

Utpostens dobbeltime

Organisering av helsetjenesten
for asylsøkere og flyktninger
i en mindre kommune på
Vestlandet

FASTLEGE OG KOMMUNELEGE II I KVAM:

Ragnar Hansen

INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Reidun Brunvatne beskriver i dette nummeret av Utposten organisering av helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger i tettliggende, store kommuner i sentrale strøk. Mange av mottakene rundt i landet ligger imidlertid ofte i små utkantkommuner der det ligger til rette for en annen organisering av tjenesten. For å belyse mulighetene på dette området i en liten kommune har

Utposten fått en dobbelttime med kommunelege II og fastlege i Kvam herad i Hordaland, Ragnar Hansen. Siden 2001 har han hatt det medisinske ansvaret på Helsestasjon for flyktninger og han er også fastlege for de fleste asylsøkerene og mange av de fastboende flyktningene. I samarbeid med kommunen og en dyktig helsesøster har han engasjert seg i å utforme en stabil og god helsetjeneste for asylsøkere og flyktninger.

– Kan du gi en beskrivelse av hvordan helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger er organisert i Kvam?

– Kvam Statlege mottak er organisert i to avdelinger i kommunen. Den største avdelingen er lokalisert i Strandebarm og en mindre i Norheimsund. Flyktningekontoret i kommunen har driftsansvar for asylmottaket i tillegg til at de har et ansvar i forhold til de fastboende flyktningene. Kommunen driver også Helsestasjon for flyktninger. Denne helsestasjonen betjenes av en helsesøster i 75 prosent stilling. Hun organiserer driften og er koordinator for helsetjenestene. Stillingen min på helsestasjonen utgjør 20 prosent, altså en dag hver uke. Helsestasjon for flyktninger samarbeider tett med mottaket, og det er også eget helsesøsterkontor og legekontor på mottaket på Strande-barm. Dagen min på helsestasjonen brukes hovedsakelig til å gjennomføre den lovpålagte førstegangsundersøkelsen av alle nyankomne kvoteflyktninger, asylsøkere på mottak og nye fastboende flyktninger. Dette er et viktig kartleggingsarbeid. I tillegg har jeg oppfølgingsarbeid og ordinære helsestasjonskontroller for barn. Det blir også en del papirarbeid i forhold til gjennomgang av tilsendte journaler, utarbeiding av legeuttalelser og ellers kommunikasjon og rådgiving for mottaket i spesielle spørsmål. Stikkord for arbeidet vårt

Ragnar Hansen

født 1973, cand.med. 1999
i Bergen, turnus i Førde og Naust-
dal, militærtjeneste som skipslege
på Håkonsvern, kommunelege I
og fastlege i Kvam siste tre
og et halvt år.

med asylsøkere og flyktninger er tilgjengelighet og fleksibilitet, og dette er mulig på grunn av kommunens størrelse og kontinuitet på personellsiden. Når det gjelder smittevern, er det for denne gruppen som for den øvrige befolkningen, underlagt smittevernlegen i kommunen.

– *Mange mener at fastlegeordningen ikke innebærer noen fordel for denne gruppen. Det tar ofte tid før asylsøkeren får fastlege og i tillegg kan den første tiden preges av flytting. Hvordan fungerer overgangen fra den første kontakten på Helsestasjonen til at alle får sin fastlege hos dere?*

– Når jeg knytter kontakt med alle asylsøkere og flyktninger ved førstegangsundersøkelsen, er det ofte naturlig at jeg også blir fastlege i etterkant. Etter den første kartleggingen får jeg et kjennskap til alle og det er etablert en kontakt. Ved denne kontinuiteten unngår vi det tomrommet som ofte oppstår der mange kan falle mellom to stoler. Flyktningebarna følges opp videre av helsesøster og lege på helsestasjonen. Det hender ofte at jeg får fastlegeoppgaver for asylsøkerene også før de har vært til første gangs helseundersøkelse og jeg prøver å være fleksibel på dette punktet. Totalt sett er dette et spørsmål om arbeidskapasitet. 90 prosent av listepasientene mine er jo nordmenn og fastlegefunksjonen for asylsøkere og flyktninger er betydelig mer tidkrevende enn for gjennomsnittsbefolkningen.

– *Kommunens ansvar overfor asylsøkere og flyktninger etter kommunehelsetjenesteloven innbefatter helsetjeneste og psykososiale tiltak samt miljørettet helsevern. Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet om helsetjenestetilbud for asylsøkere og flyktninger beskriver at det så snart som mulig etter ankomst til mottak i kommunene skal opprettes en kontakt med helsepersonell og gjennomføres en første vurdering av helsetilstand og behov for tjenester. Helseundersøkelsen bør som minimum omfatte samtale med sykepleier og legeundersøkelse der det avdekkes helseproblemer. Hvordan har dere valgt å legge opp førstegangsundersøkelsen?*

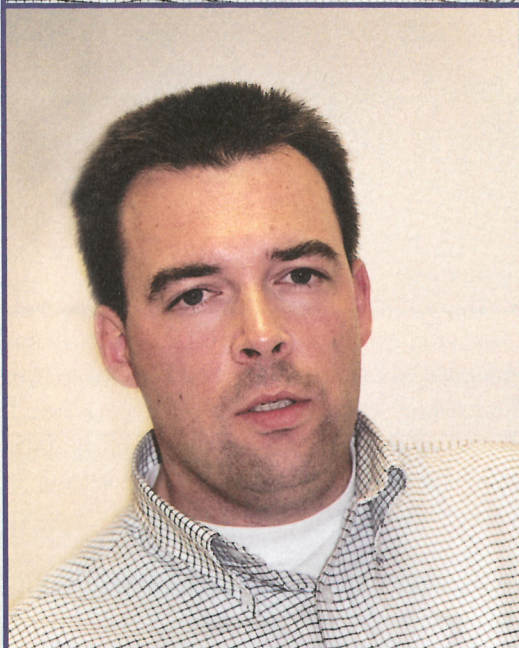
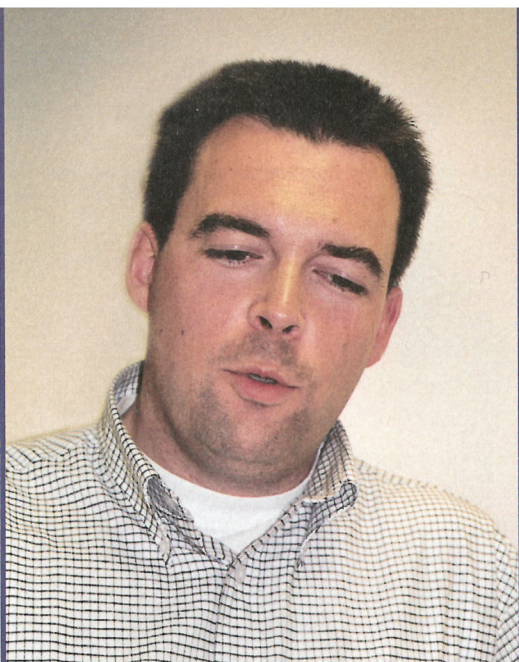
– Vi forsøker å gjennomføre den første kontakten innen fire uker etter ankomst til kommunen. Førstegangsundersøkelsen er en kartlegging av både den psykiske og somatiske helsetilstanden. I tillegg er det viktig å gi informasjon om hvordan helsetjenesten fungerer hos oss og hvor de kan få hjelp ved sykdom. Førstegangsundersøkelsen er delt mellom lege og helsesøster. Hos oss får alle en kartlegging hos lege. Denne delen har vi standardisert gjennom et eget skjema som senere følger pasienten som informasjon til fastlegen. Skjemaet inneholder først en del formaliteter med navn og fødselsdata, hvilken status personen har (overføringsflyktning, asylsøker, innvilget asyl etc), flukttidspunkt, opprinnelsesland, etnisk bakgrunn, språk, sivilstatus, transittland, familie i Norge og hjemlandet og tolkespråk. Deretter følger opplysninger fra transittmottak om pirquet, skjermbilde, BCG, hepatitt, HIV og andre laboratorieprøver. Helsesøster følger senere opp det som eventuelt



mangler her. Hun går også igjennom vaksinasjonsstatus. Videre tar jeg opp en anamnese på tidligere sykdommer, og spesielt smittsomme sykdommer, og deretter nåværende helseproblemer og medikamentbruk. Det gjøres en somatisk status presens og en oppsummering med vurdering av hva som eventuelt må gjøres av utredning.

På den psykososiale siden tar jeg også opp anamnese. Jeg forsøker å kartlegge om personen har symptomer i form av for eksempel søvnproblemer, mareritt, depresjon, økt irritabilitet, håpløshetsfølelse eller nedsatt matlyst. Mange kan være preget av traumatiske hendelser og dersom jeg får mistanke om dette går vi videre med egen psykosomatisk kartlegging etter standardisert skjema. Dette gjøres ofte i samarbeid med helsesøster. Vi spør da om personen har vært vitne til eller selv har vært utsatt for tortur, fysisk vold eller andre ekstreme påkjenninger, vært vitne til drap eller levd i dekning. Dette er generelle spørsmål og vi vil ikke presse pasienten til å konkretisere uten at han selv føler seg klar for det.

Helsesøster følger opp med tilbud om laboratorieprøver i den grad dette ikke allerede er gjort samt vaksinasjon og oppfølging av barn. Helsesøster skal være lavterskeltilbud for helsetjeneste og hun har faste trefftider på mottaket. I likhet med andre mottak siler og løser helsesøster mange av spørsmålene som dukker opp. Vi har hyppig kontakt på telefon gjennom hele uka i forbindelse med ulike problemer og samarbeidet fungerer utmerket. Hun har også oppfølging av bofaste flyktninger.



– *Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet presiserer at det så lenge det er uvisst om asylsøkeren får bli i landet ikke skal innledes langvarig behandling ved mindre alvorlige tilstander, med mindre utsettelse av behandlingen kan anses å medføre risiko for vesentlig forringelse av helsetilstanden. Hvordan avgrenser du arbeidet på helsestasjonen med hensyn til utredning og håndtering av problemstillinger som krever videre oppfølging, også i forhold til hva som skal sendes videre til fastlege?*

– Jeg synes graden av videre utredning ofte gir seg selv. Asylsøkere tar ofte lang tid og i praksis må problemer avklares på vanlig måte og behandles som hos andre pasienter med mindre det er snakk om spesielt langvarig behandling. I forhold til hva vi følger opp på helsestasjonen og hva som føres over til fastlegen, er det ofte en glidende overgang ettersom jeg også ofte fungerer som fastlege for mange. Det er ofte avhengig av hvor stor kapasitet vi har på helsestasjonen. I utgangspunktet har vi ingen begrensninger på hva som kan taes opp på helsestasjonen, men forsøker å avgrense etter hvert. Noe fleksibilitet her er viktig, også for å avlaste den ordinære helsetjenesten i kommunen.

– *Tolketjeneste er ofte en nødvendig forutsetning for en god helsetjeneste. Kommunen skal ved behov sørge for kvalifisert tolkehjelp i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister (Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet). Hvilke tanker har du rundt dette og hvordan organiseres dette hos dere?*

– Jeg er svært opptatt av at vi i hvert enkelt tilfelle må ha **tilstrekkelig** tolkehjelp. For noen kan det være vanskelig med telefontolk og vi har problemer med å få en god nok kommunikasjon. I andre tilfeller ser vi at tilstedetolk ikke er heldig og pasienten føler det ubehagelig med en tredje person tilstede. Som regel vil det bli brukt telefontolk ved første konsultasjon da dette er det rimeligste alternativet. Det må da vurderes om dette er tilstrekkelig eller om det er nødvendig med tilstedetolk ved eventuelle senere konsultasjoner. I så stor grad som mulig unngår vi å bruke familie og venner som tolk. Ansatte på mottaket med fremmedspråklig bakgrunn bør og skal ikke brukes selv om dette økonomisk er rimelig og enkelt å få tak i. Jeg har gått flere runder med kommunen på dette og anser det som en viktig forutsetning for et tilfredsstillende helsetilbud som ivaretar pasienten og dennes følelse av konfidensialitet i møte med lege. Jeg opplever at det generelt er forståelse for dette i kommunen nå.

Hos oss er det flyktningkontoret som koordinerer og tar imot bestillinger på tolk. De kan også samkjøre med andre i kommunen som kan trenge samme tolk slik at ressursene utnyttes best mulig. De har i samarbeid med oss utviklet retningslinjer for bestilling og skjema for dette. Her melder vi inn tolkebehovet og får beskjed tilbake så snart bestillingen er klar

– *En utfordring i møte med denne gruppen kan ofte være mange diffuse symptomer og smerter. Kan du dele noen tanker rundt håndtering av dette?*

– I utgangspunktet forsøker jeg å ta somatiske symptomer på alvor som hos andre pasienter og utelukke en somatisk årsak så langt det er rimelig før en konkluderer med at det er snakk om somatisering av psykiske plager. I tillegg til diffuse kroppssmerter er utmattelse og søvnløshet symptomer vi ofte møter. Dette kan være sammensatte problemer og ha sammenheng med blant annet usikkerhet om framtida, tanker på familien og tidligere traumer. Det er viktig å snakke med dem om søvnløsheten og mulige årsaker til det. Mange er vant til store, tunge måltider på kvelden, noen kan få uheldig døgnrytme på grunn av lite å fylle dagene med.

I tillegg har mange «brakkesyke», det vil si symptomer av å bo tett med ukjente mennesker med til dels store plager kombinert med mangelfullt tilbud på dagtid.

Tidligere hadde asylsøkerne rett til norskundervisning. Denne medførte at alle måtte stå opp til fast tid for å gå på skolen og strukturerte dagene sine deretter. Denne retten har falt bort og mange har av den grunn fått en dårligere døgnrytme. Mottaket her i kommunen har nå startet opp frivillig norskundervisning med frivillige lærerkrefter og egen avis og internettside. Dette er positivt for trivsel og helse.

– *En kan noen ganger få inntrykk av at det for enkelte asylsøkere er vanskelig å stole på at helsepersonell ikke gir opplysninger videre til myndighetene. Hvordan kan vi oppnå en tillit på dette området?*

– Det er viktig å forklare spillereglene rundt taushetsplikt ved første møte og presisere at det ikke er noen kontakt mellom helsetjenesten og myndighetene uten at pasienten ber om eller samtykker til det. Personellet på mottakene kan i en del tilfeller derimot ha rapporteringsplikt hvis de får kjennskap til forhold som kan påvirke søknaden. Det er derfor svært viktig at det avklares med pasienten hvis det i noen tilfeller er tjenlig at vi tar kontakt med mottaket, for eksempel om praktiske forhold som kan påvirke helse-tilstanden. Det er også viktig at personell på mottaket som hovedregel ikke brukes som tolk selv om de snakker pasientens språk. Dette er ikke fordi jeg ikke stoler på at miljøarbeiderne overholder taushetsplikten, men fordi rollene blir forvirrende og uklare for asylsøkeren.

– *Bak en velfungerende helsetjeneste for asylsøkere og flyktninger må det ligge en bevisst vilje og satsing fra kommunen, også økonomisk. Selv om kommunene får overført midler til dette arbeidet, vet vi at kvaliteten på helsetjenesten er sterkt varierende og at midlene ikke er øremerkede. Det å ha en egen legestilling og gjennomføre en legeundersøkelse for alle asylsøkere og flyktninger er ikke noe alle kommuner prioriterer.*

Har du noen tanker om hva som skal til for å bedre denne helsetjenesten generelt?

– Det er viktig at helsepersonell samarbeider med kommunen som driftsoperatør i å utforme innholdet i helsetjenesten. Vi som faggruppe må kunne definere hva en god helsetjeneste må inneholde og ikke gå på akkord med egne premisser. Dette vil for eksempel gi seg utslag i at vi ikke kan gå med på å bruke billige og dårlige tolkemuligheter som kan forringe kommunikasjonen mellom lege og pasient i konsultasjonen. Jeg registrerer at det til tider kan være ekstraavgifter til for eksempel riktig og kvalifisert tolk i forhold til å benytte familie, ansatte på mottak eller ved noen tilfeller telefontolk. Ikke desto mindre er det i slike tilfeller viktig å være klar på hva vi kan vinne på å gjøre en god jobb. Spesielt i kartleggingssituasjonen er dette viktig og jeg har flere ganger opplevd at unøyaktig kommunikasjon har medført at sykdom og tilstander er blitt oversett. Dette kan igjen medføre bruk av ekstraressurser i form av flere konsultasjoner, innleggelse som kunne vært unngått, misforståelse angående medisiner og så videre. Når det gjelder å ha en legestilling på helsestasjonen tror jeg ikke dette er spesielt dyrt for kommunen i forhold til hva det ville koste med kjøp av tilsvarende tjenester hos fastlegen. Jeg vil også nevne at vi i Kvam har en dyktig og engasjert helsesøster.

– *Det kan framkalle irritasjon og slitasje når komplekse problemstillinger, språk- og tolkeproblemer og kulturforskjeller skal inn i vårt knappe tidsskjema. Hva er grunnen til at du har valgt å engasjere deg i dette arbeidet?*

– Faglig er det et utfordrende arbeid. Det er ofte store behov og mye patologi både somatisk og psykisk. En møter infeksjonssykdommer som ikke er vanlig i den norske befolkningen og andre somatiske ubehandlede tilstander som vi sjelden ser ellers. Mange har vært utsatt for overgrep og traumer med de utfordringer dette gir. På den annen side har jeg, som de fleste, erfart de negative sidene ved det å holde seg til mennesker som ikke kjenner spillereglene i vårt helse-system. Det er svært viktig å bruke tid på å forklare hvordan systemet fungerer. Allikevel unngår en aldri at det blir noe frustrasjon på begge sider. Det å få kompetanse på et felt som mange vegrer seg for å gå inn i, opplever jeg også inspirerende. Jeg vil fortsette med dette så lenge jeg finner det motiverende og så lenge premissene er til stede for å gjøre en god jobb.

Kilder:

- Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet: «Helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger» 2003.
- Reidun Brunvatne, Kari Hynne og Per Hjortdal: Flyktninger i primærhelsetjenesten (skriftserie for leger, utgitt av DNLF).
- Skjema til bruk ved førstegangsundersøkelse, Statens helse-tilsyn