uddybes i boks 2.

Boks 2. Overgivelsesskemaets indhold og bilag om helbred

Det er hensigten, at overgivelsesskemaets del om helbred skal give kommunen oplysninger om følgende:

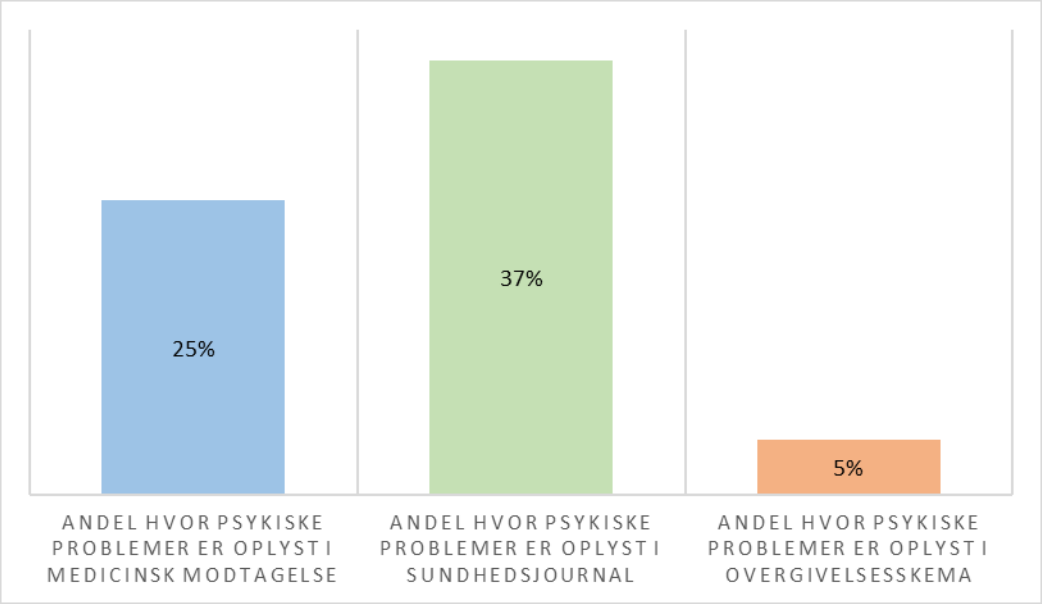
- Modtaget erstatningscpr-nummer (ved eventuel behandling uden for asylcentrene, fx på et sygehus)
- Sygdomshistorik
- Aktuel helbredstilstand
- Igangsat behandling m.v. i Danmark
- Igangsat behandling m.v. i udlandet
- Medicinforbrug
- Familiens helbredstilstand.

Relevante oplysninger fra *sundhedsjournalen,* herunder den *medicinske modtagelse*, kan fremsendes til kommunen som bilag til overgivelsesskemaet.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af materiale fra ministeriet og kommunerne.

25. Figur 5 viser andelen af flygtninge, hvor asyloperatørerne har registreret oplysninger om psykiske problemer i henholdsvis den medicinske modtagelse, sundhedsjournalen og overgivelsesskemaet.

Figur 5. Flygtninge registeret med psykiske problemer i henholdsvis medicinsk modtagelse, sundhedsjournal og overgivelsesskema



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøve.

N = 83. Note: Nogle flygtninge registreres med psykiske problemer i både den medicinske modtagelse og i den øvrige sundhedsjournal og optræder derfor i både den blå og den grønne søjle.

26. Figur 5 viser, at en stor andel af flygtningene registreres med psykiske problemer i asylcentrenes medicinske modtagelser og sundhedsjournaler, men at overgivelsesskemaerne i meget begrænset omfang videregiver oplysningerne. Der er således en væsentlig højere andel af flygtninge med psykiske problemer, end kommunerne får oplyst i overgivelsesskemaerne.

27. Undersøgelsen har vist, at ud over de 5 % af flygtningene, hvor der i overgivelsesskemaerne er oplysninger om psykiske problemer, har kommunerne for yderligere 4 % af flygtningene modtaget oplysninger om psykiske problemer fra sundhedsjournalen i asylcentret. Samlet set fik kommunen således for 9 % af flygtningene oplyst, at de havde psykiske problemer. Det skal ses i lyset af, at den samlede andel flygtninge med psykiske problemer - registreret i enten den medicinske modtagelse og/eller den øvrige sundhedsjournal - i asylfasen var på 49 %.

Samtykke til videregivelse af oplysninger

28. Ministeriet har i forbindelse med overgivelsesskemaet udarbejdet en skabelon til samtykkeerklæring til brug for asyloperatørerne. Flygtningen giver med samtykket asyloperatøren lov til videregive fortrolige oplysninger – såsom oplysninger om helbredsmæssige forhold – til kommunen.

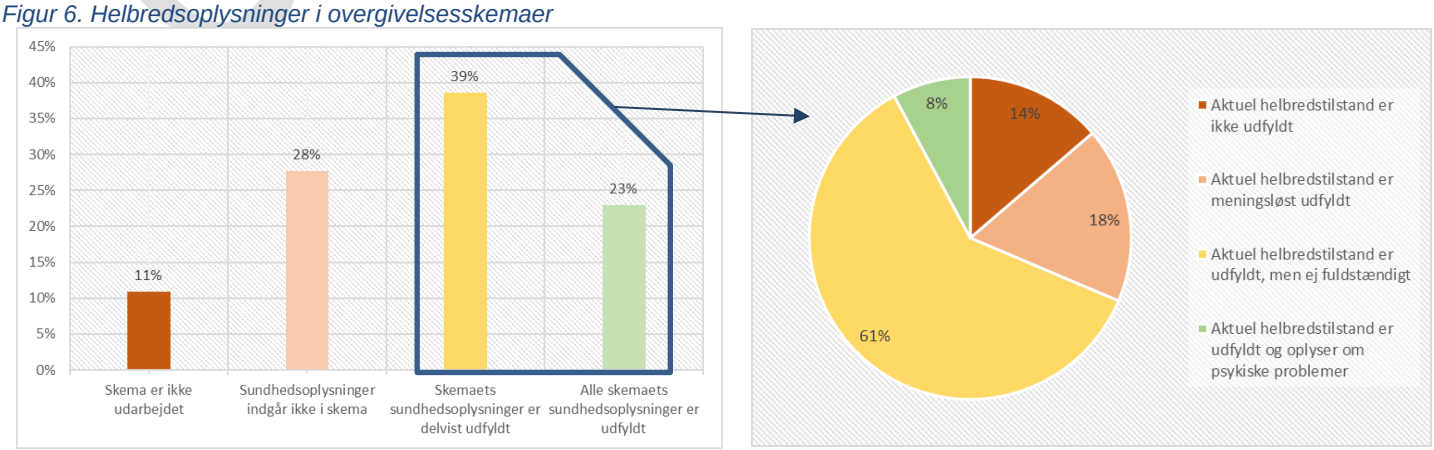
For 93 % af flygtningene i Rigsrevisionens stikprøve har asyloperatørerne registreret, at flygtningen har givet samtykke til at videregive helbredsoplysninger til kommunen. Tallet er det samme for flygtninge med og uden registrerede psykiske problemer. Operatørerne har oplyst, at de har procedurer, der sikrer, at samtykke altid indhentes. Undersøgelsen har således vist, at manglende samtykke ikke er en barriere for, at asyloperatørerne kan videregive relevante helbredsoplysninger til kommunerne.

Udfyldelsen af overgivelsesskemaerne

29. Vi har undersøgt, i hvilken grad overgivelsesskemaernes helbredsdel er udfyldt. Herunder om punkterne nævnt i boks 2 var udfyldt, og særligt om punktet "aktuel helbredstilstand" – som altid vil være relevant at udfylde – var meningsfyldt udfyldt, så det er brugbart for kommunerne.

Undersøgelsen har vist, at helbredsdelen i overgivelsesskemaet til kommunerne for størstedelen af flygtningene enten ikke var udarbejdet eller var mangelfuldt udfyldt. Figuren neden for viser, hvor mange overgivelsesskemaer, som var udfyldt, og som indeholder oplysninger om aktuel helbredstilstand.

Figur 6. Helbredsoplysninger i overgivelsesskemaer



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøve

Venstre del af figuren: N = 83

UDKAST

Højre del af figuren: N = 51. Note: De 8 % i figuren svarer til de 5 % i figur 5. Andelen varierer, fordi der er tale om 2 forskellige populationer (4 ud af 51 skemaer henholdsvis 4 ud af 83 flygtninge).

30. Figurens venstre del viser, at helbredsoplysninger indgår helt eller delvist i knap 2/3 af overgivelsesskemaerne (39 % + 23 % = 62 %). Når man ser nærmere på de skemaer, hvor der indgår helbredsoplysninger, viser figurens højre del, at der i knap en tredjedel af dem (14 % + 18 % = 32 %) enten ikke er oplysninger om aktuel helbredstilstand, eller at dette punkt ikke er meningsfuldt udfyldt. I 61 % af skemaerne er punktet om aktuel helbredstilstand meningsfyldt udfyldt, men oplysningerne er som oftest meget kortfattede og afspejler sjældent de oplysninger, som fremgår af sundhedsjournalen.

31. Selvom stort set alle flygtninge har givet samtykke til, at asyloperatørerne kan videresende helbredsoplysninger til kommunerne, blev oplysningerne for godt 3/4 af dem med psykiske problemer ikke videregivet trods samtykke. I boks 3 vises et eksempel på et forløb, hvor viden om psykiske problemer ikke blev videregivet til kommunen fra asylcentret, selvom der var samtykke og overgivelsesskema.

Boks 3. Case om tab af viden mellem asylfasen og integrationsfasen

Flygtningen har kort efter ankomst til asylcentret gennemført en medicinsk modtagelse, hvoraf det fremgår, at hun har psykiske problemer. Ifølge den øvrige sundhedsjournal fra hendes ophold i asylcentret har hun fra starten klaget over rygsmerter. I de kommende måneder har hun multiple klager og smerter, som betyder, at hun har vanskeligt ved at gå. Hun er desuden plaget af søvnløshed og er meget glemsom. Hendes tilstand forklares med stress-virkninger på kroppen. Smerterne udvikler sig til også at omfatte mavepine, hovedpine og tandpine. Desuden forværres hendes korttidshukommelse, hvilket betyder, at hun udebliver fra lægeaftaler.

Flygtningen har givet samtykke til, at asyloperatøren kan videregive helbredsoplysninger til kommunen, men af overgivelsesskemaet står om flygtningens sygdomshistorik og aktuelle helbredstilstand: ”Det vides ikke”. Kommunen har ikke modtaget bilag i form af fx relevante uddrag fra sundhedsjournalen i asylcentret.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af sagsmateriale fra asylcentrene og kommunerne.

32. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at når kommunen modtager overgivelsesskemaer, hvor helbredsoplysninger om psykiske problemer ikke indgår, kan det have den konsekvens, at kommunerne antager, at oplysningerne i skemaet er fyldestgørende. Kommunen risikerer derfor at tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra en opfattelse af, at flygtningen ikke har psykiske problemer, dvs. på et uoplyst grundlag i forhold til flygtningens forudsætninger.

Udlændinge- og Integrationsministeriets initiativer

33. Udlændinge- og Integrationsministeriet har forsøgt at sikre overdragelsen af helbredsoplysninger til kommunerne gennem krav om, at asyloperatørerne skal udarbejde overgivelsesskemaer og indhente samtykke til, at helbredsoplysninger - som primært fremgår af sundhedsjournalen - kan videregives til kommunerne.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at det imidlertid ikke er muligt for operatørerne at udfylde helbredsdelen i overgivelsesskemaet og udvælge bilag ud fra en vurdering af, hvilke oplysninger der vil være relevant for kommunen. Det skyldes, at netværksmedarbejderen på asylcenteret, som i samarbejde med flygtningen skal udfylde skemaet, ikke har adgang til flygtningens sundhedsjournal. Medarbejderen må således basere sig på, hvad flygtningen umiddelbart fortæller den ikke-sundhedsfaglige person på asylcenteret om sit helbred.

Dermed lever ministeriet ikke op til det, ministeren har oplyst Folketinget, og det afhjælpes efter Rigsrevisionens opfattelse ikke af, at ministeriet i en vejledning til kommunerne har præciseret processen ved udarbejdelsen af overgivelsesskemaet og oplyst, at skemaet ikke bliver udarbejdet af sundhedsfagligt personale. Til sammenligning har ministeriet i forhold til flygtningebørn stillet krav om, at en sundhedsmedarbejder på asylcenteret skal oversende helbredsoplysninger til kommunen. Men dette gælder ikke for voksne flygtninge.

Spørgsmål til Udlændinge- og Integrationsministeriet:
Hvorfor har ministeriet ikke stillet krav om, at det skal være en sundhedsmedarbejder, som sender helbredsoplysninger til kommunen, sådan som det gør sig gældende for flygtningebørn?

I den seneste version af vejledningen til kommunerne fra december 2017 har ministeriet gjort kommunerne opmærksomme på, at kommunerne ved vurderingen af behovet for en helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge kan anmode asylcentret om at få tilsendt fx sundhedsjournalen. Da Rigsrevisionens stikprøve stammer fra 2017, kan vi ikke vurdere, om ministeriets justerede vejledning har medført, at kommunerne i højere grad end tidligere selv anmoder asylcentrene om at sende sundhedsjournalen. Det ændrer efter Rigsrevisionens opfattelse heller ikke det forhold, at asyloperatørerne på vegne af Udlændinge- og Integrationsministeriet allerede har indhentet samtykker til at videregive helbredsoplysninger til brug for kommunernes integrationsindsats, som ikke benyttes.

34. Ministeriet har primo 2017 fulgt op på asylcentrenes overdragelse af overgivelsesskemaer til kommunerne gennem en spørgeskemaundersøgelse til kommunerne. Undersøgelsen gav klare indikationer på, at der var problemer med overdragelsen til kommunerne. Dette problem har ministeriet efterfølgende løst ved at give kommunerne en elektronisk adgang til overgivelsesskemaerne. Ministeriet har desuden gennem en mindre stikprøve ultimo 2017 fulgt op på, om asylcentrene udarbejder overgivelsesskemaer. Opfølgningen viste, at skemaerne blev udarbejdet, men opfølgningen omfattede ikke udfyldelsen og dermed indholdet af skemaerne.

Ministeriet har endnu ikke fulgt op på, om overgivelsesskemaerne lever op til formålet om tidligst muligt at give kommunerne relevante oplysninger, så de kan tilrettelægge integrationsindsatsen. Ministeriet har bestilt en undersøgelse af kvaliteten af overgivelsesskemaerne, som skulle have været afsluttet i december 2017. Undersøgelsen er imidlertid forsinket pga. udfordringer med at tilvejebringe de skemaer, der skal ligge til grund for den.

Resultater
Asyloperatørerne har tilbudt 99 % af flygtningene, som indgår i Rigsrevisionens stikprøve, en medicinsk modtagelse, som bl.a. kortlægger deres psykiske helbred. Resultaterne af den medicinske modtagelse fremgår af flygtningenes sundhedsjournaler i asylcentrene. Men Udlændinge- og Integrationsministeriet har ikke sikret, at viden om psykiske problemer videregives til kommunerne. Det betyder, at viden fra den første del af forløbet for flygtninge med traumer går tabt, selvom ministeren i 2016 oplyste Folketinget om, at ministeriet havde sørget for, at den systematiserede viden følger med den enkelte flygtning ud i kommunen.

Ministeriet har udviklet et overgivelsesskema, som skal sikre, at kommunerne så tidligt som muligt modtager relevante oplysninger fra asyloperatørerne, så de kan tilrettelægge integrationsindsatsen. Vores stikprøve viser, at 49 % af flygtningene er registreret med psykiske problemer, men at skemaerne kun for 5 % af flygtninge oplyste kommunerne herom. For yderligere 4 % modtog kommunerne oplysningerne direkte fra sundhedsjournalerne, som asyloperatørerne også kan tilsende. Selvom stort set alle flygtninge har givet samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, har kommunerne altså samlet set kun

UDKAST

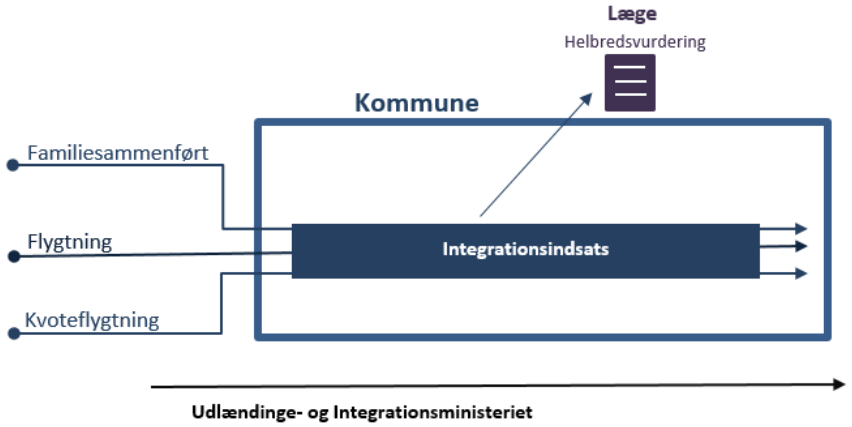
modtaget oplysninger om psykiske problemer for 9 % af flygtningene. Rigsrevisionen finder, at det kan forlede kommunen til at tro, at de øvrige flygtninge ikke har psykiske problemer.

Medarbejderen, som udfylder overgivelsesskemaet, har ikke adgang til flygtningens sundhedsjournal og kan dermed hverken vurdere, hvilke oplysninger der er relevante at videregive, eller vedlægge bilag fra journalen. Dermed lever ministeriet ikke op til det, ministeren har oplyst Folketinget, og det afhjælpes efter Rigsrevisionens opfattelse ikke af, at ministeriet i en vejledning til kommunerne har præciseret processen ved udarbejdelsen af overgivelsesskemaet og oplyst, at skemaet ikke bliver udarbejdet af sundhedsfagligt personale.

2.2. Helbredsundersøgelse i kommunerne

35. Vi har undersøgt, i hvilket omfang kommunerne vurderer behovet for at tilbyde nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge en helbredsundersøgelse, og hvordan ministeriet har fulgt op på og understøttet kommunernes praksis. Som vist i figur 7 fokuserer vi i dette afsnit på den del af forløbet, hvor flygtninge fra asylcentrene, kvoteflygtninge og familiesammenførte til flygtninge er ankommet til kommunerne og får en integrationsindsats. Helbredsundersøgelsen er her et redskab til at opspore flygtninge med traumer og tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra den enkeltes helbredsmæssige forudsætninger, så flygtninge hurtigst muligt kommer i beskæftigelse.

Figur 7. Forløb for flygtninge og familiesammenførte – helbredsundersøgelse i kommunerne



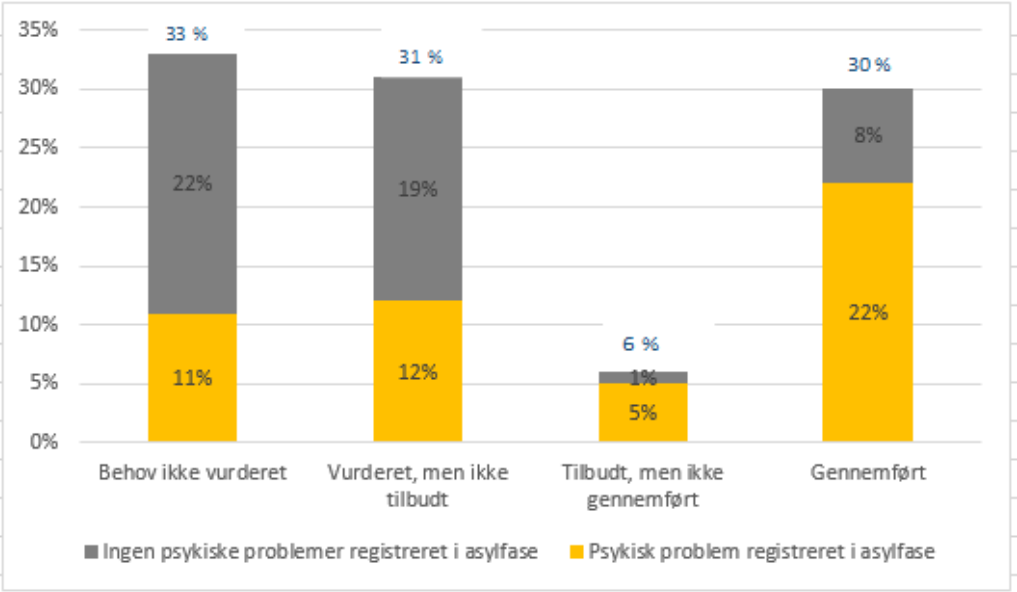
36. I juni 2016 blev integrationsloven ændret, så der ikke længere er et krav om, at kommunerne skal tilbyde alle nyankomne flygtninge, men kun kvoteflygtninge, helbredsundersøgelsen. Kommunerne skal efter lovændringen vurdere, om flygtningene fra asylcentrene og de familiesammenførte har brug for helbredsundersøgelsen. Denne vurdering kan kommunerne bl.a. basere på de oplysninger, de modtager fra asylcentrene.

Helbredsundersøgelser

Helbredsundersøgelse af flygtninge fra asylcentre

37. Figur 8 viser kommunernes vurdering, tilbud og gennemførelse af helbredsundersøgelser af flygtninge, fordelt på flygtninge med eller uden registrerede psykiske problemer i asylcentrene. Pga. den mangelfulde videregivelse af helbredsoplysninger, er kommunerne oftest ikke bekendt med, hvilken kategori flygtningen tilhører.

Figur 8. Helbredsundersøgelse til flygtninge med eller uden registerede psykiske problemer



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøve
N = 83.

Figuren viser, at kommunerne for 33 % af de nyankomne flygtninge ikke har vurderet behovet for helbredsundersøgelsen, heraf var 1/3 registeret med psykiske problemer i asylcentret. I en tredjedel af sagerne lever kommunerne således ikke op til integrationsloven.

Figuren viser også, at kommunerne vurderede, at 31 % af flygtningene ikke havde behov for at blive tilbudt en helbredsundersøgelse, selvom over en tredjedel af dem var registreret med psykiske problemer i asylcentret. Det viser, at der er en risiko for, at langt fra alle flygtninge, som kan have behovet, får vurderet og tilbudt en helbredsundersøgelse.

Endelig viser figuren, at 30 % af flygtningene har fået vurderet, tilbudt og gennemført en helbredsundersøgelse, hvoraf langt størstedelen var registeret med psykiske problemer allerede i asylcentret.

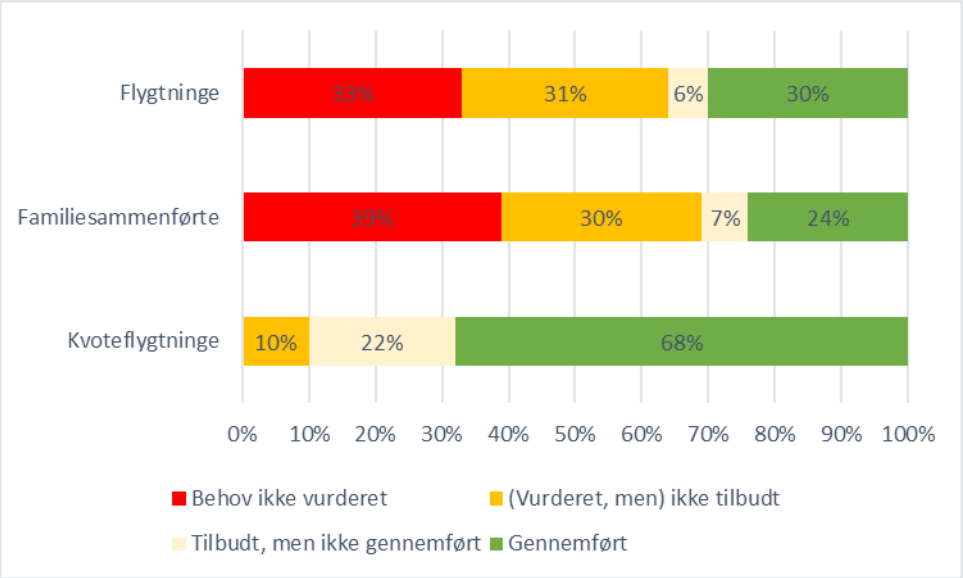
Helbredsundersøgelse af familiesammenførte og kvoteflygtninge
38. Til forskel fra flygtninge, som før de kommer ud i en kommune opholdt sig på et asylcenter, ankommer kvoteflygtninge og familiesammenførte direkte til kommunerne. For disse 2 grupper findes der således ikke foreliggende helbredsoplysninger fra et asylcenter, som kommunerne kan basere deres indsats på.

For de familiesammenførte har ministeriet derfor vejledt kommunerne om at inddrage oplysninger om den flygtning, som vedkommende er familiesammenført til, når kommunerne skal vurdere behovet for en helbredsundersøgelse. Vores undersøgelse har vist, at det sker i meget få tilfælde (7 %). Kommunernes praksis synes således ikke at følge de rammer, ministeriet har udstukket.

For kvoteflygtningene skal kommunerne ifølge integrationsloven - også efter lovændringen i 2016 - altid tilbyde en helbredsundersøgelse. Figur 9 viser brugen af helbredsundersøgelserne for familiesammenførte og kvoteflygtninge og sammenligningsgruppen af flygtninge fra asylcentrene.

UDKAST

Figur 9. Helbredsundersøgelse af flygtninge, kvoteflygtninge og familiesammenførte



Kilde: Rigsrevisionen på bagrund af stikprøve.
N for flygtninge = 83
N for familiesammenførte = 73
N for kvoteflygtninge = 58.

Figuren viser, at kommunerne har tilbudt 90 % (22 % + 68 %) af kvoteflygtningene en helbredsundersøgelse. Figuren viser dog også, at 10 % af kvoteflygtningene ikke er blevet tilbudt helbredsundersøgelsen, selvom det er et lovkrav.

For de familiesammenførte til flygtninge viser figuren, at kommunerne for 39 % ikke har vurderet behovet for en helbredsundersøgelse, sådan som de skal ifølge loven. For yderligere 30% har kommunerne vurderet, men ikke tilbudt helbredsundersøgelsen, mens den sidste tredjedel (24 % + 7 %) af de familiesammenførte har fået tilbudt en helbredsundersøgelse, som de fleste også har gennemført. Sammenlignet med flygtningene får færre familiesammenførte altså vurderet, tilbudt og gennemført en helbredsundersøgelse.

Helbredsundersøgelser af psykisk helbred
39. Når flygtninge og deres familiesammenførte gennemfører en helbredsundersøgelse, skal den ifølge integrationsloven omfatte både det fysiske og psykiske helbred. Undersøgelsen har vist, at 29 % af de gennemførte helbredsundersøgelser af flygtninge og familiesammenførte ikke omfatter det psykiske helbred. Et eksempel herpå er vist i boks 4.

Boks 4. Case om helbredsundersøgelse, som ikke omfatter psykisk helbred
Ifølge *sundhedsjournalen* i asylcentret har en flygtning lige fra ankomsten til landet haft psykiske problemer, samtidig med at han er udfordret af en somatisk sygdom. Under opholdet i asylcentret har han været meget følelsesmæssigt påvirket og har bl.a. udvist truende adfærd og talt om selvmord. Han beskrives som ustabil.

I *overgivelsesskemaet* er helbredsdelen ikke udarbejdet, selvom flygtningen har givet samtykke til, at helbredsoplysninger kan videregives til kommunen. Kommunen har således ikke viden om flygtningens psykiske helbredstilstand, da den anmoder lægen om helbredsundersøgelsen.

Af lægens skriftlige rapport fremgår, at flygtningen er psykisk upåfaldende, men henvises til neurologisk undersøgelse pga. den somatiske sygdom.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af sagsmateriale fra asylcentrene og kommunerne.

UDKAST

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ikke alle læger kender til muligheden for at anmode asylcentrene om at få tilsendt sundhedsjournalerne, og at dem, der gør, kan opleve barrierer for at modtage den. Dermed har lægerne ingen oplysninger om de tidligere konstaterede psykiske problemer, som kan lægges til grund for helbredsundersøgelsen. Udlændinge- og Integrationsministeriet har oplyst, at de ikke har kendskab til de omtalte barrierer, eller i hvilket omfang lægerne modtager journalerne. Rigsrevisionen kan konstatere, at konsekvensen af manglende oplysninger om det psykiske helbred i helbredsundersøgelserne er, at kommunerne selv med en helbredsundersøgelse ikke altid får et fuldstændigt billede af flygtningens helbredssituation. I disse tilfælde har kommunen således heller ikke et tilstrækkeligt grundlag at tilrettelægge integrationsindsatsen på.

En mulig forklaring på helbredsundersøgelsernes manglende afdækning af det psykiske helbred kan i øvrigt være, at kommunerne ikke i alle tilfælde anvender den korrekte attest (LÆ141 F), som er udarbejdet specifikt til at anmode om helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge, men i stedet benytter den generelle attest (LÆ141), som ikke vejleder lægen om at være særligt opmærksom på psykiske helbredsproblemer og traumer hos nyankomne flygtninge.

Udlændinge- og Integrationsministeriets initiativer

40. Ministeriet har oplyst, at de har iværksat projekter, som bl.a. skal afdække *best practice*, bidrage med værktøjer til håndtering af traumatiserede flygtninge og udbrede viden blandt læger om helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge. Ministeriet har bl.a. med inddragelse af Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdet anvisninger til læger om helbredsundersøgelsen, som også oplyser om, at lægen kan anmode asylcentrene om at få tilsendt flygtningens sundhedsjournal.

Ministeriet har endnu ikke fulgt op på, om kommunerne ved vurderingen af, om nyankomne flygtninge skal tilbydes en helbredsundersøgelse, inddrager foreliggende helbredsoplysninger, herunder oplysninger fra asylfasen. Vores undersøgelse viser, at ministeriet ikke har viden om, hvorvidt kommunernes grundlag eller deres vurdering af flygtningenes behov for helbredsundersøgelsen lever op til hensigten i integrationsloven. Ministeriet har dog primo 2017 via en spørgeskemaundersøgelse skabt et overordnet billede af, i hvilken grad kommunerne tilbyder helbredsundersøgelsen til nyankomne flygtninge. Her fremgik det, at en række kommuner tilbyder helbredsundersøgelserne til mindre end hver fjerde flygtning og familiesammenført til en flygtning. Ministeriet vurderer, at der er behov for en mere systematisk indsamling af viden om brugen af helbredsvurderinger og har oplyst, at det vil påbegynde dette arbejde i efteråret 2018.

Resultater

Undersøgelsen har vist, at kommunerne ikke har vurderet behovet for helbredsundersøgelse for hver tredje nyankomne flygtning og en lidt større andel af de familiesammenførte, og dermed i disse tilfælde ikke lever op til integrationsloven. For yderligere knap en tredjedel af flygtningene og de familiesammenførte har kommunen vurderet behovet, men ikke tilbudt helbredsundersøgelsen. Desuden får 10 % af kvoteflygtningene ikke tilbudt helbredsundersøgelsen, som de skal ifølge loven.

Samlet set får godt en tredjedel af nyankomne flygtninge og knap en tredjedel af de familiesammenførte til flygtninge tilbudt helbredsundersøgelsen, som de fleste også gennemfører. Men selv i disse tilfælde får kommunen ikke nødvendigvis et fyldestgørende billede af helbredssituationen. Det skyldes, at 29 % af helbredsundersøgelserne ikke omfatter det psykiske helbred, selvom det er et krav i integrationsloven. Dermed får blot en femtedel af flygtningene og de familiesammenførte en helbredsvurdering, som omfatter det psykiske helbred. Lægerne, som udfører undersøgelserne, har ikke automatisk adgang til flygtningens sundhedsjournal fra asylcentret, og dermed oplysninger om tidligere registrerede psykiske

UDKAST

problemer. Desuden har Udlændinge- og Integrationsministeriet ikke kendskab til de barrierer, der efter Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse kan være for, at læger, som anmoder asylcentrene om journalen, faktisk modtager den, og i hvilket omfang det sker.

Kommunernes mangelfulde oplysningsgrundlag medfører en væsentlig risiko for, at de ikke effektivt kan tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra flygtningenes helbredsmæssige forudsætninger for at få dem hurtigt i job. Udlændinge- og Integrationsministeriet har ikke indsamlet viden om, hvorvidt kommunerne anvender foreliggende helbredsoplysninger fra asylcentrene, og om de vurderer nyankomne flygtninges og familiesammenførtes behov for en helbredsundersøgelse, sådan som de skal ifølge loven. Ministeriet vurderer, at der er behov for en mere systematisk vidensindsamling om brugen af helbredsundersøgelserne, som det vil påbegynde i efteråret 2018.

UDKAST

3. Behandling af flygtninge med traumer

DELKONKLUSION

Regionerne har i de seneste år sikret, at flygtninge med traumer kan modtage specialiseret behandling mindst ét sted i hver region inden for ventetidsgarantien på 4 uger. Selvom alle regioner aktuelt lever op til garantien, har 3 af de 10 behandlingstilbud, som samlet set behandler ca. en tredjedel af de traumatiserede flygtninge, længere ventetid. Ventetiden er aktuelt 1½-2 år i Region Hovedstaden, som i modsætning til Region Syddanmark ikke løbende har fulgt op på og forsøgt at styre kapaciteten i de private tilbud. Dog har hverken Region Syddanmark eller Region Hovedstaden sikret, at kapaciteten modsvarer behovet.

Sundheds- og Ældreministeriet har ikke i helt tilstrækkelig grad understøttet et overblik over ventetiderne for traumebehandlingen. Ministeriets hjemmeside om ventetider giver ikke flygtningene og de læger, som henviser dem, overblik over, hvor regionerne kan tilbyde hurtig behandling, da hjemmesiden ikke omfatter specialiserede behandlingstilbud. Ventetiderne betyder desuden, at nogle traumatiserede flygtninge får længere transport, hvis de vælger hurtig behandling et andet sted i regionen. Ministeriet tilkendegiver, at afstand i sig selv afskærer nogle fra at få behandling. Risikoen er, at flygtninge med lavest funktionsevne og dermed størst behov også har de største barrierer for behandling. Region Syddanmark og Region Sjælland har med ministeriets godkendelse etableret satellitter for at øge tilgængeligheden i yderområder.

***Satellitter** er enheder, som administrativt og ledelsesmæssigt hører under behandlingstilbuddet på hovedmatriklen, men som tilbyder behandling på andre matrikler inden for samme region og dermed øger tilgængeligheden for patienterne.*

Sundheds- og Ældreministeriet følger op på den specialiserede behandling ved hjælp af årlige statusrapporter. Ministeriet er ikke i rapporterne blevet orienteret om ventetiderne, men regionerne har i 2016 oplyst om dem i bl.a. samrådsmateriale. Ministeriet arbejder fremadrettet på at udvikle en databaseret monitorering af aktiviteten i den specialiserede behandling. Rigsrevisionen kan konstatere, at centrale data om behandlingen af traumatiserede flygtninge indtil videre har været udfordret af mangelfulde indberetninger, hvilket kan vanskeliggøre den ønskede monitorering.

Undersøgelsen viser, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad koordinerer behandlingsforløbet med kommunerne. Regionerne oplyser i vid udstrækning ikke eller først sent i behandlingsforløbet kommunerne om behandlingen. Det udfordrer kommunernes muligheder for at tilrettelægge integrations- og beskæftigelsesindsatsen ud fra flygtningens helbredsmæssige forudsætninger og dermed sammenhængen i forløbet. 3 regioner har indgået samarbejdsaftaler med kommunerne om traumatiserede flygtninge, men Rigsrevisionens undersøgelse viser, at aftalerne ikke har medført højere grad af koordinering med kommunerne set i forhold til regionerne uden samarbejdsaftaler. Samlet set har der for en fjerdedel af flygtningene i vores stikprøve ikke været korrespondance mellem region og kommune, men andelen varierer mellem regionerne. Region Hovedstaden er med 9 ud af 10 patientforløb den region, som i flest tilfælde har koordineret med kommunerne.

Undersøgelsen viser også, at det alene er Region Hovedstaden, som har etableret systematisk digital understøttelse af korrespondancen. Region Midtjylland og Region Nordjylland har ingen planer om at etablere digital korrespondance på social- og psykiatriområdet. Det skal ses i lyset af, at ministeriet og regionerne i 5 år har arbejdet på at udbrede den digitale korrespondance fra det somatiske område, hvor den har eksisteret i en længere årrække.

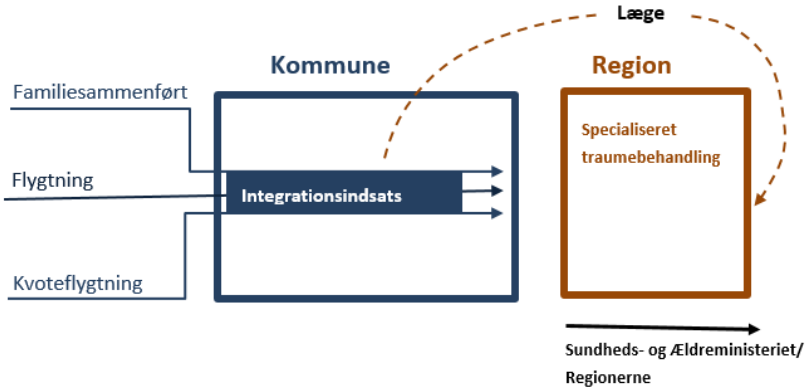
Dette kapitel handler om regionernes indsats for at behandle traumatiserede flygtninge og koordinere forløbet med kommunerne, samt Sundheds- og Ældreministeriets understøttelse af indsatsen.

UDKAST

3.1. Ventetid til traumebehandling

41. Når en flygtning med traumer er blevet henvist til specialiseret behandling, er det væsentligt, at flygtningen hurtigt kan opstarte behandlingen. Ifølge flere regioner har mange flygtninge hidtil opholdt sig i landet i 10-15 år, før de bliver henvist til traumebehandling, og yderligere ventetid kan forværre deres helbred og udbytte af integrations- og beskæftigelsesindsatsen. Vi har derfor undersøgt regionernes styring af kapacitet og ventetider til traumebehandlingen. Vi har også undersøgt, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet ved hjælp af sin opfølgning og andre initiativer har understøttet regionernes behandling. Som vist i figur 10 fokuserer vi således i dette afsnit på overgangen til behandling for de flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som er blevet opsporet i kommunerne.

Figur 10. Forløb for flygtninge og familiesammenførte – adgang til traumebehandling



42. Der findes på landsplan 10 specialiserede psykiatriske behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge, hvoraf 7 varetages på regionernes egne sygehuse og 3 på private specialsygehuse. Ventetidsgarantien indebærer, at hver region inden for 4 uger skal kunne tilbyde flygtninge behandling mindst ét sted i regionen. Garantien er således ikke knyttet til hvert behandlingstilbud i de regioner, hvor der er flere tilbud.

Regionernes styring af kapacitet og ventetid

43. Regionerne har i de seneste knap 3 år kunnet tilbyde traumatiserede flygtninge specialiseret behandling inden for de lovsikrede 4 uger. Regionerne fastsætter kapaciteten i de regionale behandlingstilbud ud fra antallet af henvisninger og styrer kapaciteten i forhold til at overholde ventetidsgarantien, mens de private behandlingstilbud modtager et årligt øremærket tilskud. Tilskuddet er en del af regionernes bloktilskud, og tilpasses - i modsætning til de regionale tilbuds kapacitet og budgetter - ikke dynamisk efter antallet af henviste patienter.

Spørgsmål til Sundheds- og Ældreministeriet:
Hvorfor reguleres tilskuddet til de private sygehuse ikke ud fra forventet aktivitet?

Selvom regionerne lever op til ventetidsgarantien, har de 3 private behandlingstilbud, som står for behandlingen af ca. en tredjedel af de traumatiserede flygtninge, igennem de seneste år haft ventetider, som markant overskrider 4 uger. Tabel 1 viser udviklingen i ventetid til de 3 private behandlingstilbud.

Tabel 1. Ventetid til behandling for traumatiserede flygtninge i private behandlingstilbud ultimo 2016, ultimo 2017 og medio 2018.

Behandlings-tilbud	Region	Uger i 2016	Uger i 2017	Uger i 2018
1	Hovedstaden	40	80	74
2		72	80	102
3	Syddanmark	4	19	9

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne.

Tabellen viser, at der for alle 3 private behandlingstilbud er sket en væsentlig forøgelse af ventetiderne fra 2016 til 2017, og for et af tilbuddene i Region Hovedstaden også for 2017-2018. Selvom alle 3 private tilbud har ventetid, varierer længden af den dog markant mellem Region Syddanmarks knap 2 måneder og Region Hovedstadens 1½-2 år.

44. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har ansvaret for at styre og tilpasse kapaciteten af regionens samlede behandling af traumatiserede flygtninge. Det øremærkede tilskud til de private behandlingstilbud har i de seneste år ikke været tilstrækkeligt til at dække opstart behandlingen af alle henviste patienter inden for 4 uger. Men regionerne har ikke tilført yderligere midler for at udvide kapaciteten og nedbringe ventetiden i de private tilbud, selvom de ifølge sundhedsloven har mulighed for det. Boks 5 uddyber konsekvenserne af ventetid.

Spørgsmål til Region Hovedstaden og Region Syddanmark:
I bedes oplyse, om I i de seneste år har tilført midler ud over det øremærkede tilskud til de private tilbud, om muligt tilbage til 2008, og ellers tilbage til 2016. Hvis ikke, hvad er da årsagen til, at I ikke har tilført yderligere midler, når de private tilbud har lang ventetid? I bedes desuden oplyse ventetiden til de 3 private tilbud pr. september 2018 (og om muligt også pr. oktober 2018) og medsende dokumentation for jeres besvarelser.

Boks 5. Konsekvens af ventetid til traumebehandling

Hvis flygtninge har nedsat funktionsevne pga. traumer i form af fx fysiske smerter, søvnløshed og koncentrationsbesvær, kan den kommunale sagsbehandler på baggrund af en konkret vurdering fritage flygtningen fra fuld deltagelse i fx danskundervisning og beskæftigelsesindsats, indtil helbredet er stabiliseret eller forbedret. Hvis flygtningen bliver henvist til et specialiseret behandlingstilbud, hvor der er lang ventetid, kan det ikke blot medføre forlænget fritagelse fra kommunens integrationsindsats. Det kan også forværre flygtningens helbred og påvirke ægtefællens og børnenes trivsel i hjemmet, og dermed hele familiens integration.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af materiale fra kommuner og regioner.

Region Syddanmark følger dog via driftsoverenskomsten med sit private tilbud månedligt op på dets aktivitet og kapacitet og samarbejder aktivt om få viderehenvist patienter, som det private tilbud ikke kan tilbyde behandling inden for 4 uger, til regionens eget tilbud. Region Hovedstaden følger ikke løbende op på aktiviteten og kapaciteten i sine 2 private tilbud, hvor ventetiden er væsentligt længere end i Region Syddanmark.

Afstand til traumebehandling
45. For nogle af de flygtninge, som vælger at benytte sig af retten til hurtig behandling ved et af regionens andre traumebehandlingstilbud, kan det medføre længere transport. Ministeriet har tilkendegivet, at logistiske udfordringer kan være en barriere for traumatiserede flygtninges adgang til behandling, og ifølge Region Syddanmark afskærer afstand især de flygtninge, som har lavest funktionsevne, fra at benytte retten til hurtig behandling. Rigsre-

visionen har i stikprøvematerialet fra kommuner og regioner set flere eksempler på, at afstand afskærer traumatiserede flygtninge fra at få behandling. Et af eksemplerne er vist i boks 6.

Boks 6. Case om transport som hindring for at modtage behandling

En familiesammenført kvinde til en flygtning har opholdt sig i en flygtningelejr, før hun kom til Danmark, hvor hun bor med sin mand og nogle af sine børn. Hun føler sig meget stresset og har søvnproblemer og mareridt. Desuden har hun smerter, som hindrer hendes mobilitet, og hun har flere gange været indlagt pga. hjerteproblemer.

Hun bliver af egen læge henvist til traumebehandling med symptomer på diagnosen PTSD og depression, som bevirker, at hendes funktionsevne er 100 % nedsat. Hun ser sig dog ikke i stand til at modtage behandlingen. Det skyldes ikke kun hendes nedsatte mobilitet, men også at familien har en meget stram økonomi, og pengene ikke rækker til hele måneden. Hverken kommunen eller behandlingstilbuddet ser mulighed for at hjælpe med transporten. Afstanden er ca. 50 km., og transporttiden er med offentlig transport ca. 1½ time tur/retur.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøvemateriale fra kommunerne.

Ifølge ministeriet vil der for nogle dele af landet være behov for særlige løsninger pga. geografiske forhold eller patientgruppens sårbarhed. For generelt at øge traumatiserede flygtninges tilgængelighed til behandlingen, har det private behandlingstilbud i Region Syddanmark og det regionale tilbud i Region Sjælland med ministeriets godkendelse oprettet satellitter. Dog er ventetiden til de private satellitter i Region Syddanmark aktuelt længere end 4 uger. Region Syddanmark tilbyder desuden udgående hjemmebehandling til de dårligst fungerende patienter i målgruppen. Rigsrevisionen har ikke undersøgt, hvilken betydning disse særlige løsninger har for behandlingen.

Sundheds- og Ældreministeriets understøttelse af regionernes behandling

46. Sundheds- og Ældreministeriet følger op på den specialiserede behandling ved hjælp af årlige statusrapporter, som dog ikke indeholder rapportering af ventetider. Ministeriet følger ventetiden i psykiatrien generelt, men har oplyst, at det ikke er forpligtet til at lave særskilt systematisk eller løbende opfølgning, herunder ventetidsstatistik, på specialiserede behandlingsområder. Således fremgår den specialiserede behandling i regionalt regi heller ikke af ministeriets hjemmeside mitsygehusvalg.dk med ventetider, og de 2 private tilbud i Region Hovedstaden har desuden ikke, som foreskrevet, indberettet ventetider til hjemmesiden. Dermed er det vanskeligt for flygtningene og de henvisende læger at få et overblik over, hvor regionerne kan tilbyde behandling inden for ventetidsgarantien på 4 uger og hvor lang ventetiden er de øvrige steder.

Mitsygehusvalg.dk
Ministeriet har ansvaret for hjemmesiden, som indtil juni 2018 hed venteinfo.dk. Den nye hjemmeside omfatter ud over ventetider også information om patienternes tilfredshed med behandlingen fra den landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed (LUP).

47. Selvom regionerne og de private tilbud ikke i de årlige statusrapporter har oplyst ministeriet om ventetiderne, har de i 2016 ad anden vej oplyst ministeriet om ventetiderne. Dels har Region Syddanmark rettet henvendelse til ministeriet herom, og dels har regionerne udarbejdet materiale til samråd i Folketinget om behandlingen af traumatiserede flygtninge. Folketinget har tilbage i 2008, hvor ventetiden også var op til 2 år, tilført området 75 mio. kr. i satspuljemidler på sundhedsområdet, som bl.a. supplerede det øremærkede tilskud til de private tilbud.

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Hvad var baggrunden for tilførslen af satspuljemidlerne i 2008, og hvor stor en del af de 75 mio. kr. gik til de private tilbud? I bedes oplyse fordelingen og ventetiderne for hver af de 3 tilbud i 2008, såfremt det er muligt. I bedes også oplyse, om Folketinget siden 2008 har tilført midler ud over det årlige øremærkede tilskud til de private tilbud. I bedes desuden vedlægge dokumentation for jeres besvarelse.

48. Ministeriet arbejder fremadrettet på at udvikle en databaseret monitorering af aktivitet og kvalitet i den specialiserede behandling, som gradvist kan udbygges i takt med øget datatilgængelighed. Monitoreringen skal bl.a. baseres på oplysninger fra Landspatientregistret (LPR). Undersøgelsen har vist, at selvom LPR siden 1995 har indeholdt data om behandlingen af ambulante psykiatriske patienter, som flygtninge i specialiseret traumebehandling tilhører, vil ministeriets nye registerbaserede monitorering af behandlingen af denne målgruppe ved hjælp af LPR-data være udfordret.

Landspatientregistret (LPR)
I LPR registrerer sygehusene en række oplysninger om patienters kontakt med sygehusene, fx patientens diagnoser og behandlinger samt sygehusafdeling og tidspunkt for behandlingen. LPR blev oprettet i 1976 og bruges til at følge udviklingen i sygehusenes behandling af patienter.

Det skyldes for det første, at de 2 private behandlingstilbud i Region Hovedstaden ikke hidtil har indberettet til LPR, fordi ministeriet i 2004 har givet de 2 private tilbud dispensation, som ikke har været begrundet eller tidsafgrænset. Også det private tilbud i Region Syddanmark har indtil 2016 været fritaget fra at indberette. Ministeriet har trukket dispensationerne tilbage, da de blev bekendt med dem i april 2018. For det andet har ikke alle regionale tilbud konsistent indberettet data til LPR. Det skyldes bl.a. systemtekniske udfordringer i forbindelse med ibrugtagning af nye patientadministrative systemer. Desuden betyder den konkrete organisering, at det for nogle behandlingstilbud ikke er muligt at udskille data om behandlingen af traumatiserede flygtninge fra data om behandlingen af danske krigsveteraner. Datakvaliteten udgør derfor en svaghed i forhold til ministeriets mulighed for at følge området.

Resultater
Undersøgelsen viser, at regionernes kapacitetsstyring i løbet af de sidste knap 3 år har betydet, at de kan tilbyde traumatiserede flygtninge specialiseret behandling inden for 4 uger mindst ét sted i hver region. Dermed lever regionerne op til ventetidsgarantien. 3 af de 10 behandlingstilbud - som behandler ca. en tredjedel af de traumatiserede flygtninge - har dog i de seneste år haft ventetider, som aktuelt er mellem 2 måneder i Region Syddanmark og 2 år i Region Hovedstaden. I modsætning til Region Hovedstaden følger Region Syddanmark løbende op på sit private tilbud.

I løbet af de sidste 10 år har det øremærkede tilskud til de 3 private tilbud ikke været tilstrækkeligt til at modsvare antallet af henvisninger, men ingen af regionerne har tilført yderligere økonomiske midler for at nedbringe ventetiden. Hvis flygtningene vælger hurtig behandling ved andre tilbud, kan det for nogle medføre længere transport. Ifølge ministeriet kan afstand i sig selv afskære nogle fra at få behandling. Ministeriet har godkendt, at Region Syddanmark og Region Sjælland har oprettet satellitter.

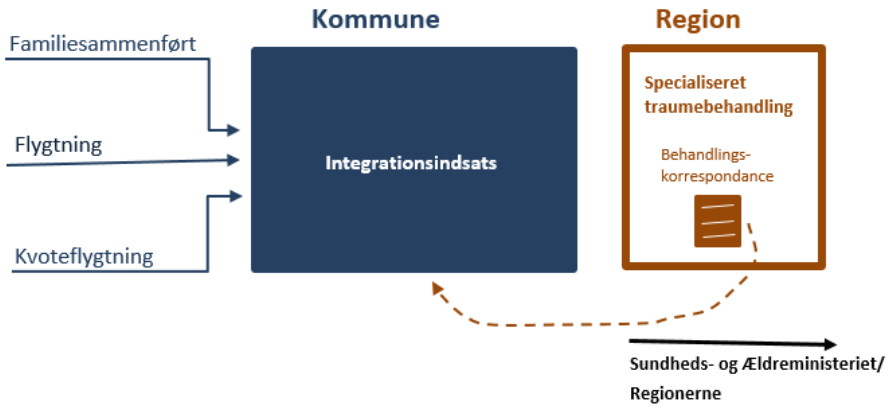
Ministeriet er ikke forpligtet til at udarbejde ventetidsstatistik for de specialiserede behandlingsområder, som således heller ikke er omfattet af ministeriets hjemmeside om ventetid. Patienterne har dermed ikke overblik over, hvor de kan få hurtig behandling, og ministeriet er ikke i sin årlige opfølgning på den specialiserede behandling ved hjælp af statusrapporter blevet orienteret om ventetiderne. Dog har regionerne bl.a. i samrådsmateriale til ministeriet i 2016 oplyst om ventetiderne. Ministeriet arbejder desuden på at udvikle databaseret monitorering af den specialiserede behandling. Men centrale data om behandlingen af traumatiserede flygtninge har indtil videre været præget af mangelfuld indberetning fra behandlingstilbuddene, som vil udfordre monitoreringen.

3.2. Koordinering af forløbet under traumebehandling

49. Når en flygtning kommer i specialiseret traumebehandling, er det af hensyn til sammenhængen i forløbet vigtigt, at regionen koordinerer forløbet med kommunen, så det understøtter målet om integration og beskæftigelse. Vi har derfor undersøgt regionernes rammer og praksis for at koordinere med kommunerne, og i hvilket omfang koordineringen er it-understøttet. Som vist i figur 12 fokuserer vi således i dette afsnit på overgangen fra behandling til integrationsindsats i form af korrespondancen mellem region og kommune.

UDKAST

Figur 12. Forløb for flygtninge og familiesammenførte – koordinering under traumebehandling



50. Et koordineret og sammenhængende forløb sikrer, at den regionale behandling og den kommunale integrationsindsats understøtter hinanden bedst muligt, så flygtningens sandsynlighed for beskæftigelse øges.

Sundheds- og samarbejdsaftaler mellem region og kommuner

51. Sundhedsaftalerne er den overordnede ramme for regionernes og kommunernes koordinering for at skabe sammenhængende forløb på tværs. Som led i sundhedsaftalerne kan der for mindre patientgrupper med særlige tværsektorielle udfordringer indgås samarbejdsaftaler, som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktørerne under og efter et behandlingsforløb.

***Sundhedsaftalerne** indgås mellem regionsrådet og kommunerne, som er beliggende i regionen, og gælder for en 4-årig periode. Sundhedsaftalen skal både omfatte borgere med somatiske og psykiske sygdomme. I aftaleperioden 2015-2018 har aftalerne skullet dække 4 obligatoriske indsatsområder, som omfatter forebyggelse, behandling og rehabilitering samt digitale arbejdsgange.*

52. Undersøgelsen har vist, at 3 ud af 5 regioner har indgået samarbejdsaftaler med kommunerne om traumatiserede flygtninge. Aftalernes udformning, indhold og detaljeringsgrad varierer fra region til region. Region Midtjylland og Region Nordjylland har i deres samarbejdsaftaler konkrete aftaler om kommunikationen med kommunerne om patientforløbene. Samarbejdsaftalerne kan både omfatte initiativer på patientniveau og overordnede tiltag i forhold til koordineringen med kommunerne om målgruppen. I boks 7 er 2 af Region Syddanmarks overordnede tiltag beskrevet.

Boks 7. Koordinerende tiltag i Region Syddanmarks samarbejdsaftale med kommunerne om traumatiserede flygtninge

- Temamøder: Regionen afholder temaeftermiddage 4 gange om året for praktiserende læger og kommunale samarbejdspartnere med særligt fokus på at formidle viden om traumatiserede flygtninge og PTSD.
- Besøgsrunde: Ledelsen fra regionens behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge har i 2017 haft en besøgsrunde, som har omfattet møder med repræsentanter fra både almen praksis og den kommunale forvaltning i 17 af regionens 22 kommuner. Formålet var bl.a. at opdatere hinanden på viden om flygtningestrømme og behandling. Besøgsrunden blev gennemført i forbindelse med den seneste evaluering af regionens samarbejdsaftale.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af materiale fra Region Syddanmark.

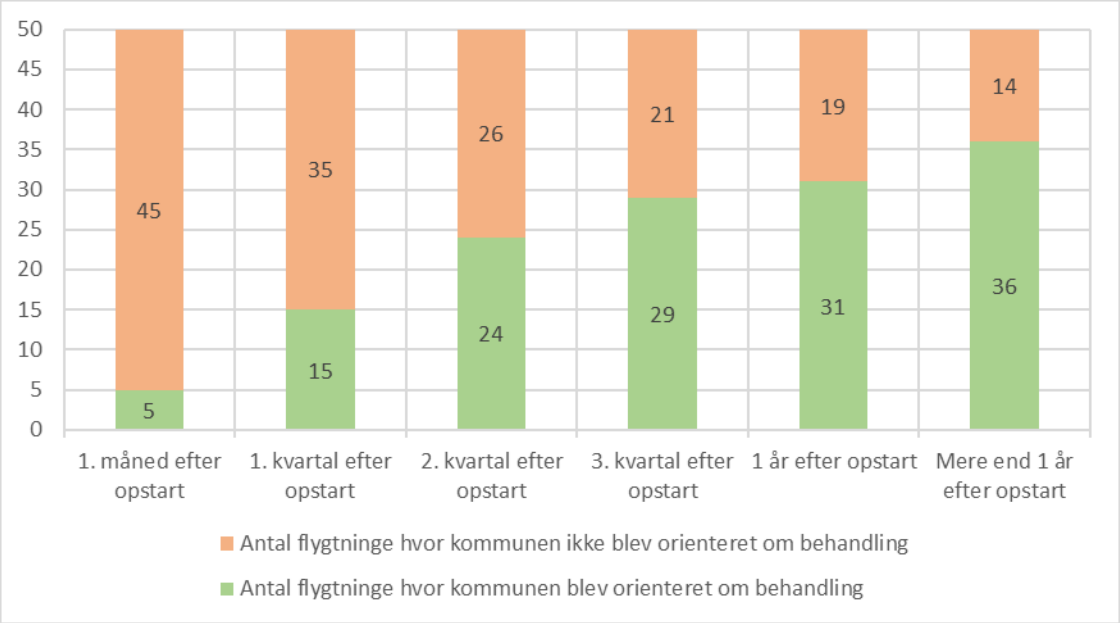
Regionernes praksis for at koordinere med kommunerne

53. Regionens koordinering med kommunen om behandlingsforløbet kan være et vigtigt bidrag til, at kommunen kan tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra flygtningens helbredsmæssige forudsætninger og dermed på sigt bidrage til beskæftigelse. Rigsrevisionen har ved hjælp af en stikprøve på i alt 50 flygtninge i specialiseret traumebehandling, som

er fordelt ligeligt på de 5 regioner, undersøgt regionernes praksis for at koordinere med kommunerne.

Undersøgelsen har vist, at der i mange behandlingsforløb ikke har været korrespondance mellem region og kommune, og at oplysninger om behandlingen i andre forløb er udvekslet relativt sent. Vi har undersøgt, hvor lang tid der går, før regionerne oplyser kommunerne om behandlingen. Resultatet af gennemgangen fremgår af figur 13.

Figur 13. Flygtninge hvor regionerne har haft korrespondance med kommunerne opgjort efter tidspunkt for første korrespondance.



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøve.
N = 50.

Figuren viser, at regionerne samlet set for 45 ud af 50 flygtninge ikke har oplyst kommunerne om behandlingen 1 måned efter opstart af behandling. Efter et halvt år har der fortsat ikke været korrespondance for ca. halvdelen af flygtningene i stikprøven. I hele behandlingsforløbet var der for 14 ud 50 flygtninge ingen korrespondance mellem regionerne og kommunerne.

54. Region Midtjylland har oplyst, at regionen ikke orienterer kommunen, når det omhandler behandlingen af ambulante patienter, som bl.a. omfatter traumatiserede flygtninge. Regionen har i 5 ud af de 10 undersøgte patientforløb ikke haft korrespondance med kommunen på noget tidspunkt.

Region Hovedstaden har siden 2008 haft en formaliseret praksis om at sende opstarts- og afslutningsbrev til kommunerne om behandling af traumatiserede flygtninge. Rigsrevisionens stikprøve viser således, at regionen i 9 ud af 10 tilfælde har orienteret kommunerne om behandlingen. Boks 8 viser eksempler på Region Hovedstadens opstarts- og afslutningsbrev til kommunerne.

Boks 8. Eksempel på opstarts- og afslutningsbrev fra Region Hovedstaden

Opstartsbrev
En flygtning, som har PTSD og smerter, er henvist til specialiseret traumebehandling. Regionen fremsender et brev til kommunen om, at flygtningen er startet i traumebehandling. Kommunen oplyses her om diagnosen og formålet med behandlingen samt

dens forventede varighed. Desuden fremgår det, at kommunen kan kontakte behandlingstilbuddets socialrådgiver, hvis der er brug for at drøfte sagen.

Afslutningsbrev
Regionen fremsender et brev til kommunen om, at flygtningens specialiserede behandling er afsluttet. Her oplyser regionen bl.a. om behandlingens omfang, og at flygtningens læge også er orienteret. Kommunen informeres desuden om, at den kan anmode om en statusattest, hvis den ønsker uddybende helbredsoplysninger. I statusattesten oplyses kommunen om flygtningens diagnoser og helbredstilstand ved afslutningen af behandlingen. Lægen vurderer, at funktionsevnen er varigt nedsat, og at det ikke er realistisk, at flygtningen kan varetage et arbejde på ordinære vilkår, men gennem støtte fra kommunen bør opfordres til at bryde sin isolation i hjemmet.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af materiale fra regionerne.

55. Hvis man ser nærmere på, hvordan korrespondancen fordeler sig fra start til slut af behandlingsforløbene i de enkelte regioner, viser Rigsrevisionens undersøgelse, at regionerne har relativt lidt korrespondance med kommunerne i forbindelse med *opstart* af behandlingen. Det gælder især i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland. Oplysning om opstart af behandling er ellers vigtig, for at kommunen kan tilrettelægge indsatsen under hensyn til behandlingsforløbet.

Undersøgelsen viser også, at regionerne oftere har korrespondance med kommunerne ved *afslutning* af behandling end ved opstart. Dog har Region Nordjylland i blot 1 af 10 forløb udvekslet informationer med kommunen ved afslutning af behandlingen. Dette selvom den afsluttende korrespondance er vigtig, for at kommunerne kan tilpasse den fremadrettede integrations- og beskæftigelsesindsats til flygtningens helbredsmæssige forudsætninger.

56. Rigsrevisionens gennemgang af patientforløb viser, at samarbejdsaftalerne i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland ikke har medført en bedre praksis for regionernes koordinering og udveksling af information med kommunerne om patienterne set i forhold til de 2 regioner uden samarbejdsaftaler.

57. Undersøgelsen har desuden vist, at regionerne generelt ikke har viden om, hvordan flygtningepatienterne oplever sammenhængen i forløbet, og herunder koordineringen med kommunen. Det skyldes, at regionerne ikke monitorerer behandlingen af traumatiserede flygtninge via den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP).

***LUP** er et redskab til at udvikle kvalitet i sundhedsvæsenets behandling. LUP gennemgøres årligt på vegne af de 5 regioner.*

It-understøttelse af korrespondancen mellem regioner og kommuner
58. Når regionerne skal udveksle oplysninger med kommunerne om behandlingen af traumatiserede flygtninge, er det vigtigt, at oplysningerne når sikkert og rettidigt frem, så kommunen kan inddrage dem i sin tilrettelæggelse af integrations- og beskæftigelsesindsatsen.

Undersøgelsen har vist, at alle regionerne i sundhedsaftalerne for 2015-2018 har haft fokus på at etablere tværsektoriel digital korrespondance mellem psykiatrien og kommunerne, men at der i 4 af 5 regioner endnu ikke er etableret systematisk digital understøttelse af korrespondancen. Regioner og kommuner benytter i stedet telefon, fysisk post og krypterede mails, som afhænger af åbnings- og ekspeditionstider samt videresendelse til den rette (sags)behandler. Det medfører en risiko for, at relevante følsomme personoplysninger ikke når frem til den rette person til rette tid og placeres på den rette sag. Det kan have konsekvenser for koordineringen af traumatiserede flygtninges forløb, hvilket illustreres i boks 9.

UDKAST

Boks 9. Konsekvens af manglende digital understøttelse

Personhenførbare helbredsoplysninger, som sendes pr. mail, skal sendes krypteret. Dette vil ofte ske til kommunens hovedpostkasse, hvorfra mailen internt skal videresendes til den rette sagsbehandler.

Rigsrevisionen har ved indhentning af sagsmateriale til denne undersøgelse fra 68 kommuner oplevet væsentlige udfordringer med, at mails enten ikke har kunnet findes i kommunernes hovedpostkasse, og at der i mange tilfælde har været betydelig ekspeditionstid i forhold til at finde den rette sagsbehandler. Begge dele har betydet, at vi har skullet følge tæt op på vores korrespondance med kommunerne, og at vi ofte har skullet genfremsende materiale.

I sagsmaterialet fra regionerne har vi også set flere tilfælde af forgæves forsøg på korrespondance fra regioner til kommuner.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af materiale fra kommuner og regioner.

59. Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har siden 1990'erne søgt at fremme effektiv anvendelse af it i sundhedsvæsenet til bl.a. at skabe sammenhængende patientforløb gennem udvikling og udbredelse af fælles standarder for korrespondance mellem regioner og kommuner. På det somatiske område, som fx omfatter behandling og genoptræning af ældre patienter med behov for hjemmepleje, har den digitale korrespondance været udbredt mellem sektorerne i en længere årrække.

Udvikling og udbredelse af digital korrespondance *varetages af Medcom, som er stiftet i 1994 og beskrives som den digitale rygrad i sundhedsvæsnet. MedCom, som har til opgave at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger, ejes og finansieres af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL.*

Ifølge den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet for 2013-2017 har den digitale korrespondance skullet udbredes til social- og psykiatriområdet, som bl.a. omfatter regionernes behandling af og kommunernes indsats over for traumatiserede flygtninge. Tabel 2 viser regionernes aktuelle status og planer for udbredelsen af den digitale korrespondance mellem region og kommuner på området.

Tabel 2. Status og planer for udbredelsen af digitale korrespondancemeddelelser på social- og psykiatriområdet

	Hovedstaden	**Sjælland**	**Syddanmark**	**Midtjylland**	**Nordjylland**
Aktuel status for digitale korresponancemeddelelser	Etableret	Under etablering	Under etablering	Ingen	Ingen
Planer for digitale korrespondancemeddelelser	Fortsat udbredelse på social- og psykiatriområdet	Mål om ibrugtagning i oktober 2018 (udskudt fra april 2018)	Mål om ibrugtagning i oktober 2018 (udskudt fra juni 2018)	Forventning om anvendelse på social- og psykiatriområdet som indsatsområde i 2019-2022	Ingen aktuelle planer om anvendelse eller udbredelse.

Til Region Sjælland og Region Syddanmark samt Region Midtjylland:
I bedes fremsende aktuel status på - og dokumentation for - arbejdet med udbrede de digitale korrespondancemeddelelser på psykiatri- og socialområdet i jeres region.

60. Tabellen viser, at Region Hovedstaden har etableret digital korrespondance på social- og psykiatriområdet, mens Region Sjælland og Region Syddanmark forventer at implementere den inden udgangen af 2018. Region Nordjylland og Region Midtjylland har ingen aktuelle planer om at indføre den digitale korrespondance. Region Midtjylland har i de seneste år haft nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra alle hospitaler og en række kommuner for at udbrede den digitale korrespondance. Det lykkedes dog ikke for arbejdsgruppen at få konkrete resultater.

Rigsrevisionen kan konstatere, at Region Hovedstaden i ovennævnte stikprøve i flest tilfælde havde haft korrespondance med kommunerne om behandlingen af traumatiserede flygtninge sammenlignet med de øvrige regioner. Men selv i Region Hovedstaden er det endnu ikke alle, men dog størstedelen af kommunernes beskæftigelsesforvaltninger, som kan modtage og afsende digital korrespondance. Det skyldes, at kommunerne har forskelligartede fagsystemer, nogle gange også internt mellem forskellige forvaltninger.

61. I den nye sundhedsaftaleperiode 2019-2022 er sundheds-it og digitale arbejdsgange ikke længere et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalerne, sådan som det har været tilfældet i de foregående aftaleperioder til og med 2018.

Til Sundheds- og Ældreministeriet
Hvad er baggrunden for dette, og hvordan vil I fremadrettet understøtte, at regionerne har fokus på udbredelsen af tværsektoriel digital korrespondance?

Resultater
Undersøgelsen viser, at regionerne i mange tilfælde ikke koordinerer indsatsen for traumatiserede flygtninge med kommunerne. Ifølge Rigsrevisionens stikprøve har der for halvdelen af flygtningene ikke været korrespondance mellem regionen og kommunen et halvt år efter opstart af behandlingen. Det samme gælder for en fjerdedel af de afsluttede patientforløb. Dog udmærker Region Hovedstaden sig ved i 9 af 10 patientforløb at have koordineret med kommunen om behandlingen af traumatiserede flygtninge.

3 regioner har indgået samarbejdsaftaler med kommunerne om traumatiserede flygtninge. Men disse regioner har i Rigsrevisionens stikprøve ikke koordineret de konkrete patientforløb i større omfang end de 2 regioner uden samarbejdsaftaler. Dog har Region Syddanmark via sin aftale i højere grad end de øvrige regioner etableret et systematisk samarbejde med kommunerne, som på et mere overordnet niveau har til formål at understøtte opsporing og behandling af traumatiserede flygtninge.

Region Hovedstaden er indtil videre den eneste region, som har etableret digital korrespondance med kommunerne på tværs af social- og psykiatriområdet. Region Midtjylland og Region Nordjylland har ingen planer om at etablere digital understøttelse af korrespondancen på området. Dette selvom Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne siden 1990'erne haft fokus på at udvikle digital korrespondance på sundhedsområdet, og at den i en årrække har været udbredt på det somatiske område. I de øvrige 4 regioner foregår korrespondancen via telefon, krypteret e-mail eller fysisk post, hvormed der er risiko for, at vigtig information om behandlingen ikke når rettidigt frem til den rette modtager i kommunen, som skal tilpasse indsatsen efter flygtningens helbredsmæssige forudsætninger.

UDKAST

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Udlændinge- og Integrationsministeriet og regionerne sikrer en tilstrækkelig og sammenhængende indsats for at opspore og behandle traumer hos flygtninge på tværs af forløb og aktører med henblik på at flygtninge kommer i beskæftigelse. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Sikrer Udlændinge- og Integrationsministeriet en tidlig og sammenhængende indsats i forhold til kommunernes opsporing af flygtninge med traumer?
- Sikrer regionerne og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at flygtninge med traumer kan modtage specialiseret behandling, som regionerne koordinerer med kommunerne?

I undersøgelsen indgår Udlændinge- og Integrationsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne. Udlændinge- og Integrationsministeriet indgår, fordi ministeriet har ansvaret for asylfasen og et overordnet ansvar for integrationsindsatsen i kommunerne og dermed opsporingen af traumer hos flygtninge. Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne er centrale i forhold til den specialiserede behandling af traumatiserede flygtninge.

Undersøgelsen vedrører primært Udlændinge- og Integrationsministeriets indsats i perioden 2016-2018, som er den periode, materialet i stikprøverne hovedsageligt stammer fra. Vi inddrager desuden oplysninger om ministeriets indsats og tilsyn med kommunernes integrationsindsats for nyankomne flygtninge tilbage til 2013, hvor den generelle helbredsvurdering (i denne beretning omtalt som helbredsundersøgelsen) af nyankomne flygtninge blev indført

Undersøgelsens anden del vedrører Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes indsats med fokus på perioden 2016-2018. Vi inddrager desuden oplysninger om behandlingen af traumatiserede flygtninge tilbage til regionernes etablering som led i strukturreformen i 2007 og specialeplanens etablering i 2010, samt regionernes sundhedsaftaler med kommunerne for perioden 2015-2018.

Undersøgelsen bygger på gennemgang af dokumenter, cases, stikprøver og registerdata. Vi har desuden holdt møder med og besøgt centrale aktører på området.

Væsentlige dokumenter
Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- 214 sager fra 68 kommuner om nyankomne flygtninge og fra 4 operatører, som driver asylcentre, om helbredsoplysninger for asylansøgere som har fået ophold.
- 50 sager fra de 5 regioners specialiserede behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge om korrespondance med kommuner.
- Redegørelser og dokumentation for ministeriernes og regionernes indsats i forhold til opsporing og behandling af flygtninge med traumer
- Traumeundersøgelse – Undersøgelse af indsatsen for flygtninge med traumer i Danmark, Social-, Børne- og Integrationsministeriet 2013
- Økonomisk analyse: Beskæftigelsen stiger blandt ikke-vestlige indvandrere, Finansministeriet februar 2018
- Økonomisk analyse: Indvandreres nettobidrag til de offentlige finanser i 2015, Finansminiseriet februar 2018
- Opgørelse af beskæftigelsesgrad blandt flygtninge henvist til specialiseret traumebehandling i forskningprojektet: Pharmacological treatment and predictors of treatment outcome, Region Hovedstaden i 2016 (omtalt i materiale til Udlændinge- og Integrationsudvalget i maj 2017).
- Igangværende forskningsprojekt: Migranter og psykisk sygdom, Region Hovedstaden (omtalt på regionens hjemmeside og i Børsen 12. april 2018)

UDKAST

- Integrationsloven, herunder forarbejder til lovændringerne som i 2013 indførte helbredsvurderingen af nyankomne flygtninge og i 2016 ændrede vilkårene for den.
- Materiale til fælles samråd med Sundheds- og Ældreministeren og Udlændinge- og Integrationsministeren om tilbud om psykiatrisk behandling til psykisk syge asylansøgere og flygtninge, december 2016
- Kontrakter mellem Udlændingestyrelsen og operatører, som driver asylcentre i 2018
- Vejledning til udfyldelse af overgivelsesskema fra indkvarteringsoperatør til kommune 2017.
- Vejledning om overgivelsesskema for nye flygtninge i kommunen 2017.
- Bekendtgørelse om tilbud om helbredsmæssig vurdering af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge 2016.
- Lægeattesterne LÆ141 Anmodning om generel helbredsattest og LÆ141F Anmodning om generel helbredsattest til nyankommen flygtning samt LÆ145 Generel helbredsattest
- Vejledning om generelle helbredsmæssige vurderinger af familiesammenførte til flygtninge 2016
- Faglige anvisninger til praktiserende læger og andre læger, som gennemfører helbredsmæssige vurderinger af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, Styrelsen for International Rekruttering og Integration 2015.
- Sundhedsloven, herunder bekendtgørelse og vejledning om sundhedsaftaler
- Specialeplanlægning – begreber, principper og krav, Sundhedsstyrelsen 2015
- Specialevejledning for psykiatri, Sundhedsstyrelsen 2018.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne var for det første at skabe et overblik over Udlændinge- og Integrationsministeriets indsats i forhold til kommunernes opsporing af traumatiserede flygtninge, herunder hvilke helbredsoplysninger asyloperatørerne, som driver asylcentrene på vegne af ministeriet, skal overdrage til kommunerne, og om denne overdragelse har fundet sted. For det andet var formålet at skabe overblik over regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsats i forhold til behandlingen af traumatiserede flygtninge, herunder regionernes praksis for korrespondance med kommunerne om patientgruppen.

Møder med ministerier, regioner og kommune
Vi har holdt møder med:

- Udlændinge- og Integrationsministeriet, herunder repræsentanter fra departementet, Udlændingestyrelsen og Styrelsen for International Rekruttering og Integration.
- Sundheds- og Ældreministeriet, herunder repræsentanter fra departementet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen.
- De 5 regioner, herunder et regionalt og et privat specialiseret behandlingstilbud i Region Hovedstaden samt Indvandrermedicinsk Klinik i Region Syddanmark.
- Danske Regioner
- Næstved Kommune.

Formålet med møderne har været at opnå en bred forståelse for området, og desuden har designet til undersøgelsen været drøftet med ministerierne og regionerne.

Cases
Der indgår flere cases i beretningen, som skal bidrage til at tydeligere de problemstillinger, som undersøgelsen har afdækket. De er udvalgt primært ud fra om de er gode eksempler, og de er således ikke repræsentative for hele populationen i de enkelte stikprøver.

Stikprøve
I denne undersøgelse har vi udvalgt 3 repræsentative stikprøver på Udlændinge- og Integrationsministeriets område samt 1 stikprøve i regionerne, som er Sundheds- og Ældreministeriets område, og som ikke er repræsentativ.

UDKAST

Stikprøve på Udlændinge- og Integrationsministeriets område
De 3 repræsentative stikprøver er beskrevet i tabellen nedenfor.

Stikprøve	**Population stik-prøven er udtaget af**	**Antal i stik-prøven**	**Indhentet materiale (dokumentation)**
Flygtninge som kommer fra asylfasen	626 personer/asyl-ansøgere over 18 år som i 1. kvartal 2017 er overgivet til kommunerne fra de 4 største opera-tører af asylcentre.	83	<u>Fra ministeriet (asylfasen):</u> • Medicinsk modtagelse (fx tjekskema udfyldt af sundhedspersonale) • Alle andre sundheds-/helbredsoplysninger fra asyl-centrene • Samtykkeerklæring om overgivelse af information til kommuner herunder helbredsoplysninger • Overgivelsesskema fra det afgivende asylcenter til kommunen • Dokumentation for oversendelse af ovenstående oplysninger til kommunen • Dokumentation for eventuel videresendelse af sundhedsjournaloplysninger fra asylsystemet til den praktiserende læge. <u>Fra kommuner:</u> Relevant dokumentation og journalnotater som ligger til grund for kommunens vurdering af behovet for en helbredsvurdering (inkl. noter om afgivelse af tilbud-det, og om tilbuddet er accepteret eller afvist). Alle foreliggende sundheds-/helbredsoplysninger fra asylsystemet, fx: • Overgivelsesskemaet fra det afgivende asylcenter (om bl.a. helbred, jf. del 3) • Øvrige sundheds-/helbredsoplysninger fra det afgi-vende asylcenter (herunder korrespondance og ud-talelser herom) • Eventuelle oplysninger fra den medicinske modta-gelse og/eller andre sundhedsfaglige (journal)oplys-ninger fra asylsystemet. Helbredsvurdering, herunder: • Blanket LÆ 141 F • Blanket LÆ 145 • E-mail-korrespondance og telefonnotater fra samta-ler med læge om den helbredsvurdering. Eventuelle andre oplysninger fra samt korrespondance med praktiserede læge, psykolog, psykiater eller syge-husvæsen, herunder også private behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge.
Kvoteflygt-ninge	144 personer/ flygtninge over 18 år som ankom til landet i 2016.	58	<u>Fra ministeriet:</u> Sundhedsundersøgelse udarbejdet før ankomst til lan-det. <u>Fra kommuner:</u> Sundhedsundersøgelse udarbejdet før ankomst til lan-det.

			Dokumentation for at kommunen har tilbudt en helbredsvurdering (fx journalnoter), samt om flygtningen har taget i mod tilbuddet, herunder: • Blanket LÆ 141 F Blanket LÆ 145
Familiesammenførte til flygtninge	313 personer/familiesammenførte over 18 år som ankom til landet i 1. kvartal 2017.	73	<u>Fra kommuner:</u> Relevant dokumentation og journalnotater som ligger til grund for kommunens vurdering af behovet for en helbredvurdering (inkl. noter om afgivelse af tilbuddet, og om tilbuddet er accepteret eller afvist). Eventuelle helbredsoplysninger om den person, som familiesammenføring er sket med, såfremt det har ligget til grund for kommunens vurdering af tilbud om helbredsvurdering (jf. Orienteringsskrivelse fra Udlændinge- og Integrationsministeriet fra 2016). Helbredsvurdering, herunder: • Blanket LÆ 141 F • Blanket LÆ 145 • E-mail-korrespondance og telefonnotater fra samtaler med læge om den helbredsvurdering. Eventuelle andre oplysninger fra samt korrespondance med praktiserede læge, psykolog, psykiater eller sygehusvæsen, herunder også private behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge.

De 3 stikprøver har alle et konfidensniveau på 95 % og et konfidensinterval på 10 %. Vores stikprøve af kvoteflygtninge er afgrænset til ankomne flygtninge i 2016, fordi der i 2017 alene ankom 2 kvoteflygtninge over 18 år. Vores stikprøve af flygtninge og familiesammenførte er afgrænset til dem, der er overgivet til kommunerne i 1. kvartal 2017. Denne periode er valgt for at sikre tid til, at kommunerne har nået at tilbyde helbredsundersøgelser, modtage resultatet fra lægen og tilrette integrationskontrakten i de tilfælde, hvor det er relevant, før vores stikprøveanmodning til kommunerne i 1. kvartal 2018. Vores frafaldsanalyse viser, at der generelt er stor overensstemmelse mellem stikprøven og kvartalets population mht. køn og nationalitet. Vi har desuden sammenlignet kvartalets population med årets population, hvor der tilsvarende er stor overensstemmelse. Der er indhentet materiale fra i alt 68 kommuner og via ministeriet fra 4 operatører, som driver asylcentre.

Konfidensniveau og konfidensinterval *knytter sig til sikkerheden i stikprøven, dvs. hvor sikker man kan være på, at resultaterne er gældende for hele populationen. Vi kan med 95 % sikkerhed fastslå, at den procentvise fordeling af resultaterne ikke afviger med mere end ±10 % fra populationen generelt.*

Formålet med de 3 stikprøver var dels, at få et overblik over praksis for overdragelse af helbredsoplysninger fra asylfasen til kommunerne. Desuden skulle stikprøverne vise kommunernes praksis for vurderingen af behovet for helbredsundersøgelser, herunder hvor mange flygtninge som fik en helbredsundersøgelse.

Stikprøve i regionerne
Stikprøven omfattede 50 flygtninge, som havde et afsluttet behandlingsforløb i de 5 regioner i 3. kvartal 2017. Denne periode er valgt for at sikre tid til, at regionerne har haft tid til at orientere kommunen om afslutning af behandlingen, og kommunen har haft mulighed for eventuelt at anmode om en statusattest og modtage den fra regionen, før vores stikprøveanmodning til regionerne i starten af 2. kvartal 2018. Stikprøven var fordelt med 10 sager fra hver region. Flygtningene skulle – for at indgå i stikprøven – have haft mindst 3 fremmøder under deres nu afsluttede behandlingsforløb. Flygtningene skulle være i et kommunalt forløb samtidig med behandlingen, således at der er et behov for koordinering mellem

region og kommune. Desuden skulle flygtningene have givet samtykke til at overgive informationer til kommunen. Vi har indhentet og gennemgået alt korrespondance mellem regionen og kommunen for de 50 flygtninge i form af standardiserede breve, statusattester, e-mails, telefonnotater og øvrige journalnoter.

Formålet med stikprøveundersøgelsen var at få et billede af, i hvilket omfang regionerne koordinerer behandlingsindsatsen med kommunerne for derved at opnå et sammenhængende forløb for flygtningen. Desuden kan det være vigtigt for kommunernes integrationsindsats, at de har kendskab til behandlingsforløbet og får oplyst, hvad flygtningens helbredsstatus er ved afslutningen på forløbet.

Registerdata

Formålet med analysen af registerdata var at undersøge omfanget af beskæftigelse og kontakt til sygehusvæsenet for flygtninge og familiesammenførte til flygtninge med eller uden diagnosticerede traumer. Analysen er gennemført ved at sammenkøre anonymiserede data på individniveau fra registre på Udlændinge- og Integrationsministeriets område med data fra registre på henholdsvis Sundheds- og Ældreministeriets og Beskæftigelsesministeriets område. Sammenkøringen er sket via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

Grundpopulation

Undersøgelsens population omfatter voksne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som var 18 år eller ældre ved opholdstilladelsens begyndelse. Populationen er afgrænset til flygtninge, der har fået opholdstilladelse i perioden 1997-2015 og familiesammenførte, der har fået opholdstilladelse i perioden 2010-2015. Afgrænsningen er betinget af den periode, hvor de data, vi bruger i analysen, er tilgængelige hos Danmarks Statistik.

Analysen omfatter 38.070 flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som fordeler sig som vist i tabellen nedenfor.

	Antal	Andel (%)
Flygtninge	33.893	89,00
Familiesammenførte	4.177	11,00
Total	38.070	100,00

Populationen er udvalgt ud fra en bruttopopulation på i alt 84.477 flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. Vi har frasorteret følgende personer:

- Personer under 18 på tidspunkt for opholdstilladelsens start
- Personer, som har fået opholdstilladelse flere gange og dermed er rejst ind og ud af Danmark flere gange
- Personer, som har fået opholdstilladelse én gang, men ikke er blevet i Danmark i hele perioden.

Dette har vi gjort for at sikre, at analysen omfatter personer, som har stabilt ophold i landet, hvorved vi kan identificere tidspunktet for den første traumerelaterede diagnose og den første ordinering af medicin.

Gruppering

Vi anvender i analyserne 3 grupper af flygtninge og familiesammenførte:

1. Referencegruppen: Flygtninge og familiesammenførte, som hverken har en traumerelateret diagnose, eller har fået ordineret medicin (psykofarmaka).
2. Traumediagnosticerede: Flygtninge og familiesammenførte, som har fået en traumerelateret diagnose i perioden fra ankomst til Danmark og til 2016.
3. Medicinerede: Flygtninge og familiesammenførte, som har fået ordineret medicin (psykofarmaka) mindst 1 gang i perioden fra ankomst til Danmark og til 2016.

UDKAST

I forhold til *diagnoser* har vi anvendt de psykiatriske diagnosekoder, som fremgår af Danske Regioners pakkeforløb for traumatiserede flygtninge og traume.dk, som er en vidensportal i samarbejde mellem de specialiserede behandlingssteder Afdeling for Traume- og Torturoverlevere (Psykiatrien i Region Syddanmark), DIGNITY - dansk institut mod tortur, OASIS og Videnscenter for Transkulturel Psykiatri og Dansk Flygtningehjælp.

Gruppen af *medicinerede* har vi anvendt til at ”rense” referencegruppen, så den ikke indeholder flygtninge og familiesammenførte, som har psykiske vanskeligheder uden at have en traumediagnose. Medicin kan udskrives af flygtningens egen læge, mens diagnosticering sker efter udredning på et sygehus. I de tilfælde, hvor en person har fået både en diagnose og medicin, indgår vedkommende i populationen af personer med en diagnose.

Vores fremgangsmåde med at bruge medicin til at udskille populationen er inspireret af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (tidligere SFI), som har analyseret danske krigsveteraner med og uden psykiske vanskeligheder defineret ud fra psykiatriske diagnoser eller udskrevet psykofarmaka. Analysen er afrapporteret i publikationen "Trivsel hos børn af veteraner – med fokus på veteraner med psykisk mistrivsel".

I forhold til ordineret medicin har vi - ligesom VIVE - anvendt psykofarmaka, som bruges til medicinsk behandling af psykiatriske lidelser som depressions- og angsttilstande. Til forskel fra VIVE, som har udskilt en population, som har haft mindst 2 på hinanden følgende recepter på mindre end 1 år i løbet af deres liv, har vi i vores analyse udskilt en population, som har haft en enkelt recept. Dette metodiske valg er taget ud fra en betragtning om, at det er tilstrækkeligt, at en læge har taget stilling til behovet for at ordinere medicinen, og at populationen af flygtninge og familiesammenførte ofte har begrænsede økonomiske midler, som kan betyde, at de ikke anmoder om receptfornyelse.

Populationen fordeler sig på de 3 grupper som vist i tabellen nedenfor.

	Antal	**Andel (%)**
Referencegruppe	26.344	69,20
Traumediagnostiserede	3.571	9,40
Total - *uden* medicinerede	**29.915**	**78,60**
Medicinerede	8.155	21,40
Total - *med* medicinerede	38.070	100,00

Da vi udskiller gruppen af medicinerede, er analyserne af beskæftigelse og sygehuskontakt for flygtninge og familiesammenførte med eller uden traumer foretaget med en population på 29.915 personer. For gruppen med traumer skal diagnosticeringen have fundet sted før 2016, som er det senest tilgængelige år med registeroplysninger om sygehuskontakt hos Danmarks Statistik og derfor også dette år, vi måler kontakten og deres beskæftigelsesgrad (se forbehold nedenfor).

Dataregistre og variable
Dataregistre og variable, som indgår i analyserne, er beskrevet i tabellen nedenfor.

Register	**Indhold**	**Variable**	**Specificeret indhold**
OPHGIN	Opholds-grundlag for indvandrede.	PNR	Personnummer. Entydig identifikation af person.

UDKAST

		FORKLAR GRUNDLAG KATEGORI	Opholdstilladelsens type er defineret ved hjælp af tre variable fra Udlændingestyrelsen: Kategori, Grundlag og Forklar. Kategori er den overordnede gruppering af opholdstilladelserne i seks værdier: "Asyl mv", "Det øvrige opholdsområde", "Erhverv", "EU/EØS", "Familiesammenføring" og "Studie". Variablene Grundlag og Forklar bruges til at underopdele opholdstilladelsestypen fra Kategori. I de fleste tilfælde vil der være tale om at kombinere Kategori og Grundlag. Men kombination af Kategorien "Familiesammenført" og bestemte koder i Forklar bruges til at opdele familiesammenførte efter, om de er familiesammenførte til flygtninge, dansk/nordiske statsborgere eller andet. Forklar kan ikke bruges for tilladelser givet før 2010.
		TILLADEL-SESDATO	Dato for opholdstilladelser. Danmarks Statistik har kun oplysninger om opholdstilladelser, der er meddelt fra 1997 og frem.
		VAN_TIL	Dato for hvornår indvandringen gælder fra. En person, der indvandrer flere gange i løbet af en periode, medtages det tilsvarende antal gange og optræder med flere indvandringsdatoer.
BEF	Befolknings-oplysninger	PNR	Personnummer. Entydig identifikation af person.
		FOED_DAG	Fødselsdato på formlen åااااå-mm-dd udledt fra PNR.
DREAM	Forløbsdata-base over be-folkningens beskæftigelse	PNR	Personnummer. Entydig identifikation af person.
		Grad_yyyy_mm	Den månedlige beskæftigelsesgrad i år yyyy og måned mm. Graden er konverteret til timer ved at gange med 160,33.
LMDB	Lægemiddel-databasen	PNR	Personnummer. Entydig identifikation af person.
		Eksd	Ekspeditionsdato
		Atc3	Kode for aktivstoffer i psykofarmakologiske lægemidler på 3. niveau. Følgende koder er anvendt: NO5B (angstdæmpende midler) NO5C (beroligende midler) NO6A (antidepressive midler) NO6B (psykostimulerende midler).
LPR	Landspatient-registret	PNR	Personnummer. Entydig identifikation af person.
		RECNUM	LPR-identnummer
		D_inddto	Indlæggelsesdato
		D_uddto	Udskrivningsdato
		C-adiag	Aktionsdiagnosekode (dvs. den diagnose, som der primært behandles for) iht. "Klassifikation af Sygdomme" jf. International Classification of Diseases (ICD-10) fra World Health Organization (WHO). Følgende koder er anvendt:

			DF 23.x1 Akutte og forbigående psykoser DF 32 Depressiv enkeltepisode DF 33 Periodisk depression DF 34.1 Dysthymi DF 43 Belastnings- og tilpasningsreaktion, herunder angst og PTSD DF 44 Dissociative tilstande eller forstyrrelser DF 45 Somatoforme tilstande DF 62 Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

Analysemetoder
Analyserne er baseret på deskriptive analysemetoder med signifikanstest af forskelle mellem gruppernes andele eller forskelle i gruppernes gennemsnit betinget af den afhængige variabel i de respektive analyser (beskæftigelse og kontakt til sygehuse).

Deskriptive analysemetoder
Beskriver hvordan genstansfeltet er, men ikke hvorfor, dvs. de indeholder ikke årsagsforklaringer.

Signifikanstest
En signifikanstest er en systematisk afprøvning af sandsynligheden af, at et resultat kan være fremkommet ved en tilfældighed.

Vi har foretaget en deskriptiv analyse af beskæftigelsen for flygtninge og familiesammenførte, hvor beskæftigelsen er opgjort som antallet af timer, de har arbejdet i 2016. For flygtninge med og uden traumer ser den gennemsnitlige beskæftigelse ud, som det fremgår af tabellen.

Beskæftigelse	Gennemsnit	Standardafvigelse	Antal
Referencegruppe	353,70	636,20	26.344
Traumediagnostiserede	161,00	454,50	3.571
Total	330,70	620,40	29.915

Pba. variansanalysen (envejs-ANOVA) er de 2 grupper signifikant forskellige fra hinanden på et 0,001 signifikansniveau.

Vi har også udarbejdet en deskriptiv analyse af flygtninge og familiesammenførtes somatiske kontakter til sygehusvæsenet. Tallet dækker derfor ikke over kontakter til privatpraktiserende læger eller psykiatriske henvendelser. De 3 grupper har i gennemsnit følgende antal somatiske kontakter, som fremgår af tabellen.

Somatiske kontakter	Gennemsnit	Standardafvigelse	Antal
Referencegruppe	4,20	7,8	26.344
Traumediagnostiserede	17,80	17,20	3.571
Total	5,90	10,40	29.915

Pba. variananalysen (envejs-ANOVA) er de 2 grupper signifikant forskellige fra hinanden på et 0,001 signifikansniveau.

Forbehold
Som undersøgelsen har vist, har 3 af de i alt 10 behandlingstilbud indtil tidligst 2016 ikke indberettet data til LPR-registret. Det betyder, at der er en andel af populationen, som er diagnosticeret (og i dette tilfælde også behandlet), men som ikke fremgår med diagnose i LPR-registret. For at kunne inddrage disse personer i gruppen med traumediagnose, har Rigsrevisionen via Sundhedsdatastyrelsen fået indhentet data fra de 3 behandlingstilbud, som i alt omfatter 1.439 personer, som er blevet koblet med dataene fra Danmarks Statistik. Det har ikke ud fra de data, Sundhedsdatastyrelsen har leveret, været muligt for Rigsrevisionen at tidsbestemme diagnosticeringen. Det betyder, at en mindre del af de traumediagnosticerede flygtninge, som indgår i analysen, kan være diagnosticeret tidligere end 1997 (tilbage til 1992) eller senere end 2016 (til og med 2018).

Den mangelfulde indberetning fra behandlingstilbuddene, som ikke alene omfatter førnævnte 3 tilbud, men i perioder også de 7 andre tilbud, betyder desuden, at referencegruppen uden diagnose og medicin kan omfatte personer, som har psykiske vanskeligheder, men

UDKAST

som ikke er registreret med en diagnose. Dermed er forskellen i beskæftigelse og kontakt til sygehuse mellem grupperne reelt større, end hvad det med de foreliggende data er muligt at vise.

Den manglende fuldstændighed af data blandt de resterende 7 behandlingstilbud, som i forskellige perioder ikke har indberettet til LPR-registret, har desuden betydet, at Rigsrevisionen ikke har kunnet gennemføre analyser af *behandlingen*. Analyse heraf kræver, at det er muligt at koble patienternes cpr-numre til de specifikke behandlingstilbud på afdelingsniveau vha. såkaldte sygehusklassifikationskoder (SHAK-koder) i en ubrudt periode. Dette har vist sig ikke at være muligt, selvom alle behandlingstilbuddene er oprettet med SHAK-koder i LPR-registret. Vi har derfor ikke kunnet sammenligne beskæftigelse og sygehuskontakt for henholdsvis behandlede og ikke-behandlede, herunder forskelle set i forhold til opholdstid forud for behandling, eller andel behandlede ved hver af de 10 tilbud i de 5 regioner. Sidstnævnte var tiltænkt at skulle underbygge revisionens resultater om betydningen af nærhed og ventetid.

Standarderne for offentlig revision
Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision. Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

UDKAST

Bilag 2. Ordliste

Alment praktiserende læger	En autoriseret læge, som giver personlig, primær og vedvarende hjælp til enkeltindivider, familier og befolkningsgrupper.
Ambulant behandling	Behandling som foregår uden indlæggelse på et sygehus.
Asyl	Udlændinge kan få opholdstilladelse, hvis de er omfattet af FN's flygtnin gekonvention af 28. juli 1951, eller hvis de risikerer dødsstraf, tortur mv., hvis de vender tilbage til hjemlandet.
Asylcenter	Et asylcenter er et indkvarteringssted for asylansøgere, hvor man opholder sig, mens asylsagen behandles.
Attest	En attest er en skriftlig udtalelse om en persons sundhedstilstand eller dødsårsag, som lægen laver til brug for en juridisk afgørelse.
Familiesammenføring	Når visse betingelser er opfyldt, kan udlændinge få opholdstilladelse efter reglerne om familiesammenføring. Reglerne omfatter ægtefæller og faste samlevere samt børn og øvrige familiemedlemmer.
Flygtning	Når en asylansøger får godkendt sin asylansøgning, får personen status som flygtning, og dermed tidsbegrænset opholdstilladelse.
Psykisk	Det psykiske refererer i sundhedsvæsenet til personers tænkning, følelser eller adfærd.
Somatisk	I det danske sundhedsvæsen er somatik defineret som al legemlig behandling der foretages på et sygehus.

UDKAST