

Fastlegens møte med flyktninger

Sammendrag

Bakgrunn. Flyktninger har ofte sammensatte lidelser knyttet til forfølgelse og eksil. Symptomene kan vedvare flere år etter flukten. Kunnskapen om deres helseproblemer i mottakslandet er mangelfull. Hvilke utfordringer har fastlegen i møtet med pasienter med flyktningbakgrunn?

Materiale og metode. Vi gjorde kvalitative intervjuer med 12 fastleger i Oslo-området. Utvalget var strategisk. Det ble valgt en fortolkende tilnærming der intervjuene er analysert som fortellinger og der teoriene og begrepene er brukt både for å strukturere og fortolke materialet.

Resultater. Deltakernes møte med flyktningpasienter kan være preget av at de er usikre på om flyktningstatus og flukterfaringer har relevans for pasientens helsestatus. Deltakerne var tilbakeholdne med å invitere til samtaler om traumatiske opplevelser knyttet til situasjonen i hjemlandet, flukten og eksiltilværelsen. Derimot var de opptatt av at annen kultur og ukjent språk vanskeliggjør kommunikasjonen og kontakten mellom lege og pasient. Spesialisthelsetjenesten er lite tilgjengelig både for pasientene og som veileder for deltakerne.

Fortolkning. Kulturell status synes å dekke over erfaringer relatert til flukten og eksiltilværelsen. Et mangelfullt tilbud i spesialisthelsetjenesten ser ut til å plassere fastlegen alene i behandlingen. Disse intervjuene viser at det er et behov for å utvikle veiledningsmaterieill tilpasset fastlegens situasjon.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Lisbet Grut

lisbet.grut@sintef.no

Laila Tingvold

SINTEF Helse
Postboks 124 Blindern
0314 Oslo

Edvard Hauff

Institutt for psykiatri
Universitetet i Oslo

Flyktninger representerer en utfordring for norsk helsetjeneste. Deres livserfaring er som oftest svært forskjellig fra livserfaringene til mottakslandets helsearbeidere (1), og språkvansker og kulturelle forskjeller kan hemme kommunikasjon og forståelse (2). Tvungen migrasjon medfører store helsemessige belastninger, og en høy andel av flyktningene har dessuten vært utsatt for tortur og vold (1). Påkjenninger knyttet til forfølgelse, vold og vanskelige livsvilkår i eksil medfører en økt risiko for å utvikle psykiatrisk sykdom og sammensatte lidelser (3, 4).

Sykdomspanoramaet hos pasienter med flyktningbakgrunn er sammensatt og varierer med opprinnelsesland. I tillegg til å ha fysiske skader etter vold og tortur kan de ha ernærings sykdommer, infeksjonssykdommer og genetisk betingede sykdommer som kan være lite kjent i mottakslandet (5, 6). Sykdomsbildet kompliseres av den psykiske helsetilstanden og av at ulike etniske grupper responderer ulikt på psykofarmaka som blant annet benyttes i behandling av posttraumatisk stresslidelse (7, 8). De vanligste psykiatriske diagnosene hos flyktninger omfatter posttraumatisk stresslidelse, depressive lidelser, angstlidelser, somatiseringslidelser, korte reaktive psykoser og tilpavningsforstyrrelser (9). Symptombelastningen kan vedvare flere år etter ankomst.

En kartlegging i det psykiske helsevernet i Norge i 1987, viste at det ved to av tre institusjoner var liten eller ingen kompetanse på eksil, ekstremt stress, transkulturelle aspekter og arbeid med tolk (10). I de påfølgende årene ble det arbeidet med å øke kompetansen, men mer enn ti år senere svarte likevel om lag halvparten at de manglet kompetanse (11). Fastlegene spiller en viktig rolle i helsetilbudet til asylsøkere og flyktninger (12). Vi vet lite om deres kompetanse når det gjelder flyktnings helse. For å kunne bidra til kompetanseheving på området er det fruktbart å danne seg et bilde av hvordan fast-

legene forholder seg til pasienter med flyktningbakgrunn. Vi har derfor gjennomført en undersøkelse for å belyse følgende problemstilling: Hvilke utfordringer opplever fastlegene i møtet med disse pasientene?

Materiale og metode

Vi valgte en eksplorerende tilnærming og ønsket derfor å intervju fastleger med mye erfaring på området (13). Vi rekrutterte et strategisk utvalg der kriteriene var at deltakerne skulle ha fastlegepraksis i et område med flyktninger og ha pasienter med flyktningbakgrunn. Vi gjorde kvalitative intervjuer med 12 fastleger i Oslo-området. Deltakerne var en del av et større utvalg som ble foreslått av de legene som var veiledere på prosjektet og som kjente til legenes praksis og mente at de hadde mange erfaringer på området. Av de 12 var det sju kvinner og fem menn. Alle var spesialist i allmennmedisin, én var i tillegg spesialist i samfunnsmedisin og én i psykiatri. Alle hadde mer enn ti års praksis som primærlege og alle var over 40 år.

Vi utarbeidet en intervjuguide i samarbeid med to fastleger som har lang erfaring med pasienter med flyktningbakgrunn. Intervjuguiden var organisert tematisk med åpne spørsmål om fastlegens egne rutiner i konsultasjonen med denne pasientgruppen, legens kommunikasjon med pasienten og legens forståelse av egen rolle i behandlingen. Etter deltakernes ønske ble intervjuene gjort over telefon. De ble tatt opp på bånd og varte rundt 45 minutter. Intervjuene ble gjennomført vinteren 2004/05 og er transkribert i sin helhet.

I intervjuene tok deltakerne selv opp temaer som ikke var spesifisert i intervjuguiden, noe en fortolkende tilnærming legger til rette for. Intervjumaterialet ble derfor systematisert på nytt i analysen. Materialet er bearbeidet manuelt. Intervjuene ble analysert som fortellinger, og vi har lett etter både fellestrekk og særtrekk (14). Teoriene



Hovedbudskap

- Fastleger opplever at de mangler kompetanse til å behandle pasienter med flyktningbakgrunn
- Fastleger angir at de mangler støtte fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder denne pasientgruppen

og begrepene vi har brukt er anvendt som verktøy for å strukturere intervjumaterialet (finne et mønster) og for å forstå fenomenet «flyktningpasient» bedre. Hver enkelterfaring er fortolket som et aspekt i en større og mer kompleks sammenheng, der de enkelte erfaringene sammen kan bidra til å utvikle en mer nyansert og rikere innsikt i fenomenet (15). Den enkelte deltakers synspunkter blir da sekundær. Vi bruker sitater for å illustrere viktige poenger. Sitatene er merket med deltakernes nummer og kjønn.

Resultater

Møtet med flyktninger kan være preget av at deltakerne er usikre på om flyktningstatus og flukterfaringer har relevans for pasientens helsestatus og av at kulturell «fremmedhet» maskerer flyktningstatusen. Møtet kompliseres ved gjensidig tilbakeholdenhet med å ta opp traumatiske erfaringer og ved strukturelle begrensninger i helsetjenesten.

Kjennskap til egne pasienter med flyktningbakgrunn

Alle deltakerne hadde hatt konsultasjoner med pasienter med flyktningbakgrunn. Noen få hadde arbeidet mye med flyktninger over lang tid og praktiserte egne rutiner for pasientgruppen for å sikre seg at bakgrunnsinformasjonen blir samlet inn tidlig i behandlingsperioden og på en skånsom måte. Allerede i den første konsultasjonen inviterte disse deltakerne pasienten til å snakke om bakgrunn, familiesituasjon og boforhold. Dette blir gjort uavhengig av hva som er årsaken til at pasienten oppsøkte lege: «Jeg har en mal av ting jeg vil sjekke ut i bakhodet. Jeg innleder med å spørre hvilket land de kommer fra, om de er alene i Norge eller om de er her sammen med familie og hvor resten av familien er. Og da har de jo allerede fått fortalt at for eksempel far ble skutt, mor døde av sykdom og søsknene har flyktet til andre land. Og da, da har de jo allerede sagt at de er i en krigssituasjon eller politisk forfølgelsessituasjon. Hvis de bare vil snakke om den vonde hoften, spør jeg allikevel bitte lite grann om bakgrunn og trivsel. Hvis jeg skjønner at her er det noe mer, så gir jeg dem tilleggskonsultasjoner» (deltaker 12, kvinne).

Mange deltakere sa at de ikke visste om pasienten var flyktning, og så ikke nødvendigvis på dette som relevant informasjon i forhold til det problemet som var årsak til konsultasjonen. De sa også at de var usikre på når og i hvilken sammenheng det kunne være naturlig at spørsmålet skulle bringes opp. Noen mente det kun var aktuelt å ta opp pasientens flyktningbakgrunn dersom vedkommende kom tilbake flere ganger og presenterte diffuse plager eller «somatiserte». Nesten ingen hadde egne rutiner for å arbeide med flyktningpasienter. Det er problemene som pasienten presenterer i konsultasjonen som bestemmer hvilke andre opplysninger som vil være relevante.

Kulturelle forskjeller i forståelse av helse og sykdom

Mange sa at de var mer opptatt av pasientens kulturelle og språklige bakgrunn enn av årsaken til oppholdet i Norge. De sa at kultur og språk var viktig fordi det påvirker kommunikasjonen. Flere nevnte at pasienter fra fremmede kulturer har det til felles at de er mye plaget av smerter og av muskel- og skjelettlidelser, uavhengig av bakgrunnen for at de er kommet til Norge. Deltakerne var først og fremst opptatt av om pasientens måte å oppfatte sin helsetilstand på var fremmed for dem. Flere var bekymret for at ulikheter i forståelse av helse og sykdom kan føre til at de ikke får gitt optimal behandling: «De har årsaksforklaringer som ikke skaper noe mening i vår måte å se helse på. For eksempel hvis menstruasjonen stopper, går menstruasjonen opp i hodet og det er derfor de har vondt i hodet og skuldrer ... Det er litt forhandling for å komme frem til et kompromiss, på en måte ... for det er klart at de har ikke vondt i hodet fordi menstruasjonen går opp i hodet, men de kan jo kanskje ha vondt i hodet fordi de er bekymret for at menstruasjonen er stoppet eller noe sånt noe» (deltaker 12, kvinne).

Noen fortalte at pasienter med en annen kulturell bakgrunn kan ha andre forventninger til hvordan legen skal opptre enn norske pasienter har. Deltakerne kunne sjelden diskutere behandlingen med pasientene fordi de forventer at en lege skal ha «en mer autoritær holdning». I slike tilfeller må legene «bare skjære igjennom». Mange fortalte at pasienter forventer å få hjelp med problemer som ligger utenfor det rent medisinske, for eksempel «livssituasjonen, leilighet og økonomi og sånne ting» (deltaker 3, kvinne).

Fastlegenes forhold til flyktingers traumer

Selv når de visste at pasienten hadde flyktningbakgrunn, var de tilbakeholdne med å spørre direkte. Det er vanskelig å invitere til samtale om traumatiske opplevelser fordi dette lett kan gjøre situasjonen uhandterlig. Også de som har arbeidet spesielt med flyktningpasienter i flere år, sa at spørsmål knyttet til krig og flukt er vanskelig å ta opp. Flere sa også at disse pasientene ikke ønsker å snakke om de traumatiske opplevelsene. Det må i alle fall være et fortrolig forhold mellom lege og pasient før temaet kan bringes opp: «... og det gjør jo vondt å fortelle om slike ting også, en ripper jo opp i mye vondt. Det gjør jo inntrykk når de forteller at de har de sårene på ryggen fordi de ble slått – det er veldig mange som har opplevd det, og det er klart at det er en spesiell opplysning» (deltaker 7, kvinne).

Flere sa de ikke har tid i en normal arbeidsdag til å ta hånd om reaksjoner som kan komme dersom opplevelser fra krig og flukt bringes opp. Det er vanskelig å lukke samtalen igjen slik at de kan gå videre med andre pasienter.

En måte å gjøre seg tilgjengelig for pasienter med slike erfaringer på, er å tilby hyppige konsultasjoner. Noen av deltakerne fortalte at de avslutter slike samtaler raskt og ber pasienten komme tilbake en uke senere. Da kan de sette opp dobbelttime og kanskje skaffe tolk i forkant. Men selv om forholdet mellom lege og pasient var preget av fortrolighet, kan pasientene være tilbakeholdne. Noen av legene antok at dette skyldes at emosjonelle og psykiske vansker er tabubelagt i pasientens kultur og at mange vegrer seg for å ta opp personlige problemer med andre enn familiemedlemmer. Noen av dem som har regelmessige konsultasjoner med flyktningpasienter, mente allikevel at de har en viktig funksjon nettopp som samtalepartner.

Strukturelle og organisatoriske hindringer

Mange av deltakerne manglet rutiner for å bestille tolk, spesielt dersom de må skaffe en på kort varsel. De mente også at tids- og takstsystemet begrenser tilbudet fordi pasientene har lite penger og ofte trenger lange konsultasjoner. Noen mente at fastlegeordningen generelt er dårlig tilpasset grupper som ikke kan spillereglene i helsevesenet og som ikke er i stand til å ta initiativ selv, og at dette gjelder flyktninger: «De kan ikke holde seg til tid, vet ikke hva egenandel er og vet ikke hva trygdekontoret gjør ... alle disse tingene som det tar tid å lære» (deltaker 12, kvinne).

Nesten ingen hadde et medisinsk-faglig støtteapparat utenom kollegene på legekantoret. De sa at spesialisthelsetjenesten sjelden er tilgjengelig for disse pasientene, og heller ikke for veiledning for dem selv. Dermed ble de stående alene med behandlingsansvaret for mennesker som skulle hatt hjelp i spesialisthelsetjenesten: «Jeg som allmennpraktiker føler meg overhodet ikke kvalifisert til å ta meg av dem, og det er ingen andre som vil ta ansvar for dem» (deltaker 3, kvinne).

I noen tilfeller førte krav fra distriktspesiatrien om at pasientene skal kunne snakke norsk før de kan få behandling til at hjelp i spesialisthelsetjenesten falt bort. «Jeg har ofte prøvd å henvise til DPS-ene, og da får jeg to siders skriv tilbake om hvorfor de ikke kan ta dem inn» (deltaker 2, mann).

Enkelte hadde kontaktet det tidligere Psykososialt senter for flyktninger, men fikk ikke den hjelpen de hadde forventet. Det kan også se ut som det mangler kunnskap om det nåværende veiledningstilbudet, tatt i betraktning at dette senteret er nedlagt: «De legene som er på psykososialt senter, har jammen gjemt seg godt. Vi som bruker dem, må finne ut av at de finnes via jungeltelegrafer» (deltaker 4, mann).

Mange ønsket seg et mer utstrakt tverrfaglig samarbeid om disse pasientene, men hadde sjelden selv tatt initiativ til å få til dette. «Hvis jeg hadde hatt bedre tid skulle jeg

gjerning hatt veiledning fra andre leger som kan mer enn meg eller en antropolog eller noen som kan mer om kultur, og jeg ville snakket med familien og spurt hvordan er det der dere kommer fra» (deltaker 5, kvinne). Noen hadde erfaringer fra ansvarsgrupper der flere instanser hadde vært involvert, og mente dette var fruktbart.

Diskusjon

En kvalitativ studie er velegnet til å formidle aktørers opplevelser og erfaringer, og ved en fortolkende analyse utdypes kunnskapen om fenomenet som studeres. Vi ønsket å intervjue fastleger som hadde mye erfaring med pasienter med flyktningbakgrunn. Vi mener resultatene er valide ved at de belyser problemstillingen og gir en ny forståelse av fastlegers utfordringer med pasienter som har denne bakgrunnen. Utvalget var strategisk. Deltakerne i undersøkelsen hadde mer erfaring med pasienter med flyktningbakgrunn enn fastleger flest. Vi mener våre funn er overførbare til andre, ved at de belyser problemstillinger som kan oppstå i fastlegens møte med pasienter med flyktningbakgrunn.

Intervjuene viser at det kan være mange grunner til at flyktninger kan oppfattes som en vanskelig pasientgruppe. I møtet mellom lege og flyktningpasient kan det synes som om flere faktorer virker i samme retning og gjør det vanskelig. Flyktningproblemet ubehag, ubalanse i rolleforventninger, faglige resonneringsstrategier og fastlegeordningens og helsetjenestens struktur. Men vi kan ikke si noe om samspillet eller styrkeforholdet mellom disse faktorene.

Fremmed kultur

maskerer flyktningserfaringer

Flyktninger er en sammensatt pasientgruppe – det gjelder kulturell og sosial bakgrunn, språkkunnskaper, utdanning og integrering. De har mange fellestrekk med andre innvandringsgrupper. Forståelsen av helsetilstand og sykdom og rolleforventninger er kulturelt formet, og dette påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient (16). For de deltakerne som ikke hadde egne rutiner for å arbeide med flyktningpasienter, ser det ut til å være en tendens til at kulturell «fremmedhet» maskerer pasientens flukterfaringer, og vi vil tro at dette er problematisk. De deltakerne som var opptatt av å sette seg inn i pasientens eventuelle flukterfaring, var opptatt av at dette måtte skje på en skånsom måte.

Flukterfaring og flyktningstatus er ingen sykdom eller diagnose. Men å være nødt til å flykte og så måtte leve i eksil, som fremmed i et ukjent land på ubestemt tid, medfører en uønsket omstilling som er preget av tap og sorg. Dette kan være traumatiserende i seg selv (17). Derfor er det høyst aktuelt å kjenne til hvorvidt en pasient er flyktning, selv om dette ikke er årsaken til at pasienten oppsøker lege akkurat der og da.

Pasientenes ubehagelige erfaringer

Deltakerne kunne være usikre på når og hvordan de skulle snakke med pasienten om flukt og traumer. Mange flyktninger har vært utsatt for dehumaniserende voldshandlinger ved tortur, voldtekter og drap på nære familiemedlemmer. Forskningen viser at slike erfaringer kan vekke en intens skamfølelse hos offeret. Samtidig kan det være svært ubehagelig å bli involvert i andres traumatiske erfaringer hvis man ikke kan gjøre noe for å hjelpe (18). I møtet med traumatiserte flyktninger vil legen kunne bli overveldet av pasientens håpløshet og hjelpeløshet og ønske å skjerme både seg selv og pasienten. Legen kan da komme til å begrense seg til å prøve å løse konkrete medisinske problemer, uten samtidig å lytte til pasientenes personlige historier (19). Det kan også oppstå en gjensidig tilbakeholdenhet når det gjelder å ta opp traumatiske opplevelser, slik at man stilltiende blir enig («conspiracy of silence») om ikke å berøre det som kan bli for ubehagelig (20). Dette kan bidra til å forklare hvorfor deltakerne var tilbakeholdne med å gå inn i denne problemstillingen. Vektleggingen av korte konsultasjoner hos fastlegen er en annen faktor som forsterket dette.

Manglende støtte i spesialisthelsetjenesten?

Deltakerne risikerte å bli stående alene med ansvaret for disse pasientene fordi de ikke får støtte i spesialisthelsetjenesten. Fastlegesystemet forutsetter at fastlegen skal være en del av et større helsetilbud. Ut fra denne undersøkelsen er det grunn til å spørre om dette gjelder for disse pasientene. Evalueringen av fastlegeordningen tyder på tilfredshet i befolkningen, men for noen grupper er bildet mer sammensatt – det gjelder for eksempel pasienter med psykiske helseproblemer (21, 22). Pasienter med flyktningbakgrunn kan også være en slik gruppe.

Behov for videre forskning

Vi har presentert noen momenter ved møtet mellom lege og flyktningpasient sett fra legens perspektiv. Samtidig vet vi lite om hvordan pasientene opplever dette møtet. Vi vet generelt ikke mye om flyktnings tilgang til og bruk av helsetjenester, både på primær- og spesialistnivå. Mer inngående studier av lege-pasient-forholdet, sett fra begge sider, vil blant annet kunne øke forståelsen av traumedimensjonen i interaksjonen.

Det foreligger veiledningsmaterieell som også vil kunne være til nytte for fastlegene (12, 23), og det er i gang et arbeid for å videreutvikle det regionale veiledningstilbudet til helsepersonell som arbeider med pasienter som har vært utsatt for forskjellige former for vold og traumatiske stress (24, 25). Det er viktig at det satses spesielt på å gjøre materialet tilgjengelig for fastlegene. Tilbudet bør evalueres for å se om det er til nytte.

Manuskriptet ble godkjent 21.3. 2006.

Litteratur

- Lie B. The triple burden of trauma, uprooting and settlement. A non-clinical study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2003.
- Blöchliger C, Junghaus T, Weiss R et al. Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis: Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten. *Soz Präventivmedizin* 1998; 43: 18–28.
- Løfvander M, Dyhr L. Transcultural general practice in Scandinavia. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 6–9.
- Sveaass N, Lavik NJ. Politisk psykologi. Oslo: Pax, 2005.
- Brunvand L, Brunvatne R. Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 715–8.
- Lilleholt K, Hallberg MH, Hagve TA. Hemoglobinnopati og fremmedartede navn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1164–7.
- Harris M, Zwar N. Refugee health. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 825–9.
- Ovitt N, Larrison CR, Nackerud L. Refugees' responses to mental health screening. *Int Soc Work* 2003; 46: 235–50.
- Solberg Ø. Medikamentell behandling. I: Sveaas N, Hauff E, red. *Flukt og fremtid: psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Gyldendal, 1997: 228–40.
- Hauff E. Psychosocial work with refugees: a challenge to public health workers. I: *Health situation of refugees and victims of organized violence*. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992: 105–16.
- Major E. Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2709–12.
- Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere. Veileder IS-1022. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
- Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage, 1990.
- Kvale S. *Den kvalitative forskningsintervju*. Lund: Studentlitteratur, 1997.
- Ryen A. *Det kvalitative intervju. Fra vitenskaps-teori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
- Ong LML, de Haes JC, Hoos AM et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903–18.
- Varvin S. *Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Varvin S. *Mental survival strategies after extreme traumatisation*. Doktoravhandling. Oslo: Unipub, 2002.
- Boehnlein JK, Kinzie JD, Leung PK. Countertransference and ethical principles for treatment of torture survivors. I: Jaranson, JM, Popkin MK, red. *Caring for victims of torture*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1998: 173–83.
- Danieli Y. Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology* 1984; 1: 23–42.
- Ådnanes M, Hatling T, Grut G. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. SINTEF-rapport STF78A055023. Trondheim: SINTEF, 2005.
- Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. SINTEF-rapport STF78A055019. Trondheim: SINTEF, 2005.
- Psykiatrisk og psykososialt arbeid med traumatiserte flyktninger. Veileder. Oslo: Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo, 2003.
- Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI): www.nakmi.no (27.3.2006).
- Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress: (KVTS) www.nkvts.no (27.3.2006).