

SMITTEVERN

hos asylsøkere og flyktninger

AV TORE ARNE MARTINSEN

Bakgrunn

Kommunene er ansvarlig for å gi asylsøkere og flyktninger nødvendig helsetjeneste. Sykdomspanoramaet hos asylsøkere og flyktninger kan være noe forskjellig fra det vi til daglig møter på kontoret, og tilsvarer ofte forekomsten av sykdommer i det landet de kommer fra. Slik også med smittsomme sykdommer. Kommunelegens ansvar er å sørge for at asylsøkere og flyktninger som kommer fra land hvor alvorlige smittsomme sykdommer er mer vanlig enn hos oss, blir undersøkt og eventuelt behandlet på en tilfredsstillende måte.

Forekomst av smittsomme sykdommer

Det er heldigvis slik at forekomsten av alvorlig smittsom sykdom hos asylsøkere og flyktninger ikke er særlig stor. Den er likevel betydelig større enn i befolkningen forøvrig når det gjelder enkelte sykdommer. Det er også slik at det sjelden forekommer smitteoverføring fra asylsøkere og flyktninger til andre innbyggere i kommunen.

Rutiner

I mottakssystemet blir asylsøkere plassert i transittmottak på Tanum/Lier hvor alle blir undersøkt for tuberkulose. Derfra blir de videresendt til avlastningstransittene. De blir så sendt til ordinære mottak i kommunene. Transittmottakene igangsetter behandling av tuberkulose dersom man oppdager dette ved ankomst. Etter at behandling er igangsatt, og smittefaren er over (etter ca 14 dagers behandling), videreføres pasientene til mottak i kommunene som da får ansvar for gjennomføringen av behandlingen (DOT= Direkte Observert Terapi), i praksis gjennomføres dette ofte med hjelp av hjemmesykepleien. Når det gjelder overføringsflyktninger og familiegjenforente, kommer disse direkte til kommunene, og ansvaret for kontrollen ligger da hos kommunelegen. Det er viktig at rutinene her fungerer og at melding raskt sendes fra flyktningekonsulentene til kommunelegen. Målet er at tuberkuloseundersøkelsen skal være gjennomført innen 14 dager etter ankomst til kommunen.

Tore Arne Martinsen, født 13.05.1946

Cand med universitetet i Graz, 1966–1973

Turnustjeneste Harstad Sykehus /
Andøy kommune 1974/75.

Distriktslege /Kommunelege i/
Fastlege i Lødingen 1978–2003.

Distriktslege i Kåfjord 1975–1978.

Sjøforsvarsdistriktslege Hålogaland
Sjøforsvarsdistrikt 1987–2003.

Kommuneoverlege Nøtterøy,
Stokke og Andebu 2003–

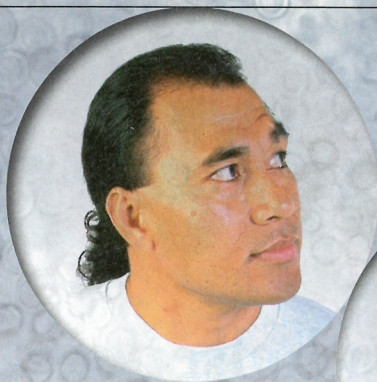


Det er vanlig at det da blir tatt rtg pulm av alle over 15 år, og tuberkulinstatus av barn. De siste årene har antall tilfeller av tuberkulose vist en svak stigning, tallene for 2003 var totalt 339. Av disse var ca 75 prosent utenlandsfødte. Denne andelen stiger stadig. På verdensbasis registreres det hvert år i overkant av åtte millioner nye tilfeller. Ca 5000 dør hver dag av tuberkulose. Et økende antall tuberkulose tilfeller viser resistens ovenfor de tradisjonelle tuberkulostatika. Særlig gjelder dette tilfeller fra land i det tidligere Øst-Europa.

Ved ankomst til kommunene bør asylsøkere og flyktninger tilbys en førstegangsundersøkelse etter mal fra den veilederen som Sosial-og helsedirektoratet har utgitt (IS-1022 Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger). Når det gjelder smittevern anbefales her at følgende undersøkes:

- HIV
- Syfilis
- Hepatitt B
- Tarmparasitter
- Schistosomiasis
- Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA)

Dessuten er det viktig å få registrert vaksinasjonsstatus og eventuelt gi de vaksinene som mangler. I tillegg bør det foretas en individuell vurdering med hensyn til om det foreligger spesielle symptomer. Min erfaring er at leting etter



tarmparasitter hos alle, gir liten gevinst. Sjelden blir alvorlig smittsom sykdom oppdaget. De fleste tarmparasitter som oppdages er ufarlige. Derimot bør det muligens testes for Hepatitt C som synes å øke noe.

Norge har som mål å begrense forekomsten av MRSA. I verdenssammenheng er det svært lav forekomst av MRSA i nord og i Nederland. Ved innleggelse i sykehus blir ofte asylsøkere og flyktninger behandlet som smitteførende med MRSA inntil det foreligger negative prøver. Dette medfører unødig bruk av ressurser. Det er derfor sannsynligvis mindre ressurskrevende å screene alle ved ankomst slik at smittestatus er kjent i tilfelle innleggelse i sykehus. Det er imidlertid noe omdiskutert om friske bærere av MRSA virkelig utgjør en smitterisiko.

Det er også viktig å behandle de smittsomme sykdommer som blir oppdaget. Man bør tenke på at asylsøkere og flyktninger ofte bor tettere enn nordmenn slik at smittefaren kan være større. Spesialisthelsetjenesten har vært litt tilbakeholden med å igangsette behandling som man vet er langvarig og som krever samarbeid fra pasientenes side, for eksempel interferonbehandling av hepatitt. Sett fra et smittevernsynspunkt, er det viktig også at asylsøkere får slik behandling.

En del asylsøkere er også engstelig for at smittsom sykdom kan påvirke søknaden om opphold i negativ retning. Det er da viktig å forklare dette forholdet. Det er også viktig å påpeke at behandling for alvorlig smittsom sykdom i de fleste tilfeller er gratis i Norge.

Miljørettet helsevern

Asylmottak er, etter forskrift om miljørettet helsevern, en meldepliktig virksomhet. Dette gjelder også såkalte desentraliserte mottak hvor asylanter bor i innleide private boliger. Boliger for bosatte flyktninger omfattes ikke av for-

skriften. Vesentlige utvidelser eller endringer er også meldepliktig. Dette er også viktig i forholdet til arbeidet med smittevern. Asylmottak har ofte stor turnover av beboere som ikke får et personlig forhold til stedet som bolig. Dette medfører ofte dårlig renhold og stor slitasje på boligen. Det vil derfor være av betydning at mottaket omfattes av forskriften, slik at kommunen kan gi pålegg om utbedringer.

Konklusjon

Smittevern er en viktig del av helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger. Det er viktig i forhold til asylsøkernes og flyktningenes egen helse, men også viktig i forhold til kommunenes egne innbyggere. Det kan medvirke til mindre fremmedfrykt dersom befolkningen vet at smittevern tas på alvor.

Helsetjenesten for flyktninger og asylsøkere bør organiseres som en egen helsetjeneste i kommunen. Flere kommuner kan eventuelt samarbeide. Fastlegessystemet er ikke spesielt godt egnet for dette, særlig når det gjelder smittevern. Alle leger bør kjenne til meldeplikten når det gjelder alvorlige smittsomme sykdommer. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Litteratur

- Lov om helsetjeneste i kommunene
- Lov om pasientrettigheter
- IS-1022 Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere
- Forskrift om tuberkulosekontroll
- Nasjonale anbefalinger for å forebygge infeksjoner med MRSA
- Forskrift om miljørettet helsevern

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.com