

RAPPORT

24. AUG. 2011 – 31. DEC. 2017

Sundhedsklinik for udokumenterede migranter

Klinikken drives af Røde Kors i
samarbejde med Lægeforeningen og
Dansk Flygtningehjælp

rodekors.dk



Forord

Der er nu gået 6½ år, siden vi for første gang i august 2011 slog døren op til sundhedsklinikken i København og mere end 4 år, siden vi slog døren op til sundhedsklinikken i Aarhus i december 2013. Rigtig meget er sket siden da, men ét står fast – behovet for sundhedsklinikken er stort, og intet tyder på, at de udokumenterede migranter i nærmeste fremtid vil få fuld adgang til det offentlige sundhedsvæsen.

Siden vi åbnede og frem til 1. januar 2018, har klinikken i København og Aarhus tilsammen behandlet mere end 4.900 patienter, som har besøgt klinikken mere end 16.000 gange. År for år ser vi et øget antal patienter. Det vidner om, at flere og flere finder vores klinikker. Tallene taler for sig selv – rigtig mange syge mennesker og gravide kvinder har haft stor glæde af vores tilbud om sundhedshjælp.

Sundhedsklinikken tager afsæt i kernen af Røde Kors' vision om at forhindre og afhjælpe menneskelig nød, lidelse og diskrimination. Den bygger på Røde Kors' principper om medmenneskelighed, upartiskhed, uafhængighed og ikke mindst frivillighed. Sundhedsklinikken er på alle måder en hjertesag for Røde Kors.

Det er vigtigt at huske - og kan ikke siges for ofte - at klinikken kun kan fungere, fordi mere end 300 frivillige stiller deres tid og faglighed til rådighed i København og Aarhus. Læger, sygeplejersker, tandbehandlere, jordemødre, fysioterapeuter, bioanalytikere, psykologer, tolke og andre hjælpere bidrager hver især med deres viden og frivillige arbejdskraft, så alle patienter får den bedste professionelle sundhedsbehandling. Uden den store frivillige indsats ville klinikken ikke eksistere, og vi ville ikke kunne behandle de mennesker, som ikke har andre sundhedstilbud.

Klinikken er kun mulig ved finansiering af private fonde og donationer. Især OAK Foundation Danmark har støttet klinikken med mange penge, og har været en uvurderlig støtte og bakket op, således at klinikken har kunnet fortsætte arbejdet og udvide med en afdeling i Aarhus. I 2017 har 39 lokale Røde Kors-afdelinger tilsammen doneret henved 1,5 mio. kr. Alt i alt har 91 forskellige lokalafdelinger bidraget til klinikkens drift. En fantastisk opbakning, der gør, at klinikken trygt kan fortsætte arbejdet. Det er af meget stor betydning, at så mange lokalafdelinger støtter klinikken og på den måde viser, at Røde Kors står sammen.

Sundhedsklinikken har ved udgivelser af årsrapporter om klinikkens arbejde gennem 6½ år til stadighed synliggjort et udækket behov for sundhedshjælp til en sårbar gruppe mennesker. Røde Kors kan derved dokumentere og sikre nødvendig sundhedshjælp til de mennesker, som opholder sig i Danmark, men som ikke har fuld adgang til det offentlige sundhedssystem. Lidelserne er mange og forskellige, men alle patienter bliver modtaget og behandlet af professionelle frivillige. Det understreger, at en frivillig indsats kan gøre en kæmpe forskel.

Anders Ladekarl
Generalsekretær
Røde Kors i Danmark

INDHOLD

1	Den frivillige indsats.....	4
2	Målgruppen.....	5
3	Ydelser i klinikken	7
4	Statistik modtagelsen	8
	4.1 Antallet af patienthenvendelser i København	8
	4.2 Antallet af patienthenvendelser i Aarhus	10
	4.3 Hvor kommer patienterne fra i København.....	13
	4.4 Hvor kommer patienterne fra i Aarhus.....	14
	4.5 Alders- og kønsfordeling i København	15
	4.6 Alders- og kønsfordeling i Aarhus	16
	4.7 Sundhedsydelser – hvad spørges der efter i København	18
	4.8 Sundhedsydelser – hvad spørges der efter i Aarhus	19
	4.9 Den akutte tandbehandling i København.....	20
	4.10 Fysioterapi i København	21
	4.11 Den akutte tandbehandling i Aarhus	22

5	Statistik lægejournaler	23
	5.1 Nationalitet i København.....	23
	5.2 Nationalitet i Aarhus	24
	5.3 Alders- og kønsfordeling i København	25
	5.4 Alders- og kønsfordeling i Aarhus	27
	5.5 Diagnoser	28
	5.6 De gravide kvinder og de nyfødte børn i København	31
	5.7 Sundhedsplejerske i København	32
	5.8 De gravide kvinder og de nyfødte børn i Aarhus	33
	5.9 Laboratorieprøver i København.....	34
	5.10 Laboratorieprøver i Aarhus	35

6	Patienterne	37
7	Afsluttende kommentarer	38

1 DEN FRIVILLIGE INDSATS

Sundhedsklinikken er i høj grad afhængig af og baseret på frivillig, men professionel arbejdskraft. Klinikken har mere end 300 frivillige. Klinikken fungerer kun, fordi alle disse engagerede sundhedsbehandlere stiller deres tid og kompetencer til rådighed.

Det er kun den daglige leder samt en deltidsmedarbejder i København og en deltidsmedarbejder i Aarhus, som er ansat af Røde Kors til at lede, drive og koordinere indsatsen i klinikkerne.

Alle frivillige sundhedsbehandlere har autorisation og mindst fem års erfaring. Interessen for at være frivillig i klinikken har været og er fortsat stor. De fleste henvender sig af sig selv, og når der er behov for udvidelse, bliver de, der er på ventelisten, kontaktet.

Efter mere end seks år består den aktive frivillige stab af:

- 30 læger i København og 16 læger i Aarhus, som på skift har vagter i klinikken, nogle fungerer som vikarer eller har orlov. To læger fungerer som virksomhedsansvarlige læger – en i København og en i Aarhus.
- 35 speciallæger i København, herunder også andre private klinikker som røntgenklinik, øjenlæge mv., samt psykiatere og psykologer, som kan kontaktes efter behov. Ikke alle har været benyttet endnu. 19 speciallæger i Aarhus.
- 52 sygeplejersker i København og 20 i Aarhus, som på skift har vagter i klinikken enten i modtagelsen eller ved at bistå lægen i konsultationen. Af disse personer er de fleste sygeplejersker, men der er et par stykker med anden sundhedsuddannelse, som hjælper i modtagelsen. Nogle fungerer som vikarer eller har orlov.
- 9 jordemødre i København og 7 i Aarhus, som på skift har vagter i klinikken. Der er 5 aktive ad gangen. Nogle fungerer som vikarer eller med særlige kompetencer.
- 17 bioanalytikere i København og 13 i Aarhus som på skift har vagter i klinikken, eller som er vikarer.
- 4 fysioterapeuter og 1 kiropraktor i København, hvoraf de 3 fysioterapeuter og kiropraktoren har vagter i klinikken, en er stand-by. 2 fysioterapeuter i Aarhus, som der laves ad-hoc aftaler med.
- 17 tandbehandlere (tandlæger og klinikassistenter) i København, hvoraf nogle fungerer som vikarer eller er på orlov. 6 tandbehandlere (tandlæger og klinikassistenter) i Aarhus.
- 40 tolke, som kan tolke på telefonen til både København og Aarhus.
- 15 ekstra frivillige i København og 10 i Aarhus, som på skift går til hånd i klinikken, åbner for patienterne og hjælper med at hente medicin på apoteket.
- En farmaceut i København og en i Aarhus, som holder orden på indkøbt medicin.
- 3 sundhedsplejersker i København og 1 sundhedsplejerske i Aarhus, som tager sig af rådgivning til familier med små børn.

2 MÅLGRUPPEN

Sundhedsklinikkens patientgrundlag er udokumenterede migranter i Danmark. Det er mennesker, som ikke har lovligt ophold i Danmark og derfor kun har adgang til akutte sundhedsydelser i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan være udenlandske kvinder og mænd, som søger arbejde eller er handlet til prostitution eller i tvangsarbejde, afviste asylansøgere og deres familier, slægtninge til herboende, som ikke kan få bevilget familiesammenføring, herunder kvinder, der bliver gift med en herboende mand. Det kan være mennesker, som søger familiesammenføring, og som er kommet til landet, inden tilladelsen foreligger. Det kan være tidligere studerende fra Europa, USA eller tredjeverdenslande og au pair-kvinder, der ikke rejser hjem, når deres kontraktforhold udløber.

Fælles for målgruppen er, at den omfatter personer, som ikke har det gule sundhedskort eller private sygeforsikringer og heller ikke dansk cpr.nr.

Patienterne kommer fra hele verden. I klinikken i København kommer der flest fra Afrika, Asien og Østeuropa. I klinikken i Aarhus kommer der flest fra Mellemøsten, Afrika og Østeuropa. Flere afrikainere har midlertidig opholdstilladelse i Italien eller Spanien.

I december 2014 udkom Rockwool Fondens Forskningsenhed med en rapport om den illegale indvandring i Europa¹. Den beskriver bl.a., hvor migranterne kommer fra, migranternes motiver for at migrere, deres alder og fordeling af mænd og kvinder. Klinikens patienter er på mange måder repræsentative for rapportens konklusioner – at de fleste migranter kommer fra Afrika, Mellemøsten, Asien og Østeuropa, at de migrerer for at finde arbejde og kunne opretholde en eksistens pga. fattigdom og social ulighed i eget land, at de typisk er mellem 20-40 år, og at der i gennemsnit er flere mænd end kvinder. Rapporten anslår, at der med stor sandsynlighed er omkring 32.000 illegale migranter i Danmark. I 2016 udgav Rockwool Fondens Forskningsenhed et arbejdspapir, hvor de reviderer antallet af illegale migranter til knap 20.000 i Danmark.² Men det understreges samtidig, at tallene er baseret på skøn, da det i sagens natur ikke er muligt at tælle mennesker, som opholder sig illegalt i landet.

I 2017 udgav Kompasset, Kirkens Korshær en erfaringsrapport om arbejdet med de hjemløse migranter³. Ifølge deres erfaringer er det typisk økonomiske push faktorer i eget land, som får mennesker fra Østeuropa og Afrika til at rejse til Danmark. Kompassets erfaring er, at der ikke er noget, der taler for, at det er det danske velfærdssystem, som tiltrækker migranter, for de kender sjældent til vores sociale forhold. De åbne EU grænser har gjort det muligt for fattige mennesker fra typisk Rumænien, Polen og Bulgarien frit at rejse til Danmark for at søge arbejde, men de bliver ofte fanget i vores komplekse love og regler om arbejdstilladelse og opholdstilladelse, så de hurtigt ender som hjemløse migranter, der må ernære sig som fx flaskesamlere.

Mange af de afrikanske migranter har parirer fra Italien og Spanien, men det giver dem ikke opholdsrettigheder, som EU borgerne har.

Den sociale deroute som hjemløs migrant går ofte stærkt med flere sundhedsmæssige problemer til følge. Dette gør sundhedsklinikken endnu mere uundværlig.

Som det er nu, giver Sundhedsloven mulighed for akut behandling af alle mennesker, men der er stor usikkerhed om, hvordan akut skal defineres. Mange mennesker med fx kroniske lidelser (diabetes, for højt blodtryk, astma m.v.) eller graviditeter falder uden for akutlovgivningen. I sundhedsministeriets

¹ "Den illegale indvandring til Europa og til Danmark. Årsager, omfang og betydning" af Torben Tranæs og Bent Jensen. Rockwool fondens forskningsenhed, Gyldendal

² "De illegale indvandrere i Danmark". Arbejdspapir 115 af Johanne K. Clausen og Jan Rose Skaksen. Rockwool Fondens Forskningsenhed.

³ Uregistrerede hjemløse migranter i København – en erfaringsopsamling fra Kirkens Korshær 2017

redegørelse om "sundhedsydelse til uregistrerede migranter" udgivet efteråret 2014, konkluderer Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, at Danmark opfylder sine forpligtelser med gældende lovgivning, og at akutte tilfælde i sidste ende beror på et lægefagligt skøn.⁴

Akutlovgivningen og usikkerheden om definitionen af, hvad der er akut, var netop baggrunden for oprettelsen af sundhedsklinikken. De tre organisationer bag klinikken er uenige i, at udokumenterede migranter kun skal tilbydes akut behandling og ønsker, som internationale konventioner foreskriver, lige adgang til sundhed for alle. Særligt er der behov for, at gravide kvinder og børn får adgang til forebyggende jordemoderundersøgelser og vaccinationsprogrammet for børn.

Institut for Menneskerettigheder udgav i 2016 en rapport om uregistrerede migranternes sundhedsrettigheder med særligt fokus på de gravide kvinder og det ufødte barns rettigheder. Rapporten påpeger, at der er behov for gennem lovgivning at sikre uregistrerede gravide kvinders og børns adgang til sundhed, så dansk ret kan leve op til menneskerettens krav og anbefalinger, hvilket de ikke mener, den gør nu. De anbefaler, at alle kvinder, der opholder sig i Danmark, er berettiget til gratis jordemoderkontrol og fødsel samt screening for smitsomme sygdomme. Deres holdning er desuden, at alle uregistrerede børn bør kunne få gratis børneundersøgelser og børnevaccinationsprogrammer.⁵

Der er fortsat usikkerhed om, hvordan man i det offentlige sundhedsvæsen kan behandle og registrere mennesker uden cpr.nr. Samtidig er der stor usikkerhed hos målgruppen: hvad er deres rettigheder, tør de bruge et offentligt system uden at blive anmeldt, skal man betale etc.?

De tidligere rapporter om sundhedsklinikken blev publiceret i april 2012, oktober 2012, april 2013, april 2014, april 2015, april 2016 og april 2017. Alle rapporter er sendt til Sundhedsministeren til orientering og med det formål at tilvejebringe dokumentation om målgruppens behov samt skabe politisk forståelse for problemstillingen. Sundhedsministeriet har da også brugt data fra sundhedsklinikken i redegørelsen: "Sundhedsydelse til uregistrerede migranter".

⁴ "Sundhedsydelse til uregistrerede migranter, 2014"

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, Udvalget for Udlændinge- og Integrationspolitik 2013-14 SUU Alm.del Bilag 630, UUI Alm.del Bilag 148 Offentligt. Ministeriet for sundhed og forebyggelse

⁵ "Uregistrerede migranternes sundhedsrettigheder" af Eva Ersbøll og Lisbeth Garly Andersen, Institut for Menneskerettigheder 2016.

3 YDELSER I KLINIKKEN

Sundhedsklinikken tilbyder den nødvendige sundhedshjælp, som målgruppen ikke kan få i det offentlige sundhedsvæsen. Med udgangspunkt i lægeløftet og medmenneskelighed behandler de frivillige i klinikken patienternes sygdomme, så de ikke udvikler sig til akutte og livstruende situationer. Klinikken har også en vigtig funktion med at behandle smitsomme sygdomme såvel af hensyn til patienten, som for at begrænse smitterisikoen i forhold til det øvrige samfund. Ligeledes er det en vigtig opgave at tilse og rådgive de gravide kvinder, som ikke har adgang til almindelig jordemoderkontrol.

Klinikken i København har åben tre gange om ugen kl. 17 – 20 med:

- To læger og tre sygeplejersker om mandagen.
- Jordemoder, læge og to sygeplejersker om onsdagen.
- Læge, to sygeplejersker og skiftevis tandbehandlere og fysioterapeuter om torsdagen.
- Hver aften er der bioanalytikere til at foretage blodprøver og en hjælper i modtagelsen til at gå til hånde.

Målrettede sundhedstilbud i København:

- To gange om måneden er der sundhedsplejerske og børnelæge – fredag formiddag kl. 10 – 12.
- En gang om måneden er der diabetesteam til vejledning og behandling af diabetespatienterne – tirsdag aften kl. 17-19
- Behovet for akut tandbehandling har vist sig så stort, at det ikke kan klares med tre timer hver anden uge. I de fleste mellemliggende uger tilbydes akut tandbehandling uden for normal åbningstid typisk torsdage kl. 14-16.30.
- Psykiater og hudlæge kommer en gang om måneden.

Hvis patienterne har brug for en speciallæge, kan de henvises til en bred vifte af frivillige speciallæger, som tilbyder deres hjælp enten i egen klinik, eller via individuelle aftaler uden for åbningstiden i klinikken.

Det betyder, at klinikken i gennemsnit har patienter i mere end 15 timer om ugen.

Klinikken i Aarhus har åbent to gange om ugen kl. 17 – 20 med:

- En læge og to sygeplejersker mandag.
- Hver anden mandag er der akut tandbehandling
- En læge, to sygeplejersker og en jordemoder torsdag.
- Bioanalytiker og hjælper i modtagelsen begge aftener.

Behovet for akut tandbehandling viser sig ligeledes i Aarhus. Dette behov kunne vi i foråret 2017 imødekomme, da det endelig lykkedes at få etableret en tandklinik i sundhedsklinikken. Etablering af tandbehandling er lykket ved hjælp af den seneste bevilling fra OAK Foundation, hvor der var afsat midler til netop etablering af et tandtilbud i klinikken.

Beredskabet af speciallæger bygges op efter behov og fungerer på samme måde som i København, nemlig at der laves ad-hoc aftaler.

Der er desuden tilknyttet frivillige tolke, som yder telefontolkning for både klinikken i København og Aarhus. Det foregår dels ved vores egne frivillige tolke, dels ved professionel tolkebistand fra Translation Team, hvis tolke yder frivillig tolkebistand.

Vi tilstræber altid en korrekt oversættelse ved en tolk. En del af oversættelsen kan gå tabt ved ikke at bruge vores egne tolke. Patienten kan også tilbageholde vigtige oplysninger pga. familiens eller vennens tilstedeværelse.

4 STATISTIK MODTAGELSEN

De følgende figurer angiver data fra modtagelsen registreret i København og Aarhus. Data fra modtagelsen indeholder oplysninger på samtlige patienthenvendelser i klinikken – også gengangerne.

Data fra modtagelsen er gjort op alene for perioden 2017. Data opgøres for hver af de to afdelinger af klinikken i København og Aarhus.

For begge klinikker gælder, at alle patienter bliver modtaget af en sygeplejerske, som foretager en visitation ved at spørge til årsag for henvendelsen, om patienten tidligere har modtaget sundheds-hjælp i Danmark, om han/hun har været i klinikken før og om deres juridiske opholdsstatus. Desuden skal vi have oplysninger om personlige data som navn, fødselsdato, nationalitet, telefonnummer. Vi spørger også om, hvor de har hørt om klinikken.

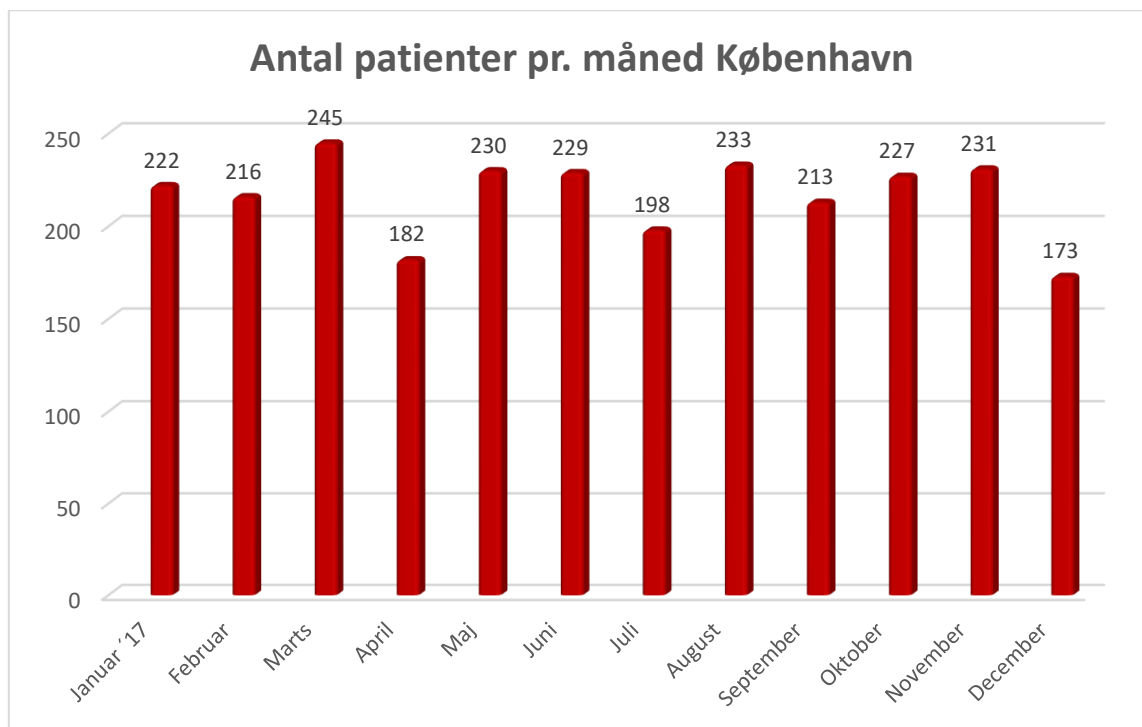
4.1 Antallet af patienthenvendelser i København

Behovet for sundhedsklinikken i København er fortsat stort. Klinikken modtager hele tiden nye patienter, selv om der også er mange gengangere:

- Efter det første halve år havde klinikken haft 504 henvendelser og opført 222 journaler.
- Efter et år havde klinikken haft 1343 henvendelser og opført 597 journaler.
- Efter 1½ år havde klinikken haft 2441 henvendelser og opført 993 journaler.
- Efter mere end to år havde klinikken haft 4537 henvendelser og opført 1630 journaler.
- Efter mere end tre år havde klinikken haft 6939 henvendelser og opført 2354 journaler.
- Efter mere end fire år havde klinikken haft 9403 henvendelser og opført 3087 journaler.
- Efter mere end fem år havde klinikken haft 12.062 henvendelser og opført 3853 journaler.
- Efter mere end seks år havde klinikken haft 14.661 henvendelser og opført 4534 journaler.

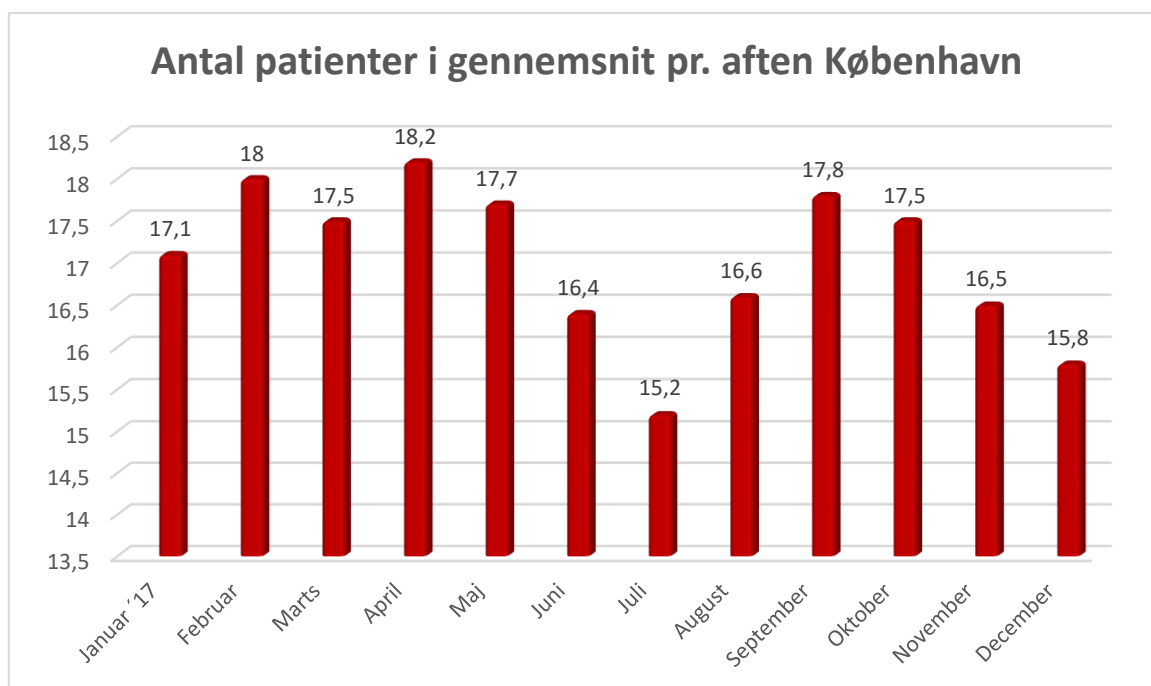
Antallet af patienthenvendelser i 2017 er på 2599 mod 2659 i 2016. For hvert år kommer nye patienter til klinikken, og de henvender de sig typisk flere gange. Det skyldes, at kendskabet til klinikken generelt øges år for år. Det samlede besøgstal for 2017 er en smule lavere end i 2016, hvilket kan tilskrives tilfældigheder og fx et par aflysninger af behandlingstilbud pga. sygdom. Patienthenvendelser pr. måned varierer. Der er umiddelbart ikke noget logisk mønster i, hvilke måneder der kommer flest patienter. Det varierer fra år til år og hænger sammen med, hvad der i øvrigt foregår på gaden.

Klinikkens åbningstilbud matcher behovet indtil videre; der er derfor ikke grundlag for at udvide åbningstiden endnu.



Figur 1. Antal patienter, der er kommet til klinikken i København hver måned i 2017 (inklusive gengangere).

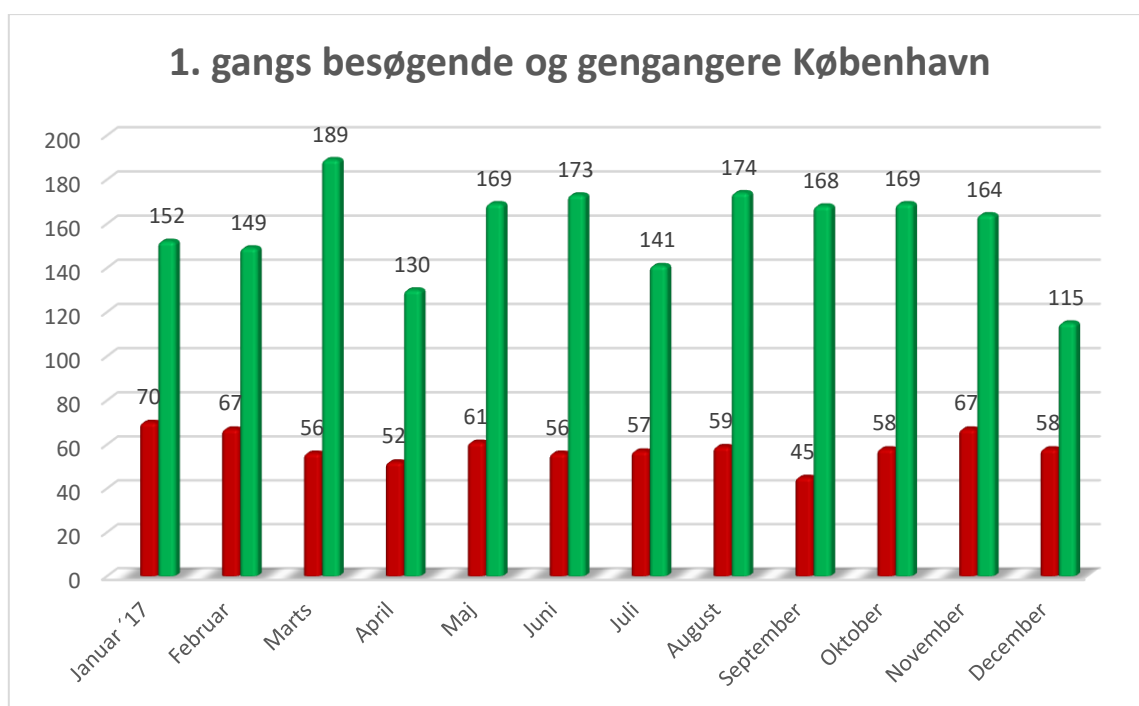
Antallet af patienthenvendelser i gennemsnit pr. åbningsaften er opgjort måned for måned. Tallene indeholder også de patienter, som er blevet tilset af en speciallæge inden almindelig åbningstid. Det er typisk mellem 2-10 patienter om ugen afhængig af, om der også har været ekstra tandbehandling. Gennemsnittet for hele året ligger på 17,03 patienthenvendelser pr. åbningsaften. Et lille fald på 0,67 patient i gennemsnit i forhold til 2016, hvilket passer med et lille fald i antallet af henvendelser generelt i 2017. Mønsteret følger stort set det samlede antal henvendelser pr. måned.



Figur 2. Antal patienter i gennemsnit pr. åbningsaften i København i 2017 (inklusive gengangere).

I modtagelsen bliver patienterne noteret for, om det er deres første besøg i klinikken, eller om de har været her før. Figuren om førstegangshenvendelser og gengangere giver et billede af, at klinikken hele tiden modtager nye patienter, men der er også mange gengangere. Budskabet om klinikens tilbud er nået vidt ud blandt andre sociale aktører i København og omegn. Flere hospitaler henviser patienter til klinikken for opfølgende behandling, og mange tidligere patienter fortæller om klinikken til andre migranter.

Klinikken ser mange patienter mere end én gang. Det kan være patienter, som er i længerevarende behandling, gravide som kommer flere gange til jordemoder eller patienter, som kommer igen, fordi de får nye sygdomme. Antallet af gengangere er mere end dobbelt så stort som antallet af nye patienter.



Figur 3. Antal nye patienter og gengangere, der er kommet måned for måned i København i 2017 (rød = førstegangsbesøgende, grøn = gengangere).

4.2 Antallet af patienthenvendelser i Aarhus

I december 2013 åbnede en afdeling af klinikken i Aarhus. Antallet af patienthenvendelser pr. måned er stadig noget mindre end i klinikken i København. Den store udfordring har været at få formidlet budskabet om klinikken til målgruppen. Men i 2017 er der sket en mærkbar ændring, som besøgstatistikken bevidner. Noget tyder på, at klinikken i Aarhus har bidt sig fast, og at budskabet om vores tilbud spreder sig.

Alle organisationer i Aarhus bekræfter da også, at der er mange migranter i Aarhus og omegn, og at der er behov for klinikken.

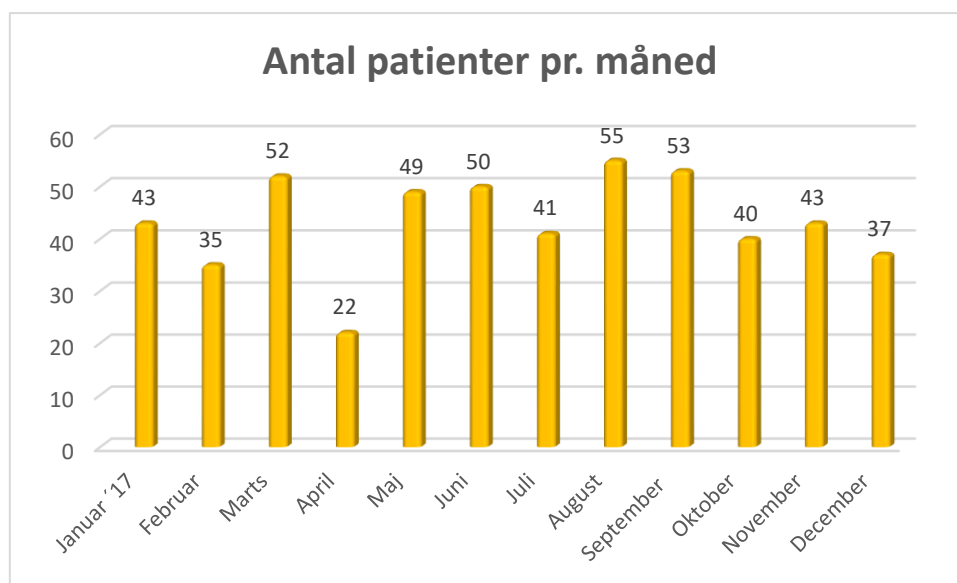
Fra 5. december 2013 til og med 31. december 2014 havde klinikken haft 260 henvendelser svarende til 87 patienter.

Fra 5. december 2013 til og med 31. december 2015 havde klinikken haft 495 henvendelser svarende til 173 patienter.

Fra 5. december 2013 til og med 31. december 2016 havde klinikken haft 824 henvendelser svarende til 266 patienter.

Fra 5. december 2013 til og med 31. december 2017 havde klinikken haft 1344 henvendelser svarende til 399 patienter.

Forskellen i antal patienter i 2016 og 2017 er markant. I 2016 havde klinikken 329 henvendelser i alt. I 2017 havde klinikken 520 henvendelser. Ligesom klinikken i København synes der ikke at være noget mønster i, hvilke måneder der er flest patienter. Det skifter år for år.

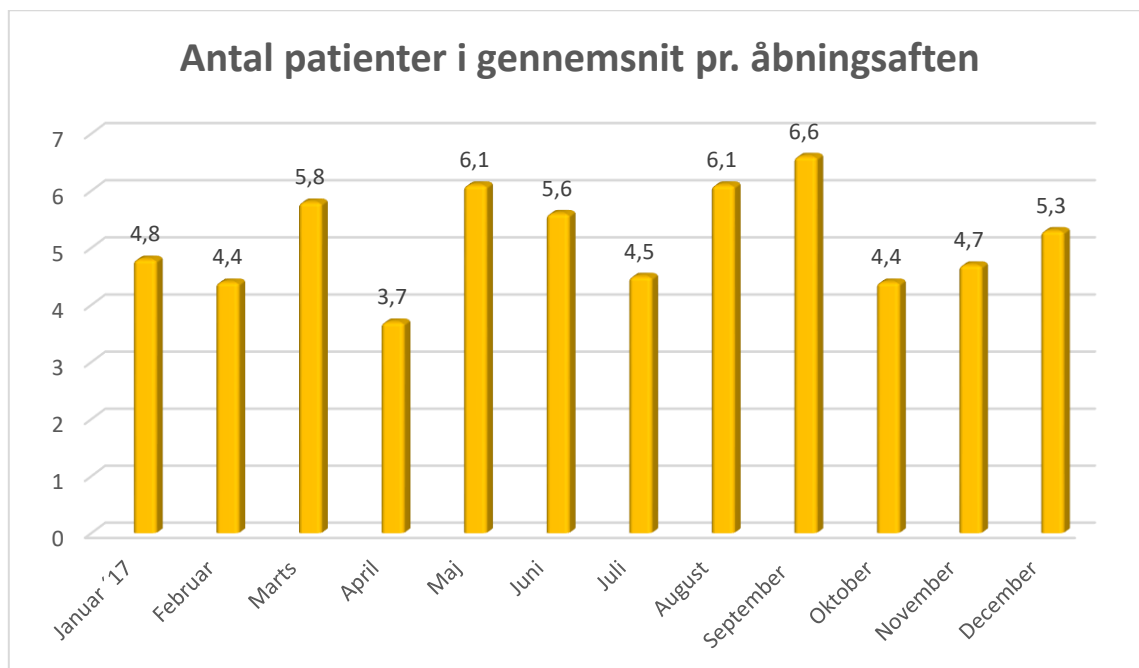


Figur 4. Antal patienthenvendelser pr. måned i Aarhus i 2017 (inklusive gengangere).

Antallet af patienthenvendelser pr. måned matcher antallet af patienter i gennemsnit pr. åbningsaften. Der er i gennemsnit 5,2 patienter hver åbningsaften, en stigning på 1,8 patient i gennemsnit fra sidste år. I 2016 var stigningen kun på 1 patient i gennemsnit pr. åbningsaften.

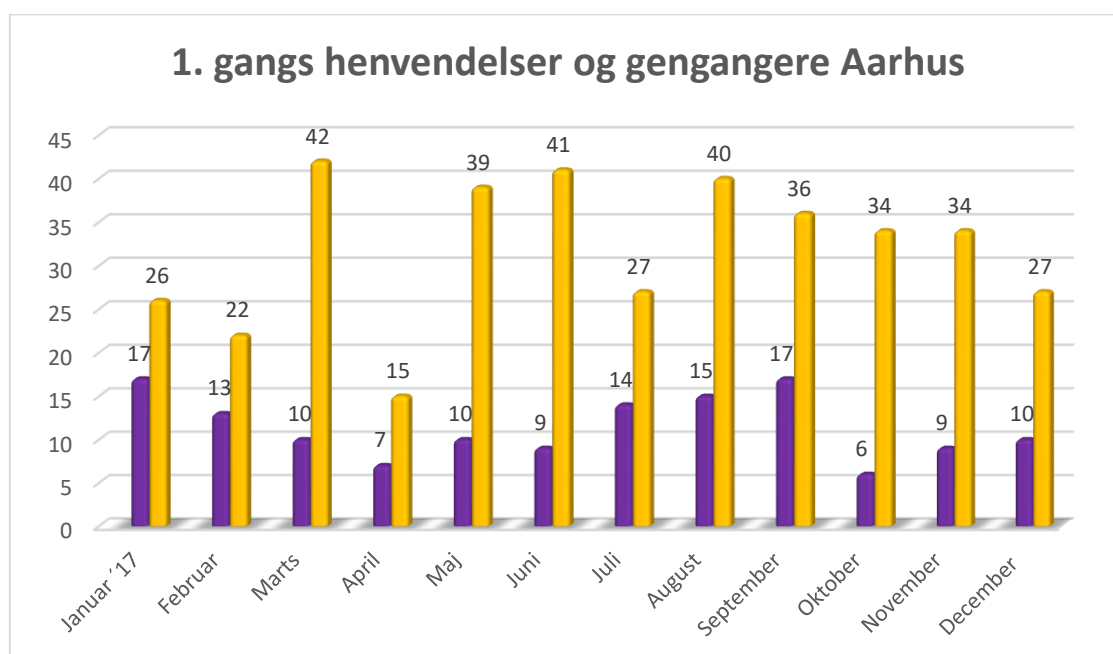
Indtil videre kan vi klare det med de to åbningsaftener og de frivillige behandlere, som pt. er tilknyttet klinikken.

Sammenlignet med København hører den pointe, at der også i Aarhus er flere tilbud i og uden for normal åbningstid. Tilbud som er kommet til ad åre. Stille og roligt bygges netværket af speciallæger og andre sundhedstilbud op i Aarhus, hvilket i fremtiden vil betyde flere patienter.



Figur 5. Antal patienthenvendelser i gennemsnit pr. åbningsaften i Aarhus i 2017 (inklusive gengangere).

Som i København er antallet af gengangere i gennemsnit mere end dobbelt så mange som antallet af nye patienter. Det er godt, at der hele tiden kommer nye patienter til, for så spredes budskabet om vores tilbud, men også fint at mange kommer igen og bruger klinikken. Gengangerne skyldes de samme grunde som i København. Gravide kommer ofte flere gange til jordemoder, kroniske patienter har brug for gentagne besøg. Patienter kommer igen for svar på blodprøver etc.



Figur 6. Antal nye patienter og gengangere pr. måned i Aarhus i 2017 (lilla = nye patienter, gul = gengangere).

4.3 Hvor kommer patienterne fra i København

Patienterne kommer fra hele verden og fra flere og flere forskellige lande.

Fordelingen af patienter på nationalitet er for overblikkets skyld opgjort i verdensdele, da patienterne kommer fra 133 forskellige lande. I rapporten fra 2016 kom patienterne fra 129 forskellige lande – igen en lille stigning i spredning af nationaliteter.

Patienter fra Asien fylder meget, hvis man sammenligner med de første år. I 2015 var der faktisk flest fra Asien, i 2016 er der igen flest fra Afrika men kun ganske få flere. I 2017 er der nogle flere fra Asien end Afrika. Patienterne fra Asien dækker 16 forskellige lande. De fleste kommer fra Filippinerne, Bangladesh, Afghanistan, Thailand, Pakistan og Indien.

Fra Afrika kommer der stadig mange patienter. De kommer fra 43 forskellige lande mod 34 forskellige lande i 2016. De kommer primært fra Nigeria, Ghana, Zimbabwe, Sierra Leone, Marokko, Algeriet, Tunesien, Egypten, Guinea og Elfenbenskysten.

Patienter fra Østeuropa dækker 27 forskellige lande. De fleste kommer fra Rumænien, Polen, Rusland, Estland, Letland, Litauen, Serbien, Slovakiet, Tyrkiet og Bulgarien.

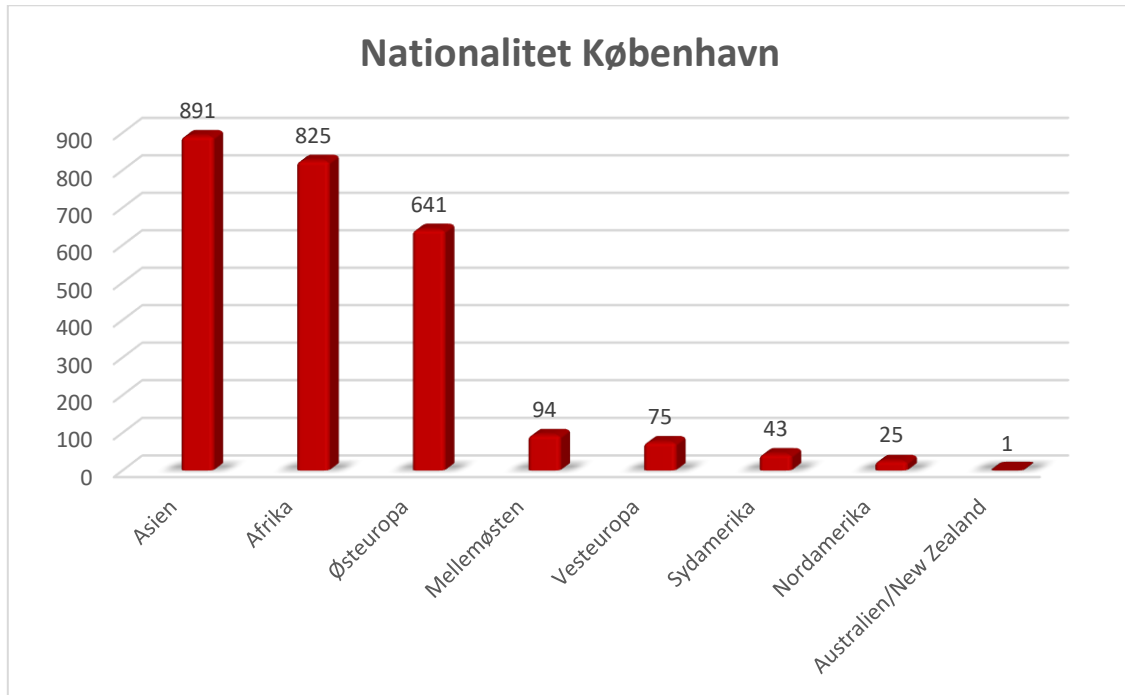
Patienter fra Mellemøsten dækker ni forskellige lande. De fleste kommer fra Iran, Irak, Palæstina, Syrien og Libanon.

Patienter fra Vesteuropa dækker 18 forskellige lande. De fleste kommer fra Spanien, Italien, Portugal, England og Frankrig. Flere af patienterne fra Spanien og Italien er formodentlig afrikanere, som har opgivet det land, de har opholdstilladelse i. Resten dækker over vesteuropæere, som har opholdt sig i Danmark i mere end tre måneder, og som ikke er registrerede. Det samme gælder enkelte danskere, der ikke mere er registreret i folkeregistret og derfor ikke har gyldigt cpr.nr.

Patienter fra Mellem- og Sydamerika dækker 16 forskellige lande som fx Mexico, Peru, Brasilien, Venezuela, Uruguay, Paraguay, Chile, Argentina, Den Dominikanske Republik, Jamaica, Guatemala, Colombia, Ecuador, Nicaragua og Cuba. Flest er fra Mexico og Brasilien.

Australien og New Zealand giver sig selv. USA er ikke nærmere specificeret i stater, men grafen dækker også et par patienter fra Canada.

Det er værd at bemærke, at klinikken igen i løbet af 2016 har set et stigende antal patienter fra Asien. Stigningen ses især blandt mænd fra Indien, Pakistan og Bangladesh, men i gruppen af asiater er der også en stor andel af kvinder, som tidligere har været au pairs.



Figur 7. Antal patienter fra de verdensdele, de oprindeligt kommer fra, der har besøgt klinikken i København i 2017.

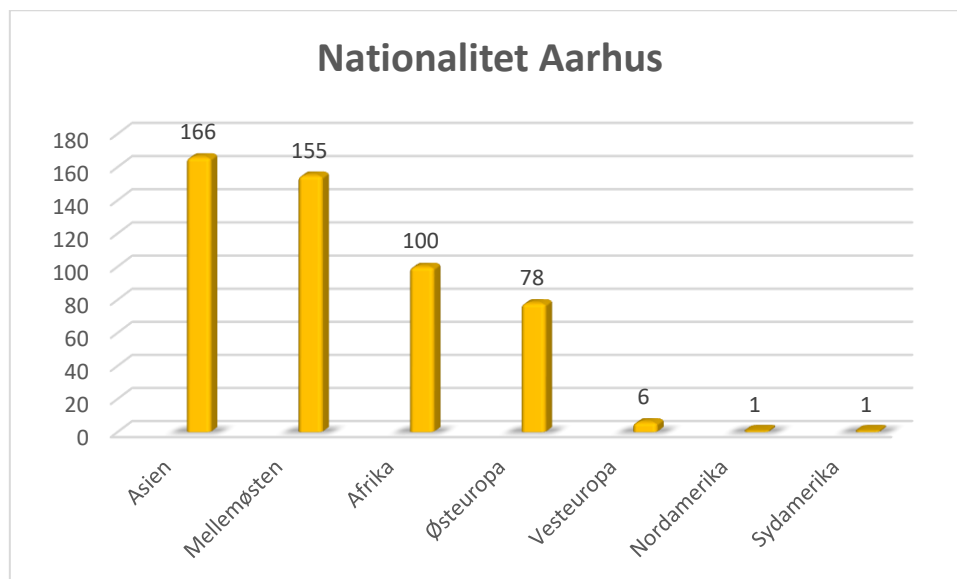
4.4 Hvor kommer patienterne fra i Aarhus

Der er sket en øgning i antallet af nationaliteter. I klinikken i Aarhus kommer patienterne fra 69 forskellige lande mod 59 forskellige lande i 2016. Fordelingen er opgjort i verdensdele. De fleste patienter kommer fra Asien, Mellemøsten, Afrika og Østeuropa. I 2016 var andelen af østeuropæere meget højere, de lå på en anden plads i forhold til 2017, hvor de nu ligger på fjerdepladsen. Der kommer stadig mange patienter, som synes at bo hos familie eller venner. Den øgede andel af patienter fra Mellemøsten skyldes, at klinikken også fik besøg af asylansøgere fra centre i Jylland.

- Fra Asien kommer de fleste fra Afghanistan, Filippinerne, Thailand, Bangladesh og Vietnam.
- Fra Afrika kommer de fleste patienter fra Marokko, Nigeria, Algeriet, Egypten, Zambia og Somalia.
- Fra Østeuropa kommer de fleste fra Rumænien, Ukraine, Bulgarien, Tyrkiet og Polen.
- Fra Mellemøsten kommer patienterne primært fra Irak, Iran, Libanon, Syrien, Jordan og Palæstina.
- Fra Sydamerika kommer de fleste patienter fra Brasilien, Mexico og Chile.

I Aarhus følges samme praksis som i København, da patienterne fra USA ikke gøres op i delstater, men alene som værende fra USA.

Patienterne fra Vesteuropa kommer fra Grækenland, Spanien, Italien, Norge, England og Danmark.



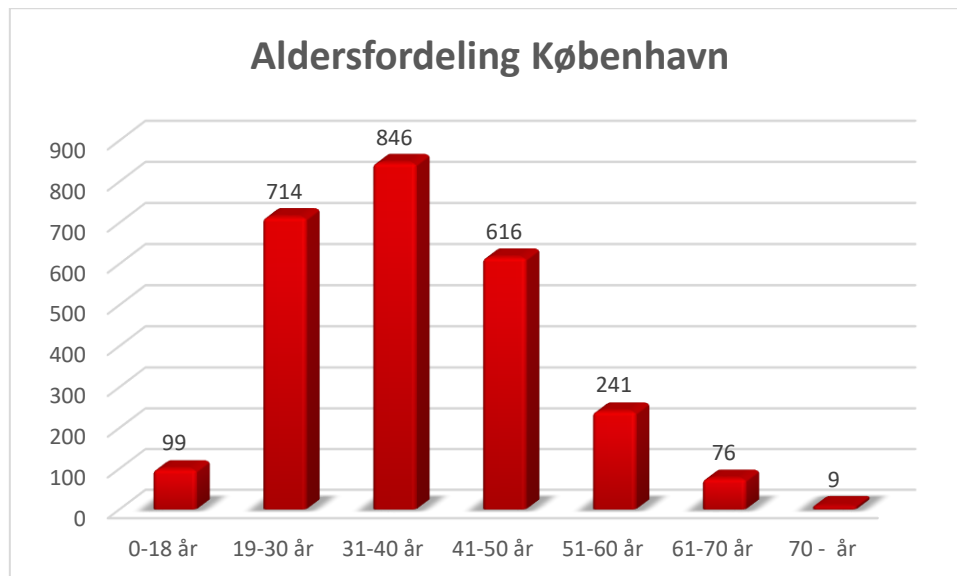
Figur 8. Antal patienter fra de verdensdele, de oprindeligt kommer fra, der har besøgt klinikken i Aarhus i 2017.

4.5 Alders- og kønsfordeling i København

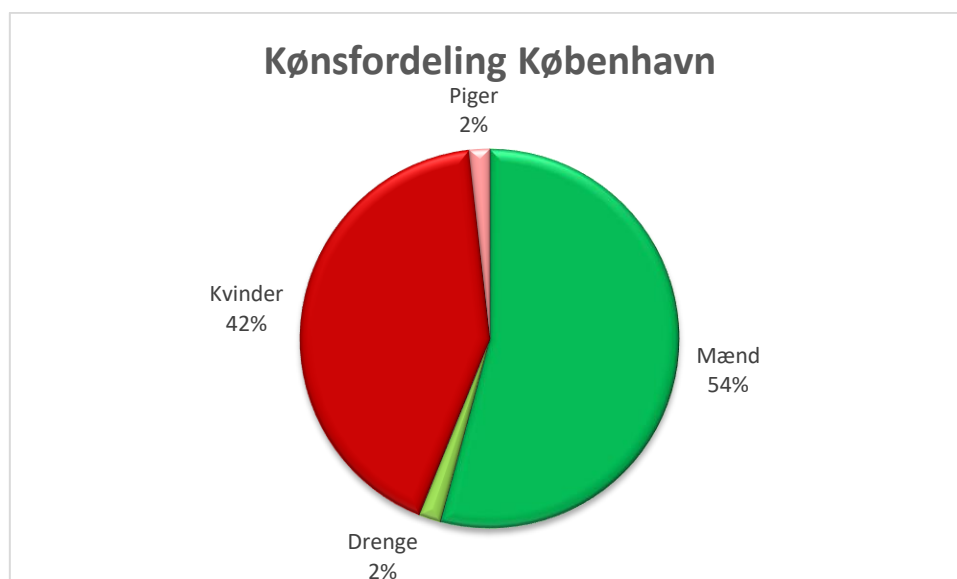
Det er fortsat aldersgruppen fra 19 år til 40 år, som fylder mest, men der kommer patienter i alle aldre fra 0 år til over 70 år. Den aldersgruppe, som forholds-mæssigt er steget mest sammenlignet med 2016 er gruppen 41-50 år – fra 515 til 616. Til gengæld er de 19-30-årige faldet fra 858 til 714. Og de 31-40-årige faldet fra 939 til 846. Der kommer fortsat en pæn gruppe 0-18-årige, hvoraf de fleste er små børn, som skal vaccineres. I 2016 kom der 52 børn til sundhedsplejerske mod 57 i 2017. Ellers er det fortsat aldersgruppen 31-40 år, som der er flest af.

At langt de fleste patienter befinder sig i alderen 19 år til 40 år kan hænge sammen med, at mange af de udokumenterede migranter, som henvender sig i klinikken, er kommet til Danmark for at søge arbejde, søge opholdstilladelse eller blive familiesammenført.

Gruppen af patienter tæller stadig flest mænd. Fordelingen på køn er næsten den samme, som vi hele tiden har set i København, dog er antallet af piger steget fra 1% til 2%. Antallet af mænd er steget med 2%, kvinderne faldet med 3%. Faldet i antal af kvinder kan bl.a. hænge sammen med, at vi i 2017 har set lidt færre nye gravide. I 2016 kom der 132 nye gravide mod 106 nye gravide i 2017 (figur 26, side 32).



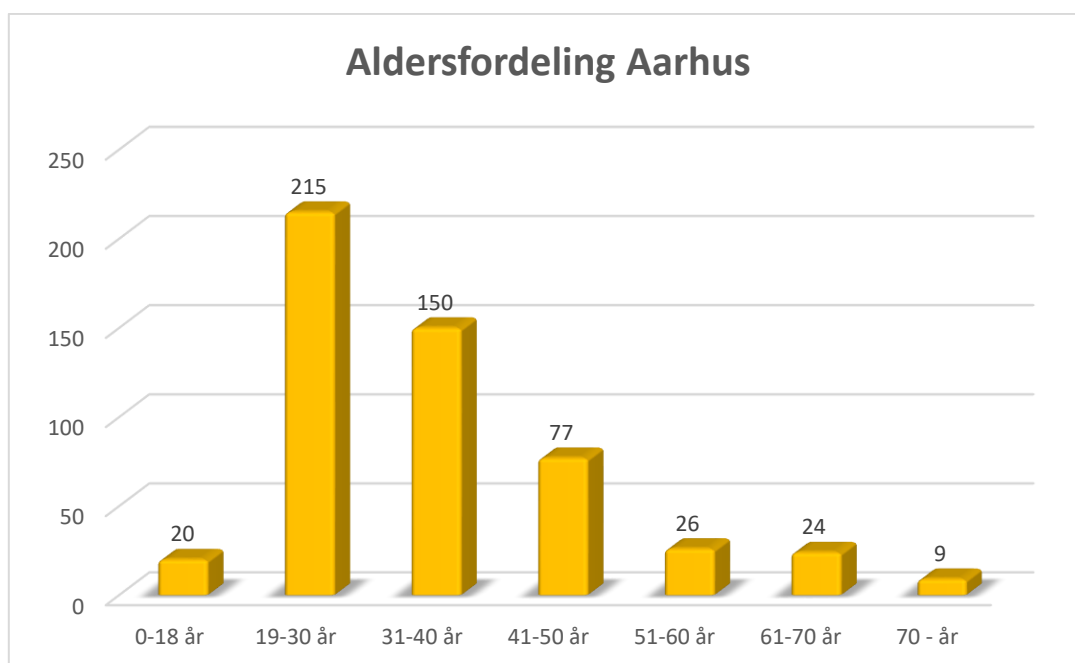
Figur 9. Antal besøgende i København i 2017 fordelt på aldersgrupper.



Figur 10. Antallet af besøgende i København i 2017 fordelt på køn.

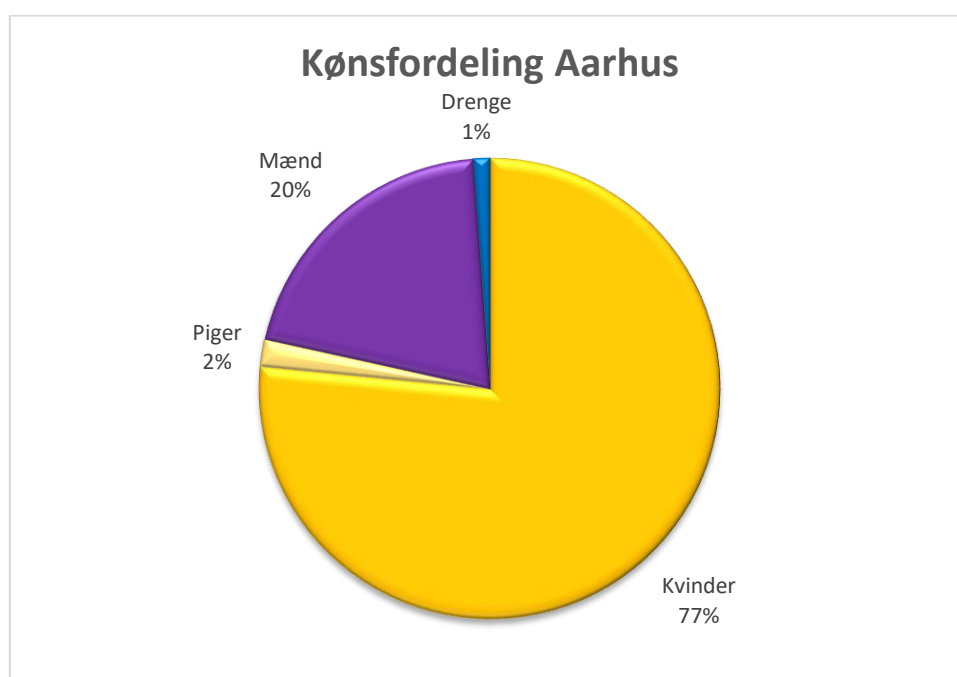
4.6 Alders- og kønsfordeling i Aarhus

Lig København er de fleste patienter i Aarhus mellem 19–40 år. Der er dog sket en markant stigning i aldersgruppen 19-30 år fra 129 til 215. Der er også kommet markant flere i gruppen af 41–50-årige fra 33 til 77. Til gengæld er der et markant fald i antallet af børn fra 37 til 20. Flere kvinder siger, at farens læge tager sig af børnene. I 2016 kom der 13 børn, som skulle vaccineres eller til børneundersøgelse. I 2017 kom der kun fem børn. Alle aldersgrupper er repræsenteret fra 0 år til over 70 år. I gruppen af patienter i Aarhus er der typisk mange flere, som er relateret til herboende familier. De udgør en del af en familie med deres børn, dog uden at være registreret med opholdstilladelse.



Figur 11. Antallet af besøgende i Aarhus i 2017 fordelt på aldersgrupper.

Der er fortsat en markant forskel på kønsfordelingen mellem patienter i København og i Aarhus. I Aarhus tæller kvinderne stadig flest. Det passer fint med billedet af, at vi ser mange gravide kvinder, der bor hos deres ægtefælle og har børn i forvejen. Flere af disse børn har ikke dansk opholdsgrundlag. Der er igen en stigning i antallet af kvinder fra 70% i 2016 til 77% i 2017. Antallet af børn er samlet set faldet markant: pigerne fra 5% i 2016 til 2% i 2017, drengene er faldet fra 5% i 2016 til 1% i 2017.



Figur 12. Fordelingen af antallet af besøgende i Aarhus i 2017 fordelt på køn.

4.7 Sundhedsyndelser – hvad spørges der efter i København

Ydelserne i klinikken er primært lægeydelser, men en del kommer også for at besøge jordemoderen og tandlægen. Nogle gravide kommer én gang, de fleste flere gange, inden de føder. Antallet af henvisninger til speciallæger dækker såvel de konsultationer, som foregår hos speciallægen selv som de, der foregår i klinikken uden for åbningstid. Der er især henvist en del patienter til hudlæge, øre-, næse-, halslæge, gynækolog, øjenlæge, reumatolog, røntgen, neurolog, psykiater samt diabetes teamet.

Vi har gennem de seneste par år set et stigende antal patienter med diabetes - både type 1 og type 2. Flere af dem er ikke særlig godt reguleret i medicinen og kunne i det hele taget have et bedre liv, hvis de også fik anvisninger på kost og bevægelse. Alle diabetespatienter får mulighed for at blive tilset og reguleret af en læge og sygeplejerske med speciale i diabetes, hvis der er behov for dette. Der er en fodterapeut til rådighed, som tilser eventuelle sår o.l. på fødderne. Diabetesteamet kommer fast en gang om måneden. Ligeså kommer hudlæge og psykiater fast en gang om måneden.

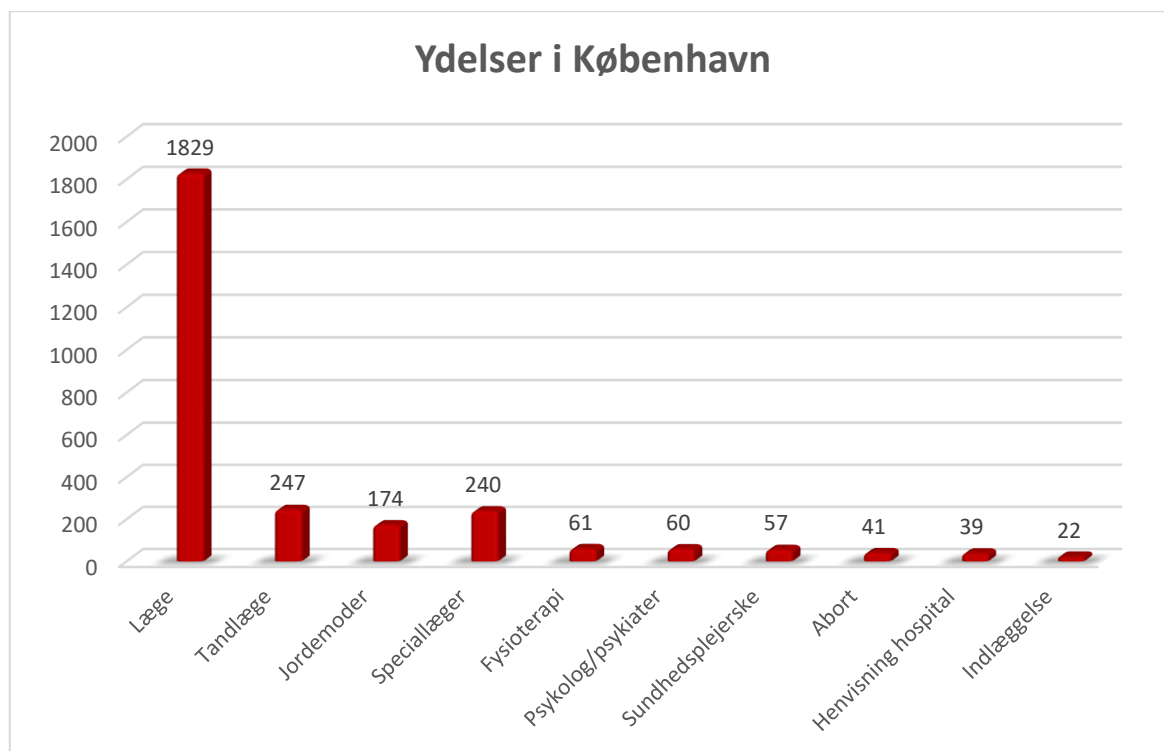
Fysioterapi har efterhånden etableret sig godt, flere patienter efterspørger og benytter sig af tilbudet. Der tilbydes kun fysioterapi hver anden torsdag, og vi kan nå ca. fire patienter på en aften. Indtil videre passer det med at tilbyde fysioterapi hver anden torsdag. Der er dog stadig langt flere patienter, der kunne have glæde af denne behandling, da mange qua deres livssituation har lidelser i bevægeapparatet og muskelspændinger.

Den akutte tandbehandling er meget efterspurgt. Der er i gennemsnit næsten tandbehandling hver uge – hver anden torsdag aften som det faste tilbud og de fleste andre uger torsdag eftermiddag. Antallet af henvendelser om akut tandbehandling svarer ikke 100 % til det antal, som bliver behandlet. Nogle opgiver og forlader klinikken igen, da der ofte er lang ventetid. Men de er blevet visiteret og noteret som en henvendelse og tæller derfor med i opgørelsen af henvendelser.

Antallet af henvendelser til jordemoder er faldet fra 268 henvendelser i 2016 til 174 i 2017. Det er svært at sige, hvad det skyldes.

Til gengæld er der en forholdsmæssig pæn fremgang i henvendelser til sundhedsplejerske fra 52 i 2016 til 57 i 2017.

Antallet af indlæggelser og henvisninger til skadestue og abort udgør et minimum. Der kan gemme sig et par henvisninger mere, som kun figurerer i journalteksten. Indlæggelserne og henvisning til hospitaler har især handlet om diabetes, for højt blodtryk, store cyster, for lav blodprocent, blodpropper, TB, spontane aborter, uregelmæssigheder med graviditet og hjerteproblemer. I disse tilfælde er der altid tale om akutte problemer, som det offentlige sundhedsvæsen er forpligtet til at tage sig af. Antallet af indlæggelser er steget fra 16 i 2016 til 22 i 2017. Selv om vi har set lidt færre patienter i 2017, så har der forholdsmæssigt været flere med alvorlige lidelser, der krævede indlæggelse.



Figur 13. Sundhedsydelser der efterspørges i København i 2017 ved henvendelsen i modtagelsen og som opfølgende behandling.

4.8 Sundhedsydelser – hvad spørges der efter i Aarhus

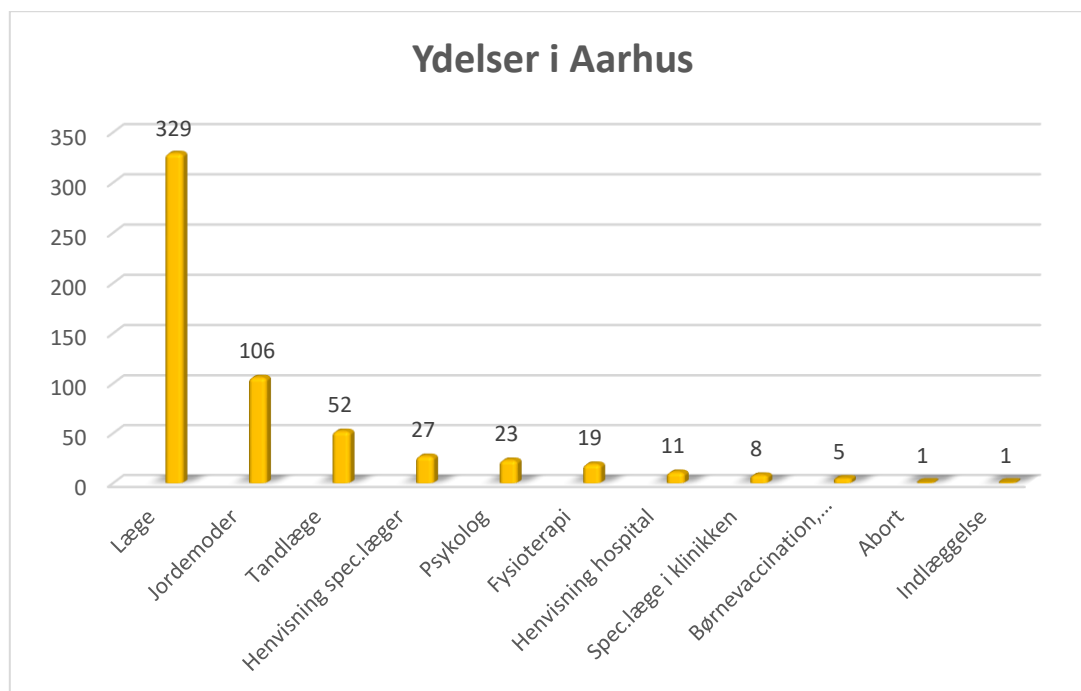
I Aarhus handler de fleste henvendelser sig ligeledes om at blive tilset af lægen. Der kommer også mange kvinder, der gerne vil til jordemoder, hvilket afspejles i kønsfordelingen. Antallet af henvendelser til jordemoder er steget fra 59 i 2016 til 106 i 2017.

Antallet af henvendelser til børnevaccination er til gengæld faldet fra 13 i 2016 til 5 i 2017, hvilket hænger sammen med det generelle store fald i børnepatienter.

Modsat København er der fortsat flere patienter, som selv har efterspurgt psykologsamtaler.

Der er ikke noget fast tilbud om fysioterapi, men klinikken råder over en frivillig fysioterapeut, som kommer efter aftale og behov. I 2017 har der været fint bud efter fysioterapeuten. I 2016 var en patient henvist til fysioterapi mens antallet af patienter i 2017 var på 19.

Henvendelser til tandlæge dækker dels over henvisninger til kommunens socialmedicinske klinik, som har et akut tandbehandlingstilbud til udsatte borgere, dels de patienter, som er blevet behandlet i vores klinik fra maj måned, hvor vi fik vores egen tandbehandling. For de patienter, som fra januar til april benyttede kommunes tandbehandling, har klinikken i de fleste tilfælde betalt hvad det kostede at bruge dette tilbud. Men der er ingen tvivl om, at det er en gevinst for klinikken selv at have tandbehandling. Antallet af henvendelser om tandbehandling er steget fra 10 i 2016 til 52 i 2017.



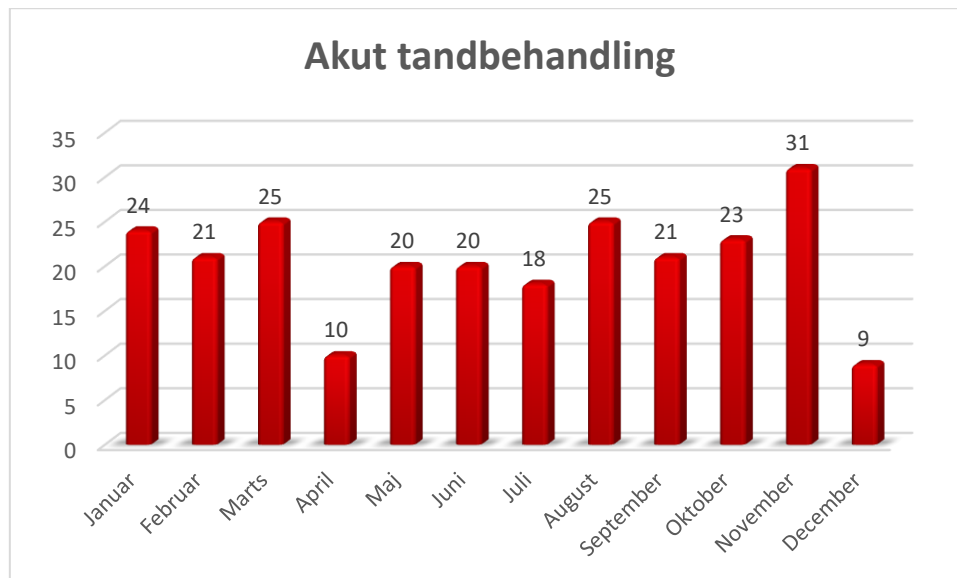
Figur 14. Sundhedsydelser der efterspørges i Aarhus i 2017 ved henvendelsen i modtagelsen og som opfølgning på behandling.

4.9 Den akutte tandbehandling i København

I slutningen af april 2012 fik klinikken indrettet egen tandlægeklinik. De mange henvendelser vidner om et stort behov for akut tandbehandling. Mange af klinikkens patienter har i kraft af deres sociale omstændigheder store tandproblemer, da de ikke i deres barndom har modtaget forebyggende tandbehandling. Ikke alle problemer kan løses i klinikken, men alle bliver behandlet for akutte smerter og infektioner. Enkelte, mindre rodbehandlinger kan forekomme, men det er en behandling, der kræver megen tid og gentagne behandlinger. Den akutte tandbehandling handler for en stor del om smertedækning og penicillinbehandling af infektioner i tænder, tandudtrækning og fyldninger af store huller.

De fleste henvendelser kan klares med en behandling, men nogle patienter kommer igen for opfølgning eller for nye problemer. I tallene gemmer sig også de henvendelser, hvor patienten er gået for-gæves og har måttet komme igen næste gang, fordi tandlægen ikke har kunnet nå flere patienter samme aften. Til gengæld er de patienter, som allerede i døren bliver afvist, fordi vi ikke kan nå flere tandbehandlinger den pågældende aften, ikke medregnet. Disse patienter når ikke at blive visiteret og dermed heller ikke at blive registreret.

I 2016 var der i alt 250 henvendelser angående akut tandbehandling. I 2017 er antallet af henvendelser faldet en anelse til 247. Antallet af henvendelser vidner dog fortsat om det store behov for akut tandbehandling.



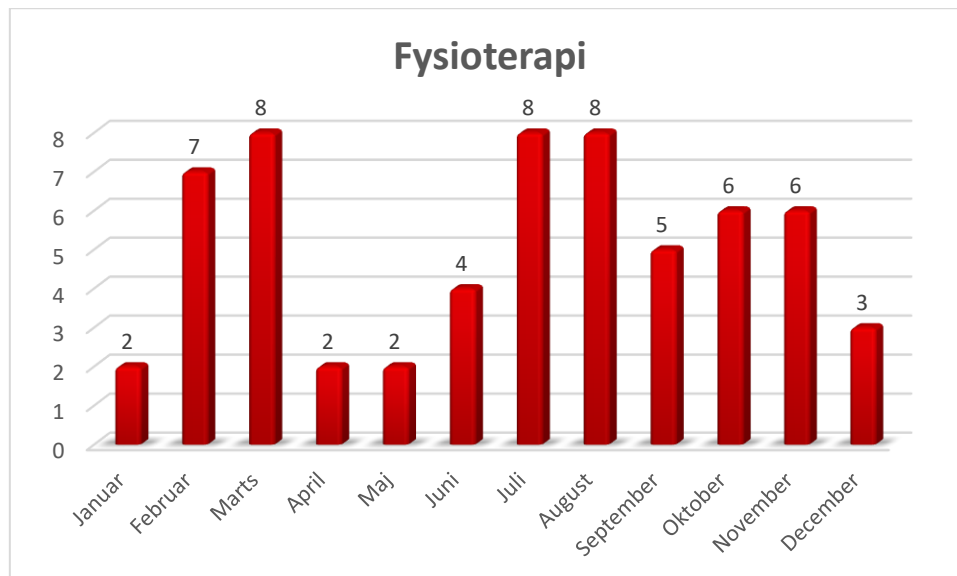
Figur 15. Antallet af henvendelser til akut tandbehandling i 2017 i København.

4.10 Fysioterapi i København

Gruppen af patienter med lidelser i bevægeapparatet er stor, og mange af disse kunne have gavn af fysioterapi og anvisning af øvelser og arbejdsstillinger. Mange patienter med smerter i muskler og led har en forventning om medicinsk kur. De har ikke nødvendigvis kendskab til fysioterapi som egentlig behandling. Blandt de patienter, der har taget imod tilbuddet, er der stor tilfredshed. De kan mærke en forskel og bedring af deres tilstand.

I 2017 fik vi en kiropraktor på holdet. Han kommer ca. en gang om måneden og er sammen med den pågældende fysioterapeut. Det er et godt supplement til behandling af patienter med led- og muskelsmerter.

Fysioterapi er en behandlingsform, der tager længere tid end en lægekonsultation. Det er derfor begrænset hvor mange patienter, der kan komme i behandling hver 14. dag. Sammenlignet med antal henvendelser til fysioterapi er der sket et lille fald fra 67 behandlinger i 2016 til 61 behandlinger i 2017. Fx var der ganske få patienter i april og maj, men der var der også kun en aften om måneden med fysioterapi pga. helligdage.

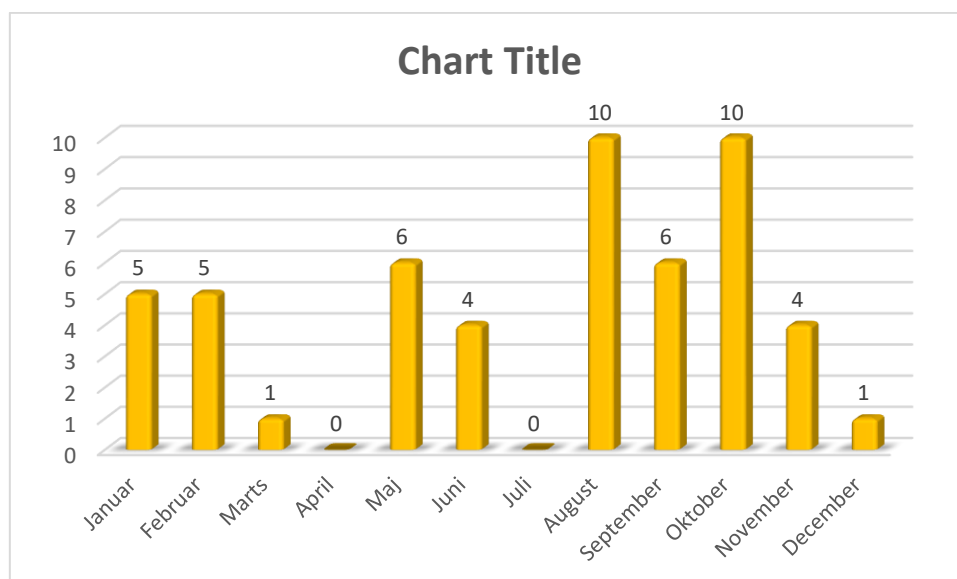


Figur 16. Antallet af henvendelser til fysioterapi i København i 2017.

4.11 Den akutte tandbehandling i Aarhus

Første maj 2017 kunne vi endelig slå dørene op for akut tandbehandling i Aarhus. Det var en lang proces med tilladelser og ombygning af lokalet. Indtil da kunne vi henvise patienter til kommunens nødtandlæge mod betaling.

Figur 17 viser med tydelighed, at der er brug for et tandbehandlingstilbud i Aarhus. Tallene fra januar til april dækker over det antal patienter, vi henviste til kommunens nødtandlæge, og hvor vi betalte for behandlingen. Fra maj og året ud er det antal patienter, som har benyttet vores egen tandbehandling. Juli måned var der ingen tandbehandling pga. tandlægenes ferie. Og i december var der kun en aften med tandbehandling.



Figur 17. Antallet af henvendelser til akut tandbehandling i 2017 i Aarhus

5 STATISTIK LÆGEJOURNALER

I det forrige afsnit – Statistik fra modtagelsen – er der alene brugt data baseret på samtlige henvendelser i klinikken i 2017.

I dette afsnit om data fra lægejournalerne bruges alene data hentet fra lægejournalerne. Det betyder, at disse data tæller enkeltpersoner – hver patient har kun én journal. Til gengæld indeholder data fra journalerne en sammentælling for hele perioden, klinikken har eksisteret, da det ikke er muligt i statistikprogrammet at isolere 2017.

Til journalerne er knyttet et program, hvorfra der kan udtrækkes data om det samlede antal journaler, fordelingen på alder, køn og nationalitet samt de forskellige diagnoser, der er stillet.

Data er alene den samlede opgørelse for hele den periode, hvor de to afdelinger af klinikken har haft åben, svarende til i alt 4933 journaler.

- Efter det første halve år havde klinikken i København oprettet 222 journaler.
- Efter et år havde klinikken i København oprettet 597 journaler.
- Efter 1½ år havde klinikken i København oprettet 993 journaler.
- Efter to år og fire mdr. havde klinikken i København oprettet 1630 journaler.
- Efter tre år og fire måneder havde klinikken i København og Aarhus oprettet 2441 journaler.
- Efter fire år og fire måneder har klinikken i København og Aarhus oprettet 3260 journaler.
- Efter fem år og fire måneder har klinikken i København og Aarhus oprettet 4119 journaler.
- Efter seks år og fire måneder har klinikken i København og Aarhus oprettet 4933 journaler.

Antallet af journaler viser, at der hele tiden kommer nye patienter, som har brug for sundhedshjælp, men at antallet af gengangere fortsat er stort, da der for hele perioden har været i alt 16.005 henvendelser.

Hver patient har kun én journal. Dvs. at både læger, jordemødre, fysioterapeuter, tandlæger og speciallæger skriver i samme journal. Det giver den enkelte behandler et godt samlet overblik over, hvad der i øvrigt er foretaget for patienten. Patienterne bliver orienteret om dette forhold og har godkendt det.

Det er ikke muligt at trække oplysninger ud af selve journalteksten om fx henvisninger til speciallæger eller andre oplysninger.

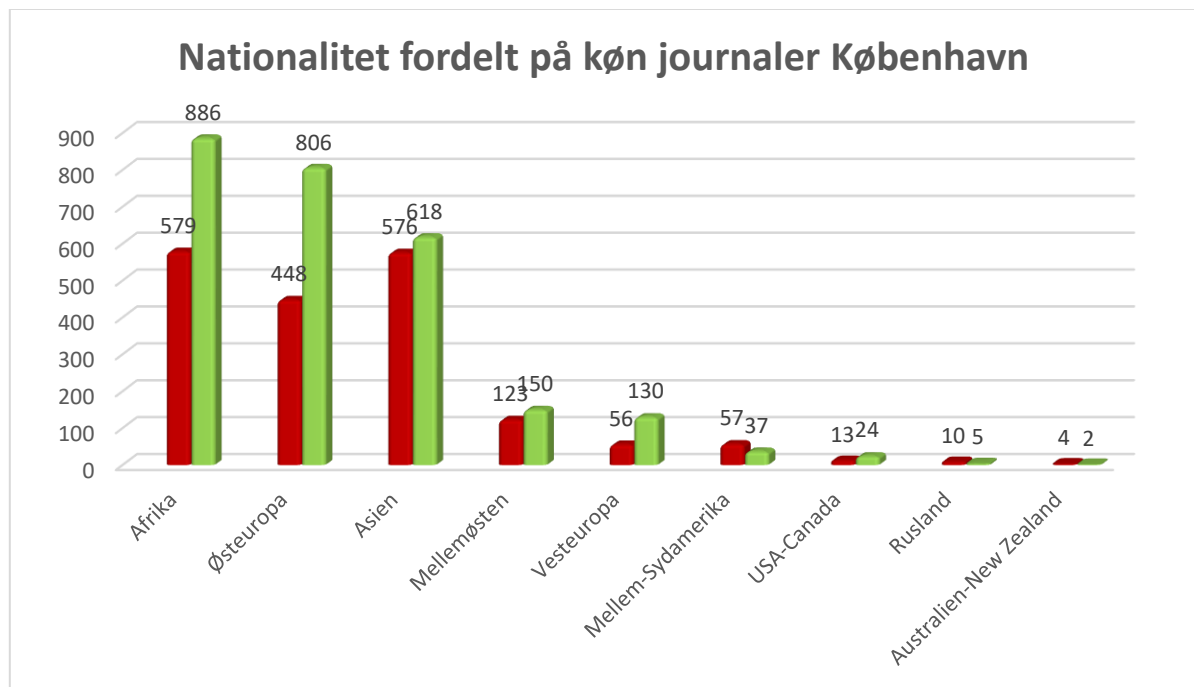
I de efterfølgende figurer illustrerer data hentet fra lægejournalerne og dækkende for hele perioden, siden de to afdelinger af klinikken åbnede.

5.1 Nationalitet i København

Fordelingen af patienter på nationaliteter er opgjort i verdensdele og matcher næsten billedet af det samlede antal patienthenvendelser for 2017 – se figur 7 side 14.

I rapporten fra 2016 kan vi ved kun at se på henvendelserne for de enkelte år påvise, at antallet af patienter fra Asien er steget. Denne tendens ses stadig i 2017, men i den samlede opgørelse af enkeltpatienter fra klinikens første åbningsdag i 2011, tæller patienter fra Afrika og Østeuropa stadig flest. Det kan skyldes, at afrikanere og østeuropæere udgjorde størstedelen af patienterne i klinikens første levetid. Der er også i 2017 lidt flere mænd end kvinder fra Asien, end hvad vi så i begyndelsen, hvilket underbygger, at vi i stigende grad ser mænd fra Indien, Bangladesh, Afghanistan og

Pakistan. Kvinderne fra Asien er primært tidligere au pairs fra Filippinerne. Gengangerne fordeler sig forholdsmeæssigt på nationalitet.

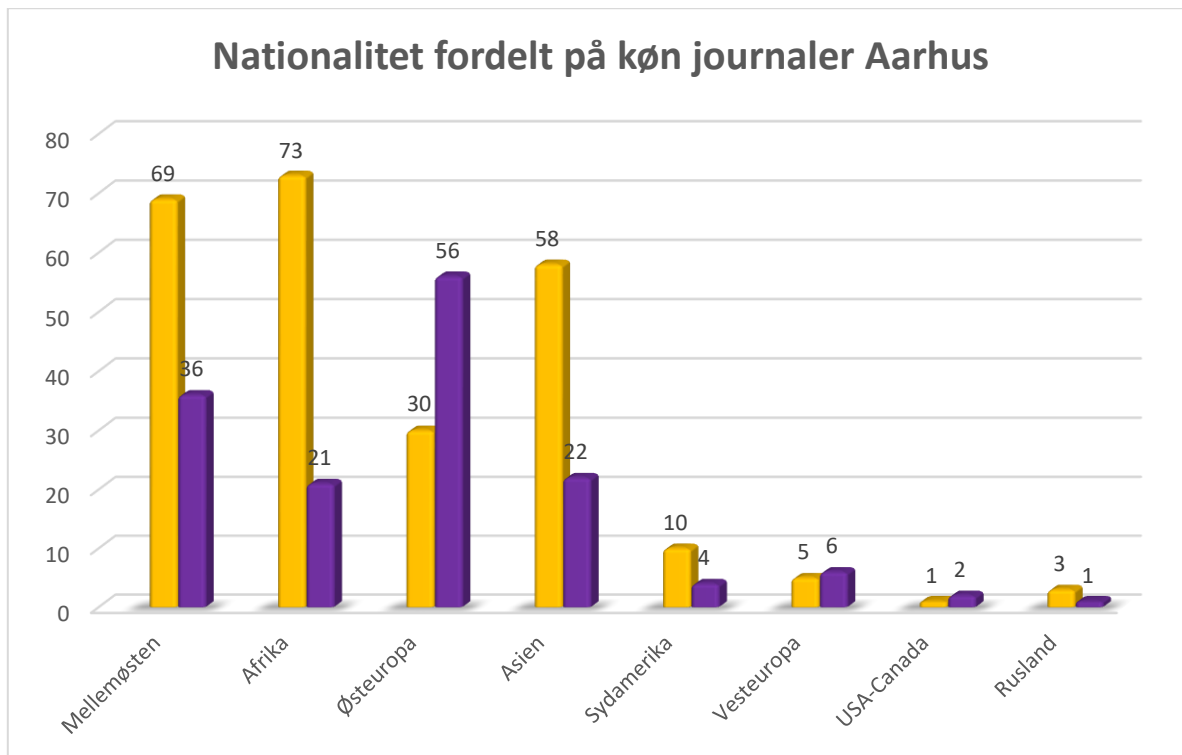


Figur 18. Fordelingen af kvinder og mænd på nationalitet og køn i København for hele perioden (rød = kvinder, grøn = mænd).

5.2 Nationalitet i Aarhus

I Aarhus kommer de fleste patienter fra Mellemøsten, og størstedelen er kvinder, når man alene ser på oprettede journaler. Dette kan hænge sammen med, at disse kvinder bor hos eller er gift med en herboende mand, og de fleste opsøger klinikken pga. graviditet. Det gør sig kun gældende for patienter fra Østeuropa, at mændene er i flertal. Fordelingen på nationalitet i 2017 ligner fordelingen i 2016.

Hvis man sammenligner antallet af henvendelser og nationalitet i Aarhus med antallet af journaler og nationalitet, viser det, at flest enkeltpersoner kommer fra Mellemøsten. Flest henvendelser sker dog fra patienter fra Asien, da de typisk har besøgt klinikken adskillige gange, mens patienter fra Mellemøsten kommer mindre hyppigt. Se figur 8 side 15.



Figur 19. Fordeling af patienter på mænd og kvinder i forhold til nationalitet og køn i Aarhus for hele perioden (gul = kvinder, lilla = mænd).

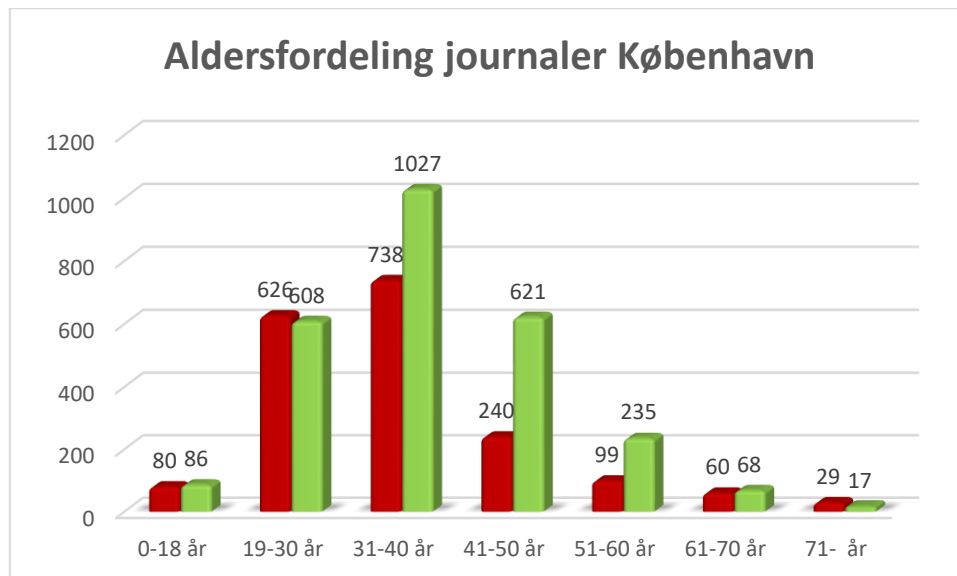
5.3 Alders- og kønsfordeling i København

Alderen angivet i journalerne giver et mere nøjagtigt billede af patienternes alder end opgørelsen over antallet af henvendelser i 2017 – se figur 9 side 16. Men fordelingen svarer til aldersfordelingen for antallet af henvendelser i 2017. Det betyder, at gengangerne fordeler sig jævnt på alle aldersgrupper. Langt de fleste patienter er mellem 19 og 40 år. Men gruppen af patienter i aldersgruppen 41–50 år er også pæn stor.

Aldersfordelingen på kvinderne viser, at langt de fleste kvinder er mellem 19 og 40 år. Dette kan hænge sammen med de mange kvinder, der kommer pga. graviditet.

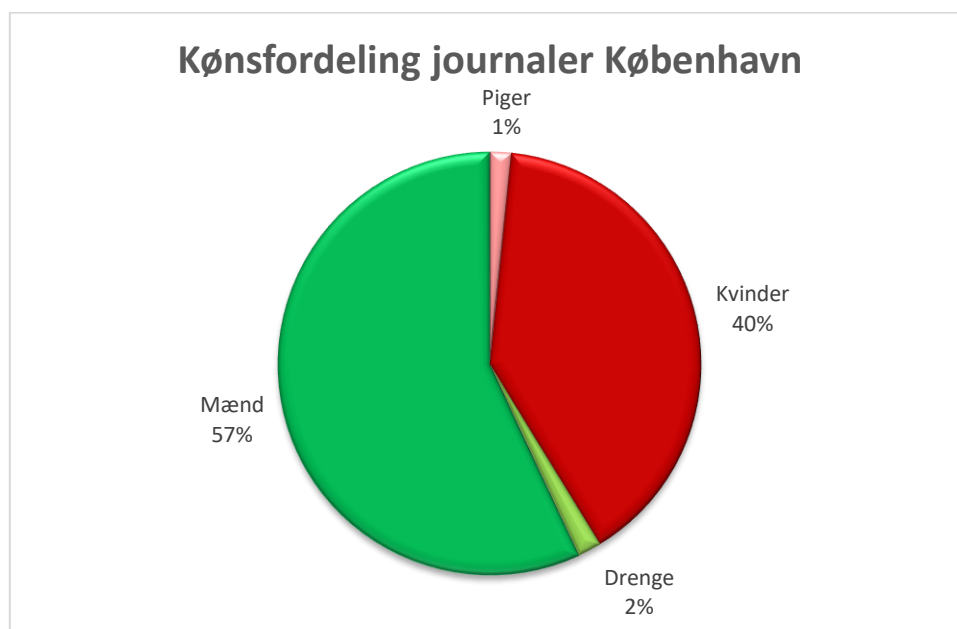
Aldersfordelingen på mændene er centreret om aldersgruppen 19–50 år med flest mellem 31 og 40 år, men også en stor gruppe i alderen 41–50 år og mellem 19–30 år, næsten samme billede som sidste års rapport. Dog er gruppen af 41–50-årige mænd vokset mere end i 2016.

Der er stadig lidt flere drenge end piger i alderen 0–18 år i 2017. Det er et spørgsmål om tilfældigheder, hvilket køn de gravide føder, og hvilke af disse børn, der kommer til sundhedsplejerske.



Figur 20. Aldersfordelingen af mænd og kvinder i København for hele perioden (rød = kvinder, grøn = mænd).

Kønsfordelingen på journalerne matcher næsten kønsfordelingen på antallet af henvendelser i klinikken for 2017, se figur 10, s. 16. Gengangerne synes at fordele sig jævnt på både køn og alder, men med en overvægt af gengangere hos kvinderne. Kvinderne tæller 42 % inklusive gengangere og mændene 54 % inklusive gengangere. Dette kan hænge sammen med, at der er større sandsynlighed for, at fx gravide kvinder typisk kommer mere end én gang. Kønsfordelingen fra journalerne er i øvrigt identisk med kønsfordelingen i sidste års rapport.

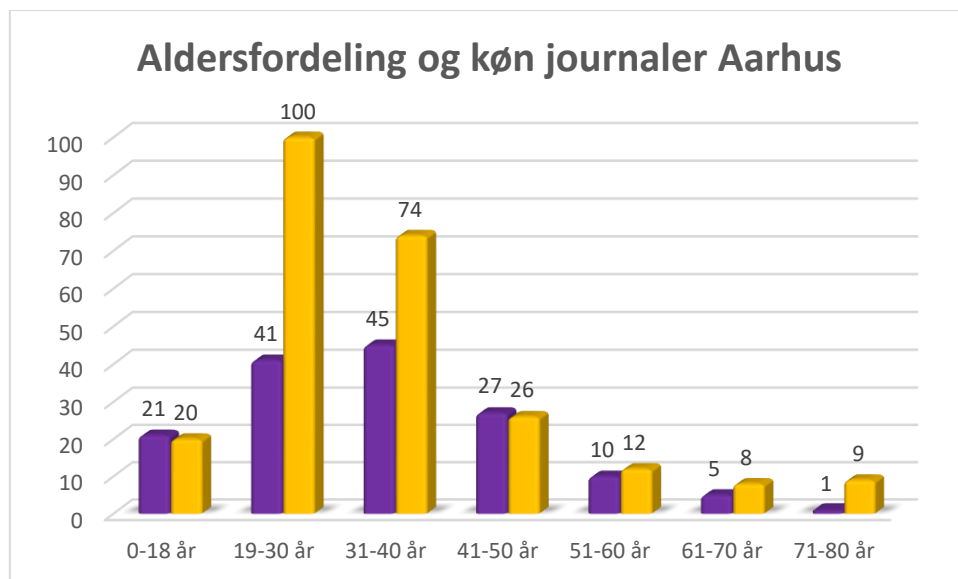


Figur 21. Fordelingen af patienter i København for hele perioden på 1 % piger, 2 % drenge, 40 % kvinder og 57 % mænd.

5.4 Alders- og kønsfordeling i Aarhus

Aldersfordelingen i Aarhus matcher fint billedet af aldersfordelingen for det samlede antal henvendelser, se figur 11 side 17. Der er markant flest mellem 19 og 30 år, og kvinder dominerer de fleste aldersgrupper, hvilket passer med, at der er flest kvindelige patienter i Aarhus.

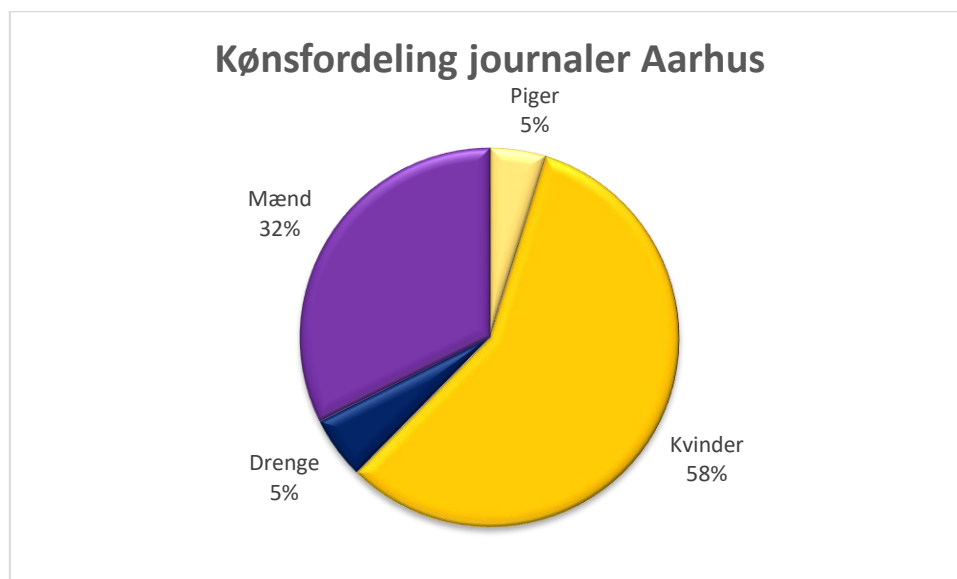
Sammenlignet med København kommer der samlet set flest patienter i aldersgruppen 19–30 år. I København kommer der samlet set flest patienter i aldersgruppen 31–40 år.



Figur 22. Aldersfordelingen af mænd og kvinder i Aarhus for hele perioden (gul = kvinder, lilla = mænd).

Kønsfordelingen på patienterne i Aarhus svarer til kønsfordelingen af det samlede antal henvendelser, se figur 12, side 17. Gengangerne fordeler sig nogenlunde ligeligt på piger, kvinder, drenge og mænd. Men kvinderne skiller sig markant ud ved at tælle 77 % i antal henvendelser, hvilket kan hænge sammen med, at en stor del af kvinderne er gravide og kommer flere gange i klinikken.

Antallet af piger og drenge er faldet sammenlignet med sidste år, hvor der var 6 % piger og 6 % drenge, hvilket hænger sammen med et markant fald i antal af børn i 2017. Det samlede billede af kønsfordelingen er modsat patienterne i København, hvor mændene er flest.



Figur 23. Kønsfordelingen af patienter i Aarhus 2017 på 5 % piger, 5 % drenge, 58 % kvinder og 32 % mænd.

5.5 Diagnoser

Hver patienthenvendelse bliver skrevet i journalen og påført en diagnose. Hvis patienten kommer igen med den samme diagnose, påføres diagnosen ikke igen. Billedet af diagnoser fortæller derfor, hvor mange forskellige patienter, der er kommet med de respektive diagnoser. En patient kan godt have flere diagnoser.

Antallet af diagnoser er retningsgivende for, hvad vi ser af sygdomme og symptomer i klinikken.

Klassifikationen i opgørelsen af diagnoser er med få undtagelser foretaget i overensstemmelse med ICPC2. Undtagelserne er de aktiviteter, som ikke er diagnostiske, men som fx handler om patientens problemer af social art.

Eksempler på diagnose-kategorier:

- Alment og uspecificerede sygdomme og helbredstilstande er almene smerter, feber, svimmelhed og træthed.
- Blod- og immunsystemet er blodmangel, leukæmi og forstørret lymfeknude.
- Fordøjelsessystemet er mavesmerter, forstoppelse, halsbrand, maveinfektion og mavesår.
- Øjensygdomme er synsbesvær, øjenbetændelse og bygkorn.
- Hjerter- og kredsløbssygdomme er hjertebanken, væskeophobning, hæmorider og venetrombose.
- Øresygdomme er ørepine, mellemørebetændelse, voksprop og svimmelhed.
- Bevægeapparatet er nakkesmerte, ryg- og lændesmerte, knæsmerte, muskelsmerte og skuldersmerte.
- Neurologiske sygdomme er migræne, svimmelhed, krampeanfald, nervebetændelse og cerebral parese.
- Psykiatriske sygdomme er angst, søvnløshed, depression, stress og ADHD.
- Respiratoriske sygdomme er åndenød, hoste, luftvejsinfektioner, halsbetændelse, lungebetændelse, forkølelse, influenza, bronchitis og astma.
- Hudsygdomme er udslæt, bylder, insektbid, psoriasis, eksem, fnat, akne og svamp.
- Endokrine system er abnormt vægttab, hormonsygdomme og forhøjet kolesterol.
- Urinvejssygdomme er vandladningssmerter, chlamydia, nyresten og blærebetændelse.

- Graviditet, fødsel og barsel er ubeskyttet samleje, graviditet, spontan abort og graviditetskvalme.
- Kvindelige kønsorganer er chlamydia, svamp og uregelmæssig menstruation.
- Mandlige kønsorganer er udflåd, chlamydia, gonorre, rejsningsproblemer og penissmerte.
- Sociale problemer er seksuelt overgreb, mishandling og problemer med social velfærd.

Diagnoser i København

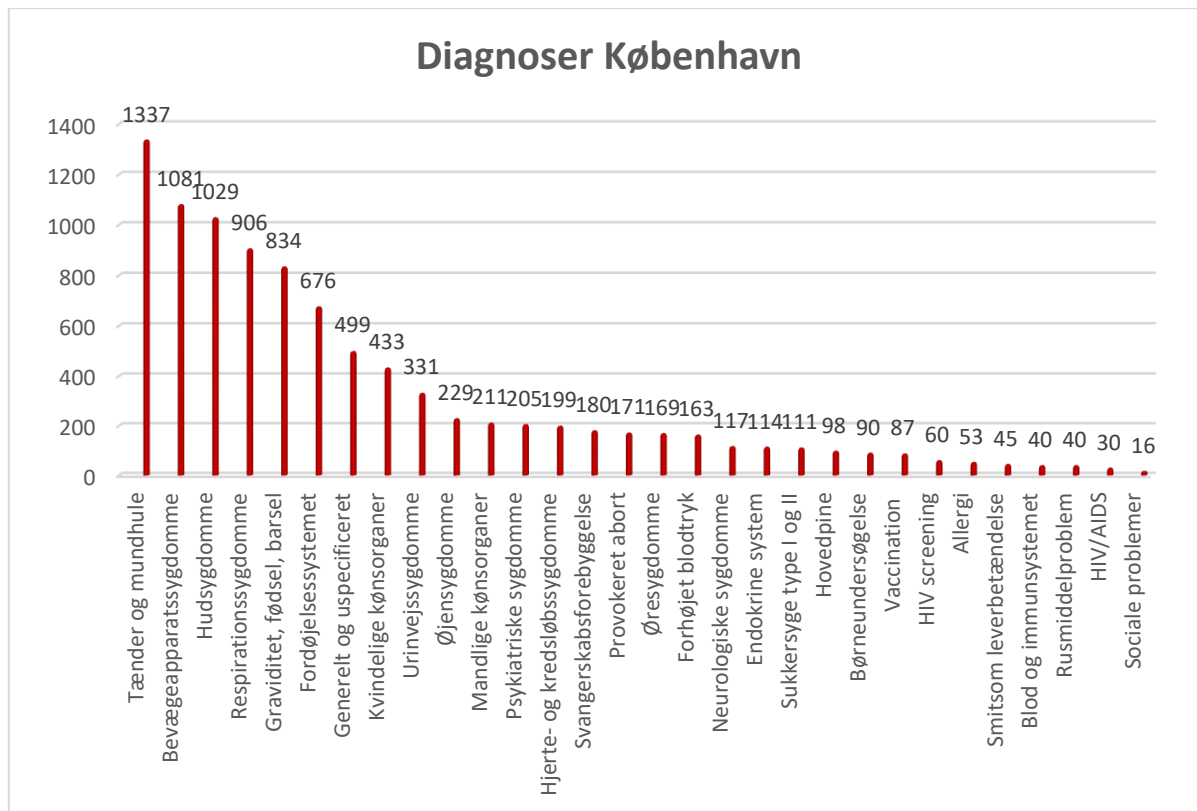
I København ses alle tilfælde af diagnoser, men nogle lidelser optræder markant flere gange end andre. Tænder og mundhule topper igen i år. Antallet i denne kategori er ikke det samme som antal forskellige mennesker med tandproblemer. Flere patienter kommer igen med nye tandproblemer og får derfor diagnosen flere gange i modsætning til fx en gravid kvinde, som kun får diagnosen én gang. Der er mange tandproblemer, som er kulturelt og socialt betinget. Dels er der ikke det samme forebyggende tandtilbud i de lande, de fleste patienter kommer fra. Dels har patienterne generelt set lavere social status.

På lignende vis taler de mange patienter med problemer med bevægeapparatet, respirationssygdomme og fordøjelsessystemet sit eget sprog. Mange patienter lever et hårdt liv enten som hjemløs eller under stærkt pres, da det er svært at få opholdstilladelse og arbejdstilladelse i Danmark. Det kan resultere i spændinger og smerter i kroppen samt problemer med maven og vejrtrækningen. De udokumenterede migranter er i en uløselig situation. Mange er kommet til Danmark, efter de er flygtet fra politiske konflikter og fattigdom med håb om overlevelse. Det gælder ikke bare for dem selv men også ofte for den tilbageblevne familie. De har sjældent noget at vende tilbage til.

Hudsygdomme er et stort problem. Patienter fra især Afrika og Asien har problemer med akne, eksem og udslæt og andre hudproblemer. Måske pga. klimaforskelle fra eget land og Danmark, måske pga. vitaminmangel, måske er det kulturelt betinget. Det har vi ikke noget endegyldigt svar på.

De 171 aborter er kun de provokerede aborter, hvoraf alle foretages af en gynækolog. De fleste er foretaget medicinsk inden for de første otte uger. Derudover er der henved 18 registrerede spontane aborter. Tallene for spontane og provokerede aborter er et minimumstal, da vi ikke har kendskab til om flere af vores kvindelige patienter har aborteret. Der er fx gravide kvinder, som vi kun ser en gang.

Samlet set ligner billedet af diagnoser, billedet fra sidste års rapport.



Figur 24. Antal stillede diagnoser i København for hele perioden.

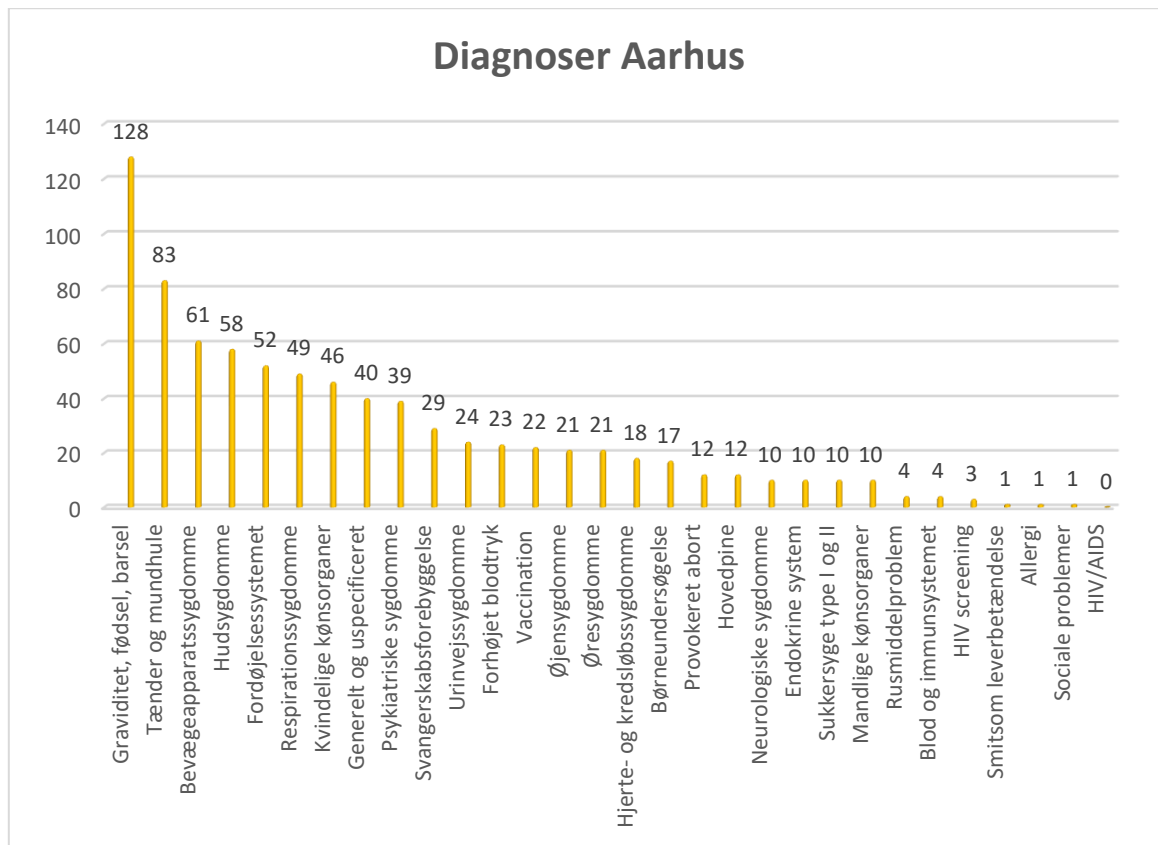
Diagnoser i Aarhus

Klinikken i Aarhus bruger de samme typer diagnoser som klinikken i København. Næsten alle diagnoser er blevet brugt i Aarhus. Der er ikke registreret nogen med diagnosen HIV/AIDS, måske fordi dette ikke er påført som diagnose eller i bedste fald, fordi det ikke er forekommet endnu. Der er kun registreret enkelte HIV screeninger. Alle gravide kvinder får foretaget screening for både HIV, syfilis og hepatitis B, men det bliver ikke diagnosticeret som specifik screening for dette. Diagnosen fremtræder kun, hvis en patient specifikt efterspørger en screening uden at være gravid.

Ganske få patienter er kommet pga. misbrugsproblemer, men det er generelt meget svært at behandle udokumenterede migranter for misbrug, idet det kræver en særlig ekspertise og ofte et cpr.nr. Klinikken har derfor ikke store muligheder for at hjælpe patienter med deres misbrugsproblemer.

Graviditet tæller stadig flest diagnoser sammenlignet med klinikens årsrapport fra 2016. Til gengæld er der i løbet af 2017 kommet flere med tandproblemer og problemer med fordøjelsessystemet. Antallet af tanddiagnoser er mere end fordoblet fra 35 til 83. Ellers er der mange fællestræk med diagnoserne fra rapporten i 2016. Mange gravide, mange med tandproblemer samt problemer med respiration og bevægeapparatet.

Der er stadig forholdsmeæssigt flere i Aarhus, der efterspørger en psykolog eller psykiater. Hvorfor denne forskel findes, vides ikke. Måske er det sværere at klare sig som udokumenteret migrant i en mindre by, som ikke har samme præg af globaliseringens mangfoldighed som hovedstaden. Måske er det, fordi patienterne med psykiske lidelser har fast base og dermed ro til også at forholde sig til de psykiske problemstillinger.



Figur 25. Antal stillede diagnoser i Aarhus for hele perioden.

5.6 De gravide kvinder og de nyfødte børn i København

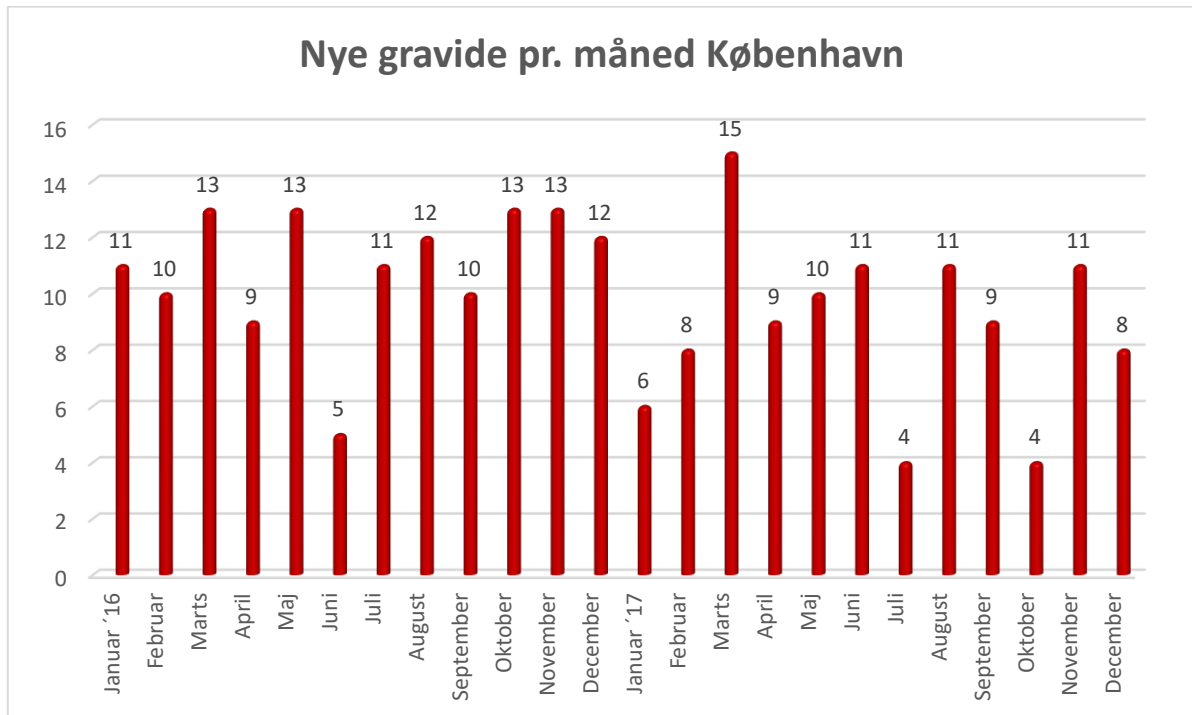
Mange gravide kvinder henvender sig i klinikken i København. Hver måned udarbejdes en optegnelse over nye henvendelser vedrørende graviditet. I denne gruppe er også de kvinder, som får en spontan eller provokeret abort. I alt har 643 kvinder henvendt sig, fordi de var eller fik konstateret, at de var gravide mod 537 fra 2016. Det svarer til en stigning på 106 nye gravide i 2017 mod en stigning på 132 i 2016 sammenlignet med 2015. Nogle kvinder har vi kun set én gang, men de fleste er dog kommet flere gange til jordemoder.

Vi spørger ikke til patienternes adresse, men kan med stor sandsynlighed sige, at de gravide kvinder har et sted at bo. Mange har en mand med opholdstilladelse. Skulle der komme en gravid kvinde, som er hjemløs, vil vi naturligvis indgå et tæt samarbejde med de sociale myndigheder for bedst muligt at hjælpe mor og barn.

194 af de i alt 537 gravide kvinder har fået en spontan eller provokeret abort. Antallet af aborter er større end angivet ved diagnoser, hvilket kan skyldes, at aborterne under opgørelsen af diagnoser kun tæller de provokerede aborter. Det er ofte kvinder, som er alene og ikke lever i et etableret parforhold, der foretrækker en abort fremfor at stå alene med et barn og med en illegal opholdsstatus.

Det er en udfordring at følge kvinderne og deres børn efter fødslen. De fleste har født på hospital, men vi ved ikke med sikkerhed, hvor kvinderne føder. Vi henviser ikke til fødsel, men kan kun rådgive om muligheder og rettigheder, hvorefter kvinderne selv må træffe beslutning om, hvor de vil føde.

Figur 26 viser antal nye gravide kvinder pr. måned fra januar 2016. Vi har opgørelse helt tilbage til august 2011, men figuren er svær at aflæse med så mange måneder. Derfor angives kun de nye gravide fra de seneste to år.



Figur 26. Antallet af nye gravide kvinder i København opgjort pr. måned fra 2016-2017.

5.7 Sundhedsplejerske i København

Fra september 2013 har det været muligt at møde en sundhedsplejerske i klinikken. Det er vigtigt for de børn, som ikke får tilbud om kommunal sundhedsplejerske, at de kan blive tilset af både læge og sundhedsplejerske, og at mødrene kan få råd og vejledning om amning og barnets trivsel. Derfor er der både en sundhedsplejerske og en børnelæge til stede to gange om måneden svarende til ca. hver anden fredag formiddag. Tilbud om sundhedsplejerske gælder ikke kun de nyfødte børn, det gælder også større babyer og børn.

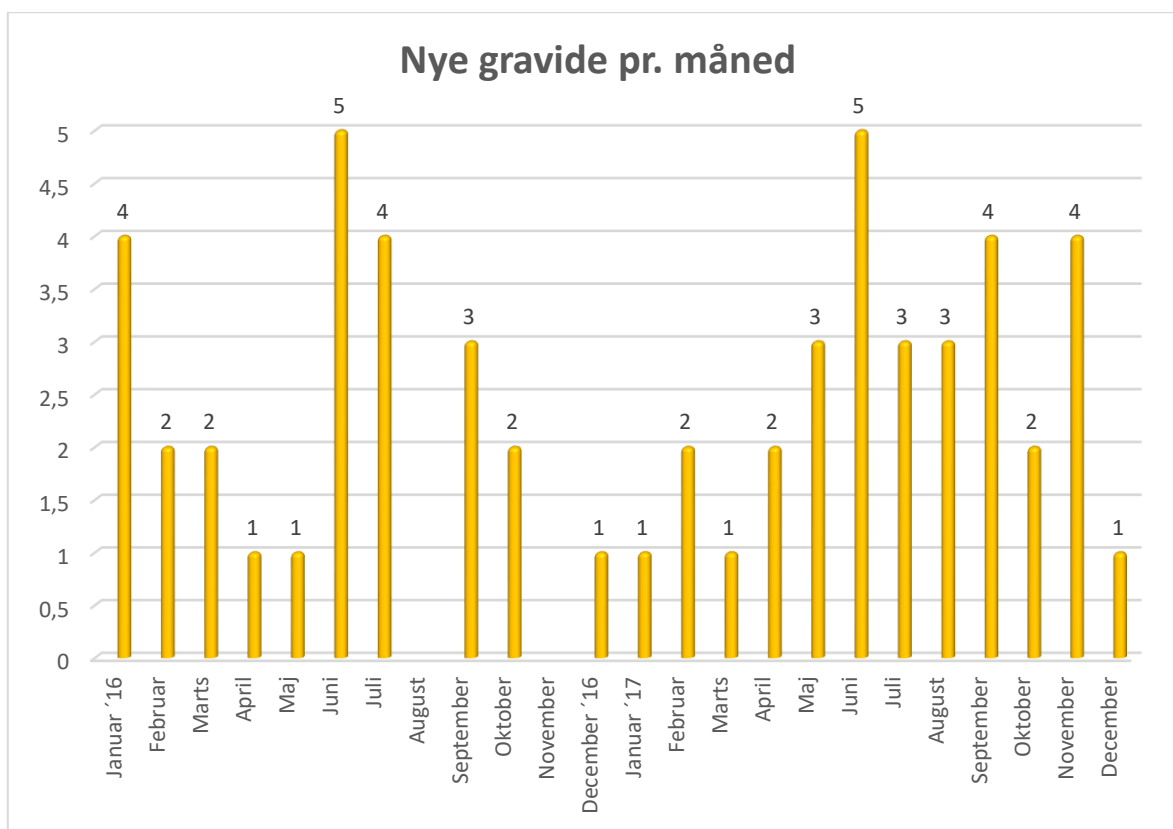
Vi forsøger hele tiden at gøre de gravide kvinder opmærksomme på vores tilbud om sundhedsplejerske og børnevaccinationer. Vi anbefaler de gravide kvinder, at de kommer igen efter fødslen og medbringer deres barn. Det synes at virke. Det er meget vigtigt, at den nybagte mor kommer med sin baby, så vi kan tjekke mor og barn og få en god drøftelse om børnevaccinationsprogrammet mv. Stigningen er en positiv udvikling, da et af sundhedsklinikkens formål er at sikre børns sundhed. Nogle nyfødte bliver via hospitalet tilknyttet det offentlige sundhedstilbud med børneundersøgelser og sundhedsplejerske, men det gælder ikke alle nyfødte og slet ikke for den kvinde eller det ægtepar, som ingen opholdstilladelse har. Klinikken vil derfor fortsat have særligt fokus på nyfødte og større børn.

5.8 De gravide kvinder og de nyfødte børn i Aarhus

Der kommer forholdsvis mange nye gravide kvinder til klinikken i Aarhus. Alene i 2017 har vi set 31 nye gravide kvinder mod 25 fra 2016. Samlet set har klinikken i Aarhus set 102 gravide kvinder, 16 er endt med spontan eller provokeret abort. Nogle af kvinderne er langt henne i graviditeten ved første besøg. Det betyder, at færre gravide kvinder når at komme mere end én gang til jordemoder. At de gravide kvinder frem for syge mænd så hurtigt har fundet klinikken, kan hænge sammen med, at kvinderne bor hos dansktalende mænd, som har hørt og læst om klinikken i medierne eller har kunnet orientere sig på internettet.

Det er vigtigt, at kvinderne har mulighed for at få gode råd om amning og børnenes trivsel, også selv om flere af kvinderne bor hos mænd med opholdstilladelse. Fælles for de fleste migrantkvinder er, at de ikke nødvendigvis har deres oprindelige netværk af kvinder at tale med om fødsler og spædbørnspleje, så vi finder det stadig vigtigt, at der findes et tilbud til de nybagte mødre.

Siden september 2015 har klinikken rådet over en sundhedsplejerske. Hun kom typisk den sidste mandag i måneden og kunne tage sig af de nyfødte børn og større børn. Men dette tilbud synes ikke at have virket. Familierne kom på alle andre dage, så sundhedsplejersken kom ofte forgæves. Indtil videre er det lægen, som har almindelig vagt, der tager sig af vaccinationen. Sygeplejersken står til rådighed med råd og vejledning om amning og spædbørnspleje.



Figur 27. Antal nye gravide kvinder i Aarhus opgjort pr. måned i perioden 2016 - 2017.

5.9 Laboratorieprøver i København

Siden december 2011 har frivillige bioanalytikere stået for alle blod- og urinprøver i klinikken i København. Fra 1. januar 2012 er der blevet ført nøje statistik hver aften over, hvor mange af de forskellige prøver, der er blevet taget. Alle prøver undtagen prøver til forsendelse bliver analyseret med det samme i klinikken.

Det har været en stor hjælp for udredningen af patienterne, at det er muligt med det samme at kortlægge en del af de mest almindelige urin- og blodprøver. Det gør det muligt at sætte ind med hurtig behandling, hvis det er nødvendigt.

Alle gravide bliver ved samtykke screenet for HIV og syfilis samt hepatitis B, hæmoglobin og blodsukker. Ved hver efterfølgende konsultation hos jordemoder bliver der taget en urinprøve, hvilket forklarer brug af de mange urinstix.

Også andre patienter spørger efter HIV og syfilis test, da de er nervøse for, om de kunne være blevet smittet fx i forbindelse med ubeskyttet sex.

Det samlede billede af de mange test, der bliver foretaget i laboratoriet viser, at bioanalytikerne ofte har travlt på vagten.

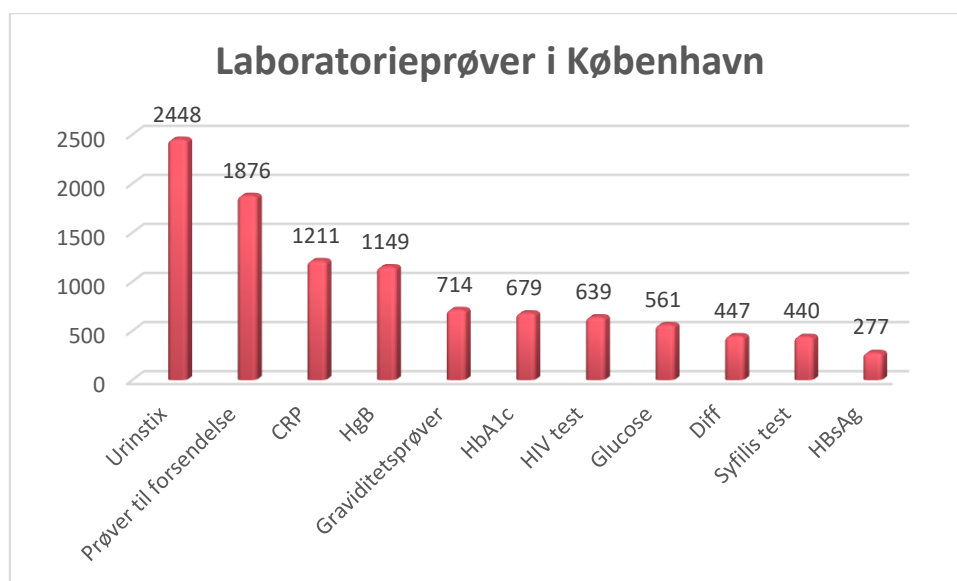
Lidt om de forskellige prøver, vi selv tager:

- Urinstix er en markør for betændelse, proteinstoffer, blod, sukker og ketonstoffer i urinen.
- Hgb viser, om der er blodmangel.
- CRP måler infektioner.
- HIV og syfilis angiver, om der er tale om en af disse kønssygdomme.
- Strep A viser halsinfektion med streptokokker – denne test foretages af lægen.
- HbA1c angiver det gennemsnitlige blodsukker over de seneste måneder.
- Glukose måler blodsukker og kan dermed være en markør i forhold til diabetes.
- Differentialtælling viser den procentvise fordeling af hvide blodlegemer og kan indikere infektioner, immundefekter og leukæmi.

Lidt om de prøver, vi typisk sender:

- TSH er en stofskifteprøve.
- ALAT, ASAT er leverfunktionsprøver.
- Kreatin er en nyrefunktionsprøve.
- Kalium og Natrium fortæller om væskebalancen er i orden.
- Gonorre og chlamydia er test for kønssygdomme.
- Urindyrkning kan angive, om der er tale om urinvejsinfektioner.

Fordelingen af de prøver, som er taget i laboratoriet i 2017, er næsten identisk med fordelingen i rapporten fra 2016. Antallet af HIV test er forholdsmeæssigt faldet, hvilket kan hænge sammen med færre gravide kvinder, men også at andre generelt ikke har efterspurgt HIV test så meget. De mange urinstix skyldes især de gravide kvinder, men også mange andre patienter kommer for urinvejsproblemer.



Figur 28. Antal af prøver, der er taget i laboratoriet i København siden januar 2012 til og med 2017.

5.10 Laboratorieprøver i Aarhus

I Aarhus er det også bioanalytikere, der ved hver åbningsaften forestår alle blodprøver. Procedurer er de samme som i København, og det er de samme test, vi tilbyder. Apparater til analyse af test i klinikken er ligeledes de samme.

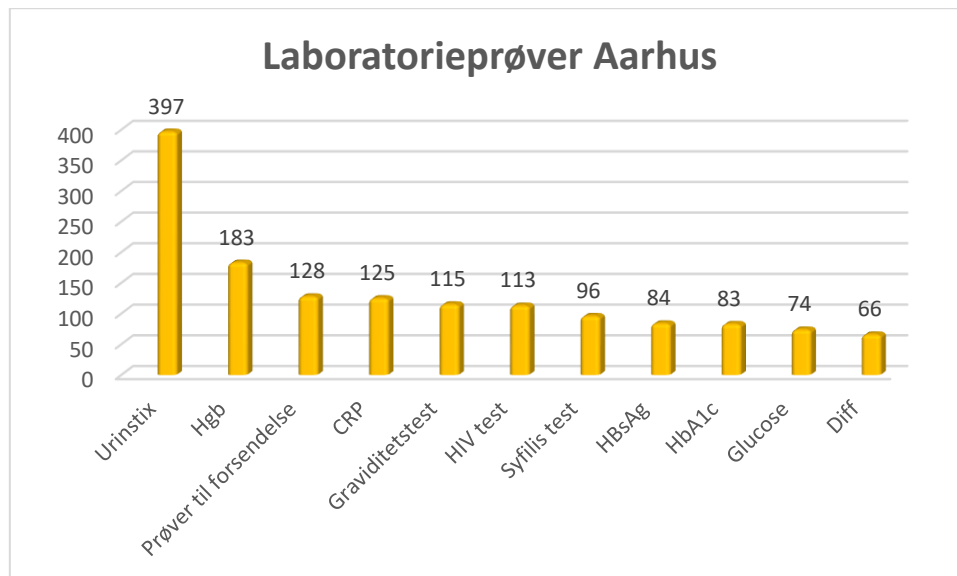
Lidt om de forskellige prøver, vi selv tager:

- Urinstix er en markør for betændelse, proteinstoffer, blod, sukker og ketonstoffer i urinen.
- Hgb viser, om der er blodmangel.
- CRP måler infektioner.
- HIV og syfilis angiver, om der er tale om en af disse kønssygdomme.
- Strep A viser halsinfektion med streptokokker – denne test foretages af lægen.
- HbA1c angiver det gennemsnitlige blodsukker over de seneste måneder.
- Glukose måler blodsukker og kan dermed være en markør i forhold til diabetes.
- Differentialtælling viser den procentvise fordeling af hvide blodlegemer og kan indikere infektioner, immundefekter og leukæmi.

De prøver, der typisk sendes til analyse, er urin til dyrkning og resistens samt GBS, som er gruppe B streptokokker, som forekommer hos 10-30% af alle gravide i livmoderhalsen eller blæren. Det er især vigtigt at være opmærksom på GBS, da barnet under fødslen kan blive smittet. Men der bliver også sendt prøver vedrørende kønssygdomme, stofskifte, levertal mv.

Alle gravide får tilbud om at få foretaget test for HIV, syfilis, hepatitis B, hæmoglobin og glukose. Resultaterne skrives i vandrejournalen, som kvinden medbringer til hospitalet, når hun skal føde.

Der er taget mange flere af de enkelte prøver sammenlignet med sidste år. Dette er med til at understrege, at der kommer langt flere patienter i klinikken i Aarhus, og der er behov for et sundhedstilbud i Jylland. Det samlede billede af de enkelte prøver svarer næsten til billedet fra 2016.



Figur 29. Antal af prøver, der er taget i laboratoriet i Aarhus siden december 2013 og til og med 2017.

6 PATIENTERNE

En aften i klinikken i København

Klokken er 16.45, klinikken gør klar til at åbne døren. Udenfor står allerede fem patienter og venter. To skal til jordemoder, og tre skal til lægen. Nogle patienter kommer ofte i god tid for at komme hurtigt til, men vi åbner ikke døren før kl. 16.45, da klinikken ikke er en varmestue.

Den første patient til lægen er en afrikansk kvinde, som vi kender, fordi hun ofte kommer til diabetes-teamet. Hun ser dårlig ud, så vi tager et par blodprøver. Det viser sig, at hun har en blodprocent på 2,8. Hun må indlægges, så blodprocenten kan stabiliseres. Kvinden bliver tydeligt bange, men beroliges med, at hendes situation er akut og at hospitalet derfor vil behandle hende fint. Der vil ikke ske hende noget.

Den første kvinde til jordemoderen er fra Afghanistan. Hun er i gang med at søge familiesammenføring, men har lige fået afslag. Hendes situation er svær, da hun er i 8. måned og derfor ikke kan rejse tilbage. Hendes situation fylder meget i konsultationen, manden er meget bekymret.

I løbet af de tre timer, klinikken har åbent, kommer adskillige patienter, som skal til lægen og fire mere, der skal til jordemoderen. Der er fx en mand fra Rumænien, som har for højt blodtryk og problemer med maven. En kvinde fra Filippinerne skal have lavet blodprøve og tjekkes efter en provokeret abort ugen før. En mor fra Slovakiet kommer med sit lille barn, som har haft feber i flere dage. En ung mand fra Nepal kommer, fordi han længe ikke har haft sin medicin mod epilepsi. Han henvises til vores neurolog for nærmere undersøgelse. En mand fra Afrika mangler medicin for sin diabetes. Han henvises til diabetesteamet og følges på apoteket af hjælperen i modtagelsen.

Sådan går aftenen slag i slag. Alle de frivillige har nok at se til.

En aften i klinikken i Aarhus

Allerede klokken halv fem kommer den første kvinde fra Letland. Hun har i flere år opholdt sig i Aarhus, men er hjemløs. Hun har længe døjet med voldsom tandpine og skal til tandlægen. Alle hendes tænder er i dårlig stand, men de bliver enige om at starte med at trække den tand ud, som er betændt. Hun skal komme igen, næste gang der er tandlæge. Hun får penicillin og smertestillende medicin med. Tandlægen får yderligere to patienter, en der skal have trukket en tand ud, en anden som får lavet et stort hul med en midlertidig fyldning.

En kvinde fra Afghanistan venter på psykologen. Det er hendes femte samtale. Det går efterhånden bedre med hendes depression, men hun dør også med en del spændinger i nakken, så hun henvises til fysioterapeuten.

Lægen får tre patienter. Den ene er en kvinde fra Filippinerne, som har en stor byld på ryggen, som skal fjernes. En gravid kvinde er kommet hele vejen fra Åbenrå og har svært ved at komme igen, næste gang der er jordemoder. Vi må finde en frivillig jordemoder, som kan tilse kvinden i Sønderjylland. Den sidste er en kræftsyg mand fra Rumænien, som mangler smertestillende medicin. Han er terminal, men kan ikke få plejeplads i Danmark. Vi kan kun smertedække ham.

Endnu en aften kan vi alle fra Aarhus og København gå hjem med en god følelse af at have gjort en kæmpe forskel for de mange mennesker, som kun har klinikken at søge til, når de bliver syge eller gravide. Et arbejde, der giver rigtig god mening.

7 AFSLUTTENDE KOMMENTARER

Sundhedsklinikken har sin berettigelse, rapportens data taler sit eget sprog. Der er et stort behov for sundhedshjælp til den gruppe af mennesker, som ikke har cpr.nr. eller det gule sundhedskort og dermed kun i begrænset omfang har adgang til det almindelige offentlige sundhedsvæsen.

Behovet er tydeligst i København og omegn. Men i 2017 er der kommet forholdsmæssigt mange flere patienter i klinikken i Aarhus. I fremtiden vil vi se på, om de to klinikker kan dække behovet i Danmark. Udokumenterede migranter findes overalt i Danmark, men vores udfordring er at sprede budskabet om klinikkernes tilbud, så migranterne ved, hvor de skal henvende sig, når de har behov for sundhedshjælp. Vi må arbejde med udvikling af strategier til at formidle det gode budskab om, at der findes et sundhedstilbud til migranterne, så flest mulige kan få glæde af tilbuddet.

I 2018 skal vi for alvor i gang med vores to forskningsprojekter. Det ene har fokus på de gravide kvinder og de nyfødte børn. Det er MESU (Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed), som står for forskningen. Formålet er dels at afdække de gravide kvinders sundhedstilstand, dels ved interview at afklare, om vi rammer kvindernes behov for jordemoderundersøgelser og efterfølgende tilbud om sundhedsplejerske og børnevaccinationer. Det er vigtigt for os at vide, hvordan vi bedst kan optimere tilbuddet rettet mod de nyfødte børn.

Det andet projekt har fokus på gruppen af diabetespatienter i samarbejde med forskningsenheden på Hvidovre hospital. Dette projekt har til formål at afdække diabetespatienternes brug af vores tilbud, og om der kan spores bedring i patienternes sundhedstilstand, når de jævnligt bruger diabetestemet. Gennem interview vil vi afdække, om vi kan justere på vores tilbud for at optimere patienternes behov.

Begge projekter vil vi sammenligne med lignende danske resultater. Det vigtigste er dog at have mere valide og tilbunds gående kortlægninger af vores data, end årsrapporten kan bibringe, for at blive klogere på, om vi gør det godt nok, eller om vi skal ændre på vores indsats for bedre at imødekomme patienternes behov.

For begge afdelinger af klinikken gælder, at tilbud om behandling hele tiden udvikles i takt med patienternes behov. Dette udviklingsarbejde stopper formodentlig aldrig, i og med der hele tiden kommer nye frivillige behandlere.

Yderligere information om klinikken kan fås ved henvendelse til klinikkens leder Vibeke Lenskjold, tlf.nr. 3171 6164, e-mail vilen@rodekors.dk

Se også sundhedsklinikkens hjemmeside: <https://www.rodekors.dk/det-goer-vi/sundhedsklinik>

Rapporten er forfattet af:

Vibeke Lenskjold, projektleder og leder af sundhedsklinikken i København og Aarhus
Marts 2018.