

Möjligheten till konsultation en nödvändighet för att orka med

Nyanlända flyktingars sjukvårdsbehov har ofta sin grund i traumatiserande upplevelser. Vårdpersonal som möter dessa patienter har i många fall inte varit förberedda på denna nya utmaning i arbetet.

I artikeln redovisas erfarenheter från arbetet på en av fem hänvisningsvårdcentraler för asylsökande som finns i Stockholms läns landsting sedan 1997. Möjligheten att konsultera expertis på flyktingtrauman är värdefull och nödvändig för att klara det påfrestande arbetet. En annan slutsats är att personalen inte skall arbeta heltid med denna arbetsuppgift med tanke på risken för utbrändhet.

Den 1 januari 1997 övergick ansvaret för asylsökandes hälso- och sjukvård från Statens invandrarverk till landstingen. Den svenska staten ersätter samtliga kostnader för asylsökande patienter enligt ett särskilt regelsystem,

Författare

SOLVIG EKBLAD

vetenskaplig koordinator, enheten för flyktingtrauma, Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning

ULF JOHANSSON

asylläkare/distriktsläkare, Fittja vårdcentral

ZULEJHA CIRGIC

leg läkare

RAIJA KÄNSÄLÄ

mentalskötare

LAWRENCE ROSEN

leg psykolog

NADJIM AL-FALAHE

leg läkare, med dr, ST-läkare i psykiatri; samtliga vid enheten för flyktingtrauma, Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning

INGRID LINDVALL

distriktssköterska, Fittja vård-

och de asylsökande patienterna ingår inte i sjukvårdsområdenas normala befolkningsansvar. Vuxna asylsökande har endast rätt till akut sjukvård, vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort, åtgärder enligt Smittskyddslagen samt akut tandvård. Asylsökande barn har rätt till all hälso- och sjukvård. Alla asylsökande, såväl barn som vuxna, erbjuds alltid en kostnadsfri hälsoundersökning i samband med ankomsten till Sverige.

Ny organisation i Stockholm

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting beslutade i december 1996 om en ny organisation för asylsjukvården i länet från och med 1997. Asylsökande inom sydvästra sjukvårdsområdet (SVSO) och Södertälje sjukvårdsområde (STSO) hänvisades till Fittja vårdcentral där en av länets fem hänvisningsvårdcentraler för asylsökande öppnades den 1 juni 1997.

Att som enskild distriktsläkare eller distriktssköterska konfronteras med så mycket mänsklig tragik, och så stora somatiska, psykiska och sociala behov som nyanlända har, låter sig i längden inte göras; en behandlingsmodell med samarbete kring diagnostik, behandling och konsultation behövs.

Under första halvåret 1997 prövades på försök en modell med konsultation av falldragningar med deltagande av personal från enheten för flyktingtrauma (EFFT) vid Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning.

Syftet med denna artikel är att påvisa behovet av konsultationsstöd för personal vid hänvisningsvårdcentraler som möter asylsökande.

Till en början svarade distriktssköterskan för hälsoundersökningarna. Vårdcentralens asylläkare, som anställdes i augusti 1997, har med distriktssköterskan och tillsammans med personalen på EFFT byggt upp ett särskilt samarbete för att tillgodose behovet av konsultation kring patientärenden.

Under de sista fyra månaderna 1997 hade asylmottagningen ca 50 läkarbesök per månad. Under 1998, då mottagningen blivit mer känd, var frekvensen ca 100 läkarbesök per månad (därutöver

har distriktsläkaren lika många »vanliga» patientbesök per månad). Antalet besök hos distriktssköterskan var 1998 ca 225 per månad. Uppemot en tredjedel av samtliga asylsökande i Stockholm kan beräknas passera mottagningen under ett år.

Heterogen grupp

– gemensamma behov

Gruppen asylsökande är, liksom gruppen »invandrare», mycket heterogen. Följande gemensamma behov och problem har emellertid identifierats av asylläkaren under det första verksamhetsåret:

1. Många av de asylsökande patienterna har tidigare varit utsatta för traumatiska händelser, som t ex hot mot den egna personen eller mot familjemedlemmar, förföljelser, trakasserier, krigsupplevelser, fängelsevistelser, våld och tortyr. Omkring var fjärde asylsökande har vid läkarbesöket uttalat en önskan om psykologiskt och psykiatriskt stöd. De har hos asylläkaren erhållit en gles samtalskontakt med besök var tredje eller var fjärde vecka, och samtalskontakt hos distriktssköterskan en gång i veckan.

2. Det finns ett stort behov av sjukgymnastikhjälp, då många patienter har olika smärttillstånd i rörelseapparaten. Distriktssköterskan ger massage och instruerar enligt enklare rörelsescheman.

3. En stor andel av de asylsökande kvinnliga patienterna är i behov av gynekologisk konsultation och undersökning. Ett vanligt önskemål är att få träffa en kvinnlig gynekolog, och flera har remitterats till kvinnlig gynekolog vid Liljeholmens gynmottagning.

4. Under väntan på beslut om eventuell asyl förutsätts den asylsökande delta i svenskundervisning. Inlärnings-situationen är dessvärre ofta komplicerad på grund av psykologiska reaktioner som t ex sömnsvårigheter, rädsla för nya situationer, psykologisk trötthet och depressiva drag med självmordstankar.

5. Trångboddheten är stor och många tvingas ofta sova i samma rum, ibland också på golvet. Majoriteten saknar eget boende och är inneboende hos släktingar eller andra.

6. Asylprocessen drar ibland ut på ti-

den under flera år, vilket gör risken stor för passivisering och att fysiska krämpor och psykologiska besvär blir permanenta. När så ett eventuellt bifall till asylansökan kommer, kanske den asylsökande inte längre förmår tillgodogöra sig de möjligheter som finns, med ett passivt beroende av samhällets hjälp som resultat.

7. När den avvisningshotade f.d. asylsökanden står innanför tröskeln på vårdcentralen och söker vård uppstår ofta stora praktiska problem, förknippade med moraliska, etiska och ekonomiska konflikter som fordrar individuella lösningar.

Erfarenheter av konsultation

Asylläkaren och distriktssköterskan träffade personalen vid EFFT vid sammanlagt sju tillfällen under första halvåret 1998, cirka två timmar per gång. Vid varje tillfälle diskuterades tre à fyra aktuella patientärenden med avseende på akuta nödvändiga behandlingsinsatser. Personalen vid EFFT kunde utifrån sitt professionella nätverk rekommendera olika lösningar i de enskilda falldragningarna. Vissa patientärenden följdes senare upp vid förnyad konsultation med enheten.

Följande erfarenheter har utkristalliserats vid konsultationstillfällena:

- Det är påfrestande att arbeta med traumatiserade människor, något som inte underlättas av oviss väntan på besked om asyl samt att samtalet ofta förs via tolk.
- Den vårdsoökandes behov har i många fall sin grund i olika traumatiska erfarenheter.
- Omhändertagandet av patienter som utsatts för svåra trauman – krigs- och tortyrskador, sexuella övergrepp, misshandel, katastrofer – förutsätter adekvat utbildning.
- Personalens utsatta situation och mötet med existentiella frågor i arbetet ställer särskilda krav på personlig mognad och förmåga att förstå vikten av sammanhang och tillhörighet.
- Asylläkaren och distriktssköterskan finner en meningsfullhet i sitt arbete när de ser att en patient kan övervinna svårigheter som i början av vårdkontakten föreföll oövervinnliga.
- Korttidsinsatser är nödvändiga men är endast en hjälp på vägen; mötet med traumatiserade patienter förutsätter förmåga att integrera olika arbetssätt och att förstå den sociala och psykologiska mening som symtomen har för patienten.
- Det behövs en integrerad konsultationsmodell för personal som möter traumatiserade asylsökande patienter.

SLUTSATSER

Asylfrågan och även flyktingfrågan,

dvs de som erhållit uppehållstillstånd, är ett av våra stora samhällsproblem. Asylsökande vuxna borde i samma utsträckning som asylsökande barn ha rätt till all hälso- och sjukvård. Även om det visar sig att de inte får stanna skulle en sådan »biståndshjälp» inom ramen för hälso- och sjukvården öka de asylsoökandes möjligheter att på ett bättre sätt klara avvisningen.

Posttraumatiska stressreaktioner och diagnosen PTSD utgör ett mycket svårt hälsoproblem som inte kan lösas enbart inom sjukvårdens ram. I stället fordras ett samlat grepp med samarbete mellan stat, kommun och landsting samt arbetsmarknadens parter. Vårdpersonal som möter strömmen av nyanlända flyktingar har inte varit förberedda på denna nya utmaning i arbetet.

Mot bakgrund av nuvarande kunskap borde alla åtgärder som vidtas för att förbättra nyanlända flyktingars hälsotillstånd präglas av närhetsprincipen, dvs ske i ett folkhälsoarbete riktat till samtliga invånare och äga rum inom den reguljära hälso- och sjukvården.

Utökad kapacitet

Tillit mellan asylsoökande och vårdpersonal är viktigt men försvåras i många fall då den asylsoökande varit utsatt för svåra traumatiska erfarenheter inklusive tortyr.

Det behövs en utökad och bättre anpassad kapacitet inom den befintliga vården för att möta de nyanländas akuta sjukvårdsbehov och för att kunna förverkliga Socialstyrelsens allmänna råd om att den erbjudna hälsoundersökningen skall ske så snart som möjligt efter ankomsten till Sverige.

En färsk folkhälso rapport om invandrare i Stockholms län 1998 [1] visar att hälsan är socialt differentierad. För att tillgodose de nyanlända flyktingarnas sjukvårdsbehov föreslås i rapporten bl a att kapaciteten utökas genom organisatoriska förändringar inom flyktingmottagandet. Detta är i linje med Integrationsverkets plan för verksamheten år 1999–2000 [2]. Där framhålls bl a att kommunerna måste beakta målet om att uppmärksamma nyanländas eventuella hälsoproblem och att vid behov ta initiativ till rehabiliterande insatser.

En regelbunden epidemiologisk bevakning i det lokala sjukvårdsområdet som ger en aktuell bild av de nyanländas behov behövs för en mer adekvat planering av sjukvårdens resurser. Det är också en förutsättning för att man skall närma sig målet om ökad jämlikhet i hälsa i hela befolkningen och integrationsmålet i flyktingmottagandet.

Bör inte arbeta heltid med detta

När det gäller hänvisningsvårdcen-

tralerna finns det behov av att stärka personalens professionella identitet och förmåga att klara en svår och »ensam» uppgift. Erfarenheterna från invandrarprojektet i Fittja [3] visar att personalen inte skall arbeta heltid med patienter som har obearbetade trauman. Anledningen är risken för utbrändhet på grund av den psykiska arbetsbelastningen.

Personalen måste vidare på ett meningsfullt sätt kunna få och ge »näring» i sitt arbete, och professionellt kunna distansera sig från de smärtsamma erfarenheter som patienterna presenterar. Det är även viktigt att ha en meningsfull fritid och att inte isolera sig med upptagenhet av tankar kring arbetet.

Att arbeta med traumatiserade patienter innebär att ta del av vittnesmål om vad som händer med människor runt om i världen; genom konsultationen blir det flera som delar på dessa traumaberättelser.

Referenser

1. Ekblad S, Oxenstierna G, Akpinar A. Invandrarbakgrundens betydelse för sjukvård och socialförsäkring. En folkhälso rapport för Stockholms län. Edsbruk: Akademitryck AB, 1998.
2. Integrationsverket. Plan för verksamheten 1999–2000. Norrköping: Integrationsverket, 1998.
3. Ekblad S, Käsälä R, Al-Falahe N, Cigirci Z, Wennström C, Larsson-Ericsson S. Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. Metodutveckling under det fjärde projektåret: 15/7 1996 – 14/7 1997, med förlängning 15/7 – 30/9 1997. Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning. Stressforskningsrapport nr 280, 1998.