

# Helsetjeneste til asylsøkere og nyankomne flyktninger

## *Interkommunalt samarbeid i Vestfold*

AV REIDUN BRUNVATNE

### Bakgrunn

Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1022 «Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøker», trekker opp retningslinjer for de helsetjenester som skal tilbys flyktninger og asylsøkere. Veilederen gir en kortfattet beskrivelse av de helsemessige problemer som er spesielle for flyktninger og asylsøkere. Den gir også konkrete råd om hvordan primærhelsetjenesten kan møte de utfordringer som disse helseproblemer innebærer.

Asylsøkere og nyankomne flyktninger skal tilbys en somatisk og psykososial første gangs helseundersøkelse og adekvat behandling/intervensjon slik at de får:

- tidlig hjelp med somatiske sykdommer, inklusive smittsomme sykdommer
- tidlig hjelp med psykososiale problemer
- tidlig hjelp med funksjonshemning
- en god start på sitt forhold til norsk helsevesen
- helsemessig hjelp slik at de er best mulig rustet for å få utbytte av kommunene introduksjonsprogram

Flyktninger og asylsøkere har rett på et primærlegetilbud, og enkelte voksne har rett på hepatitt B-vaksine og/eller rubellavaksine. I tillegg har alle barn rett på oppfølging fra lokal helsestasjon.

### Psykiske problemer

Psykiske lidelser forekommer oftere hos asylsøkere og flyktninger enn ellers i befolkningen. Hos den enkelte asylsøker og flyktning må helsetilstanden ses i sammenheng med forholdene som førte til flukten og hvilket geografisk område vedkommende kommer fra.

Tortur fører ofte til psykiske problemer. Beregninger av andelen asylsøkere/flyktninger som har vært torturert varierer fra fem prosent til tredve prosent, avhengig av asylsøkerens/flyktningens opprinnelsesland og hvilken definisjon av tortur man bruker.



**Reidun Brunvatne**, født 1938.

Embetseksamen i Oslo 1969. Spesialist i allmennmedisin og barnepsykiatri. Har en bred bakgrunn fra blant annet 12 år i allmennpraksis i Stokke, 6 år som seksjons-overlege ved «Senter for internasjonal helse» i Oslo og 2 år som distriktsleder i Botswana for Norad. Jobber nå som primærlege for asylsøkere i Stokke, Nøtterøy og Tønsberg.

En rekke nyere undersøkelser viser at psykiske lidelser i stor grad henger sammen med påkjenninger i eksil-situasjonen, som innebærer en rekke tap, sosialt og statusmessig.

Ventetiden i mottak, med passivitet og usikkerhet i forhold til søknad om opphold, utgjør en betydelig påkjenning som øker med varigheten av ventetiden.

Mange flyktningfamilier har det vanskelig. På grunn av traumer og tap er det ofte de voksne ikke makter sin rolle som kompetente foreldre. Dette kan føre til rolleforskyvninger i familien og, i verste fall, omsorgssvikt.

### Smittsomme sykdommer

Forekomsten av alvorlige smittsomme sykdommer hos asylsøkere/flyktninger gjenspeiler forekomsten i hjemlandet. Det er vesentlig at sykdom raskt identifiseres og behandles. Dette gjelder framfor alt tuberkulose. Det er derfor et betydelig smittevernarbeid som må utføres.

Oppsporing og behandling av smittsomme sykdommer, vil også ha betydning for det samfunnet som asylsøkere/flyktninger skal oppholde seg i, og spare en god del ressurser både i forhold til kommunehelsetjenesten og i forhold til spesialisthelsetjenesten som kan forholde seg til en kjent smittestatus ved f.eks. innleggelser.

### Bruk av tolk

Ifølge lovverk og retningslinjer har flyktninger og asylsøkere krav på at konsultasjon hos helsepersonell foregår på et språk de forstår. Det vil oftest medføre at det må brukes tolk. Det er behandlers ansvar å bestille tolk, og utenfor institusjon er det kommunens ansvar å betale for tolk. Det er kvalitetsmessig stor forskjell mellom en konsultasjon med profesjonell tolk og en konsultasjon med en tilfeldig oversetter.

### Kommunikasjon og tidsbruk

Når all samtale skal gjennomføres ved bruk av tolk, tar selve konsultasjonen dobbelt så lang tid. I arbeid med flyktninger og asylsøkere går det også med mye tid til å forklare en rekke enkle, og for dem, ukjente forhold slik som egenandelskort/frikort, blå resept/hvit resept, rutiner for henvisning til spesialist og sykehus osv. Mange flyktninger er også fremmede for vestlig medisin. Det kan være nødvendig med tidkrevende kommunikasjon for å komme fram til en felles forståelse, slik at compliance oppnås. Tidkrevende er det også at en nyankomne flyktninger ofte har mange og komplekse sykdomstilstander og gjerne vil ha hjelp med alt på en gang.

### Fastlegeordningen og flyktninger/asylsøkere

Det er mulig å gi et godt tilbud innenfor fastlegeordningen, men det krever at legen er spesielt interessert og engasjert. Det er krevende å ha asylsøkere og nyankomne flyktninger i en vanlig fastlegeordning.

Erfaring har vist, spesielt for asylsøkere, at det kan være vanskelig å skaffe legehjelp. Dette har flere årsaker. Asylsøkerne har ikke personnummer, og det kan ta lang tid før de får et såkalt D-nummer, som gjør det mulig for dem å stå på en fastlegeliste.

Selve fastlegeordningens *struktur* passer dårlig for asylsøkere. Asylsøkerne har oftest ikke erfaring med å timebestilling og de kan, av språklige årsaker, ikke ringe for å bestille time. De dukker derfor uanmeldt opp på legekontoet. Bestilling av tolk medfører også arbeid for legens medarbeider. Hvis ikke arbeidet er godt planlagt, er det en risiko for at konsultasjonen foregår på for knapp tid og uten profesjonell tolk. Det kan medføre overfladisk symptombehandling og sykmeldinger som får uheldige konsekvenser for flyktningen på lang sikt. I verste fall er både flyktning og lege frustrert etter konsultasjonen.

### Spesielt tilrettelagt helsetjeneste

Erfaring fra mange kommuner viser at primærhelsetjeneste til asylsøkere og nybosatte flyktninger best ivaretas ved en egen helsetjeneste for gruppen. Et spesielt tilrettelagt helsetjenestetilbud, med fastlønnet personale, vil i de fleste kommuner være mest hensiktsmessig. Når bosatte flykt-

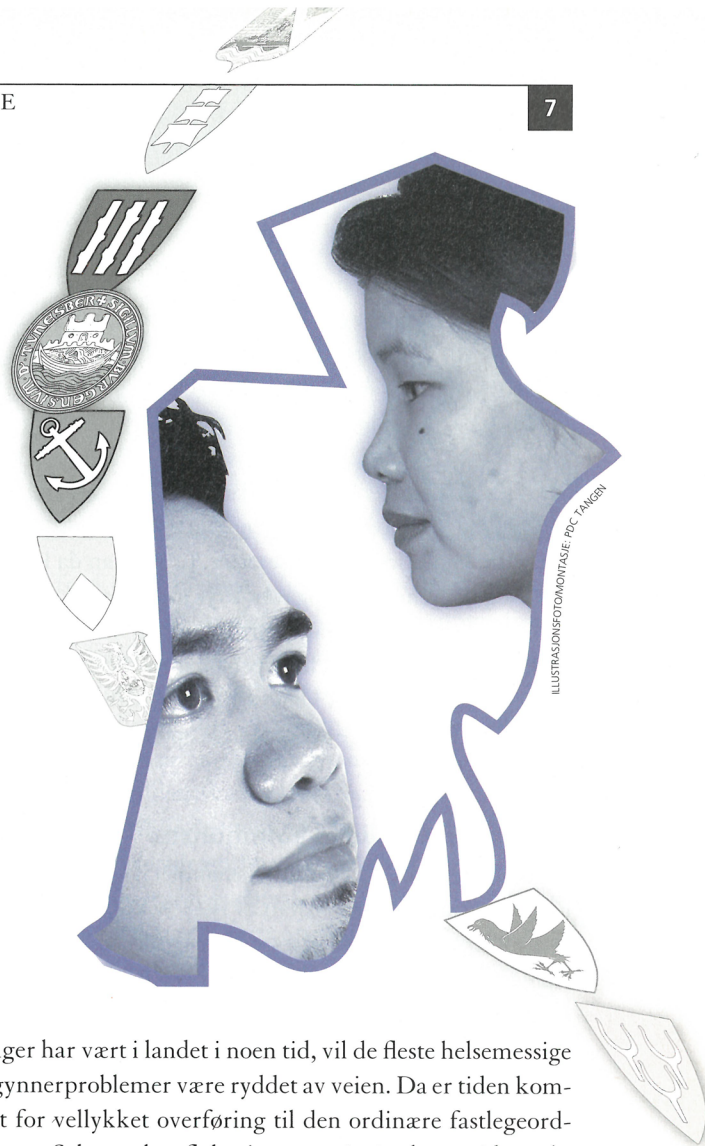
ninger har vært i landet i noen tid, vil de fleste helsemessige begynneproblemer være ryddet av veien. Da er tiden kommet for vellykket overføring til den ordinære fastlegeordningen. Selvsagt har flyktninger også på ethvert tidspunkt rett til å velge seg en fastlege framfor det spesielle tilbudet.

Asylsøkere flytter mellom mottak eller blir bosatt. Videre-  
sending av helseopplysninger ved flytting er vesentlig. At helseopplysningene videresendes er gunstig for asylsøkeren, ressursbesparende for samfunnet og *nødvendig* når det gjelder resultat av tuberkulose screening og oppfølging. Fastleger har vanligvis ikke rutiner som ivaretar dette. En tilrettelagt helsetjeneste vil se på videre-  
sending av helseopplysninger som en meget viktig del av arbeidet.

Det kan imidlertid være vanskelig for hver kommune på egen hånd å etablere et slikt helsetjenestetilbud. *Et interkommunalt samarbeid kan derfor være løsningen.*

### Vestfoldmodellen

I innværende år vil noen kommuner sentrert rundt Tønsberg gå sammen om en spesielt tilrettelagt helsetjeneste til asylsøkere og nyankomne bosatte flyktninger, inklusive familie-  
gjengforente. Utgangspunktet var at Vestfold fylkesting i juni 2003 vedtok en femårs plan med tittel «Respekt og Samspill». Denne planen inneholdt en rekke prosjekter som fylket støttet med prosjektmidler. Et av prosjektene var å utrede muligheten for interkommunalt samarbeid om helsetjeneste til asylsøkere og flyktninger. En oppnevnt ar-



beidsgruppe hadde sin utredning, kalt «Senter for migrasjonshelse», ferdig i februar 2004. I utredningen foreslås det et samarbeid om flyktninghelsetjeneste for noen kommuner i Tønsbergregionen. I utredningen foreslås det at det opprettes et team bestående av primærlege, helsesøster, psykolog og sekretær.

Senteret skal fungere som en utvidet primærhelsetjeneste. Mye kartlegging og forebyggende arbeid av flyktninger i alle aldre kan utføres av helsesøster. Legen kan da konsentrere seg om rene legeoppgaver. Flyktninger med psykososiale problemer kan få rask kartlegging og intervensjon av psykologen. Dermed vil bare personer med de mest alvorlige psykiske plager bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Barn skal i tillegg følge det ordinære opplegg ved den kommunale helsestasjon.

### Politisk behandling i kommunene

Utredningen ble i 2004 politisk behandlet i berørte kommuner. Samarbeidet er nå vedtatt av flere av kommunene, slik at det i skrivende stund anses temmelig sikkert at det vil bli etablert et interkommunalt «Senter for migrasjonshelse». Det som nå er gjenstand for politisk behandling er hvorvidt kommunene også skal samarbeide om implementering av introduksjonsloven. Lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere trådte i kraft 1. september 2004. Den innebærer at alle nye voksne bosatte flyktninger skal tilbys et individuelt tilrettelagt introduksjonsprogram i form av språkopplæring og arbeidsintegrering. Flyktningene på sin side har rett og plikt til å delta i programmet. En samlokalisering av de to funksjonene, migrasjonshelse og integrasjonsprogram, er en aktuell mulighet.

### Fordeler med interkommunalt samarbeide

Ved et interkommunalt samarbeid vil helsetjenesten bli så stor at de ansatte utgjør et lite team, som kan gi hverandre gjensidig psykologisk støtte. At arbeidet med flyktninger er krevende vet både helsepersonell og flyktningkonsulenter som arbeider alene. Det er ofte tungt å ta del i de mange tragedier som flyktningene lever med, hvis man ikke har kollegaer å snakke med. Som ansatt er de sårbare i krysspresset mellom flyktningene og det øvrige samfunn. Mange som arbeider alene i en slik setting gir opp, og verdifull erfaring går tapt. Kollegial støtte kan være det som skal til for å holde ut.

Bruk av tolk vil rasjonaliseres og brukes mer kostnadseffektivt ved at arbeidsdagen planlegges slik at man fortløpende har flere flyktninger tilhørende samme språkgruppe.

En interkommunal helsetjeneste vil være stor nok til å ha tilgjengelighet på dagtid. Dermed vil belastningen på legevakten bli mindre.

At helsetjenestens personell samarbeider nært sammen med asylsøkmottakets personell og med kommunens flyktningkonsulenter er hensiktsmessig. I dette samarbeidet må man ta hensyn til helsepersonellens taushetsplikt, men ikke la denne bli et hinder for nyttig samarbeid.

På spørsmål om flyktningen ønsker at legen/helsesøster skal informere flyktningkonsulent eller mottaksansatte om konkrete helseproblemer svarer de fleste ja.

### Hvor kan interkommunalt samarbeid være hensiktsmessig?

Interkommunalt samarbeid vil være hensiktsmessig der kommuner ligger tett og der det er god tilgang på offentlig kommunikasjon inn mot et naturlig sentrum. Mange kommuner samarbeider allerede om norsksopplæring, tjenester fra Aetat og det nye introduksjonsprogrammet. Da vil samarbeid om helsetjenestetilbud også være en mulighet.

#### Relevante offentlige dokumenter

- Sosial- og helsedirektoratet: Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere. 2003
- Sosial- og helsedirektoratet: Praktisering av ny bestemmelse om avvergeplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse. 2004
- Lov om helsetjenesten i kommunene. 1982
- Lov om pasientrettigheter 1999
- Lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere, 2003. I forskrift til loven påpekes helsetjenestehelsetjenestens rolle i gjennomføring av introduksjonsprogrammet.
- Lov om helsetjenesten i kommunene. 1982
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer. 1995 med Forskrift om «Første gangs undersøkelse» IK-2595 og Forskrift om tuberkulosekontroll I-1077 B 2002
- Lov om barneverntjenester. 1992 og Lov om endringer i Lov om barneverntjenester 1997
- Lov om introduksjon for nyankomne innvandrere m.v. 2003. I forskrift til loven påpekes helsetjenestehelsetjenestens rolle i gjennomføring av introduksjonsprogrammet.
- Statens helsetilsyn: I-23/99 Retningslinjer for tannhelsetjenester til innvandrere og asylsøkere i statlig mottak. Ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger
- Sosial- og helsedepartementet: Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av folketrygden. 2000
- Sosial- og helsedepartementet: I-27/2000: Rundskriv om endring i «Blåreseptforskriften» og Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av folketrygden
- IK 27/93 Tilbud om hiv-test til asylsøkere og innvandrere
- IK 15/93 Helseundersøkelse og vaksinasjon av barn fra land utenfor Vest-Europa
- IK-36/93 Tilbud til voksne kvinner om immunitetstesting og vaksinasjon mot Røde hunder (Rubella)
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: Smittevern 5: Smittevern håndbok for kommunehelsetjenesten
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: Forebygging og kontroll av tuberkulose
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: MRSA

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på [gunhild.felde@sensewave.no](mailto:gunhild.felde@sensewave.no)