



socialmedicinsk tidskrift

Sextiosjätte årgången häfte nr 1 1989

Allmän redaktion:

Claes-Göran Westrin, redaktör och ansvarig utgivare
Ann Appelgren, red. sekr.,
Elisabeth Natt och Dag, expedition

Redaktionsutskott:

Erik Allander, professor i socialmedicin, Huddinge
Carl-Erik Arthursson, socialchef, Vetlanda
Per Bjurulf, professor i socialmedicin, Linköping
Arne Borg, direktör, Stockholm
Lars-Olov Bygren, professor i socialmedicin, Umeå
Axel Fugl-Meyer, professor i medicinsk rehabilitering, Umeå
Axel Gisslén, kommunalråd, Örebro
Gunnar Grimby, professor i medicinsk rehabilitering, Göteborg
Sonja Henriksson, socialbyråchef, Göteborg
Sven-Olof Isacson, professor i socialmedicin, Lund
Bengt Lindegård, professor i socialmedicin, Göteborg
Alvar Norlén, socialchef, Sollefteå
Ionie Oscarsson, socialchef, Härryda
Ivan Ottosson, socialdirektör, Göteborg
Bengt Scherstén, professor i allmänmedicin, Lund
Sune Sunesson, professor i socialt arbete, Lund
Leif Svanström, professor i socialmedicin, Stockholm
Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin, Uppsala

Flyktingarna och primärvården

Nästan alla svenska kommuner tar emot flyktingar enligt avtal med invandrarverket. 18614 flyktingar togs emot av våra kommuner under 1987, behovet av kommunplatser för 1988 har beräknats till drygt 24000. 19000 flyktingar placerades i kommunerna 1987, varav drygt en fjärdedel var barn. De största grupperna har de senaste åren kommit ifrån Iran 3000, Latinamerika 1000, Etiopien 800 och Rumänien drygt 400. I många av våra kommuner finns flyktingförläggningar, utredningsförläggningar eller tillfälliga slussar som inrättats pga den stora flyktingströmmen. 10000 flyktingar står i kö för kommunplats. Därför blir vistelsetiderna på slussar och förläggningar mycket långvariga.

Kommunerna ska lösa bostads-, sysselsättnings- och andra sociala frågor och primärvården flyktingarnas behov av hälso- och sjukvård. Det har visat sig att flyktingarnas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser är stort, vårdkonsumtionen och sjukligheten överstiger genomsnittet för kommuninvånarna. Psykosomatiska sjukdomar och karies är vanligare. Flyktingarna har också en annan syn på att gå till doktorn och "egenvårdar" inte i samma utsträckning som vi svenskar. Små symptom kan därför föranleda sjukvårdsbesök. Kulturella skillnader och språkbarriärer gör att lång tid måste avsättas vid sjukvårdskontakterna.

Socialstyrelsen har i allmänna råd 1985:4 "Hälsovård för flyktingar och asylsökande" gett riktlinjer för vården. Landstingen har ansett att uppgiften skulle kunna skötas inom ordinarie ramar genom omdisponering av resurser. Primärvården stod dock helt oförberedd när flyktingströmmen kom. Samarbetet med kommunens flyktingmottagning var inte upparbetat. Kunskaper om flyktingars speciella hälsoproblem saknades. Samplanering av primärvården inför tillfälliga slussar försumrades, tolkar saknades. Även om ekonomiska medel gavs för att anställa extra sjuksköterskor för flyktingarnas hälsovård var det svårt att rekrytera sjuksköterskor i den allmänna bristsituation som vi har eftersom arbetet var svårt och handledningen var bristfällig.

Barnen glömdes ofta bort i den förebyggande vården. Osäkerheten om innehållet i hälsoundersökningarna, hur mycket man ska fråga ut familjen om barnens beteende och psykiska hälsa och hur man ska bedöma olika beteenden är stor. Det kan vara svårt att finna utbildade tolkar och man använder inte alltid tolk när det skulle behövas.

Ulla Esbjörnsson, som arbetat som ombudsman för Rädda Barnen, visar oss på hur bristfällig och oprofessionell polisens och invandrarverkets bedömning har varit och kanske fortfarande är, i sin berättelse om flyktingbarnen.

Hälsö- och sjukvårdsbehoven på slussförläggningarna är stora, vilket framgår av Sigvard Mölstads framställning. Enligt bestämmelserna från socialstyrelsen och invandrarverket har flyktingarna på slussarna endast rätt till akut sjukvård. Detta behov är stort. Flyktingarna har inte genomgått allmän hälsoundersökning och i akuta situationer på vårdcentralen och hos tandläkaren måste smittoaspekterna (HIV, hepatit mm) nogta beaktas. Flyktingarna mår psykiskt och fysiskt dåligt under den långa, sysslolösa väntetiden, vilket ger en mycket hög sjukvårdskonsumtion. Aktiviteter för barn, som förskoleverksamhet finns oftast inte på slussförläggningarna och det är också dåligt med aktiviteter för vuxna.

På vårdcentralerna upplever man konkurrensen med den övriga hälso- och sjukvården. Personalen får ofta en uppgivenhetskänsla inför de svåra situationer som flyktingarna befinner sig i och som man har liten möjlighet att påverka: utvisningshot, saknad efter anhöriga, ovisshet om dessa befinner sig i livet mm. Dessa problem löses ju inte heller i samband med att asyl har beviljats eller kommunplats erhållits, vilket Eva Norström påpekar i sin artikel i detta nummer.

Men flyktingmottagning kan också ha många positiva sidor. Att möta människor från andra kulturer kan vara stimulerande och spännande och kan tillföra arbetet en ny dimension. Det tycker distriktssköterskan Kerstin Jacobsson med mångårig erfarenhet bland invandrare.

Utnedningsförläggningarnas hälso- och sjukvård, barnomsorg och skola kan också organiseras på ett bra sätt, vilket Anita Hallberg beskriver i sin redogörelse från Landskrona. Ett stort arbete måste uträttas i kommunerna för att få en fungerande flyktingmottagning och bra samarbetsformer mellan socialförvaltning och primärvård. Som förebilder för arbetet med flyktingbarn tar vi gärna Lyckselemodellen, som Lars H Gustavsson och medarbetare har beskrivit den i det lilla häftet "Flyktingbarn i Lycksele", en undersökning av 30 barn och deras familjer. Det ger oss konkreta förslag om hur flyktingfamiljerna med barn ska tas om hand och jag sammanfattar några punkter nedan.

1. Ett tvärfattligt resursteam i vilket ingår barnläkare, distriktssköterska, barnpsykolog, socialarbetare och flyktingsamordnare inrättas.
2. Intervju görs av varje barnfamilj som kommer ny till kommunen, dels en föräldraintervju, dels en intervju och observation av varje barn.

3. Barnmedicinsk bedömning utförs och genomgång av faktaobservationer kring varje barn gemensamt med teamets övriga medlemmar.
4. Ett handledningsprogram utarbetas som innebär att all personal som direkt arbetar med flyktingbarn har tillgång till kompetent handledare.
5. Uppföljande intervjuer görs med familjerna efter 3, 6 och 12 månader. Många gånger blir problemen kanske större efter ett år än vad de var just vid ankomsten till kommunen.
6. Resursteamet tar initiativ till utbildningsinsatser på olika nivåer.
7. Man samarbetar aktivt med kommunens och landstingens organ och frivilliga organisationer.
8. Kontinuerlig information ges till landstings- och kommunpolitiker om utvecklingen när det gäller kommunens flyktingbarn.

Har landsting och kommuner resurser att organisera och bekosta flyktingteam? Svaret är obetingat ja. Engagerad och kunnig personal finns och ekonomin kan stöttas med medel från SIV. Utbildning och handledning krävs. Flyktingarna får inte glömmas bort i det tunga primärvårdsarbetet, där åldringsvård och hem-sjukvård allt mer kommit att dominera arbetsuppgifterna.

Ragnhild Kornfält

(Överläkare vid Barnmedicinska Kliniken, Lunds lasarett)

Prenumerera nu på Socialmedicinsk tidskrift