



**FOLKETINGET
STATSREVISORERNE**



**FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN**

**December 2018
– 6/2018**

**Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger**

Forløbet for flygtninge med traumer

6/2018

Beretning om

forløbet for flygtninge med traumer

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2018

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Udlændinge- og integrationsministeren og sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministrenes redegørelser.

På baggrund af ministrenes redegørelser og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i august 2019.

Ministrenes redegørelser, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2018, som afgives i februar 2020.

**Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:**

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5987
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

**Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:**

Rosendahls Lager og Logistik
Vandtårnsvej 83A
2860 Søborg

Tlf.: 4322 7300
distribution@rosendahls.dk
www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN trykt 978-87-7434-590-9
ISBN pdf 978-87-7434-591-6

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om forløbet for flygtninge med traumer

For nyankomne flygtninge er det ifølge integrationsloven et mål, at de skal i beskæftigelse inden for 1 år. Ifølge Finansministeriet er 64 % af flygtningene ikke i beskæftigelse. Det kan bl.a. skyldes fysiske og psykiske traumer. Det anslås, at 30-50 % af flygtningene i Danmark lever med traumer. Rigsrevisionens registeranalyse viser, at flygtninge med en traumediagnose i gennemsnit arbejder under halvt så mange timer som flygtninge uden en traumediagnose. Det medfører betydelige offentlige udgifter og manglende skatteindtægter. Af hensyn til samfundsøkonomien og den enkelte er det vigtigt, at behandlingskrævende og behandlingsparate flygtninge opspores og behandles så tidligt som muligt.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at Udlændinge- og Integrationsministeriet og regionerne ikke har sikret et tilstrækkeligt samarbejde og koordination af opsporing og behandling af traumatiserede flygtninge.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at Udlændinge- og Integrationsministeriet ikke har sørget for, at relevante oplysninger om flygtninges helbred følger med i overgangen mellem asylcenter og kommune.

Statsrevisorerne påpeger, at mangel på systematisk udveksling af relevante oplysninger mellem ministerier, regioner og kommuner står i vejen for en hurtig og effektiv opsporing og behandling af traumatiserede flygtninge og vanskeliggør en effektiv behandlings-, integrations- og beskæftigelsesindsats.

Statsrevisorerne bemærker:

- At kommunerne i mange tilfælde har et utilstrækkeligt grundlag for at tilrettelægge integrationsindsatsen, da den begrænsede videregivelse af helbredsoplysninger kan vildlede kommunerne til at tro, at flygtningene ikke har helbredsproblemer.

Statsrevisorerne

19. december 2018

Henrik Thorup*
Klaus Frandsen
Henrik Sass Larsen
Villum Christensen
Frank Aaen
Britt Bager

* Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.

- At 51 % af flygtningene i asylcentre er registreret med psykiske problemer, men at oplysningerne kun for 5 % af flygtningene er videregivet i overgivelseskemaerne til kommunerne.
- At kommunerne ikke fuldt ud overholder integrationsloven, fordi de ikke vurderer behovet for en helbredsundersøgelse af godt $\frac{1}{3}$ af de nyankomne flygtninge.
- At regionerne tilbyder behandling af traumatiserede flygtninge i de 7 regionale behandlingstilbud inden for de 4 uger, som følger af patientrettighederne. De 3 private behandlingstilbud, der varetages af selv-ejende humanitære organisationer, har derimod lange ventetider, som i Region Hovedstaden er op til 2 år.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion	1
1.2. Baggrund	3
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning.....	9
2. Opsporing af flygtninge med traumer	12
2.1. Helbredsoplysninger fra asylcentre.....	13
2.2. Helbredsundersøgelse i kommunerne.....	23
3. Behandling af flygtninge med traumer.....	29
3.1. Ventetid til traumebehandling	30
3.2. Koordinering af forløbet under traumebehandling.....	36
Bilag 1. Metodisk tilgang.....	43
Bilag 2. Ordliste.....	55

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 (2011-2018):

Karen Hækkerup: oktober 2011 - august 2013

Annette Vilhelmsen: august 2013 - februar 2014

Manu Sareen: februar 2014 - juni 2015

Inger Støjberg: juni 2015 -

(Bemærk, at asylområdet var under Justitsministeriet indtil 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.

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). Det anslås, at 30-50 % af flygtningene i Danmark lever med traumer. Ifølge flere specialiserede behandlingscentre har mange flygtninge opholdt sig i Danmark i 10-15 år, før de bliver henvist til traumebehandling. Traumer påvirker livskvaliteten hos den enkelte og har betydning for hele familiens trivsel og integration. Traumatiserede flygtninge har desuden markant mere kontakt til sygehusvæsenet og lavere beskæftigelsesgrad end andre flygtninge. Det medfører betydelige offentlige udgifter og manglende skatteindtægter.

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 opholdstilladelse. Selv om der i dag kommer markant færre flygtninge til landet end i de foregående år, vil der fortsat komme både flygtninge og familiesammenførte til flygtninge til landet. Ikke alle flygtninge med traumer er behandlingskrævende eller behandlingsparate, når de ankommer. Men når de er, er det vigtigt, at de så tidligt som muligt opspores og behandles.

2. Undersøgelsen er 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, så flygtningene hurtigst muligt 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, og koordinerer regionerne behandlingen med kommunerne?

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i november 2017.

Traume

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.



Konklusion

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

Ændringen af integrationsloven

Ændringen af integrationsloven i juni 2016 udmøntede store dele af regeringens aftaler med arbejdsmarkedets parter og KL fra marts samme år. Aftalerne skulle sikre mere beskæftigelse blandt flygtninge og give kommunerne mere fleksible rammer for integrationsopgaven.

Forløbet for en flygtning med traumer kan bestå af en række overgange mellem ophold i et asylcenter, integration i en kommune og behandling på et sygehus. Ved alle overgange er videregivelse af oplysninger en forudsætning for et effektivt forløb. I overgangen mellem asylcenter og kommune har Udlændinge- og Integrationsministeriet ikke sørget for, at relevante oplysninger om flygtninges helbred følger med. Det skal ses i lyset af, at ministeriet ifølge forarbejderne fra Folketingets behandling af lovforslaget til ændringen af integrationsloven i 2016 ville fremme systematisk videregivelse af helbredsoplysninger. Kommunerne skal ifølge lovforarbejderne bruge oplysningerne til deres nye opgave med at vurdere behovet for helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge.

Videregivelse af helbredsoplysninger fra asylcentre forudsætter, at der findes relevante oplysninger og samtykke til at videregive dem. Rigsrevisionens undersøgelse, som er baseret på en repræsentativ stikprøve, viser, at 51 % af flygtningene allerede i asylcentre er registreret med psykiske problemer. Undersøgelsen viser også, at kommunerne kun har fået oplysninger om psykiske problemer for 5 % af de flygtninge, som de modtager fra asylcentre. Dette selv om stort set alle flygtningene har givet samtykke til at bl.a. helbredsoplysninger videregives i et overgivelsesskema, som Udlændinge- og Integrationsministeriet har udviklet for at sikre, at relevante oplysninger videregives til kommunerne.

Rigsrevisionen vurderer, at den begrænsede videregivelse af helbredsoplysninger kan vildlede kommunerne til at tro, at flygtningene ikke har helbredsproblemer. Dermed er der risiko for, at kommunerne ikke selv indhenter oplysninger fra sundhedsjournalerne i asylcentre og ikke målretter helbredsundersøgelsen mod de flygtninge, som har størst behov. Rigsrevisionens stikprøve viser, at kommunerne for godt 1/3 af de nyankomne flygtninges vedkommende ikke vurderer behovet for en helbredsundersøgelse, som de skal ifølge integrationsloven. Yderligere 1/3 får ikke tilbudt en helbredsundersøgelse, selv om oplysningerne i asylcentre for mange indikerer et behov. Kommunerne har derfor i langt de fleste tilfælde et utilstrækkeligt grundlag for at tilrettelægge integrationsindsatsen. Udlændinge- og Integrationsministeriet er i gang med at følge op på udfordringer med overgivelsesskemaet og kommunernes praksis med at vurdere behovet for helbredsundersøgelser.

De flygtninge med traumer, som kommunerne opsporer, kan i overensstemmelse med patientrettighederne modtage specialiseret behandling inden for 4 uger. Regionerne har nedbragt tidligere års lange ventetider i de regionale tilbud. Dog er der fortsat længere ventetider i de 3 private af de i alt 10 behandlingstilbud. Ventetiden er her op mod 2 år. Når mange flygtninge venter lang tid på behandling, er det et problem, fordi deres helbred og integration kan forringes. Sundheds- og Ældreministeriet vil fremover monitorere aktiviteten i den specialiserede behandling ved hjælp af registerdata. På grund af mangelfuld indberetning af data fra behandlingstilbuddene har ministeriet dog begrænsede muligheder for at monitorere behandlingen af traumatiserede flygtninge.

For de flygtninge, som kommer i traumebehandling, koordinerer regionerne efter Rigsrevisionens vurdering i utilstrækkeligt omfang forløbet med kommunerne. En årsag til den begrænsede koordinering kan være, at der trods flere års tilløb fortsat mangler digital understøttelse af korrespondancen. I 3 af regionerne er kommunernes social- og beskæftigelsesforvaltninger endnu ikke i stand til at modtage kliniske e-mails, og i de 2 sidste regioner er brugen af dem fortsat yderst begrænset. Det udfordrer i alle regionerne sammenhængen i forløbet for bl.a. traumatiserede flygtninge.

Samlet set viser Rigsrevisionens undersøgelse, at aktørerne på tværs af forløb for flygtninge med traumer mangler at finde en form, der virker, når det gælder udveksling af relevante oplysninger. Rigsrevisionen ser derfor et behov for, at aktørerne 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 ikke-vestlige indvandrere og efterkommere medfører en varig nettoudgift for det offentlige på ca. 36 mia. kr. om året. Dermed er der et betydeligt beløb at spare, hvis blot en del af dem kommer i beskæftigelse. For nyankomne flygtninge er det ifølge integrationsloven et mål, at de skal i beskæftigelse inden for 1 år. Ifølge Finansministeriet er 26 % af personer med dansk oprindelse ikke i beskæftigelse, mens tallet for flygtninge er 64 %, selv om 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 flygtningene på tidspunktet for henvisning til traumebehandling ikke er i beskæftigelse. Traumer, som hos nogle flygtninge medfører PTSD, angst eller depression, er således en væsentlig barriere for integration og beskæftigelse.

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 for begge grupper relativt lavt og udgør i 2016 henholdsvis godt 4 uger og knap 10 ugers ordinært fuldtidsarbejde.

Private behandlingstilbud

De private behandlingstilbud varetages af specialsygehuse, som drives af selvejende humanitære organisationer og foreninger. Der findes i alt 16 specialsygehuse, hvoraf 3 behandler traumatiserede flygtninge.

Kliniske e-mails

Kliniske e-mails (korrespondancemeddelelser) bruges til hurtig og sikker udveksling af følsomme personoplysninger. De er udviklet af Medcom, som ejes af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL.

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)

PTSD 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.

Gruppen af flygtninge uden traumediagnose kan omfatte personer, som har traumer, men som ikke er diagnosticerede. Dermed er forskellen i arbejdstimer mellem flygtninge med og uden traumer højst sandsynligt større, end det fremgår af registeranalysen.

Der findes endnu ikke undersøgelser af, hvor mange flygtninge der er i beskæftigelse 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 hos traumatiserede flygtninge. Hidtil har forskning entydigt peget på, at jo længere tid, der går, des større er risikoen for, at sygdommen bliver kronisk. Derfor er tidlig opsporing og behandling af flygtninge med traumer ifølge fagfolks bedste vurdering en vigtig forudsætning for vellykket integration og beskæftigelse. Således fremgår det også af et svar fra Udlændinge- og Integrationsministeriet til Folketinget i 2016, at der næppe er tvivl om, at det er en fordel både for den enkelte og for samfundsøkonomien, hvis behandlingskrævende helbredsproblemer hos flygtninge opdages tidligt.

Udbredelsen af traumer hos flygtninge

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

Boks 1

Udbredelse og konsekvenser af 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 1/5 af flygtningene opfylder diagnosekriterierne for PTSD, og at halvdelen lider af angst eller depression.

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.

Derudover kan især børn og ægtefæller være sekundært traumatiserede. Ifølge en forskningsoversigt om behandling og rehabilitering af PTSD kan børn af traumatiserede flygtninge være alvorligt negativt påvirkede og have forringede skolepræstationer og senere erhvervsevne samt helbredsproblemer. En rapport fra 2015, der er udarbejdet af Ekspertgruppen til forebyggelse af radikaliserings, påpeger, at sekundært traumatiserede unge oftere end andre unge er kriminelle og overrepræsenteret på sikrede institutioner og i fængsler.

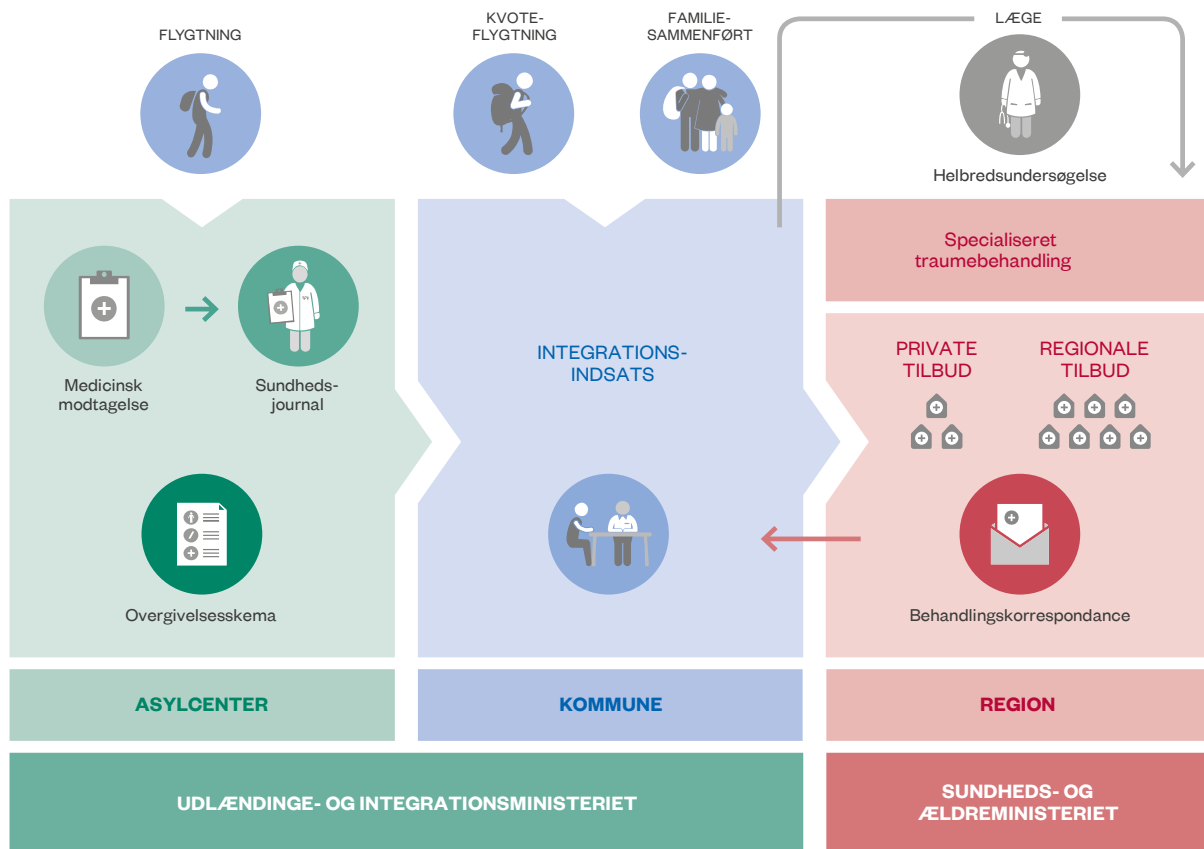
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Udlændinge- og Integrationsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Region Syddanmark.

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 familien og den næste generation 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. Forskning peger på, at hvis man opsporer risikopersoner gennem screening tidligt i forløbet, kan de formentlig ofte med en forebyggende indsats opnå eller bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Tidlig opsporing og eventuel behandling af flygtninge med traumer er således en vigtig forudsætning for, at integrationsindsatsen kan tilrettelægges, så den effektivt og hurtigst muligt baner vejen for beskæftigelse.

Forløb for flygtninge med traumer

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

Figur 1
Forløb for flygtninge, kvoteflygtninge og familiesammenførte til flygtninge



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

Det fremgår af figur 1, at Udlændinge- og Integrationsministeriet har det fulde myndighedsansvar for den første del af forløbet i asylcentre og det overordnede ansvar for den anden del af forløbet i kommunerne. I kommunerne skal sagsbehandlere løbende tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra den enkelte flygtnings forudsætninger. Det skal ud over samtaler med flygtningen bl.a. ske på grundlag af relevante oplysninger fra de operatører, som driver asylcentre på vegne af Udlændinge- og Integrationsministeriet. Den tredje del af forløbet handler om behandlingen af traumatiserede flygtninge, som varetages i regionerne efter rammer, som Sundheds- og Ældreministeriet fastsætter.

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

Tortur

Tortur er ifølge FN's torturkonvention fra 1984 defineret som forsætlig påførelse af stærk fysisk eller psykisk smerte eller lidelse for at opnå information eller tilståelse, for at straffe eller skræmme eller af anden grund udført af en repræsentant for eller med accept af en offentlig myndighed.



Medicinsk modtagelse

Dette skema indeholder oplysninger om den nyankomne asylansøgers 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.



Sundhedsjournal

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 asylansøgeren. Journalen indeholder desuden oplysninger fra de regionale sygehuse, hvis asylansøgeren har været i kontakt med disse.



Overgivelsesskema

Skemaet skal indeholde følgende oplysninger om asylansøgeren/flygtningen, i det omfang oplysningerne er relevante for kommunens integrationsindsats:

- baggrundsinformation
- afdækning af kompetencer og kvalifikationer
- helbredsmæssig afdækning.

Medarbejdere på asylcentret skal løbende ajourføre oplysningerne om asylansøgeren og opdatere skemaet, hvis asylansøgeren får opholdstilladelse og skal bosættes som flygtning i en kommune. Oplysningerne i skemaet er en kombination af asyloperatørens oplysninger og flygtningens egne informationer. Formålet med skemaet er så tidligt som muligt at give modtagerkommunen relevante oplysninger om flygtningen, så kommunen kan tilrettelægge integrationsindsatsen. Relevant dokumentation fra bl.a. sundhedsjournalen, inkl. den medicinske modtagelse, vedlægges som bilag, hvis operatøren har indhentet samtykke til at videregive dem.

Når en kommune modtager en flygtning, skal sagsbehandleren tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra flygtningens forudsætninger, fx kvalifikationer og helbred. Det skal bl.a. ske på baggrund af foreliggende oplysninger, som kommunen kan modtage via overgivelsesskemaet eller indhente fra sundhedsjournalen, inkl. den medicinske modtagelse, hos asyloperatørerne.

Asyloperatørerne er ikke pålagt en særskilt opgave med at opspore traumer, men de oplysninger, som operatørerne indsamler, bliver relevante for kommunernes opsporing, når flygtninge får ophold i en kommune. Helbredsoplysningerne har kommunen behov for, når den som en del af integrationsindsatsen skal vurdere nyankomne flygtninges behov for en generel helbreds vurdering (herefter omtalt som helbredsundersøgelse). Hvis den kommunale sagsbehandler vurderer, at der er behov for det, skal flygtningen tilbydes helbredsundersøgelsen snarest muligt og inden for 6 måneder efter sin ankomst til kommunen. Helbredsundersøgelsen uddybes nedenfor.



Helbredsundersøgelse

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 (LÆ 141F), 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 blev indført i juli 2013, hvor kommunerne blev forpligtet til at tilbyde den til alle nyankomne flygtninge, bl.a. for at forhindre, at traumer udvikler sig til en væsentlig barriere for integrationen. I juli 2016 blev helbredsundersøgelsen målrettet de flygtninge, som har behov, hvormed kommunerne fik til opgave at vurdere behovet hos hver enkelt nyankommen flygtning.

Det fremgår af forarbejderne fra Folketingets behandling af lovforslaget til ændringen af integrationsloven i 2016, at kommunerne ved vurderingen kan tage udgangspunkt i de oplysninger, der er tilvejebragt i asylfasen, herunder ved det sundhedstjek (den medicinske modtagelse), der sker her. Det fremgår også af forarbejderne, at Udlændinge- og Integrationsministeriet vil fremme, at der sker en mere systematisk videregivelse af relevante oplysninger fra asyloperatørerne til kommunerne, herunder af helbredsoplysninger. Endelig fremgår det, at der vil blive taget højde for det behov, kommunerne vil have for oplysninger, der kan anvendes til at vurdere behovet for at tilbyde en helbredsundersøgelse. Til dette udviklede ministeriet ovennævnte overgivelsesskema. Når flygtninge overgår til kommunen, bliver de desuden omfattet af den offentlige sygesikring og får derved tildelt en praktiserende læge.

Det fremgår også af figur 1, at lægen, fx i forbindelse med helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge, kan henvise flygtninge til yderligere udredning og behandling for traumer ved sygehuse i de 5 regioner. Der findes på landsplan 10 specialiserede behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge. 7 varetages af regionernes egne psykiatriske sygehusafsnit, mens 3 varetages af private specialsygehuse. De private tilbud drives af selvejende humanitære organisationer og foreninger, som selv har ret til at tilrettelægge behandlingen. Behandlingen foregår i alle tilfælde ambulantly og typisk over flere måneder.

Patientrettigheder

Patienter har ret til udredning inden for 30 dage og behandling inden for 30 dage efter endt udredning.

Når en flygtning er blevet henvist til traumebehandling, er det for det første væsentligt, at flygtningen har adgang til udredning og behandling inden for de frister, som følger af patientrettighederne. For det andet er det væsentligt, at behandlingsforløbet koordineres med kommunens integrationsindsats, så indsatsen bliver tilpasset flygtningens forudsætninger og understøtter rehabilitering og beskæftigelse. Som det også fremgår af figur 1, kan dette ske via korrespondance fra regionens specialiserede behandlingstilbud til kommunen. Behandlingskorrespondancen uddybes nedenfor.



Behandlingskorrespondance

Behandlingskorrespondancen fra regionen 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 behandlingsstedets journaloplysninger om flygtningen. I alle tilfælde forudsættes samtykke fra flygtningen, hvis oplysningerne skal videregives.

Samtykke

Det kræver som altovervejende hovedregel samtykke at videregive personoplysninger om rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Dog kan forvaltningsmyndigheder efter konkret vurdering uden samtykke videregive personoplysninger, herunder fortrolige oplysninger, til en anden forvaltningsmyndighed, hvis oplysningerne er nødvendige for myndighedens sagsbehandling.

7. 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 samt en effektiv integrationsindsats. Det stiller særlige krav til de involverede aktører, så oplysninger, der har relevans for den samlede indsats, ikke går tabt. Videregivelse af helbredsoplysningerne forudsætter i alle overgange et samtykke fra flygtningen.

Flygtninge, som har fået opholdstilladelse og bosættes i en kommune, får tildelt en praktiserende læge og har adgang til social- og sundhedsydelser ligesom andre borgere. Flygtninge og deres familier har desuden kontakt til offentlige institutioner og myndigheder, fx dagtilbud, skoler og socialforvaltninger, hvor det vil være muligt at identificere behov for sundhedstilbud, undersøgelse og behandling. Flygtninge har imidlertid begrænset kendskab til og forudsætning for at navigere i systemet. Vi undersøger derfor indsatsen hos de aktører, som har et særligt ansvar for tidlig opsporing og behandling af målgruppen, så traumer ikke udvikler sig til en væsentlig barriere for integration og beskæftigelse.

Statens udgifter

8. Statens udgifter til Udlændinge- og Integrationsministeriets drift af asylsystemet (inkl. 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 har regionerne for 2018 budgetteret til knap 150 mio. kr., som i 2 regioner også inkluderer behandling af bl.a. danske krigsveteraner. Den specialiserede traumebehandling af flygtninge udgør således en relativt lille andel af det samlede budget til sygehusvæsenet.

Selv om udgifterne til den specialiserede traumebehandling af flygtninge er lav, er der en betydelig afledt økonomisk væsentlighed i forhold til målgruppen. Undersøgelser har vist, at traumatiserede flygtninge har et meget højt niveau af kontakt til og dermed udgiftstræk på det ikke-specialiserede sygehusvæsen. Det bekræftes af vores registeranalyse. Analysen viser, at flygtninge med en traumediagnose i gennemsnit har haft over 4 gange så meget kontakt 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 på grund af deres lave beskæftigelsesgrad, men også på grund af deres brug af sundhedsydelser.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

Revisionskriterier

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

10. Revisionskriterierne, som knytter sig til undersøgelsens første del om opsporing, (kapitel 2) tager udgangspunkt i Udlændinge- og Integrationsministeriets ansvar for driften af asylsystemet og understøttelsen af kommunernes integration af flygtninge. Ifølge udlændingeloven og ministeriets kontrakter med asyloperatørerne skal operatørerne tilbyde undersøgelse af flygtningens helbred i form af den medicinske modtagelse og nødvendige, uopsættelige undersøgelser og behandling.

Ifølge integrationsloven skal kommunerne vurdere, om der er behov for nærmere helbredsundersøgelse. Opsporing af traumer er ikke en særskilt opgave i asylsystemet, men de oplysninger, som asyloperatørerne indsamler, kan være relevante at videregive til brug for kommunernes vurdering af behovet for en helbredsundersøgelse. Oplysninger fra asylcentre indgår dermed som en del af det samlede grundlag for kommunernes opsporing af flygtninge med traumer og lægens henvisning til specialiseret traumebehandling.

Specialiseret behandling af traumatiserede flygtninge

Specialiseret behandling af traumatiserede flygtninge i sygehusvæsenet hører under voksenpsykiatrien, som er ét af i alt 36 lægefaglige specialer. Den specialiserede behandling under de 36 specialer udgør ca. 10 % af sygehusenes aktivitet.

Udlændingeloven

Ifølge udlændingelovens (lovbekendtgørelse nr. 117 af 2. oktober 2017) § 42a tilvejebringer og driver Udlændingestyrelsen asylcentre. Driften varetages af asyloperatører, som styrelsen har kontrakt med. Ifølge kontrakten skal operatørerne bl.a. tilbyde nyankomne asylansøgere den medicinske modtagelse.

Integrationsloven

Ifølge integrationslovens (lovbekendtgørelse nr. 1127 af 11. oktober 2017) § 15 skal kommunen efter konkret vurdering tilbyde flygtninge og familiesammenførte til flygtninge en helbredsundersøgelse. Ved vurderingen skal kommunen inddrage allerede foreliggende helbredsoplysninger om flygtningen fra fx asylcentre. Kvoteflygtninge skal altid have tilbudt en helbredsundersøgelse.

Kommunernes statsrefusion

Kommunernes statsrefusion er bl.a. betinget af, at kommunen har givet ydelsen eller indsatsen i overensstemmelse med lovgivningen. Ministerierne aflægger regnskab for egne bevillinger over for Folketinget og har dermed bl.a. ansvaret for at følge op på, at bevillingerne er brugt i overensstemmelse med det formål, som Folketinget har bevilliget dem til, jf. grundlovens § 46, stk. 2.

Sundhedsloven

Sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 191 af 28. februar 2018) fastsætter kravene til sundhedsvæsenet.

Kvoteflygtninge

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

Udlændinge- og Integrationsministeriet har det direkte myndighedsansvar for asylsystemet og betaler asyloperatørerne for driften af asylcentre. Ministeriet har derudover det overordnede ansvar for integrationsindsatsen i kommunerne, som ministeriet yder refusion til. Ministeriet har således en lovbestemt pligt til at sikre, at bevillingerne på ministerområdet på finansloven afholdes med hjemmel i lovgivningen. Derudover har ministeriet en generel forpligtelse til på ulovbestemt grundlag at følge med i, hvordan lovgivningen inden for ressortet forvaltes, herunder om lovgivningen overholdes og er hensigtsmæssig.

11. Revisionskriterierne, som knytter sig til undersøgelsens anden del om behandling (kapitel 3), tager udgangspunkt i regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets ansvar ifølge sundhedsloven. Vi undersøger bl.a. ventetiden til de specialiserede behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge i sygehusvæsenet og regionernes styring af tilbuddenes kapacitet, samt om regionerne koordinerer med kommunerne for at skabe sammenhæng mellem behandlings- og integrationsindsatsen i forløbet.

Regionerne har driftsansvaret for behandlingen, som er finansieret via bloktilskud, mens Sundheds- og Ældreministeriet har ansvaret for de lovgivningsmæssige rammer for sundhedsvæsenet. Ministeriet har dermed ret og pligt til at følge med i, om loven overholdes, og om den er hensigtsmæssig.

Revisionskriterierne uddybes i kapitel 2 og 3.

Metode

12. 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 om opsporing har vi udtaget 3 stikprøver. Stikprøverne omfatter i alt 214 tilfældigt udvalgte personer, som er fordelt på 83 flygtninge, 73 familiesammenførte til flygtninge, som er ankommet til kommunerne i 1. kvartal 2017, og 58 kvoteflygtninge, som er ankommet i 2016. Alle 3 stikprøver er repræsentative. Materialet i stikprøverne omfatter oplysninger om helbred fra både asyloperatører (den medicinske modtagelse og andre sundhedsundersøgelser) og kommuner (helbredsundersøgelser, anden kontakt med sundhedsvæsenet og integrationsindsats). 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 om behandling har vi gennemgået redegørelser og materiale om Sundheds- og Ældreministeriets planlægning af og opfølgning på den specialiserede behandling af traumatiserede flygtninge i sygehusvæsenet og regionernes kapacitetsstyring og koordinering af behandlingen i forhold til kommunerne. Vi har desuden gennemført en mindre og derfor ikke-repræsentativ 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 for traumatiserede flygtninge.

13. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

Afgrænsning

14. Undersøgelsens første del handler om Udlændinge- og Integrationsministeriets indsats i forhold til nyankomne flygtninge, der 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. I 2016 blev det obligatoriske tilbud om helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge afskaffet. Kommunerne skal nu vurdere behovet hos den enkelte. Vores primære stikprøve består af flygtninge, som er ankommet til kommunerne i 1. kvartal 2017. Stikprøven indeholder materiale fra deres ophold i asylcentre og fra deres første år i kommunerne (frem til stikprøvetidspunktet i starten af 2018). Vi inddrager desuden oplysninger om ministeriets indsats og opfølgning på kommunernes integrationsindsats for nyankomne flygtninge tilbage til 2013, som er det år, hvor helbredsundersøgelsen blev indført.

15. Undersøgelsens anden del vedrører regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsats med fokus på perioden 2016-2018. Vi inddrager desuden oplysninger om behandlingen af traumatiserede flygtninge tilbage til regionernes etablering i 2007 og regionernes 4-årige sundhedsaftaler med kommunerne for perioden 2015-2018. Undersøgelsen omfatter alene den specialiserede sygehusbehandling af traumatiserede flygtninge, jf. ministeriets specialeplan, og ikke øvrig ikke-specialiseret behandling af målgruppen eller kommunale social- og sundhedstilbud, som kan benyttes før, under og efter behandling. Undersøgelsen fokuserer på rammerne for og styringen af sygehusbehandlingen og omhandler ikke indholdet eller kvaliteten af behandlingen. Vi undersøger bl.a. ventetid og fokuserer her på ventetiden til behandling. Det skyldes, at alle behandlingstilbuddene har oplyst, at de kan tilbyde udredning inden for 4 uger, og at Rigsrevisionen tidligere har undersøgt udredningsretten i en særskilt beretning (nr. 3/2018).

Undersøgelsen omfatter ikke de praktiserende læger, da vi fokuserer på de aktører, som via deres ressortansvar eller specialiserede sygehusbehandling af traumatiserede flygtninge har et særligt ansvar i forhold til målgruppen. 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.

16. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

Specialeplanen

Specialeplanen er Sundheds- og Ældreministeriets oversigt over, hvilke sygehuse der må varetage særligt specialiserede behandlinger. Formålet er at øge kvaliteten og sikre, at der på landsplan kan tilbydes specialiseret behandling med den nødvendige kapacitet, forsyningsikkerhed og tilgængelighed.

2. Opsporing af flygtninge med traumer



Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at Udlændinge- og Integrationsministeriet ikke har sikret en tidlig og sammenhængende indsats for at understøtte kommunernes opsporing af flygtninge med traumer. Det skyldes primært, at ministeriet ikke har sørget for, at relevante oplysninger om psykiske problemer videregives fra asylcentre. Ifølge forarbejderne fra Folketingets behandling af lovforslaget til ændringen af integrationsloven i 2016 ville ministeriet fremme systematisk videregivelse af helbredsoplysninger til brug for kommunernes nye opgave med at vurdere behovet for helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge. Når oplysningerne ikke videregives, kan det markant forringe kommunernes forudsætninger for at tilrettelægge en effektiv integrationsindsats, der kan indfri målet om, at flygtningene skal i beskæftigelse inden for 1 år.

Medicinsk modtagelse

Medicinsk modtagelse er en kortlægning af det fysiske og psykiske helbred og indebærer også en screening for følger af tortur. Alle nyankomne asylansøgere skal tilbydes denne undersøgelse.

Ifølge Udlændinge- og Integrationsministeriet kan manglende oplysninger i overgivelseskemaet, som ministeriet har udviklet, skyldes, at der ikke er relevante oplysninger at videregive, eller at flygtningene ikke ønsker, at oplysningerne videregives. Undersøgelsen viser, at 99 % af flygtningene i Rigsrevisionens stikprøve er blevet tilbudt en medicinsk modtagelse, da de ankom til asylcentre. Det finder Rigsrevisionen positivt. For 51 % af flygtningene er der i den medicinske modtagelse eller i den øvrige sundhedsjournal registreret oplysninger om psykiske problemer. Der er dog kun videregivet oplysninger om psykiske problemer for 5 % af flygtningene via overgivelseskemaet. Rigsrevisionen vurderer derfor, at skemaet for så vidt angår helbredsoplysninger ikke indfrier sit formål om tidligt at give kommunerne relevante oplysninger.

Da stort set alle flygtningene i Rigsrevisionens stikprøve har givet samtykke til, at bl.a. helbredsoplysninger videregives, vurderer Rigsrevisionen, at samtykke ikke er en barriere for videregivelse i overgivelseskemaet. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at den begrænsede videregivelse skyldes, at Udlændinge- og Integrationsministeriet ikke har stillet krav om, at helbredsoplysningerne i skemaet skal udfyldes af en sundhedsfaglig medarbejder, som har adgang til sundhedsjournalen og dermed kan vurdere, hvilke oplysninger der er relevante at overføre til skemaet og vedlægge som dokumentation. Således beror videregivelsen primært på, om den asylmedarbejder, som udfylder skemaet, men ikke har adgang til sundhedsjournalen, har kendskab til flygtningens helbred. Dermed er videregivelsen efter Rigsrevisionens opfattelse i høj grad personafhængig og ikke systematisk understøttet.

Rigsrevisionen vurderer, at den begrænsede videregivelse af helbredsoplysninger i overgivelseskemaerne kan vildlede kommunerne til at tro, at flygtningene ikke har psykiske problemer, så de ikke selv indhenter supplerende oplysninger fra sundhedsjournalen i asylcentre. Undersøgelsen viser, at kommunerne blot for 4 % af flygtningene har oplysninger om psykiske problemer fra sundhedsjournalerne, som ikke fremgår af overgivelseskemaerne.

Kommunerne har brug for helbredsoplysninger fra asylcentre som en del af grundlaget for at vurdere den enkelte flygtnings behov for en helbredsundersøgelse, som med lovændringen i 2016 ikke længere er et obligatorisk tilbud for alle. Når kommunerne i langt de fleste tilfælde ikke modtager helbredsoplysninger, er der en risiko for, at helbredsundersøgelserne ikke målrettes de flygtninge, som har behovet. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at knap $\frac{1}{3}$ ikke bliver tilbudt en helbredsundersøgelse, selv om oplysninger i asylcentre for mange indikerer et behov. Desuden har kommunerne for $\frac{1}{3}$ af flygtningene og lidt flere familiesammenførte til flygtninge ikke vurderet, om der var behov for helbredsundersøgelsen. Hermed lever de ikke op til integrationsloven. For den sidste $\frac{1}{3}$, som får tilbudt og oftest gennemfører helbredsundersøgelsen, omfatter 29 % af undersøgelserne ikke det psykiske helbred, som integrationsloven kræver. Rigsrevisionen vurderer, at det bl.a. kan skyldes, at lægerne ikke altid har sundhedsjournalen fra asylcentre som grundlag for at udføre undersøgelsen.

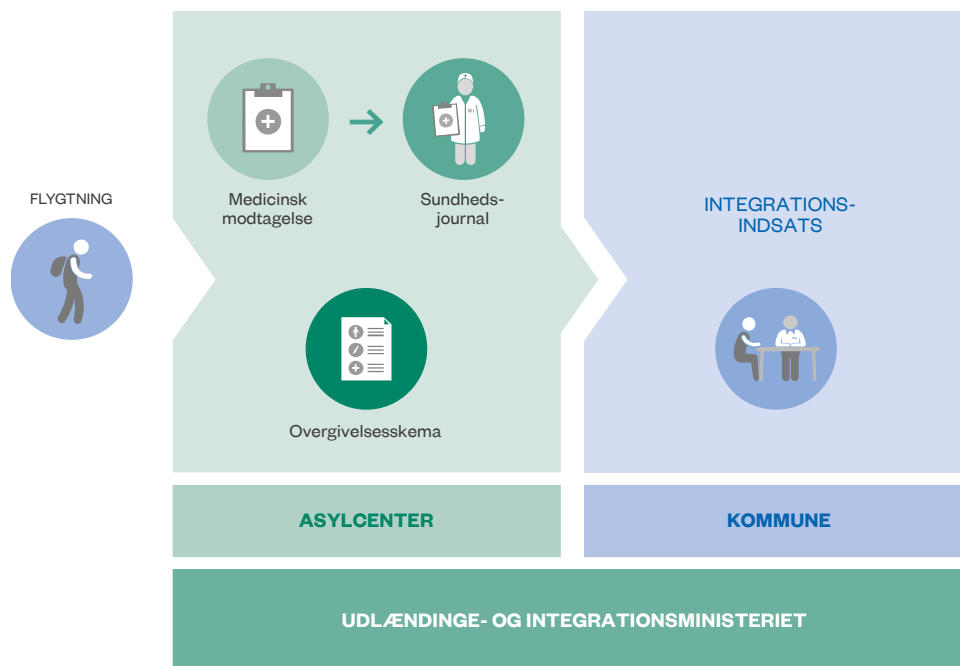
Ministerierne har ikke afklaret, om det er Udlændinge- og Integrationsministeriets eller Sundheds- og Ældreministeriets ansvar at følge op på videregivelse af sundhedsjournaler fra asylcentre til læger. Udlændinge- og Integrationsministeriet er i gang med at følge op på udfordringer med overgivelseskemaet fra asylcentre og kommunernes praksis med at vurdere behovet for helbredsundersøgelser.

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

2.1. Helbredsoplysninger fra asylcentre

18. Vi har ved hjælp af en repræsentativ stikprøve af 83 tilfældigt udvalgte flygtninge undersøgt, om de ved ankomst til asylcentret har fået tilbudt en medicinsk modtagelse, som bl.a. skal afdække det psykiske helbred. Vi har også undersøgt, i hvilket omfang Udlændinge- og Integrationsministeriet har sørget for, at helbredsoplysninger om psykiske problemer er blevet videregivet fra asylcentre til kommunerne, som har brug for dem til at tilrettelægge integrationsindsatsen. I den forbindelse har vi også undersøgt indhentelsen af flygtninges samtykke som forudsætning for videregivelsen. Endelig har vi undersøgt ministeriets initiativer og opfølgning på området. I dette afsnit fokuserer vi på indsamling og videregivelse af oplysninger i overgangen mellem asylcentre og kommuner, som varetager integrationsindsatsen, jf. figur 2.

Figur 2
Helbredsoplysninger fra asylcentrene til kommunerne



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

Det fremgår af figur 2, at sundhedsfagligt personale i asylcentrene registrerer helbredsoplysninger i den medicinske modtagelse, som tilbydes asylansøgere, der sidenhen kan opnå opholdstilladelse og blive bosat i kommuner som flygtninge. Den medicinske modtagelse indgår som en del af sundhedsjournalen, og helbredsoplysninger herfra kan med flygtningens samtykke videregives til den kommune, hvor flygtningen bosættes.

19. Det fremgår af forarbejderne fra Folketingets behandling af lovforslaget til ændringen af integrationsloven i 2016, som bl.a. afskaffede det obligatorisk tilbud om helbredsundersøgelse til alle nyankomne flygtninge, at Udlændinge- og Integrationsministeriet vil fremme en mere systematisk videregivelse af relevante oplysninger, herunder helbredsoplysninger, fra asyloperatørerne til kommunerne. Ifølge lovforarbejderne kan kommunerne efter lovændringen tage udgangspunkt i de oplysninger, der er tilvejebragt i asylfasen, herunder ved den medicinske modtagelse, når de skal vurdere behovet for en helbredsundersøgelse af hver enkelt nyankommen flygtning. Det fremgår også, at der i forbindelse med arbejdet med at fremme systematisk videregivelse af relevante oplysninger vil blive taget højde for kommunernes behov for oplysninger, der kan anvendes til at vurdere behovet for at tilbyde en helbredsundersøgelse.

Udlændinge- og integrationsministeren og sundheds- og ældreministeren var i december 2016 i Folketinget i et fælles samråd om psykisk syge og traumatiserede asylansøgere og flygtninge. Af materiale fra samrådet fremgår det, at asylcentre har fokus på at identificere og behandle asylansøgere, der udviser tegn på psykiske problemer og traumer, bl.a. ved hjælp af den medicinske modtagelse. Det fremgår også, at Udlændinge- og Integrationsministeriet har taget en række initiativer for at lette kommunernes opgave og sikre en tidlig indsats, herunder at ministeriet har sørget for, at den viden, der indsamles i asylfasen, systematiseres og følger med den enkelte flygtning ud i kommunen. Ifølge samrådsmaterialet har ministeriet udarbejdet et overgivelsesskema med oplysninger om personlige og familiemæssige forhold og helbred mv., som udfyldes af asylcentret og med flygtningens samtykke sendes til kommunen.

20. Udlændinge- og Integrationsministeriet udsendte overgivelsesskemaet, inkl. vejledning til asyloperatørerne, i juli 2016, og det fremgår af ministeriets kontrakter med asyloperatørerne for 2017, at operatørerne skal benytte overgivelsesskemaet. Ifølge vejledningen er formålet med skemaet tidligt at give kommunerne adgang til relevante oplysninger fra asylcentre, så de kan tilrettelægge integrationsindsatsen. Ministeriet har oplyst, at overgivelsesskemaet hovedsageligt omhandler flygtningenes kompetencer og kvalifikationer. Rigsrevisionen kan konstatere, at dette punkt fylder mere i skemaet og vejledningen end de 2 øvrige punkter om baggrundsinformation og helbredsmæssig afdækning. Rigsrevisionen finder dog, at helbredsoplysninger kan være lige så relevante for kommunen at modtage, jf. overgivelsesskemaets formål og oplysningerne på omtalte samråd.

Indsamling af helbredsoplysninger i asylcentre

21. Når asylansøgere ankommer til asylcentret, har Udlændinge- og Integrationsministeriet i kontrakter pålagt operatørerne af asylcentre at tilbyde asylansøgerne en medicinsk modtagelse. Modtagelsen skal ifølge operatørkontrakterne omfatte en kortlægning af det fysiske og psykiske helbred og indebærer også en screening for følger af tortur.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har oplyst, at den medicinske modtagelse har til formål at afdække eventuelle behov for nødvendig behandling, og at det ikke er et formål i sig selv at afdække psykiske problemer, som kan være tegn på traumer, hvis der ikke er et uopsætteligt behandlingsbehov. Rigsrevisionen er enig i, at asylcentre ikke derudover er pålagt et ansvar for at opspore traumer. Men ifølge vejledningen til den medicinske modtagelse er PTSD en hyppig tilstand blandt asylansøgere, og den ledsages ofte af angst og depression og kan være socialt invaliderende. Derfor kan oplysninger, som asyloperatørerne registrerer, efter Rigsrevisionens opfattelse være relevante at videregive til kommunerne i de sager, hvor asylansøgeren opnår opholdstilladelse og bliver bosat i en kommune som flygtning.

Undersøgelsen viser, at asyloperatørerne har tilbudt 99 % af flygtningene i Rigsrevisionens stikprøve en medicinsk modtagelse, som 90 % har gennemført. Resultaterne herfra indgår som en del af asylansøgerens øvrige sundhedsjournal, som alle flygtninge får oprettet i asylcentre, og som indeholder oplysninger om lægebesøg, medicin og øvrig behandling.

Registrering af psykiske problemer

Vi gengiver de oplysninger, som det sundhedsfaglige personale i asylcentre har registreret om psykiske problemer. Da diagnosticering først sker efter udredning på et sygehus (og asylansøgere kun i begrænset omfang har adgang til sygehuse), gengiver vi overvejende registreringer af symptomer.

Videregivelse af helbredsoplysninger til kommunerne

22. Vi har med udgangspunkt i asyloperatørernes registreringer om fx PTSD, angst og depression i den medicinske modtagelse og øvrige sundhedsjournal undersøgt videregivelsen af oplysninger om psykiske helbredsproblemer til kommunerne via overgivelsesskemaet. Skemaet indeholder både en del om kvalifikationer og en del om helbred. Helbredsdelens uddybes i boks 2.

Boks 2

Overgivelsesskemaets del om helbredsmæssig afdækning

Overgivelsesskemaets del om helbred indeholder følgende punkter:

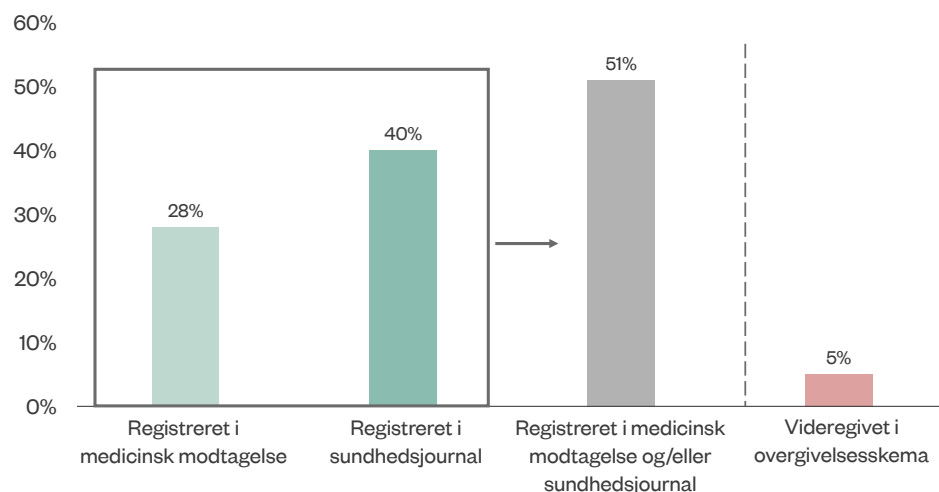
- **Eventuelt erstatningscpr-nummer** udleveret ved hospitalsbehandling.
- **Sygdomshistorik** (fx oplysninger fra tidligere sygdomme og behandling, der kan have relevans for nuværende situation).
- **Aktuel helbredstilstand** (fx relevante oplysninger fra helbredsundersøgelse i asylperioden, kognitive forhold som fx koncentrationsbesvær).
- **Igangsæt behandling mv. i Danmark** (igangsæt eller aftalt sundhedsmæssig behandling og eventuelle forebyggende sundhedsmæssige tiltag).
- **Igangsæt behandling mv. i udlandet** (igangsæt eller aftalt sundhedsmæssig behandling og eventuelle forebyggende sundhedsmæssige tiltag).
- **Medicinforbrug** (medicin ordineret i forbindelse med behandling samt håndkøbsmedicin).
- **Ægtefælles helbredstilstand** (oplysninger om ægtefælles helbredstilstand, der kan have betydning for egen deltagelse i en beskæftigelsesrettet indsats – fysisk og psykisk).
- **Børns helbredstilstand og behandling** (Fx resultatet af helbredsundersøgelse af børn i asylperioden. Forhold, der kan have betydning for forældres deltagelse i en beskæftigelsesrettet indsats. Medicinsk journal sendes til kommunens sundhedsplejerske).

Dokumentation om undersøgelse og behandling vedlægges som bilag, hvis operatøren har indhentet samtykke til at videregive oplysningerne.

Note: Udlændinge- og Integrationsministeriet justerede i december 2017 opsætningen af skemaet og vejledningen, men indholdet, herunder punkterne i forhold til helbredsmæssig afdækning, er uændret.

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

23. Figur 3 viser andelen af flygtninge i vores stikprøve, hvor asyloperatørerne har registreret oplysninger om psykiske problemer i den medicinske modtagelse og/eller i sundhedsjournalen og andelen af oplysningerne, der er videregivet i overgivelsesskemaet.

Figur 3**Psykiske problemer registreret i medicinsk modtagelse og/eller sundhedsjournal og videregivet i overgivelseskema**

Note: N=83. Nogle flygtninge med psykiske problemer registreres i både den medicinske modtagelse og i den øvrige sundhedsjournal og optræder derfor i begge de 2 første søjler. Andre er kun registreret det ene sted. Den grå søjle viser andelen, som er registreret med psykiske problemer mindst ét af stederne.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 3, at 51 % af flygtningene er registreret med psykiske problemer i asylcentrenes medicinske modtagelser og/eller sundhedsjournaler, men at oplysningerne kun for 5 % af flygtningene er videregivet i overgivelseskemaerne. Der er således registreret en 10 gange højere andel af flygtninge med psykiske problemer, end kommunerne får oplyst i skemaerne.

Ifølge Udlændinge- og Integrationsministeriet er de registrerede psykiske problemer ikke nødvendigvis alvorlige eller fortsat til stede ved overgangen til integration. Baseret på gennemgangen af sagsmaterialet i stikprøven er det dog ikke Rigsrevisionens opfattelse, at der er tale om forbigående psykiske problemer, da vi af forsigtighedshensyn kun har gengivet operatørernes registreringer om PTSD, angst, depression o.l.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har oplyst, at kommunerne også selv kan indhente oplysninger fra sundhedsjournalen i asylcentrene, og at ministeriet i en opdateret vejledning til kommunerne om overgivelseskemaet fra december 2017 har gjort kommunerne opmærksomme herpå. Undersøgelsen viser, at kommunerne for 4 % af flygtningene har oplysninger om psykiske problemer fra sundhedsjournalerne, som ikke var oplyst i overgivelseskemaerne. Dermed har kommunerne på asylcentrenes eller eget initiativ fået oplysninger om psykiske problemer for samlet set 9 % af flygtningene og dermed knap 1/5 af dem, som i asylcentrene er registreret med psykiske problemer. Da vores stikprøve stammer fra starten af 2017, kan vi ikke vurdere, om ministeriets justerede vejledning har medført, at kommunerne i højere grad end tidligere selv anmoder asylcentrene om at sende oplysninger fra sundhedsjournalen.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har desuden oplyst, at overgivelsesskemaet alene indeholder flygtningens selvoplyste sundhedsoplysninger, hvis pågældende har haft et ønske om, at der skal ske videregivelse heraf til integrationskommunen. Ifølge ministeriet kan det derfor i sagens natur ikke være formålet med overgivelsesskemaet at sikre, at alle oplysninger med relevans for integrationsindsatsen altid videregives til kommunen.

Rigsrevisionen kan konstatere, at det af forarbejderne fra Folketingets behandling af lovforslaget til ændringen af integrationsloven i 2016 og ministeriets vejledning til asyloperatørerne fremgår, at overgivelsesskemaet som redskab har til formål tidligt at give kommunerne adgang til relevante oplysninger fra asylcentre om bl.a. flygtningenes helbred. Ifølge vejledningen og overgivelsesskemaet udfyldes det ikke alene på baggrund af flygtningens egne oplysninger, men primært på baggrund af oplysninger fra en asylmedarbejder, som vedlægger dokumentation for undersøgelser og behandling, hvis flygtningen har givet samtykke til det.

Samtykke til indsamling og videregivelse af oplysninger

24. Udlændinge- og Integrationsministeriet har i forbindelse med overgivelsesskemaet udarbejdet en skabelon til samtykkeerklæring til brug for asyloperatørerne. Flygtningen giver med sin underskrift på samtykkeerklæringen asyloperatøren lov til at indsamle og videregive bl.a. helbredsoplysninger. Boks 3 viser samtykkeerklæringens formulering på tidspunktet for vores stikprøve.

Boks 3

Samtykkeerklæring om indsamling og videregivelse af oplysninger fra asylcenter til kommune

”Jeg giver herved samtykke til, at indkvarteringsoperatøren kan indsamle og videregive oplysninger om mig, herunder oplysninger om mine rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til den koordinerende forvaltning i kommunen, som har ansvaret for min integration. Det drejer sig om oplysninger om mine personlige forhold, kompetencer og kvalifikationer samt helbredsmæssige forhold. Oplysningerne videregives til brug for kommunens varetagelse af opgaver efter integrationsloven.”

Kilde: Udlændinge- og Integrationsministeriet.

I vores stikprøve har asyloperatørerne for 93 % af flygtningene registreret et samtykke til at videregive bl.a. helbredsoplysninger til kommunen. Tallet er det samme for flygtninge med og uden registrerede psykiske problemer.

Rigsrevisionen kan konstatere, at Udlændinge- og Integrationsministeriet i sin opdaterede skabelon til samtykkeerklæringen i december 2017 har indsat en ekstra sætning i ovenstående formulering (i boks 3), så den specifikt henviser til videregivelse af oplysninger i overgivelsesskemaet. I den opdaterede vejledning til overgivelsesskemaet har ministeriet desuden tydeliggjort, at ikke alle flygtninge tager imod en overgivelsessamtale, men at asyloperatøren alligevel skal opdatere og videregive skemaet.

Det er også tydeliggjort, at operatøren allerede ved modtagelsen af en asylansøger skal afklare, om vedkommende ønsker at give samtykke til, at operatøren kan indsamle og videregive oplysninger til kommunen.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har oplyst, at samtykket kun dækker oplysningerne i selve overgivelseskemaet og ikke kan udstrækkes til at omfatte videregivelse af hele eller dele af sundhedsjournalen, som ifølge skemaet skal vedlægges som dokumentation. Det vil efter ministeriets opfattelse kræve et særskilt samtykke. Rigsrevisionen finder, at det gælder generelt ved indsamling og videregivelse af personoplysninger, at oplysningerne skal være relevante og nødvendige. Det skal således understreges, at Rigsrevisionen ikke lægger op til, at asyloperatørerne skal videregive hele sundhedsjournalen, inkl. den medicinske modtagelse, men blot de oplysninger herfra, som asyloperatøren vurderer er relevante for kommunens integrationsindsats, og som flygtningen samtykker til at videregive.

25. Det er sundhedsfagligt personale hos asyloperatøren, der registrerer oplysninger i sundhedsjournalen, mens overgivelseskemaet ifølge Udlændinge- og Integrationsministeriets vejledning til skemaet udfyldes af en ikke-sundhedsfaglig medarbejder hos asyloperatøren, der ikke har adgang til sundhedsjournalen, inkl. den medicinske modtagelse.

Da nogle af oplysningerne i sundhedsjournalen kan være relevante for integrationskommunen, er det efter Rigsrevisionens opfattelse afgørende, at der hos asyloperatøren sker en vurdering af, om og i givet fald hvilke oplysninger fra journalen der er relevante at videregive. Rigsrevisionen kan konstatere, at den ikke-sundhedsfaglige medarbejder, som udfylder overgivelseskemaet (herunder oplysninger om kvalifikationer), på grund af sin manglende adgang til sundhedsjournalen ikke har mulighed for at foretage en sådan vurdering af journalens helbredsoplysninger. Medarbejderen kan derfor hverken overføre relevante oplysninger herfra til skemaet eller vedlægge relevant dokumentation fra journalen.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har i sin vejledning stillet krav om, at en sundhedsfaglig medarbejder med forældrenes samtykke skal oversende helbredsoplysninger, herunder relevante bilag fra sundhedsjournalen, for flygtningebørn. Dette kan efter Rigsrevisionens opfattelse også være relevant for voksne flygtninge.

Udfyldelsen af overgivelseskemaet

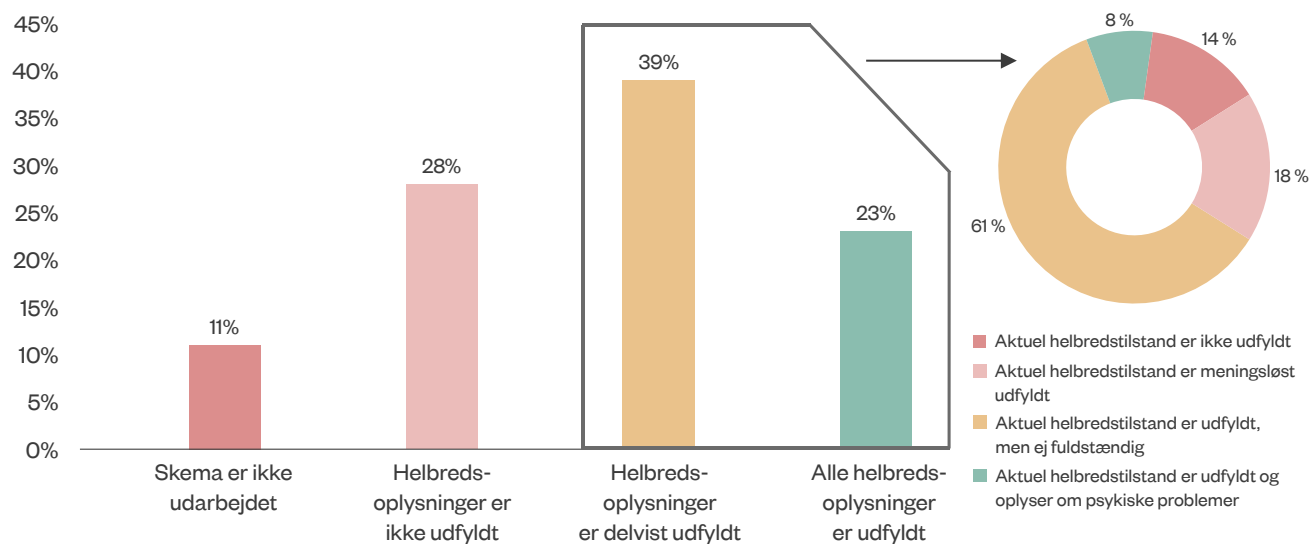
26. Vi har undersøgt, i hvilken grad overgivelseskemaernes del om helbredsmæssig afdækning er udfyldt, herunder om punkterne nævnt i boks 2 er udfyldt, og særligt om punktet "Aktuel helbredstilstand" er meningsfuldt udfyldt. Efter Rigsrevisionens opfattelse vil dette punkt altid være relevant at udfylde, om ikke andet for at oplyse kommunen om, at der ikke er helbredsproblemer, så kommunen effektivt kan tilrettelægge integrationsindsatsen.

Undersøgelsen viser, at helbredsdelene i overgivelseskemaet til kommunerne for størstedelen af flygtningene enten ikke var udarbejdet eller var begrænset udfyldt. Figur 4 viser, hvor mange overgivelseskemaer der var udfyldt, og hvor mange af disse der indeholdt oplysninger om aktuel helbredstilstand.

Meningsfuld udfyldelse af overgivelseskema

Med meningsfuld udfyldelse menes, at overgivelseskemaets informationer er brugbare for kommunen. "Det vides ikke" og "Ja" er eksempler på udfyldelse af punktet Aktuel helbredstilstand, som ikke er meningsfuldt og brugbart for kommunen.

Figur 4
Helbredsoplysninger i overgivelseskemaer



Note: Venstre del af figuren: N=83. Højre del af figuren: N=51. De 8 % i figurens højre del svarer til de 5 % i figur 3. Andelen varierer, fordi der er tale om 2 forskellige populationer (4 ud af 51 skemaer i denne figur og 4 ud af 83 flygtninge i figur 3).

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 4 (venstre del), at helbredsdelene indgår helt eller delvist i knap $\frac{2}{3}$ af overgivelseskemaerne (39 % + 23 % = 62 %). Når man ser nærmere på de skemaer, hvor helbredsdelene indgår, viser figuren (højre del), at der i knap $\frac{1}{3}$ af dem (14 % + 18 % = 32 %) enten ikke er oplysninger om aktuel helbredstilstand, eller at dette punkt ikke er meningsfuldt udfyldt. I 61 % af skemaerne, hvor helbredsdelene indgår, er punktet om aktuel helbredstilstand meningsfuldt udfyldt, men oplysningerne er som oftest meget sparsomme og afspejler yderst sjældent de oplysninger, der fremgår af sundhedsjournalen. Således er der i blot 8 % af skemaerne oplyst om psykiske problemer.

Boks 4 viser et eksempel på et forløb, hvor oplysninger om psykiske problemer ikke blev indført i skemaet og videregivet til kommunen fra asylcentret, selv om der var givet samtykke, og overgivelseskemaet var udarbejdet.

Boks 4**Case om tab af oplysninger mellem asylcenter og kommune**

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 mange 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 stressvirkninger 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 bl.a. helbredsoplysninger til kommunen, men i overgivelsesskemaet står om flygtningens sygdomshistorik og aktuelle helbredstilstand: "Det vides ikke". Kommunen har heller ikke modtaget helbredsoplysninger i form af uddrag fra sundhedsjournalen i asylcentret, som med flygtningens samtykke skal vedlægges som bilag.

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

27. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at når kommunerne modtager overgivelsesskemaer, hvor helbredsoplysninger om psykiske problemer ikke indgår, kan det have den konsekvens, at kommunerne antager, at oplysningerne i skemaet er fyldestgørende, og at kommunen derfor ikke nærmere afdækker flygtningens psykiske helbred. 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 Integrationsministeriet har oplyst, at ministeriet i en vejledning om overgivelsesskemaet, som er udsendt til alle kommuner i oktober 2016, har beskrevet, at de oplysninger, som fremgår af skemaet, ikke kan betragtes som en medicinsk vurdering, og at de medarbejdere, som har noteret oplysningerne i skemaet, ikke er sundhedsfagligt personale og derfor ikke fagligt kan kvalificere og verificere oplysningerne. Efter ministeriets opfattelse er det således klart beskrevet for kommunerne, at oplysningerne i skemaet ikke er fyldestgørende. Rigsrevisionen kan konstatere, at omtalte vejledning ikke fremgår som en del af selve overgivelsesskemaet. Dvs. at den enkelte sagsbehandler i langt de fleste tilfælde (hvor der er udarbejdet et overgivelsesskema) modtager et skema, hvor det ikke fremgår, at flygtningen har psykiske problemer. I vores stikprøve gælder det for 92 % (100 % ÷ 8 %, jf. højre del af figur 4).

Udlændinge- og Integrationsministeriets initiativer og opfølgning

28. Udlændinge- og Integrationsministeriet har primo 2017 som led i sin opfølgning på lovændringen i juli 2016 undersøgt asylcentrenes brug af overgivelsesskemaer gennem en spørgeskemaundersøgelse til kommunerne. Undersøgelsen gav klare indikationer på, at der var problemer med overdragelsen til kommunerne, og at ikke alle kommuner modtog skemaet fra asyloperatørerne.

I december 2017 gav Udlændinge- og Integrationsministeriet kommunerne elektronisk adgang til overgivelsesskemaerne, så asyloperatørerne ikke længere skal fremsende skemaerne. I stedet skal kommunerne nu selv tilgå skemaet digitalt. Ministeriet har oplyst, at størstedelen af kommunerne siden har anvendt den digitale løsning. Ministeriet har også oplyst, at ministeriet som led i implementeringen af digitaliseringen i august 2018 har afholdt en temadag om overgivelsesproceduren mellem asylcenter og kommune, som ministeriet er i gang med at følge op på.

Udlændinge- og Integrationsministeriets spørgeskemaundersøgelse fra primo 2017 viste desuden, at 59 % af kommunerne var meget utilfredse eller utilfredse med *udfyldelsen* af skemaets helbredsdel. Ministeriet har gennem en mindre stikprøve ultimo 2017 fulgt op på, om asylcentrene udarbejder overgivelsesskemaerne. Opfølgningen viste, at skemaerne blev udarbejdet, men opfølgningen omfattede ikke indholdet af skemaerne, herunder om de forskellige dele af skemaerne var udfyldt.

Udlændinge- og Integrationsministeriet 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. Men ministeriet har oplyst, at ministeriet for at styrke kvaliteten af de oplysninger, der overgives fra operatørerne til kommunerne, i forsommeren 2017 har afviklet 5 regionale kurser med fokus på overgivelsesskemaet. Desuden har ministeriet bestilt en undersøgelse af kvaliteten af overgivelsesskemaerne, som på grund af udfordringer med at tilvejebringe de oplysninger, der skal ligge til grund for den, er 1 år forsinket. Ministeriet forventer en afrapportering inden udgangen af 2018.

Resultater

Asyloperatørerne har tilbudt 99 % af de flygtninge, der indgår i Rigsrevisionens stikprøve, en medicinsk modtagelse, som bl.a. kortlægger deres psykiske helbred. 90 % af flygtningene har gennemført den medicinske modtagelse. Resultaterne fremgår af flygtningenes sundhedsjournaler i asylcentrene. Udlændinge- og Integrationsministeriet har dog trods flere initiativer ikke sørget for, at relevante oplysninger om psykiske problemer videregives til kommunerne. Det skal ses i lyset af, at ministeriet ifølge forarbejderne fra Folketingets behandling af lovforslaget til ændringen af integrationsloven i 2016 ville fremme systematisk videregivelse af bl.a. helbredsoplysninger. På et samråd i Folketinget i december 2016 fremgik det, at ministeriet havde sørget for videregivelsen til kommunerne ved hjælp af et overgivelsesskema.

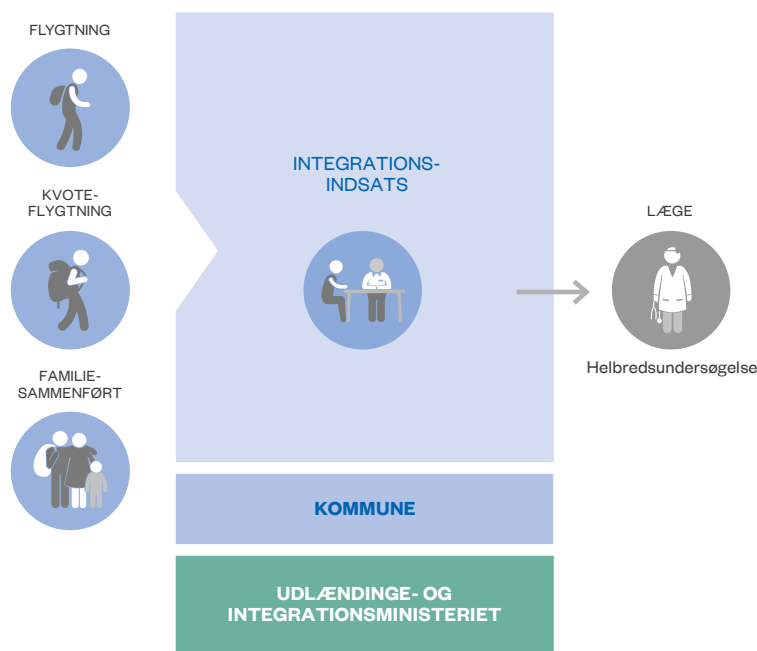
Skemaets formål er tidligt at give kommunerne relevante oplysninger om flygtningens kvalifikationer og helbred, så kommunerne kan tilrettelægge integrationsindsatsen. Men den medarbejder, som udfylder skemaet, har ikke adgang til flygtningens sundhedsjournal og kan således hverken vurdere, om foreliggende helbredsoplysninger er relevante for kommunen at modtage og overføre dem til skemaet eller vedlægge eventuel dokumentation i form af uddrag fra journalen. Udlændinge- og Integrationsministeriet har stillet krav om, at en sundhedsfaglig medarbejder skal oversende sundhedsoplysninger for flygtningebørn. Det er efter Rigsrevisionens opfattelse også relevant for voksne flygtninge, hvis overgivelsesskemaets formål skal indfris.

Rigsrevisionens stikprøve viser, at 51 % af flygtningene i asylcentrene er registreret med psykiske problemer, men at overgivelseskemaerne kun for 5 % af flygtningene har oplyst kommunerne herom. For yderligere 4 % har kommunerne modtaget oplysningerne direkte fra sundhedsjournalerne. Ifølge Rigsrevisionens stikprøve er det at få flygtningenes samtykke ikke en barriere for videregivelse, da 93 % af flygtningene her har givet samtykke til, at asyloperatørerne kan videregive bl.a. helbredsoplysninger til kommunen. Rigsrevisionen finder, at overgivelseskemaet kan forlede kommunerne til at tro, at flygtningene ikke har psykiske problemer, så kommunerne ikke selv indhenter supplerende oplysninger fra sundhedsjournalen.

2.2. Helbredsundersøgelse i kommunerne

29. Vi har undersøgt, i hvilket omfang kommunerne vurderer behovet for at tilbyde nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge en helbredsundersøgelse, og hvordan Udlændinge- og Integrationsministeriet har understøttet og fulgt op på kommunernes brug af helbredsundersøgelser. Undersøgelsen er foruden stikprøven af 83 flygtninge baseret på stikprøver af 58 kvoteflygtninge og 73 familiesammenførte til flygtninge. Alle personer i de 3 repræsentative stikprøver er tilfældigt udvalgt. I dette afsnit fokuserer vi på den del af forløbet, hvor flygtningene fra asylcentrene, kvoteflygtningene og de familiesammenførte til flygtninge er ankommet til kommunerne og får en integrationsindsats, jf. figur 5.

Figur 5
Helbredsundersøgelse i kommunerne



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

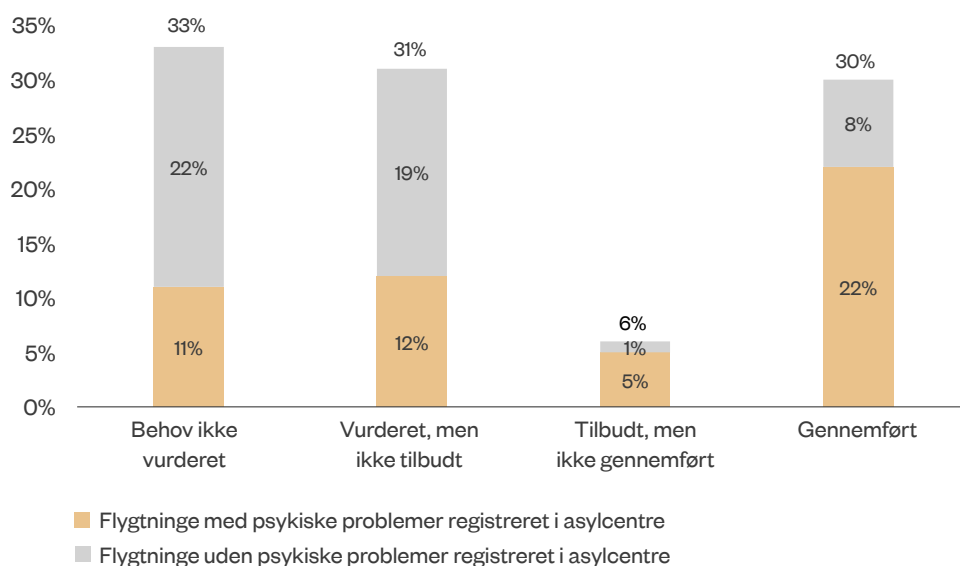
Det fremgår af figur 5, at kommunerne kan tilbyde nyankomne flygtninge og familie-sammenførte til flygtninge en helbredsundersøgelse, som læger gennemfører. Undersøgelsen er bl.a. et redskab til at opspore dem, der har traumer, og tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra deres helbredsmæssige forudsætninger, så de hurtigst muligt kommer i beskæftigelse.

Helbredsundersøgelser

Helbredsundersøgelse af flygtninge fra asylcentre

30. Figur 6 viser kommunernes vurdering, tilbud og gennemførelse af helbredsundersøgelser af flygtninge, fordelt på flygtninge med eller uden registrerede psykiske problemer i asylcentre. På grund af den begrænsede videregivelse af helbredsoplysninger er kommunerne oftest ikke bekendt med de tidligere registrerede psykiske problemer.

Figur 6
Helbredsundersøgelse af flygtninge med eller uden registrerede psykiske problemer i asylcentre



Note: N=83.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 6, at kommunerne for 33 % af de nyankomne flygtninge ikke havde vurderet behovet for helbredsundersøgelse, heraf var 1/3 registreret med psykiske problemer i asylcentret. I 33 % af sagerne lever kommunerne således ikke op til integrationsloven. Det fremgår også af figuren, at kommunerne vurderede, at 31 % af flygtningene ikke havde behov for at blive tilbudt en helbredsundersøgelse, selv om over 1/3 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 fremgår det af figuren, at 30 % af flygtningene har fået vurderet, tilbudt og har gennemført en helbredsundersøgelse, hvoraf langt størstedelen var registreret med psykiske problemer allerede i asylcentret.

Helbredsundersøgelse af kvoteflygtninge og af familiesammenførte til flygtninge

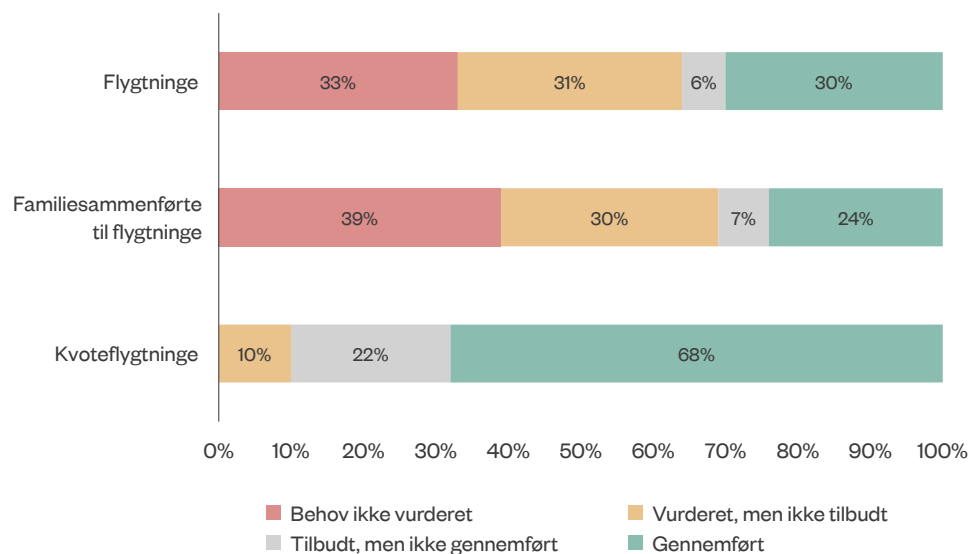
31. Til forskel fra flygtninge, som først opholder sig i et asylcenter, ankommer kvoteflygtninge og familiesammenførte til flygtninge direkte til kommunerne. For disse 2 grupper foreligger der således ikke helbredsoplysninger fra et asylcenter, som kommunerne vil kunne basere deres indsats på.

For de familiesammenførte til flygtninge har Udlændinge- og Integrationsministeriet derfor på baggrund af bemærkningerne til lovændringen i 2016 vejledt kommunerne om, at det kan være relevant at inddrage helbredsoplysninger om den flygtning, som vedkommende er familiesammenført til, når kommunerne skal vurdere behovet for en helbredsundersøgelse. Det forudsætter samtykke fra den flygtning, som oplysningerne vedrører. Vores undersøgelse viser, at kommunerne i meget få tilfælde (7 %) inddrager oplysninger om flygtningen, når kommunen skal vurdere den familiesammenførtes behov for en helbredsundersøgelse.

Kommunerne skal ifølge integrationsloven – også efter lovændringen i 2016 – altid tilbyde en kvoteflygtning en helbredsundersøgelse. Figur 7 viser brugen af helbredsundersøgelser for familiesammenførte til flygtninge og for kvoteflygtninge sammenlignet med gruppen af flygtninge fra asylcentre.

Figur 7

Helbredsundersøgelse af flygtninge, familiesammenførte til flygtninge og kvoteflygtninge



Note: N for flygtninge = 83. N for familiesammenførte = 73. N for kvoteflygtninge = 58.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 7, at kommunerne har tilbudt 90 % (22 % + 68 %) af kvoteflygtningene en helbredsundersøgelse, hvormed 10 % af kvoteflygtningene ikke er blevet tilbudt helbredsundersøgelsen, selv om det er et lovkrav.

For de familiesammenførte til flygtninge fremgår det af figuren, at kommunerne for 39 % ikke har vurderet behovet for en helbredsundersøgelse, sådan som de skal ifølge integrationsloven. For yderligere 30 % har kommunerne vurderet behovet, men har 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 til flygtninge altså vurderet behovet, tilbudt og gennemført en helbredsundersøgelse.

Helbredsundersøgelse af det psykiske helbred

32. Når flygtninge og deres familiesammenførte gennemfører en helbredsundersøgelse, skal den ifølge integrationsloven omfatte både det fysiske og psykiske helbred. Undersøgelsen viser, at 29 % af de gennemførte helbredsundersøgelser af flygtninge og familiesammenførte til flygtninge ikke omfatter det psykiske helbred. Boks 5 viser et eksempel herpå.

Boks 5

Case om helbredsundersøgelse, som ikke omfatter det psykiske helbred

Ifølge sundhedsjournalen i asylcentret har en flygtning lige fra ankomsten til landet haft psykiske problemer, samtidig med at han er besværet 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 overgivelseskemaet er helbredsdelene ikke udarbejdet, selv om 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 det, at flygtningen er psykisk upåfaldende, men henvises til yderligere undersøgelse af den somatiske sygdom.

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

For lægerne, som skal undersøge og behandle flygtninge, vil det – modsat for kommunerne – altid være relevant at have adgang til hele flygtningens sundhedsjournal fra asylcentret. Men Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ikke alle læger kender til muligheden for at anmode asylcentre om at få tilsendt sundhedsjournalen, og at dem, der gør, kan opleve barrierer for at modtage den. Uden journalerne fra asylcentre har lægerne ikke oplysninger om de tidligere konstaterede psykiske problemer, som kan lægges til grund for helbredsundersøgelsen.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har oplyst, at ministeriet 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 (LÆ 141F), som er udarbejdet specifikt til at anmode om helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge. Vi har i vores stikprøver set eksempler på, at kommunerne i stedet benytter den generelle attest (LÆ 141), som ikke vejleder lægen om at være særligt opmærksom på psykiske helbredsproblemer og traumer hos nyankomne flygtninge.

Udlændinge- og Integrationsministeriets initiativer og opfølgning

33. Udlændinge- og Integrationsministeriet har oplyst, at ministeriet har iværksat puljeprojekter, som bl.a. skal afdække *best practice*, bidrage med værktøjer til opsporing og håndtering af traumatiserede flygtninge og udbrede viden blandt læger om helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge.

Ministeriet har bl.a. med inddragelse af Sundheds- og Ældreministeriet i maj 2015 udarbejdet anvisninger til læger om helbredsundersøgelsen og i 2017 og 2018 afholdt 3 kurser herom for praktiserende læger. Her er de fremmødte læger bl.a. blevet oplyst om, at de kan anmode asylcentre om at få tilsendt flygtningens sundhedsjournal som grundlag for at udføre undersøgelsen. Ingen af de 2 ministerier har fulgt op på omfanget af eller barrierer for videregivelse af sundhedsjournaler fra asylcentre til læger. Rigsrevisionen kan konstatere, at det hidtil har været og fortsat er uklart, hvilket ministerium der har ressortansvaret for en eventuel opfølgning.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har endnu ikke fulgt op på, om kommunerne ved vurderingen af, om nyankomne flygtninge skal tilbydes en helbredsundersøgelse, inddrager foreliggende helbredsoplysninger, herunder oplysninger fra asylcentre. 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 som led i sin opfølgning på lovændringen i juli 2016 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 4. flygtning og familiesammenført til en flygtning.

Udlændinge- og Integrationsministeriet vurderer, at der er behov for en mere systematisk indsamling af viden om brugen af helbredsundersøgelser og har oplyst, at ministeriet i oktober 2018 har udsendt en spørgeskemaundersøgelse, som bl.a. skal afdække kommunernes praksis for at vurdere behovet for helbredsundersøgelsen. Ministeriet vil i den forbindelse afdække kommunernes attestanvendelse.

Resultater

Undersøgelsen viser, at kommunerne ikke har vurderet behovet for helbredsundersøgelse for 1/3 af de nyankomne flygtninge og for en lidt større andel af de familiesammenførte til flygtninge. Dermed lever kommunerne i disse tilfælde ikke op til integrationsloven. For endnu knap 1/3 af flygtningene og de familiesammenførte til flygtninge har kommunen vurderet behovet, men ikke tilbudt helbredsundersøgelsen. Desuden får 10 % af kvoteflygtningene ikke tilbudt helbredsundersøgelsen, som de skal ifølge loven. Samlet set får ca. 1/3 af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge tilbudt helbredsundersøgelsen, som de fleste også gennemfører. Men 29 % af helbredsundersøgelserne omfatter ikke det psykiske helbred, selv om det er et krav i integrationsloven. Dermed får blot hver 5. flygtning og familiesammenførte til flygtninge en helbredsundersøgelse, som omfatter det psykiske helbred.

Den manglende afdækning af det psykiske helbred kan bl.a. skyldes, at ikke alle læger, som udfører helbredsundersøgelserne, kender til muligheden for at anmode asylcentre om at få tilsendt flygtningens sundhedsjournal, trods ministeriets vejledning. Det er ifølge Sundheds- og Ældreministeriet heller ikke alle læger, der modtager journalerne, når de anmoder om dem. Dermed kan lægerne ikke lægge oplysninger om tidligere registrerede psykiske problemer til grund for undersøgelsen. Udlændinge- og Integrationsministeriet har ikke kendskab til de barrierer, der efter Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse kan være for asylcentrenes videregivelse af sundhedsjournaler til læger. Rigsrevisionen kan konstatere, at ministerierne fortsat ikke har afklaret, hvilket ministerium der har ressortansvaret for en eventuel opfølgning på videregivelsen.

Udlændinge- og Integrationsministeriet har ikke indsamlet viden om, hvorvidt kommunerne anvender foreliggende helbredsoplysninger fra asylcentre, og om de vurderer nyankomne flygtninges og familiesammenførte til flygtninges behov for en helbredsundersøgelse, sådan som kommunerne skal efter lovændringen i 2016. Ministeriet har oplyst, at ministeriet i oktober 2018 er gået i gang med at følge op på kommunernes praksis på området.

3. Behandling af flygtninge med traumer



Delkonklusion

Regionerne har i de seneste år sikret, at traumatiserede flygtninge, som er blevet opsporet, kan starte specialiseret behandling mindst ét sted i hver region inden for de 4 uger, som følger af patientrettighederne. Dog er forløbet for en væsentlig del af flygtningene udfordret af længere ventetid og af begrænset koordinering mellem regionerne og kommunerne, som skal tilpasse integrationsindsatsen efter flygtningens forudsætninger.

Regionerne har i de seneste år nedbragt de tidligere lange ventetider til behandling for traumatiserede flygtninge. Det finder Rigsrevisionen positivt. Dog har 3 af de i alt 10 behandlingstilbud fortsat svingende og ofte lange ventetider på op til 2 år, særligt i Region Hovedstaden. Der er her tale om private tilbud, der varetages af selvejende humanitære organisationer, som behandler ca. 1/3 og dermed en væsentlig andel af de henviste flygtninge. Regionerne visiterer ikke selv til de private tilbud, men skal inden for en økonomisk ramme, som ikke tilpasses antallet af henviste patienter, betale for deres behandling.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne har begrænset incitament til og mulighed for at styre kapaciteten i de private tilbud. Kapaciteten har ikke været tilstrækkelig til at modsvare efterspørgslen og undgå ventetid. Ventetid er et problem, fordi det kan forværre flygtningenes helbred, mindske udbyttet af integrations- og beskæftigelsesindsatsen og påvirke de pårørendes trivsel og integration. Selv om patienterne har frit sygehusvalg, venter mange flygtninge i praksis 1-2 år på den private behandling, som deres læge har henvist dem til. Rigsrevisionen kan konstatere, at de lange ventetider til privat behandling er et tilbagevendende problem.

Sundheds- og Ældreministeriet har efter Rigsrevisionens vurdering ikke i helt tilstrækkelig grad understøttet regionernes specialiserede behandling af traumatiserede flygtninge. Regionerne har oplysningspligten over for patienterne, men ministeriet har en hjemmeside, som skal hjælpe patienterne med at få overblik over ventetider. Hjemmesiden omfatter generelt ikke de specialiserede områder, herunder behandlingen af traumatiserede flygtninge. Ministeriet følger op på den specialiserede behandling ved hjælp af årlige statusrapporter, men er ikke her blevet orienteret om ventetiderne. Ministeriet arbejder på at udvikle en databaseret monitorering af bl.a. aktiviteten på de specialiserede områder.

Ministeriet har imidlertid begrænsede muligheder for at monitorere behandlingen af traumatiserede flygtninge på grund af mangelfuld indberetning af data fra både regionale og private tilbud. Den mangelfulde indberetning fra de 3 private tilbud skyldes en dispensation, som ministeriet har trukket tilbage i foråret 2018.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad koordinerer behandlingsforløbet med kommunerne, som det er formålet med sundhedsaftalerne. Det udfordrer kommunernes muligheder for at tilrettelægge integrations- og beskæftigelsesindsatsen ud fra flygtningens forudsætninger. Undersøgelsen viser, at der for ¼ af flygtningene i vores stikprøve ikke har været korrespondance mellem region og kommune, og at regionerne for de andre flygtninge ofte først sent i forløbet oplyser kommunerne om behandlingen. Region Hovedstaden er den region, som i flest tilfælde har koordineret med kommunerne. 3 andre regioner har samarbejdsaftaler med kommunerne om traumatiserede flygtninge, men Rigsrevisionens undersøgelse viser, at aftalerne ikke på patientniveau har medført højere grad af koordinering set i forhold til de 2 regioner uden samarbejdsaftaler.

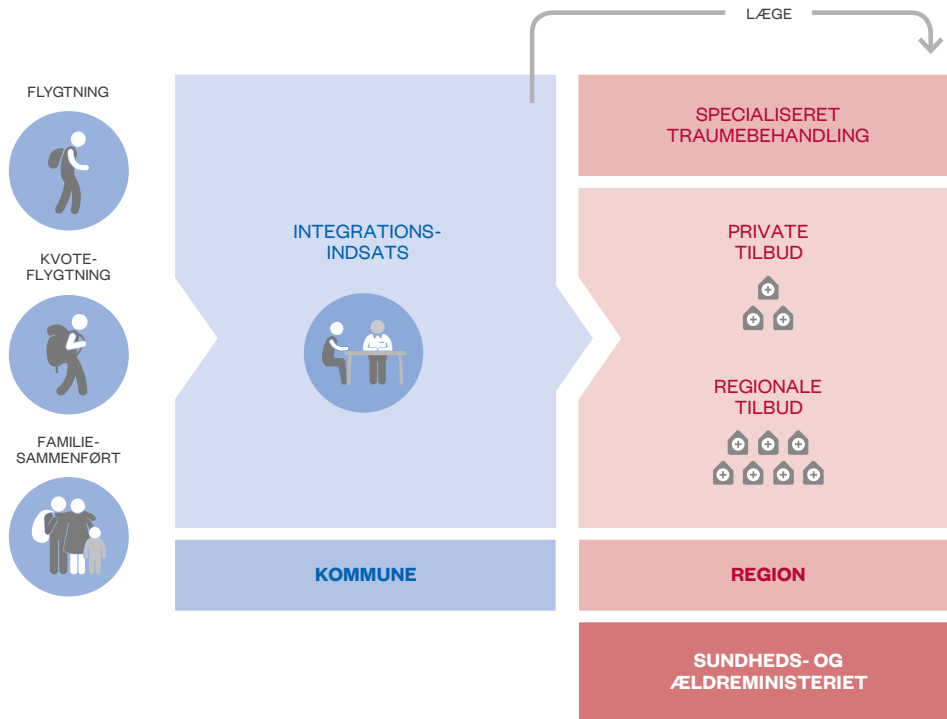
Undersøgelsen viser også, at der på grund af forskelligartede it-systemer i kommunerne endnu ikke er etableret mulighed for systematisk digital understøttet korrespondance mellem regionerne og kommunerne, undtagen på beskæftigelsesområdet i Region Hovedstaden og på socialområdet i Region Sjælland. Men selv her er brugen af kliniske e-mails fortsat yderst begrænset, hvilket udgør en risiko i forhold til koordineringen af forløbet for traumatiserede flygtninge. Det skal ses i lyset af, at Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne i samarbejde med kommunerne i 5 år har arbejdet på at udbrede de kliniske e-mails fra andre forvaltningsområder, hvor de har eksisteret i en længere årrække. Ministeriet har oplyst, at der i oktober 2018 er nedsat en styregruppe for at fremme national implementering.

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

3.1. Ventetid til traumebehandling

35. Når en flygtning med traumer er blevet opsporet og henvist til specialiseret behandling, er det væsentligt, at flygtningen hurtigt kan starte behandlingen. Ventetid kan forværre flygtningens helbred, udbyttet af integrations- og beskæftigelsesindsatsen og familiens trivsel. Vi har derfor undersøgt ventetider til traumebehandling og herunder regionernes styring af kapaciteten. Vi har også undersøgt, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet ved hjælp af sin opfølgning og andre initiativer har understøttet de 5 regioners behandling. I dette afsnit fokuserer vi på overgangen til behandling for de flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som er blevet opsporet i kommunerne, jf. figur 8.

Figur 8
Adgang og ventetid til behandling for traumatiserede flygtninge



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

Det fremgår af figur 8, at der på landsplan findes 10 specialiserede psykiatriske behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge. Tilbuddene omfatter også kvoteflygtninge og familiesammenførte til flygtninge. 7 af tilbuddene varetages af regionernes egne sygehuse, og alle regionerne har mindst ét specialiseret behandlingstilbud, som er regionalt.

Af de 3 private behandlingstilbud er 2 placeret i Region Hovedstaden og 1 i Region Syddanmark. Disse tilbud varetages af specialsygehuse, som drives af selvejende humanitære organisationer og foreninger. De private tilbud står samlet set for behandlingen af ca. 1/3 af de henviste traumatiserede flygtninge.

Da patienterne har frit sygehusvalg, kan udredning og behandling enten ske i patientens egen region eller i en anden region, herunder på private sygehuse, hvis de har kapacitet. Det er typisk alment praktiserende læger, som henviser flygtningene, og de private tilbud visiterer derefter selv flygtningene til behandling.

Ventetid

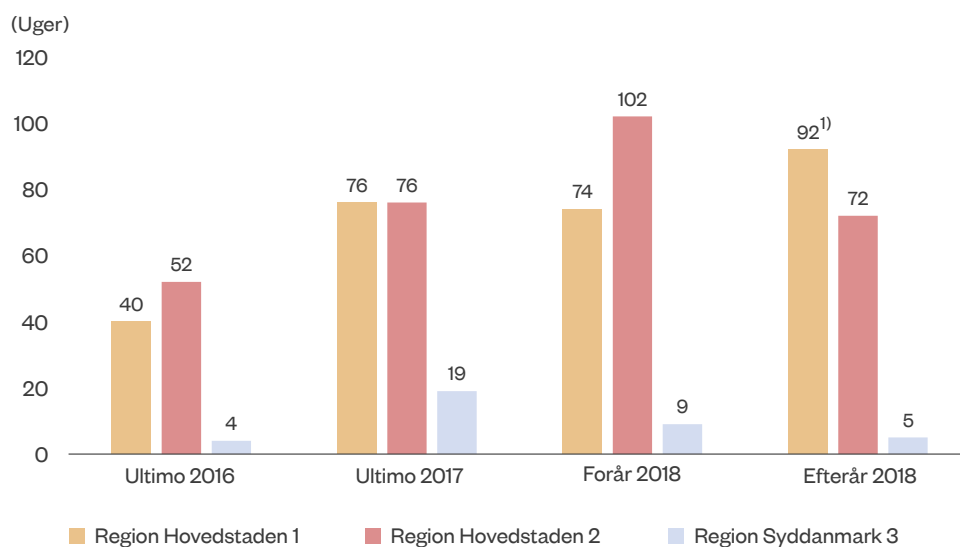
Ventetid til behandling opgøres som et øjebliksbillede af, hvor mange uger det på tidspunktet for indberetningen af ventetiden forventes at tage fra afsluttet undersøgelse (udredning) og indtil den dato, hvor behandlingen indledes.

Regionernes styring af kapacitet og ventetid

36. Ifølge patientrettighederne har traumatiserede flygtninge ligesom andre patienter ret til udredning inden for 4 uger og derefter ret til behandling inden for nye 4 uger. Regionerne fastsætter kapaciteten i de regionale behandlingstilbud ud fra antallet af henvisninger og styrer især kapaciteten i forhold til at overholde de 4 ugers ventetid til udredning og eventuel efterfølgende behandling. Patientrettighederne er ikke knyttet til hvert behandlingstilbud, men til regionerne som helhed. Alligevel har regionerne i de seneste knap 3 år kunnet tilbyde traumatiserede flygtninge specialiseret behandling inden for 4 uger mindst ét sted i hver region.

Indtil for få år siden var ventetiden i både regionale og private behandlingstilbud 1-2 år. De 3 private tilbud har fortsat ventetider, som markant overskrider 4 uger. Figur 9 viser udviklingen i ventetid for voksne flygtninge til de 3 private behandlingstilbud over de seneste 3 år.

Figur 9
Ventetid til behandling ved private tilbud for voksne traumatiserede flygtninge



¹⁾ Patienterne oplyses om en forventet ventetid for individuel behandling på 22-24 måneder (svarende til 92 uger), mens den forventede ventetid for familiebehandling oplyses til 4-6 måneder.

Note: I 2016 trådte nye regler om ret til behandling inden for 4 uger i kraft for alle patienter.

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

Det fremgår af figur 9, at ventetiden til alle 3 private behandlingstilbud er væsentligt forøget fra 2016 til 2017, mens ventetiden i 2018 er yderligere øget for ét af tilbuddene, men faldet for de 2 andre. Ventetiden varierer dog markant mellem de 3 tilbud. I Region Syddanmarks private tilbud er ventetiden – som opgøres som et øjebliksbillede – i efteråret 2018 nedbragt til 5 uger, men regionen har oplyst, at den i perioder har været op til 1 år. I Region Hovedstaden har ventetiden i 2018 svinget mellem knap 1½ og 2 år.

37. I modsætning til regionernes egne behandlingstilbud tilpasses kapaciteten i de private tilbud ikke antallet af patienter og ventetid, men er begrænset til en fast økonomisk ramme, som Sundheds- og Ældreministeriet fastsætter, jf. boks 6.

Boks 6

Den økonomiske ramme for de 3 private behandlingstilbud

I perioden 2003-2006 blev de 3 private rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge lagt ind under sundhedsloven. Ifølge lovbemærkningerne blev den økonomiske ramme for hvert af de 3 private tilbud fastsat, så den svarer til deres primære indtægter fra behandling betalt af det offentlige samt en merbevilling til løsning af ekstra behandlingssopgaver.

Det fremgår også af lovbemærkningerne, at beløbet overføres til regionerne via bloktilskuddet, og at beløbsrammen årligt reguleres på samme måde som bloktilskudsbeløbet. Således har Sundheds- og Ældreministeriet i 2018 pris- og lønreguleret beløbene til hvert af de 3 private tilbud til henholdsvis ca. 19 og 20 mio. kr. i Region Hovedstaden og ca. 14 mio. kr. i Region Syddanmark.

I perioden 2008-2011 blev der tilført 75 mio. kr. fra satspuljen til at udvide kapaciteten og nedbringe ventetiden til behandling af traumatiserede flygtninge, hvoraf de private tilbud modtog i alt 24 mio. kr.

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

38. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har driftsoverenskomster med de 3 private behandlingstilbud. Formålet med overenskomsterne er at sikre økonomisk rationel drift og tilsyn med de private tilbud. Regionerne og de private tilbud skal selv forhandle overenskomsterne, og Rigsrevisionen kan konstatere, at samarbejdet med det private tilbud er tættere i Region Syddanmark, end det er i Region Hovedstaden, hvor ventetiden er væsentligt længere.

Ingen af de 2 regioner har i de seneste år benyttet sig af muligheden for at tilføre yderligere midler fra deres egne bloktilskud til de private tilbud for at udvide kapaciteten og nedbringe ventetiderne. Det skyldes ifølge regionerne, at det ikke vil være økonomisk rationelt, da de selv kan behandle flygtningene til en lavere pris, end de private tilbud kan. Konsekvensen ville derfor ifølge regionerne samlet set være, at der ville blive behandlet færre traumatiserede flygtninge.

39. De 2 private tilbud i Region Hovedstaden har oplyst, at de orienterer om ventetider på deres hjemmesider, og at henviste patienter både mundtligt og skriftligt får information om ventetiderne og muligheden for hurtig behandling i det regionale tilbud. Rigsrevisionen kan konstatere, at dette ikke har forhindret lange ventelister og ventetider, og at mange flygtningepatienter ikke i praksis benytter retten til frit sygehusvalg. Boks 7 uddyber konsekvenserne af ventetid.

Boks 7**Konsekvenser af ventetid til traumebehandling**

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

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

40. For nogle af de flygtninge, som benytter sig af retten til frit sygehusvalg for at få hurtig behandling ved et regionalt tilbud, kan det medføre længere transport. Det gælder særligt i Region Syddanmark, hvor der er større afstand mellem det regionale tilbud og det private tilbud, som i perioder har haft ventetid på op til 1 år. Ifølge Region Syddanmark kan afstanden afskære især de flygtninge, som har lavest funktionsevne, fra at benytte det frie sygehusvalg. Rigsrevisionen har i stikprøvematerialet set eksempler på, at transportafstand kan være en barriere for behandling, jf. boks 8.

Boks 8**Case om transportafstand som barriere for behandling**

En kvinde, der er familiesammenført til en flygtning, føler sig meget stresset og har søvnproblemer samt smerter, som hindrer hendes mobilitet. Hun har flere gange været indlagt på grund af hjerteproblemer og bliver af egen læge henvist til et behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge med symptomer på diagnosen PTSD og depression. På grund af sin nedsatte mobilitet og familiens økonomi ser hun sig ikke i stand til at møde til behandlingen. Afstanden er ca. 50 km., og transporttiden er med offentlig transport ca. 1½ time tur/retur.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra en kommune.

Det skal understreges, at denne problemstilling ikke kun gælder for traumatiserede flygtninge, men også for andre udsatte patientgrupper med begrænsede resurser og mobilitet, som bor langt fra et behandlingstilbud.

Sundheds- og Ældreministeriets understøttelse

41. Sundheds- og Ældreministeriet har hjemmesiden mitsygehusvalg.dk, der skal hjælpe patienter med at vælge, hvor de vil undersøges eller behandles. Regionerne har oplysningspligten i forhold til ventetider, men formålet med ministeriets hjemmeside er at facilitere et overblik over bl.a. ventetiderne. Enkelte af de specialiserede behandlingstilbud har indberettet til hjemmesiden, som ellers generelt ikke omfatter specialiseret behandling. Det betyder, at det er vanskeligt for flygtningene og de henvisende læger via hjemmesiden at få et overblik over ventetiderne.

42. Sundheds- og Ældreministeriet følger ventetiden i psykiatrien generelt, men har oplyst, at ministeriet ikke er forpligtet til at lave særskilt systematisk eller løbende ventetidsstatistik på specialiserede behandlingsområder. Ministeriet følger i stedet op på den specialiserede behandling ved hjælp af årlige statusrapporter, hvor regionerne forventes at rapportere om eventuelle udfordringer. Regionerne og de private tilbud har ikke i rapporterne, men dog ad anden vej, oplyst ministeriet om ventetiderne på området for traumatiserede flygtninge. For det første har Region Syddanmark siden 2016 inddraget ministeriet i en dialog med sit private tilbud om opdatering af driftsoverenskomsten. For det andet har regionerne udarbejdet materiale til samrådet i Folketinget i december 2016 om bl.a. traumatiserede flygtninge. Da regionerne har ansvaret for behandlingen, har ministeriet ikke fundet anledning til særskilte initiativer på området.

Databaseret monitorering

43. Sundheds- og Ældreministeriet arbejder aktuelt på at udvikle en databaseret monitorering af aktivitet og kvalitet i den specialiserede behandling generelt, som gradvist kan udbygges i takt med øget datatilgængelighed. Monitoreringen skal bl.a. baseres på oplysninger fra Landspatientregisteret (herefter LPR). LPR har siden 1995 indeholdt data om behandling af ambulante psykiatriske patienter, som flygtninge i specialiseret traumebehandling tilhører. Undersøgelsen viser, at ministeriet vil have begrænsede muligheder for at følge området ved hjælp af sin nye registerbaserede monitorering af denne målgruppe ved hjælp af LPR-data.

Det skyldes for det første, at de 2 private behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge 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 ministeriet i forbindelse med denne undersøgelse blev bekendt med dem i april 2018. For det andet har ikke alle de regionale tilbud konsistent indberettet data til LPR. Det skyldes bl.a. systemtekniske udfordringer med nye patientadministrative systemer. Desuden betyder den konkrete organisering, at det for nogle behandlingstilbud ikke er muligt at udskille data om traumatiserede flygtninge fra data om fx danske krigsveteraner.

Resultater

Undersøgelsen viser, at traumatiserede flygtninge kan opstarte specialiseret behandling mindst ét sted i hver region inden for de 4 uger, som følger af patientrettighederne. Således har regionerne i løbet af de seneste år nedbragt de tidligere lange ventetider i de 7 regionale behandlingstilbud. Dog har de 3 private behandlingstilbud, som varetages af selvejende humanitære organisationer, fortsat svingende og ofte lange ventetider, som i Region Hovedstaden er op til 2 år.

Det er typisk alment praktiserende læger, der henviser, og de private tilbud selv, der visiterer patienterne til behandlingen, men regionerne skal betale for behandlingen inden for en økonomisk ramme, som Sundheds- og Ældreministeriet fastsætter, og som ikke tilpasses antallet af henviste patienter. Uanset at flygtningene oplyses om muligheden for hurtig behandling i regionale tilbud, benytter de i praksis ikke retten til frit sygehusvalg, men venter på den private behandling.

Landspatientregisteret (LPR)

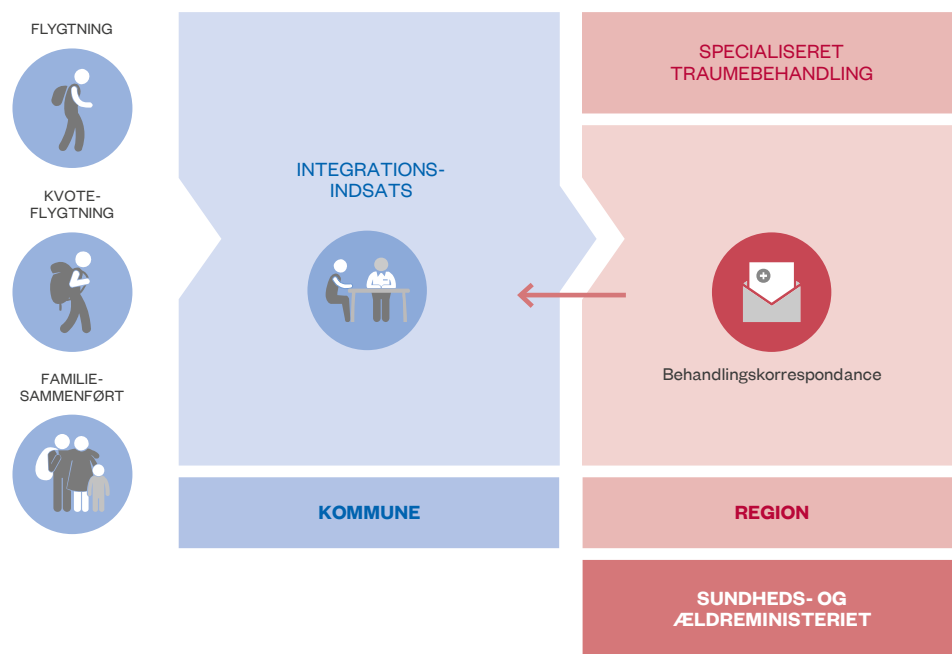
I LPR registrerer sygehusene en række oplysninger om patienters kontakt med sygehuse, fx diagnose og behandling samt sygehusafdeling og tidspunkt for behandling. LPR blev oprettet i 1976 og bruges til at følge udviklingen i sygehusenes behandling af patienter.

Regionerne har oplysningspligten over for patienterne, mens Sundheds- og Ældreministeriet har en hjemmeside, som skal hjælpe patienter med at få overblik over ventetider. Hjemmesiden omfatter dog generelt ikke de specialiserede områder, herunder behandlingen af traumatiserede flygtninge. Ministeriet er ikke via de årlige statusrapporter blevet orienteret om ventetiderne i de private tilbud, men regionerne har bl.a. i samrådsmateriale til ministeriet i 2016 oplyst herom. Ministeriet arbejder på at udvikle databaseret monitorering af de specialiserede områder, men ministeriets mulighed for at følge behandlingen af traumatiserede flygtninge er begrænset af mangelfuld indberetning af data. Det skyldes for de 3 private tilbuds vedkommende en dispensation, som ministeriet har trukket tilbage i foråret 2018.

3.2. Koordinering af forløbet under traumebehandling

44. Når en traumatiseret flygtning kommer i specialiseret behandling, er det af hensyn til sammenhængen i forløbet vigtigt, at regionen koordinerer 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 systematisk, digitalt understøttet. I dette afsnit fokuserer vi på overgangen fra behandling til integrationsindsats, jf. figur 10.

Figur 10
Koordinering under behandling af traumatiserede flygtninge



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af figur 10, at koordineringen kan ske via behandlingskorrespondance mellem regioner og kommuner. Et koordineret og sammenhængende forløb sikrer, at den regionale behandling og den kommunale integrationsindsats understøtter hinanden bedst muligt, så flygtningens sandsynlighed for at komme i beskæftigelse øges.

Sundheds- og samarbejdsaftaler mellem region og kommuner

45. Sundhedsaftalerne er den overordnede ramme for regionernes og kommunernes koordinering, som har til formål 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.

46. Undersøgelsen viser, at 3 af de 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. Boks 9 beskriver 2 af Region Syddanmarks overordnede tiltag.

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftaler indgås mellem regionsrådet og kommunerne, der ligger i regionen, og gælder for en 4-årig periode. I aftaleperioden 2015-2018 har aftalerne skullet dække 4 obligatoriske indsatsområder: forebyggelse, behandling og rehabilitering samt digitale arbejdsgange.

Boks 9

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 fra den kommunale forvaltning i 17 af regionens 22 kommuner. Formålet var bl.a. at opdatere hinanden på viden om flygtningestrømme og behandling.

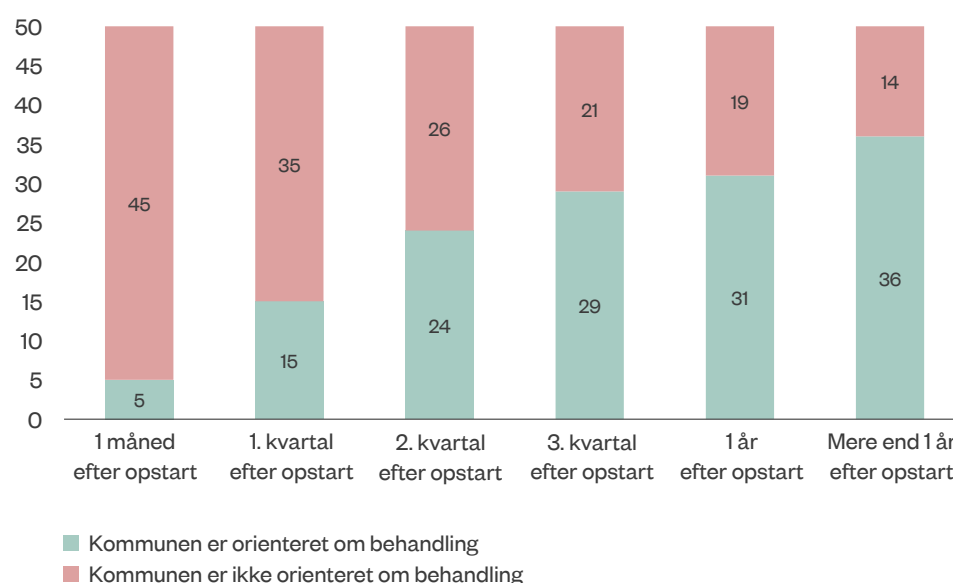
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Region Syddanmark.

Regionernes praksis for at koordinere med kommunerne

47. Regionernes koordinering med kommunerne om behandlingsforløb kan være et vigtigt bidrag til, at kommunerne kan tilrettelægge integrationsindsatsen ud fra flygtningenes helbreds-mæssige forudsætninger og dermed på sigt bidrage til beskæftigelse. Rigsrevisionen har ved hjælp af en stikprøve på 50 flygtninge i specialiseret traumebehandling, som er fordelt ligeligt på de 5 regioner, undersøgt regionernes praksis for at koordinere med kommunerne gennem korrespondance pr. telefon, e-mail og fysisk post. Stikprøven har et mindre omfang og er derfor ikke repræsentativ, men giver et billede af regionernes praksis og forskelle imellem dem i de forløb, hvor flygtningene har givet samtykke til, at der kan videregives oplysninger til kommunen.

Undersøgelsen viser, 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. Det betyder, at kommunerne har begrænsede forudsætninger for at tilpasse integrations- og beskæftigelsesindsatsen. Vi har undersøgt, hvor lang tid der går, før regionerne oplyser kommunerne om behandlingen. Figur 11 viser resultatet af gennemgangen.

Figur 11
Antal flygtninge, hvor regionerne har haft korrespondance med kommunerne, opgjort efter tidspunktet for 1. korrespondance



Note: N=50.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 11, 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 af de 50 flygtninge ingen korrespondance mellem region og kommune.

Region Sjælland har oplyst, at regionen ikke mener, at der er belæg for at konkludere, at korrespondancen er for langsommelig, og at der inden for de første 3 måneder vil være meget begrænset information, som kommunerne kan handle på. Mere handlingsorienteret information vil ifølge regionen først foreligge ca. 6 måneder inde i patientkontakten.

Region Midtjylland, som i 5 ud af 10 undersøgte patientforløb ikke har haft korrespondance med kommunen på noget tidspunkt, er den region i stikprøven, som har haft mindst korrespondance.

Region Midtjylland har oplyst, at man ikke systematisk orienterer kommunen, når det omhandler behandlingen af ambulante patienter, som bl.a. omfatter traumatiserede flygtninge, men at kommunikationen tager udgangspunkt i patientens behov, dvs. en konkret vurdering af det enkelte patientforløb. Regionen mener ikke, at det på baggrund af en overordnet konstatering af, om og hvornår kommunikationen foregår, kan konkluderes, at den ikke er tilstrækkelig.

Rigsrevisionen kan konstatere, at Region Midtjylland har indgået en samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge, hvoraf det fremgår, at en koordineret tværsektoriel indsats er særlig vigtig for denne målgruppe, og at alle parter orienteres om forhold af relevans for patientens sundhed og trivsel.

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 denne region i 9 ud af 10 tilfælde har orienteret kommunerne om behandlingen. Boks 10 viser et eksempel på Region Hovedstadens opstartsbrev og afslutningsbrev til kommunerne.

Boks 10

Eksempel på opstartsbrev og afslutningsbrev fra Region Hovedstaden

Opstartsbrev

En flygtning, som har PTSD og smerter, er henvist til specialiseret traumebehandling. Regionen sender et brev til kommunen om, at flygtningen er startet i traumebehandling. Kommunen oplyses her om diagnosen, formålet med behandlingen og 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 om flygtningens diagnoser og helbredstilstand ved afslutningen af behandlingen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Region Hovedstaden.

48. Undersøgelsen viser, at regionerne har relativt lidt korrespondance med kommunerne i forbindelse med *opstart* af behandlingen. Det gælder især Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland.

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

Region Nordjylland har oplyst, at de indkalder alle kommuner til udskrivningskonference. Rigsrevisionen kan konstatere, at korrespondance herom ikke fremgår af den tilsendte dokumentation til Rigsrevisionens stikprøve.

49. Rigsrevisionens gennemgang af patientforløb viser, at samarbejdsaftalerne i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland ikke har medført højere grad af koordinering med kommunerne i form af korrespondance i de *konkrete patientforløb* set i forhold til de 2 regioner uden samarbejdsaftaler. Region Syddanmark har oplyst, at regionens samarbejdsaftale tidligt har været med til at sikre klare forløbsbeskrivelser for koordineringen mellem region og kommuner via systematiske netværksmøder.

Digital understøttelse af korrespondancen mellem regioner og kommuner

50. 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. Vi har undersøgt status med at etablere systematisk digital understøttelse af korrespondancen mellem region og kommuner i form af kliniske e-mails, der er udviklet af Medcom. I forhold til almindelige sikre (krypterede) e-mails har disse e-mails bl.a. den fordel, at de automatisk journaliseres på det cpr-nummer, som korrespondancen vedrører. De kliniske e-mails har i en årrække været anvendt mellem region og kommuner til korrespondance om pleje og genoptræning af patienter med behov for hjemmepleje.

Undersøgelsen viser, at alle regionerne i sundhedsaftalerne med kommunerne for perioden 2015-2018 har haft fokus på at etablere digital korrespondance på tværs af regioner og kommuner på især socialområdet, men også på beskæftigelsesområdet. Pr. 1. oktober 2018 er der i 3 ud af 5 regioner endnu ikke etableret mulighed for korrespondance via kliniske e-mails på disse områder, da de relevante forvaltninger i kommunerne ikke er i stand til at modtage denne type e-mails. Tabel 1 viser den aktuelle status for muligheden for at udveksle kliniske e-mails mellem hver region og kommunernes socialforvaltninger og beskæftigelsesforvaltninger.

Medcom

Medcom er stiftet i 1994 og ejes af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL. Medcom beskrives som den digitale rygrad i sundhedsvæsenet og har til opgave at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger, herunder kliniske e-mails (korrespondance-meddelelser).

Tabel 1

Status og planer for brug af kliniske e-mails mellem regioner og kommuner på socialområdet og beskæftigelsesområdet

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Delvist implementeret på beskæftigelsesområdet og under implementering på socialområdet.	Taget i brug pr. 1. oktober 2018 på socialområdet.	Under implementering på socialområdet og besluttet udvidet til beskæftigelsesområdet.	Ikke taget i brug, men planer om implementering fra efteråret 2019.	Ikke taget i brug og ingen aktuelle planer herom.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af tabel 1, at det i Region Hovedstaden er muligt at bruge kliniske e-mails til korrespondance mellem regionen og de fleste af kommunernes beskæftigelsesforvaltninger, mens der arbejdes på implementeringen på socialområdet. Region Sjælland er for nylig begyndt at bruge kliniske e-mails mellem regionen og kommunernes socialområde. Det fremgår videre af tabellen, at det alene er Region Nordjylland, som ikke for nuværende har planer om at indføre kliniske e-mails til korrespondance med kommunerne og således fortsætter med bl.a. at anvende almindelig, sikker e-mail.

Selv om det i 2 regioner er blevet teknisk muligt for regionen at afsende og for kommunerne at modtage de kliniske e-mails på social- og/eller beskæftigelsesområdet, er der fortsat ikke et stabilt udvekslingsflow. Generelt er der fortsat meget begrænset udveksling af kliniske e-mails mellem sygehusafdelinger og kommunernes social- og beskæftigelsesområder. Flere enheder har så lave tal pr. måned (ofte blot en enkelt), at der ifølge Medcom kan være tale om en fejlforsendelse.

51. Alle regioner har oplyst, at de kan afsende kliniske e-mails, og at de forsøger at sikre digitale aftaler med kommunerne, men at de ikke kan tvinge kommunerne til at anvende samme digitale løsninger, som er en forudsætning for, at kommunerne kan modtage de kliniske e-mails. Medcom har oplyst, at når kommunernes social- og beskæftigelsesforvaltninger endnu ikke kan modtage de kliniske e-mails, som i en år-række har været brugt af sundheds- og omsorgsforvaltningerne, skyldes det, at kommunernes it-landskab er meget komplekst og kendetegnet ved forskelligartede it-systemer på tværs af forvaltninger.

Med de nuværende kommunikationsløsninger kan korrespondancen være en tung og omstændelig proces. E-mails og post afhænger ligesom telefonkontakt i høj grad af åbnings- og ekspeditionstider samt videresendelse til den rette (sags)behandler. Mens telefonkontakt medfører en risiko for manglende journalisering, medfører e-mails (og post) en risiko for, at relevante følsomme personoplysninger ikke rettidigt når frem til den rette person og placeres på den rette sag. Det kan have konsekvenser for koordineringen af forløbet, jf. boks 11.

Boks 11

Konsekvens af manglende digital understøttelse

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

Rigsrevisionen har ved indhentningen af sagsmateriale til denne undersøgelse fra 68 kommuner oplevet væsentlige udfordringer med, at e-mails ikke har kunnet findes i kommunernes hovedpostkasse. Desuden har der i mange tilfælde været betydelig ekspeditionstid i forhold til at finde den rette sagsbehandler i kommunen. Korrespondance med kommunerne kan derfor forudsætte, at afsenderen skal følge tæt op og genfremsende materialet, hvilket er tids- og resursekrævende.

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

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af stikprøver i regioner og kommuner.

52. Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og kommunerne har siden 1990'erne i regi af Medcom arbejdet på at fremme effektiv anvendelse af it i sundhedsvæsenet til bl.a. at skabe sammenhængende patientforløb mellem sektorerne. Rigsrevisionen kan konstatere, at det trods fokus i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet for 2013-2017 endnu ikke er lykkedes at udbrede brugen af de kliniske e-mails hverken på socialområdet eller beskæftigelsesområdet.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Medcom i oktober 2018 har nedsat en operationel styregruppe for at fremme den nationale implementering. Medcom vurderer, at der med den rette resurseunderstøttelse de kommende 2-4 år er mulighed for at udbrede de kliniske e-mails, som vil kunne anvendes, mens der udvikles mere avancerede digitale løsninger, jf. den nye strategi for digital sundhed for 2018-2022.

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 parterne et halvt år efter opstart af behandlingen. Det samme gælder for ¼ af de afsluttede patientforløb. Dog har Region Hovedstaden i 9 ud af 10 patientforløb 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 på et mere overordnet niveau understøttet opsporing og behandling af traumatiserede flygtninge.

I 3 af de 5 regioner er der på grund af forskelligartede it-systemer i kommunerne endnu ikke etableret mulighed for systematisk digitalt understøttet korrespondance i form af kliniske e-mails om behandlingen af bl.a. traumatiserede flygtninge. Selv om det i Region Hovedstaden og Region Sjælland er muligt at udveksle kliniske e-mails med henholdsvis kommunernes beskæftigelsesområde og socialområde, er brugen af dem fortsat yderst begrænset. Dermed er der i alle regioner risiko for, at vigtige oplysninger om behandlingen ikke når rettidigt frem til den rette modtager i kommunen, som skal tilpasse indsatsen efter flygtningens forudsætninger. Det skal ses i lyset af, at Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og kommunerne siden 1990'erne haft fokus på at udvikle og udbrede de kliniske e-mails, som i en årrække har været i brug på andre kommunale forvaltningsområder. Ministeriet har oplyst, at der i oktober 2018 er nedsat en styregruppe for at fremme national implementering.

Rigsrevisionen, den 12. december 2018

Lone Strøm

/Michala Krakauer

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, så flygtningene hurtigst muligt 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, og koordinerer regionerne behandlingen med kommunerne?

I undersøgelsen indgår Udlændinge- og Integrationsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne. Udlændinge- og Integrationsministeriet indgår, fordi ministeriet har det direkte ansvar for asylfasen og det overordnede ansvar for integrationsindsatsen i kommunerne og deres opsporing af flygtninge med traumer. 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 opfølgning på kommunernes integrationsindsats for nyankomne flygtninge tilbage til 2013, hvor den generelle helbredsundersøgelse (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 regionernes sundhedsaftaler med kommunerne for perioden 2015-2018.

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

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

Stikprøvemateriale og redegørelser til Rigsrevisionen

- 214 sager om nyankomne flygtninges helbred og integrationsindsats fra 68 kommuner og 4 asyloperatører, som driver asylcentre
- 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.

Udlændinge- og Integrationsministeriet og Finansministeriet: rapporter og analyser

- "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", Finansministeriet februar 2018.

Integrations- og Udlændingeministeriet: love, inkl. lovforslag og samråd

- udlændingeloven
- integrationsloven, herunder forarbejder fra Folketingets behandling af lovforslaget til ændringen, som i 2013 indførte helbredsundersøgelsen af nyankomne flygtninge og i 2016 ændrede vilkårene for den, fx:
 - notat om de indkomne høringssvar vedrørende udkast til lovforslag om ændring af integrationsloven og forskellige andre love (bedre rammer for at modtage og integrere flygtninge, styrket virksomhedsrettet integrationsprogram m.v.), maj 2016 [lov nr. 189]
 - ministerens svar på udvalgs spørgsmål nr. 10 og nr. 16 til lov nr. 189 i forbindelse med lovbehandlingen af ændringen af integrationsloven, maj 2016.
- 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.

Udlændinge- og Integrationsministeriet: overgivelseskema og operatørkontrakter

- overgivelseskema, juli 2016
- vejledning til udfyldelse af overgivelseskema fra indkvarteringsoperatør til kommune, juli 2016
- vejledning om overgivelseskema for nye flygtninge i kommunen, oktober 2016
- overgivelseskema, december 2017 (digitaliseret)
- vejledning om videregivelse af oplysninger fra asyloperatør til kommune, december 2017
- vejledning til kommunerne vedrørende indsamling af oplysninger fra asyloperatørerne om nye flygtninge i kommunen, december 2017
- kontrakter for 2017 mellem Udlændingestyrelsen og asyloperatører.

Udlændinge- og Integrationsministeriet: helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge

- bekendtgørelse om tilbud om helbredsmæssig vurdering af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, 2016
- vejledning om generelle helbredsmæssige vurderinger af familiesammenførte til flygtninge, 2016
- orienteringsskrivelse til kommunerne om ændring af integrationsloven, 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
- lægeattesterne LÆ 141 Anmodning om generel helbredsattest og LÆ 141F Anmodning om generel helbredsattest til nyankommen flygtning samt LÆ 145 Generel helbredsattest.

Sundheds- og Ældreministeriet og regioner: rapporter og forskning

- opgørelse af beskæftigelsesgrad blandt flygtninge henvist til specialiseret traumebehandling i forskningsprojektet: 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)
- "Rapport for arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008
- "Rapport fra arbejdsgruppen om afklaring af ansvarsforhold for tilbud om behandling ved visse af de foreningsejede specialsygehuse", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009
- "MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge", Center for kvalitet, Region Syddanmark 2008
- "Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen" (kapitel 4: Behov for en tidlig indsats – behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge), Sundhedsstyrelsen 2010
- "Behandling af PTSD hos veteraner – anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet", Sundhedsstyrelsen 2010.

Sundheds- og Ældreministeriet og regioner: love, regler og standarder

- sundhedsloven, herunder bekendtgørelse og vejledning om sundhedsaftaler
- "Specialeplanlægning – begreber, principper og krav", Sundhedsstyrelsen 2015
- "Specialevejledning for psykiatri", Sundhedsstyrelsen 2018
- "Pakkeforløb for traumatiserede flygtninge – voksne", Danske Regioner 2017.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har for det første været at skabe et overblik over Udlændinge- og Integrationsministeriets indsats i forhold til kommunernes opsporing af traumatiserede flygtninge, herunder hvilke helbredsoplysninger asyloperatørerne, som driver asylcentre på vegne af ministeriet, skal overdrage til kommunerne, og om denne overdragelse har fundet sted. For det andet har formålet været 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. Endelig har formålet været at opnå kendskab til området, herunder baggrund og præmisser for ændringen af integrationsloven i 2016, rammer for den specialiserede sygehusbehandling af traumatiserede flygtninge og problemstillinger i forhold til opsporing og behandling af flygtninge med traumer.

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 for traumatiserede flygtninge i Region Hovedstaden samt Indvandrermedicinsk Klinik i Region Syddanmark
- Danske Regioner
- Næstved Kommune.

Formålet med møderne har været at opnå en bred forståelse af 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 tydeliggøre 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

Vi har udvalgt 3 repræsentative stikprøver på Udlændinge- og Integrationsministeriets område og 1 mindre stikprøve i regionerne, som ikke er repræsentativ.

Stikprøve på Udlændinge- og Integrationsministeriets område

Vi har inddraget Udlændinge- og Integrationsministeriet i designet af stikprøven, herunder stikprøveperiode, og indhentet materiale, som er suppleret med ministeriets forslag til relevant dokumentation. Ministeriet har i forbindelse med høringen af beretningsudkastet bemærket, at overgivelseskemaet i stikprøveperioden var på et tidligt tidspunkt i implementeringsfasen. Ministeriet udsendte det standardiserede overgivelseskema med tilhørende vejledning til asyloperatørerne i juli 2016, og det fremgår af ministeriets kontrakter med asyloperatørerne for 2017, at operatørerne skal benytte overgivelseskemaet. Rigsrevisionens stikprøve består af flygtninge, som er overgået til kommunerne i 1. kvartal 2017, dvs. ca. et halvt år efter, at overgivelseskemaet er introduceret. En kontrol af vores stikprøve viser ingen sammenhæng mellem en tidlig overgivelsesdato i stikprøveperioden, og at overgivelseskemaet ikke er udarbejdet.

De 3 repræsentative stikprøver er beskrevet i tabellen nedenfor.

Stikprøve	Population, stikprøven er udtaget af	Antal i stikprøven	Indhentet materiale (dokumentation)
Flygtninge, som kommer fra asylfasen	626 personer/asylansøgere over 18 år, som i 1. kvartal 2017 er overgivet til kommunerne fra de 4 største operatører af asylcentre.	83	<p>Fra ministeriet (asylfasen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicinsk modtagelse (fx tjekskema udfyldt af sundhedsfagligt personale) • alle andre sundheds-/helbredsoplysninger fra asylcentre • 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 asyloperatøren til den praktiserende læge. <p>Fra kommuner:</p> <p>Relevant dokumentation og journalnotater, som ligger til grund for kommunens vurdering af behovet for en helbredsundersøgelse (inkl. noter om afgivelse af tilbuddet, og om tilbuddet er accepteret eller afvist).</p> <p>Alle foreliggende sundheds-/helbredsoplysninger fra asyloperatøren, fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • overgivelsesskemaet fra det afgivende asylcenter (om bl.a. helbred, jf. del 3) • øvrige sundheds-/helbredsoplysninger fra det afgivende asylcenter (herunder korrespondance og udtalelser herom) • eventuelle oplysninger fra den medicinske modtagelse og/eller andre sundhedsfaglige (journal)oplysninger fra asyloperatøren. <p><i>Helbredsundersøgelse, herunder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • blanket LÆ 141 F • blanket LÆ 145 • e-mailkorrespondance og telefonnotater fra samtaler med læge om helbredsundersøgelsen. <p>Eventuelle andre oplysninger fra og korrespondance med praktiserende læge, psykolog, psykiater eller sygehusvæsen, herunder også private behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge.</p>
Kvoteflygtninge	144 personer/flygtninge over 18 år, som ankom til landet i 2016.	58	<p>Fra ministeriet:</p> <p>Sundhedsundersøgelse udarbejdet før ankomst til landet.</p> <p>Fra kommuner:</p> <p>Sundhedsundersøgelse udarbejdet før ankomst til landet.</p> <p>Dokumentation for, at kommunen har tilbudt en helbredsundersøgelse (fx journalnoter), og om flygtningen har taget imod tilbuddet, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • blanket LÆ 141F • blanket LÆ 145.

Stikprøve	Population, stikprøven er udtaget af	Antal i stikprøven	Indhentet materiale (dokumentation)
Familiesammenførte til flygtninge	313 personer/familiesammenførte over 18 år, som ankom til landet i 1. kvartal 2017.	73	<p>Fra kommuner:</p> <p>Relevant dokumentation og journalnotater, som ligger til grund for kommunens vurdering af behovet for en helbredsundersøgelse (inkl. noter om afgivelse af tilbuddet, og om tilbuddet er accepteret eller afvist).</p> <p>Eventuelle helbredsoplysninger om den person, som familiesammenføring er sket med, hvis det har ligget til grund for kommunens vurdering af tilbud om helbredsundersøgelse (jf. orienteringsskrivelse fra Udlændinge- og Integrationsministeriet fra 2016).</p> <p><i>Helbredsundersøgelse, herunder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • blanket LÆ 141 F • blanket LÆ 145 • e-mailkorrespondance og telefonnotater fra samtaler med læge om helbredsundersøgelsen. <p>Eventuelle andre oplysninger fra og korrespondance med praktiserende læge, psykolog, psykiater eller sygehusvæsen, herunder også private behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge.</p>

Note: Helbredsundersøgelsen omtalt i tabellen refererer til helbreds vurderingen, jf. § 15 i lovbekendtgørelse nr. 1127 af 11. oktober 2017.

Kilde: Rigsrevisionen.

Konfidensniveau og konfidensinterval

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 mere end ± 10 % fra populationen generelt.

De 3 stikprøver har alle et konfidensniveau på 95 % og et konfidensinterval på 10 %. Vores stikprøve af kvoteflygtninge er afgrænset til 2016, fordi der i 2017 alene ankom 2 kvoteflygtninge over 18 år. Vores stikprøve af flygtninge og familiesammenførte til flygtninge er afgrænset til dem, der er ankommet 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 med hensyn til køn og nationalitet. Vi har desuden sammenlignet kvartalets population med årets population, hvor der tilsvarende er stor overensstemmelse.

Der er indhentet materiale fra 68 kommuner og via ministeriet fra 4 operatører, som driver asylcentre. I undersøgelsesperioden har der været flere asyloperatører, men af hensyn til aktualiteten omfatter stikprøven alene sagsmateriale fra de 4 operatører, som ministeriet på undersøgelsestidspunktet forventede at have i drift fremadrettet.

Vi har i vores gennemgang af stikprøvematerialet registreret, hvis der i den medicinske modtagelse og den øvrige sundhedsjournal fra asyloperatørerne eller i kommunernes dokumenter, herunder helbredsundersøgelsen, har været oplysninger om psykiske problemer, fx symptomer på PTSD, angst og depression. Vi har også registreret øvrige oplysninger om fx psykologbehandling eller selvskadende adfærd. Undersøgelsens resultater er således en gengivelse af operatørernes og kommunernes registreringer. Vi har ud fra et forsigtighedsprincip ikke registreret risikomarkører for traumer, fx oplysninger om tortur, søvnproblemer og hukommelsesbesvær, medmindre de optræder i sammenhæng med ovennævnte oplysninger.

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

Stikprøve i regionerne

Stikprøven omfatter 50 flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som har et afsluttet behandlingsforløb i de 5 regioner i 3. kvartal 2017. Denne periode er valgt for at sikre, 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 er fordelt med 10 sager fra hver region. De private tilbud indgår ikke i stikprøven.

Flygtningene skal – for at indgå i stikprøven – have haft mindst 3 fremmøder under deres nu afsluttede behandlingsforløb. Flygtningene skal have været i et kommunalt forløb samtidig med behandlingen, så der har været et behov for koordinering mellem region og kommune. Desuden skal flygtningene have givet samtykke til, at oplysninger videregives til kommunen. Vi har indhentet og gennemgået al korrespondance mellem regionen og kommunen for de 50 flygtninge i form af standardiserede breve, statusattester, e-mails, telefonnotater og øvrige journalnoter. Vi har ad 2 omgange præciseret og indhentet materiale for at sikre, at regionerne har sendt os alt foreliggende (journaliseret) materiale på de cpr-numre, som indgår i stikprøven.

Formålet med denne ikke-repræsentative stikprøve har været at få et billede af, i hvilket omfang regionerne koordinerer behandlingsindsatsen med kommunerne for derved at opnå et sammenhængende forløb for flygtningen. Ifølge en forskningsoversigt fra 2008 ("MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge") er overgangen og overdragelsen mellem de specialiserede behandlingstilbud og kommunerne en svaghed, som det anbefales af have fokus på.

Registerdata

Formålet med analysen af registerdata har været 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 til flygtninge, 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 fordeles sig som vist i tabellen nedenfor.

	Antal personer	Andel
Flygtninge	33.893	89 %
Familiesammenførte	4.177	11 %
I alt	38.070	100 %

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik.

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 tidspunktet 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 ordineret medicin.

Gruppering

Vi anvender i analyserne 3 grupper:

- referencegruppen: flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som hverken har en traumerelateret diagnose eller har fået ordineret medicin (psykofarmaka)
- traumediagnosticerede: flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som har fået en traumerelateret diagnose i perioden fra ankomst til Danmark og til 2016
- medicinerede: flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som har fået ordineret medicin (psykofarmaka) mindst én gang i perioden fra ankomst til Danmark og til 2016.

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

Gruppen af *medicinerede* har vi anvendt til at "rense" referencegruppen, så den ikke indeholder flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som har psykiske problemer 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, som har analyseret danske krigsveteraner med og uden psykiske problemer 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 én 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 til flygtninge 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 %
I alt – <i>uden</i> medicinerede	29.915	78,60 %
Medicinerede	8.155	21,40 %
I alt – <i>med</i> medicinerede	38.070	100,00 %

Note: I de tilfælde, hvor en person har fået både en diagnose og medicin, indgår vedkommende i populationen af traumediagnostiserede.

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

Da vi udskiller gruppen af medicinerede, er analyserne af beskæftigelse og sygehuskontakt for flygtninge og familiesammenførte til flygtninge med eller uden traumer foretaget med en population på 29.915 personer. For gruppen med traumer skal diagnosingen 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 (jf. afsnittet *Forbehold* nedenfor).

Dataregistre og variable

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

Register	Indhold	Variable	Specificeret indhold
OPHGIN	Opholdsgrundlag for indvandrede	PNR	Personnummer. Entydig identifikation af person.
		Kategori Grundlag Forklar	Opholdstilladelsens type er defineret ved hjælp af 3 variable fra Udlændingestyrelsen: <i>Kategori</i> , <i>Grundlag</i> og <i>Forklar</i> . Kategori er den overordnede gruppering af opholdstilladelserne i 6 værdier: <i>Asyl mv.</i> , <i>Det øvrige opholdsområde</i> , <i>Erhverv</i> , <i>EU/EØS</i> , <i>Familiesammenføring</i> og <i>Studie</i> . Variablene <i>Grundlag</i> og <i>Forklar</i> bruges til at underopdele opholdstilladelsestypen fra <i>Kategori</i> . I de fleste tilfælde vil der være tale om at kombinere <i>Kategori</i> og <i>Grundlag</i> . Men kombination af kategorien <i>Familiesammenført</i> og bestemte koder i <i>Forklar</i> bruges til at opdele familiesammenførte efter, om de er familiesammenførte til flygtninge, danske/nordiske statsborgere eller andet. <i>Forklar</i> kan ikke bruges for tilladelser givet før 2010.
		Tilladelsesdato	Dato for opholdstilladelse. 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	Befolkningsoplysninger	PNR	Personnummer. Entydig identifikation af person.
		FOED_DAG	Fødselsdato på formen åååå-mm-dd udledt fra PNR.
DREAM	Forløbsdatabase over befolkningens 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: <ul style="list-style-type: none"> • NO5B (angstdæmpende midler) • NO5C (beroligende midler) • NO6A (antidepressive midler) • NO6B (psykostimulerende midler).
LPR	Landspatientregisteret	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) i henhold til <i>Klassifikation af Sygdomme</i> , jf. International Classification of Diseases (ICD-10) fra World Health Organization (WHO). Følgende koder er anvendt: <ul style="list-style-type: none"> • 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 (somatiforme tilstande) • DF 62 (personlighedsændring efter katastrofeoplevelse).

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik.

Analyseløstoder

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

Vi har foretaget en deskriptiv analyse af beskæftigelsen for flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, 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	Antal timer (gennemsnit)	Standardafvigelse	Antal personer
Referencegruppe	353,70	636,20	26.344
Traumediagnostiserede	161,00	454,50	3.571
I alt	330,70	620,40	29.915

Note: På baggrund af variansanalysen (envejs-ANOVA) er de 2 grupper signifikant forskellige fra hinanden på et 0,001 signifikansniveau.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik.

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

Somatiske kontakter	Antal kontakter (gennemsnit)	Standardafvigelse	Antal personer
Referencegruppe	4,20	7,8	26.344
Traumediagnostiserede	17,80	17,20	3.571
I alt	5,90	10,40	29.915

Note: På baggrund af variansanalysen (envejs-ANOVA) er de 2 grupper signifikant forskellige fra hinanden på et 0,001 signifikansniveau.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik.

Deskriptive analysemetoder

Deskriptive analysemetoder beskriver, hvordan genstandsfeltet er, men ikke hvorfor, dvs. de indeholder ikke årsagsforklaringer.

Signifikantstest

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

Forbehold

Som undersøgelsen har vist, har 3 af de i alt 10 behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge på grund af dispensation 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 for traumer), men som ikke fremgår med diagnose i LPR-registret. For at kunne inddrage disse personer i gruppen med traumediagnose, har Rigsrevisionen via Sundhedsdatastyrelsen indhentet data fra de 3 behandlingstilbud, der 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), som er tidsafgrænsningen for de øvrige data i registeranalysen.

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

SHAK-koder

SHAK-koder anvendes bl.a. ved indberetning til LPR og angiver, hvilket sygehus, afdeling og afsnit der har varetaget en given behandling. SHAK-koderne kan således anvendes til at stødfeaste behandlingen.

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 ved hjælp af såkaldte sygehusklassifikationskoder (SHAK-koder) i en ubrudt periode, som er den samme for alle behandlingstilbud. Dette har vist sig ikke at være muligt, selv om 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, set i forhold til flygtningepopulationen i den enkelte region. 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).

Bilag 2. Ordliste

Alment praktiserende læge	Betegnes ofte som borgerens egen læge, som kan undersøge og behandle for sygdomme og hen- vise til yderligere undersøgelse eller behandling i fx sygehusvæsenet.
Ambulant behandling	Behandling uden indlæggelse på et sygehus.
Asyl	Udlændinge kan få opholdstilladelse, hvis de er omfattet af FN's flygtningekonvention af 28. juli 1951, eller hvis de risikerer dødsstraf, tortur mv., hvis de vender tilbage til hjemlandet.
Asylcenter	Et indkvarteringssted for asylansøgere, hvor man opholder sig, mens asylsagen behandles.
Attest	En skriftlig udtalelse om en persons sundhedstilstand, som lægen laver til brug for en juridisk afgø- relse i fx en kommune.
Familiesammenføring	Når visse betingelser er opfyldt, kan udlændinge få opholdstilladelse efter reglerne om familiesam- menføring. Reglerne omfatter ægtefæller og faste samleverer samt børn og øvrige familiemedlem- mer.
Flygtning	En asylansøger, som får godkendt sin asylansøgning, får status som flygtning og dermed tidsbe- grænset opholdstilladelse.
Frit sygehusvalg	Borgerne har ret til frit at vælge mellem alle offentlige sygehuse og afdelinger i landet, inkl. visse pri- vate sygehuse, når de skal undersøges eller behandles. Det gælder dog ikke, hvis fx den afdeling, borgeren ønsker, ikke har kapacitet.
Private behandlingstilbud	De private tilbud, som omtales i denne beretning, omfatter (jf. sundhedslovens § 79, stk. 2, og be- mærkningerne til loven) 16 bevaringsværdige selvejende specialsygehuse, klinikker og hospices, som yder ikke-kommerciel behandling af forskellige patientgrupper. 3 af dem behandler traumati- serede flygtninge, mens andre behandler eller rehabiliterer patienter med fx epilepsi eller sclerose.
Samtykke	Tilkendegiver en hensigt. I forhold til personoplysninger skal samtykke ses som en frivillig tilkende- givelse af, at personen, som oplysningerne omhandler, på informeret grundlag indvilger i, at oplys- ningerne fx kan indsamles og videregives til et specifikt formål.
Social- og sundhedstilbud	Kan i kommunerne fx omfatte personlig støtte, familierettede indsatser og forebyggende foranstalt- ninger og genoptræning. De kommunale sundhedstilbud har forebyggende eller rehabiliterende ka- rakter, mens behandling af ambulante eller indlagte patienter og genoptræning af indlagte patien- ter varetages af sygehusene.
Somatisk	I sundhedsvæsenet er somatik defineret som al legemlig (fysisk) behandling. Til sammenligning handler psykiatri om følelser, tanker og handlinger. Endelig findes somatoforme lidelser, hvor fysi- ske gener som fx trykken i brystet, svimmelhed og smerter ikke skyldes somatisk sygdom, men kan behandles med psykoterapi og medicin.
Specialiseret behandling	Kan forstås på 2 måder. Enten som behandling på et sygehus i stedet for hos egen læge, speciallæ- ge eller andre praktiserende sundhedspersoner. Eller som en særlig specialiseret behandling inden for sygehusvæsenet, som fremgår af Sundheds- og Ældreministeriets specialeplan. Specialiseret behandling skal i denne beretning forstås som sidstnævnte.
Udredning	Når sygehuset undersøger, hvad patienten fejler. Patienten er udredt, når der er foretaget de un- dersøgelser, der er nødvendige for at kunne afklare, hvilken behandling patienten eventuelt skal have.
