

Rapport

Komplicerede tolkekrævende læge-patient samtaler over video konference system

*Et tværsektorielt pilot projekt om hensigtsmæssige modeller for fælles sygehus-kommune
helbreds vurdering af flygtninge og indvandrere*



Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk klinik, afd. Q, Odense Universitetshospital

Pia Maria Nielsen, Social og Sundhed, Varde Kommune

13. oktober 2014

Kort resumé

Tidlig udvidet helbreds-vurdering af flygtninge kan bidrage til at flygtninge gennem individuelt bedre tilpassede integrationstilbud får en mere hensigtsmæssig start på livet i Danmark. Den lægelige vurdering kan være en tidsmæssig udfordring i geografisk udfordrede kommuner og for nogle praktiserende læger er de kliniske erfaringer sparsomme. Fra juni 2013 er kommunerne desuden forpligtigede til at tilbyde en udvidet helbreds-vurdering af ny ankomne flygtninge. Mange flygtninge der tilbydes ophold i Danmark placeres i kommuner der er geografisk udfordrede. Varde kommune og Indvandrermedicinsk klinik (IMK, Afd. Q Odense Universitetshospital) gennemførte derfor i 2013-14 et pilot forsøg der sigtede mod at udligne geografiske og kompetencemæssige uligheder i helbreds-vurderingen af ny ankomne flygtninge. Modellen bestod af to faser. I første fase tilbød IMK, arrangeret af Varde Kommune, 3 x 2 timers undervisning om etniske minoriteters sundhed. I fase 2 udvalgte og henviste Varde Kommune i samarbejde med de praktiserende læger særligt komplicerede patienter af anden etnisk herkomst end dansk til IMK. Varde kommune arrangerede et ambulatorie på sundhedscenteret i Varde og stod for tolkebestilling. Samtaler foregik over video konferencesystem, således at patient og tolk sad sammen i et rum på Sundhedscenteret, mens IMK lægen befandt sig på et kontor med tilsvarende udstyr på Odense Universitetshospital. Evalueringerne var positive fra alle involverede. Det var særligt overraskende, at selv svært traumatiserede flygtninge patienter fandt systemet betryggende og i nogle tilfælde faciliterende og at patienterne oftest ikke lagde mærke at lægen ikke var fysiske tilstede i rummet. Teknologien ser endvidere ud til at kunne skabe et lidt mere trygt og mindre intimiderende samtale miljø til særligt vanskelige samtaler.

Modellen kan anbefales og der bør udføres undersøgelser i større skala til at belyse de kommunikative og kompetencemæssige fordele som video teknologien har – særligt i kommuner hvor de praktiserende læger er overbelastede og hvor der er mange ny ankomne flygtninge.

Baggrund

Kvotering (UNHCR-) flygtninge placeres i integrationsperioden typisk i mindre kommuner og dermed vil også deres evt. familiesammenførte familiemedlemmer også komme til mindre kommuner. Disse kommuner er udfordrede på flere områder bl.a. offentlig transport, antallet af praktiserende læger og adgang til sygehus- og rehabiliterende behandling. Varde kommune har siden 2009 arbejdet på at kvalificere modtagelsen af flygtninge i kommunen. Erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik (IMK) på Odense Universitetshospital tydede på at konsekvenserne af en del af flygtninges helbredsproblemer kunne dæmpes ved en tidligere tværsektoriel og tværfaglig indsats. FN (kvotering-) flygtninge placeres ofte i mindre kommuner med transportmæssige og lægelige udfordringer langt fra speciallæger og højt specialiserede sygehus funktioner. Gennem læge undervisning og i samtaler med integrationskonsulenter blev det klart at kommuner, der er udfordret på den geografiske afstand har særlige udfordringer, der kræver særlige løsninger på tværs af sektorer og anvendelse af ny teknologi. I samarbejde mellem IMK og Udviklingskonsulent Pia Maria Nielsen (PMN), Social og Sundhed, Varde Kommune udarbejdedes derfor et pilot projekt med tre elementer:

1. Udarbejdelse af en fælles ramme for og indhold af en simpel helbreds-mæssig lægelig og social vurdering i almen medicinsk regi
2. Tilbud om 2 x 3 timers undervisning om etniske minoriteters sundhed for praktiserende læger i Varde kommune

3. Tilbud til praktiserende læger i Varde Kommune om videokonference medieret læge samtaler med flygtninge patienter med uafklarede helbredsklager eller compliance problemer

Efter et formøde med repræsentanter fra kommunens ledelse og de praktiserende lægers organisation og et oplæg fra IMK godkendte Varde Kommune pilot projektet.

Samtidig blev det politisk vedtaget at afsætte kr. 100.000 pr. år i det kommunale budget til helbredsundersøgelse af ny ankomne flygtningefamilier. Midlerne blev anvendt til honorar til de praktiserende læger i forbindelse med helbredsundersøgelsen.

Praktisk gennemførelse

Social og Sundhed i Varde Kommune nedsatte en hurtigt arbejdende styregruppe bestående af Jobcenterchefen, Chefen for Social og Sundhed og Sundhedschefen. Arbejdsmarkedsrådgiverne i Jobcentret gennemgik deres sagsmasse med henblik på at finde borgere med komplekse problemstillinger, hvor årsagerne kunne være alt fra borgerens manglende indsigt i og forståelse af det danske sundhedsvæsen, sprogproblemer, dårlig kommunikation med lægen og selvfølgelig også konkrete fysiske og psykiske problemer.

PMN drøftede indstillingerne fra Jobcentret med almen praksis. Kun i 1 tilfælde var der ikke overensstemmelse mellem almen praksis opfattelse af behovet for samtalen med Indvandrermedicinsk Klinik.



Figur 1. Videokonference systemet set fra lægens synsvinkel

Social og Sundhed orienterede almen praksis om pilotprojektet dels i de løbende nyhedsbreve, i drøftelser med praksiskonsulenten samt til møder i det Kommunalt Lægelige Udvalg.

Endvidere udsendtes en pjece med praktiske oplysninger og kliniske opmærksomhedspunkter, herunder symptomer på PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) og henvisningsmuligheder:

Modellen var tænkt som en to-trins model, hvor den praktiserende læge, efter et kort kursus (2x3 timer) skulle helbreds-vurdere flygtningepatienter og hvis der derved opstod behov for en specialiseret vurdering tilbød pilot projektet en videokonference medieret læge samtale med IMK overlæge. Rent praktisk stod Social og Sundhed i Varde Kommune for at modtage bestilling af en videokonference samtale og lægerne sendte på vanlig vis en henvisning til IMK, Odense Universitetshospital (med henvisning til pilot projektet og en kort sygehistorie).



Figur 2. Vejledning udsendt til de praktiserende læger i Varde kommune

PMN stod for at arrangere de henviste patienter i et samlet program (et virtuelt ambulatorie) og for tolkebestilling, orientering af patienternes arbejdsmarkedsrådgivere med henblik på at understøtte patientens fremmøde og motivation til samtalerne samt opsætning af video konference udstyr på Borgercenter Varde, hvorfra samtalerne med patient og tolk foregik.

Når der var et fuldt ambulatorieprogram sendte PMN besked til IMK. De praktiserede læger blev tilbudt en kort henvisning samtale med overlægen fra IMK før samtalen med den henviste patient og en afrapporterings samtale umiddelbart efter patient samtalen.

Der blev afholdt 3 virtuelle video transmitterede læge ambulatorier (typisk fra kl. 9 til kl. 14), hvor patient og tolk befandt sig i et lokale med videokonference udstyr i Borgercenter Varde og IMK lægen befandt sig i et kontor på Odense Universitets hospital med tilsvarende udstyr. Samtalerne tog mellem 30 min og 45 min. Diktering tog 5 minutter og afrapporteringssamtaler 3 min. I sagens natur kunne der ikke udføres fysisk patient undersøgelse og fokus var derfor på traume-flugt historie, udarbejdelse af en fuldstændig problemliste og en umiddelbar prioriteret plan for undersøgelser og problem løsninger til patienten, egen læge og den kommunale sagsbehandler. Patienterne blev bedt om at godkende at egen læge og deres sagsbehandler blev orienteret om samtaleens indhold og evt. lægelige konsekvenser både før og efter samtalen. Egen læge modtog efterfølgende kopi af IMK lægens ambulatorie notat. Patienter, der ønskede det, fik ligeledes en kopi. Arbejdsmarkedsrådgiver blev orienteret om samtaleens konklusioner via kommunens udviklingskonsulent. Denne opfordrede endvidere arbejdsmarkedsrådgiveren til efterfølgende at indhente en status ved egen læge i form af attesten LÆ 125 (statusattest).

For at kunne skabe ro omkring samtalen bestilte PMN fremmødetolk. Der blev anmodet om en tolk, der havde erfaring med medicinske samtaler. Tolken blev instrueret af PMN inden samtalen.

For at kunne opnå tilstrækkelig tryghed for patienten i samtalen blev patienten indkaldt til forhallen ved Borgercenteret Varde og afhentet der af PMN, der præsenterede sig og fremmødetolken og kort beskrev formen for samtalen.

Efter afslutning af samtalen blev patienten ligeledes fulgt til forhallen.

Patient cases

Case 1

51 årig kvinde fra Mellemøstligt land. Fra velstillet familie, højt uddannet og arbejdede i høj stilling i hjemlandet. Forfulgt af religiøs militi, fængslet og seksuelt ydmyget på flere måder. Måtte flygte med små børn. Kvoteflygting til Danmark. Ægtefællen familiesammenført til DK, men udviklede voldelig og aggressiv adfærd på grund af PTSD. Indgivet skilsmisse begæring, men ægtefællen vil ikke underskrive. Fra en normal og mangeårig tilknytning til arbejdsmarkedet i DK (vaskeri), sygemeldes patienten og ender i løbet af et år i en fastlåst helbredssituation. Henvist med hovedpine, nakke-skuldresmerter, gangbesvær, søvnløshed, depression og angst.

Fund: Ægtefællen har været fængsel af forskellige årsager, brugt deres penge og patienten har lånt betragtelige beløb af venner og bekendte til mad og tøj. Ægtefællen har sukkersyge med store medicin udgifter men passer ikke sin sygdom. Patienten har af menneskelige årsager ikke søgt skilsmisse før: ægtefællen er familiesammenført og pt. Ønskede ikke at han blev smidt ud pga skilsmisse. Patienten føler sig skyldig og skammer sig over ikke at kunne beskytte sin ægtefælle. Fik depression da hun blev fyret pga. ryggen fra sit rengøringsjob, men det viser sig at der er tale om to regulære arbejdsskader dels i ryggen, dels i skulderen. Der er således to u-erkendte (derfor uanmeldte-) arbejdsskader. Ønskede at begå selvmord, forsøgte med piller uden at sige det til nogen, men opgav da hun fik tanker om at hendes torturbøddler stadig levede og de skulle ikke overleve hende. Patienten har tydelige tegn på PTSD med undvigelsesadfærd, hukommelses og koncentrationsforstyrrelser og ukontrollerede genoplevelser. Det viser sig at patienten har en god dansk veninde, som har arbejdet i patientens hjemland og derfor taler sproget. Patienten er meget tryk ved denne person.

Anbefalinger: Patienten informeres om hvordan hendes symptomer hænger sammen med oplevelserne i hjemlandet og under flugten. Egen læge foreslås at henvise patienten til traume og tortur behandling og til arbejdsmedicinsk vurdering. Patienten anbefales at søge støtte hos veninden, som ikke kender forhistorien, men som gerne må kende den og oplyses om at ægtefællen ikke kan smides ud af DK selvom de opnår skilsmisse.

Case 2

53-årig mand fra et Balkan land. Henvist til udvidet helbredsbedømmelse pga. universelle smerter og nedtrykthed.

Fund: Fra fattig familie, blev afleveret og efterladt 3 måneder gammel på en fremmed kvindes dørrtrin. Soldat i hæren i hjemlandet og så sine to brødre blive dræbt. Fik udpeget sin far i hæren, men denne nægtede at tale med ham. Selv slået i fængsel mod hovedet, på ryggen og stukket med kniv i mave. Udtalt høretab efter slagene og uspecifikke mavesmerter. Han har set ekstreme krigshandlinger mod børn som han kun kan tale om indirekte. Han fortæller konstant om sine oplevelser til sine børn og børnebørn, han kan ikke lade være, føler de frygtelige oplevelser giver mening gennem fortælling og skal forklare børnene at de skal holde sammen som familie. Hans største bekymring er at ægtefællen har oplevet meget værre ting end han selv og hun er meget plaget af det.

Anbefalinger: egen læge har, efter det initiale undervisnings program i pilot projektet, allerede henvist patienten til traume og torturbehandling. Anbefales at motivere ægtefællen til at drøfte behandlingsmuligheder med sin læge.

Case 3

36-årig mand fra et Balkan land henvist til udvidet helbredsbedømmelse.

Fund: Vokset op i meget uroligt område med hyppige beskydninger og angreb på huset. Måtte flere gange gemme sig som barn sammen med forældrene i et meget lille hulrum under gulvet, hvor man kun kunne ligge ned. Flygtede som 13 årig i en kugleregn og så under flugten ”mange ting man ikke skal se når man er 13 år”. Kom som FN flygtning til Danmark som 14-årig med hvad han troede var forældrene. Forældrene var ældre og blev begge alvorligt syge efter få år i Danmark og døde begge indenfor kort tid. Kort før moderen døde fortalte hun at de var hans bedsteførelde og at hans forældre blev dræbt i deres hjem. Han er ked af at han ikke ved noget om dem eller hvor de er begravet. Han begyndte 2 år før at få ukontrollerede genoplevelser af de outrerede overgreb han havde overværet under flugten og om de nætter hvor de lå under gulvet mens de hørte soldater gå rundt i huset. Han havde natarbejde hvor han var alene og fik tiltagende besvær med at skelne mellem virkelighed, søvn, mareridt og flashbacks og blev så angstplaget på arbejdet at han endte med at forlade arbejdspladsen kl. 4 om morgenen. Han vendte tilbage næste morgen for at forklare sig overfor chefen, men blev afvist uden at blive hørt og blev i stedet fyret og derpå sygemeldt. Blev henvist til psykiater, men fortalte ikke psykiateren om detaljerne der gav ham flashback og blev ikke spurgt. Patienten er plaget af søvnløshed, koncentrations og hukommelses besvær, glemmer sproget og bliver let stresset og vred – sådan har han aldrig haft det før.

Anbefaling: egen læge opfordres til at henvise patienten til traume og tortur behandling og til at starte medicinsk behandling der kan dæmpe de meget omfattende naturlige genoplevelser. Den kommunale sagsbehandler anbefales at bede om en statusattest fra IMK, da der er særlige helbredsbedømte skåne hensyn i forhold til arbejdsmarkedet.

Case 4

23 årig kvinde henvist fra egen læge til udvidet helbredsundersøgelse.

Fund: Kom til DK fra et krigshærgede land i centrale Afrika i 2009 sammen med moderen og to søskende. Svært ved at koncentrere sig i skolen, ser aldrig TV, bange for høje lyde og pludselige bevægelser, føler der er nogen efter hende. Må ofte melde sig syg i skolen fordi hun har meget lange mareridt der påvirker søvnen. Har det svært med uniformer og kan have tanker der forstyrrer hendes opfattelse af hvad der er rigtigt og hvad der er mareridt.

Anbefaling: at egen læge henviser patienten til traume og torturbehandling og at sagsbehandler orienteres om dele af patientens oplevelser så uddannelse etc. Kan tilpasses bedre.



Figur 3. Skærm og lyd er af så høj kvalitet at alle normale non-verbale signaler kan opfanges

Case 5

45 årig mand fra asiatiske land henvist til udvidet helbredsundersøgelse.

Fund: Kom til DK med ægtefælle i 2007 som FN flygtninge. Havde lille landbrug med ægtefællen. Soldater opsøgte tit familien m.h.p. at han skulle betale til dem, truende, også overfor ægtefællen. Måtte tit flygte fra hjemmet og valgte til sidst at flygte først til Thailand, hvor de boede illegalt i 3 år og måtte derpå flygte til Malaysia, hvor de ligeledes boede 3 år illegalt. Måtte konstant skifte bolig pga. forfølgelse fra politiets side. Fængslet og tortureret flere gange og måtte betale store summer til politi og fængselsvagter for at slippe fri igen. Flere slag mod hovedet, én gang bevidstløs og hospitalsindlagt. De senere år tiltagende ukontrollerede genoplevelser fra overgreb i Thailand og Malaysia, kan ikke tåle lyde, uniformer, biler der kører hurtigt, ser ikke TV længere. Kan ikke koncentrere sig og kan ikke huske hvad han lærer i sprogskolen. Patient og ægtefælle er begge HIV smittede og i behandling. Det viser sig at ægteparret ikke er vel informerede om deres sygdom. Deres største bekymring er hvad der skal ske med deres, eneste søn på 7 år når de begge dør.

De er begge af den opfattelse at er man HIV smittet, så dør man. I hjemlandet og i Thailand/Malaysia fik de at vide at det var en dødelig sygdom og at der derfor ikke var grund til behandling. De har ikke noget netværk i Danmark der kan tage sig af sønnen mens de har god kontakt til familien i hjemlandet. Forklares at behandlings udsigten for HIV er god og at de ikke skal se det som en dødelig sygdom.

Anbefaling: Behandlende HIV læge anmodes om at afsætte tid til en længere bekymringsafstemmende samtale med patienten omkring behandlingsudsigterne. Egen læge anmodes om at henvise patienten og ægtefællen til traume og tortur behandling.

Case 6

58 årig kvinde fra asiatisk land. Gift med etnisk dansk mand i 1998 og efterlod to døtre i hjemlandet for at flytte sammen med ægtefællen i Danmark. Ufaglært arbejde siden da, men nu kontanthjælp. Mange fysiske og psykiske klager som egen læge ikke har kunnet finde årsagen til. Egen læge anmodes om at patienten hjælpes med at bryde sin isolation m.h.p. bedre livskvalitet.

Fund: Kommer fra god familie, tryk opvækst. Arbejdet på plastfabrik i hjemlandet 10 timer hver dag fra hun var 13 år gammel. Stående monotont arbejde med skulderbelastning - strakte arme ved samlebånd. Mødte aktuelle ægtefælle ved besøg hos veninde i Danmark. Opdagede først da de var gift og flyttet sammen at han var arbejdsløs alkoholiker. Det første år sagde han at han gik på arbejde, men gik i virkeligheden på druk. Han er aggressiv og ondsindet, hjælper ikke i hjemmet eller i forhold til at skabe sociale kontakter, holder hende hjemme. De har købt hus sammen som de ikke har råd til, hun er medunderskriver. Han truer med at hun bliver smidt ud af landet hvis hun søger skilsmisse. Patienten er glad på arbejde og i sprogskolen men bliver med det samme ked af det når hun kommer hjem. Savner sin familie og døtre og vil gerne skilles, men tør ikke pga. trusler om at blive smidt ud af landet. Hun har ikke talt med andre om det. Forsøgte at tale med en støtteperson fra kommunen, som imidlertid bekræftede ægtefællens trusler. Derfor turde patienten ikke tale med nogen om det. Er glad for sin praktiserende læge, som forstår hende, men der er for lang tid mellem de støttende samtaler og så bliver patienten mere ked af det. Hendes angst er fået et mere generelt præg og når der er gået for lang tid uden at hun har talt med nogen får hun ret udtalt sygdoms- og dødsangst, der har resulteret i nærbesvimelser og skadestuekontakter.

Anbefaling: Kommunen anbefales at overveje støttekontaktperson/lignende i en kort periode under skilsmisse. Patienten oplyses om at har man en permanent opholdstilladelse kan man ikke umiddelbart sendes ud af landet. Kan overveje at søge dansk indfødsret. Gældssanering kan blive en nødvendighed. Egen læge anbefales at bygge på den tillid patienten har til sin læge til en kort samtale række m.h.p.. at styrke selvværd og m.h.p. at reducere sygdomsangst, herunder arbejde med de faktorer der vedligeholder patientens grundlæggende angst.

Evalueringer

Evalueringen bygger på tilbagemeldinger fra henholdsvis Varde Kommune, Indvandrermedicinsk Klinik, almen praksis og patienterne.

Varde kommune

Varde Kommune vurderer, at pilotprojektet lykkedes optimalt af følgende grunde:

1. Almen praksis var orienteret såvel via nyhedsbrev, praksiskonsulent og det Kommunalt Lægelige Udvalg
2. Almen praksis modtog undervisning i de særlige sundhedsforhold, der gør sig gældende for målgruppen med komplicerede sundheds- og sociale forløb
3. Patientens arbejdsmarkedsrådgiver blev informeret både før og efter samtalen
4. Borgerens tillid til forløbet blev etableret inden den videotransmitterede samtale
5. Der blev fremskaffet en kvalificeret fremmødetolk
6. Under samtalen opnåede lægen og patienten gensidig tryghed og tillid, hvilket på forespørgsel blev bekræftet af patienterne efter samtalen
7. IMK's tilgang til målgruppen er baseret på professionalisme og årelang erfaring
8. IMK havde en glimrende kontakt til almen praksis i evalueringssamtalen

Varde kommune: Mulige udviklingspunkter

Det vil i fremtidige forløb være nødvendigt at kompensere almen praksis for tidsforbruget via overenskomsten.

Det er Varde Kommunes vurdering, at der i en del almen praksis er et videns gab omkring målgruppens særlige sundhedsforhold, hvorfor Varde Kommune endvidere finder det hensigtsmæssigt at der etableres et nationalt undervisningsprogram til belysning af dette.

Indvandrermedicinsk klinik

Det praktiske (indkaldelse, lokaler, forplejning) omkring undervisningen af de praktiserende læger tog Varde kommune sig af. IMK kunne derfor koncentrere sig om undervisningen og undervisningsmaterialer, herunder at identificere og beskrive relevante kliniske patient cases. Nogle lægehuse valgte ikke at komme og det kan være interessant at undersøge årsagerne til dette valg.

Undervisningen forekom velindiceret og baggrunden for de patienter, der blev henvist til projektet tyder på at de praktiserende læger havde inddraget den nye viden i deres henvisnings årsager.

Evalueringen fra lægerne tyder på at oplysningerne der fremkom under samtalerne var anvendelige baggrundsoplysninger, der ellers ikke ville være fremkommet. Flere læger gav udtryk for at det er en type af oplysninger, som de finder svære at få frem hos indvandrerpatienter.



Figur 4. Den normale anvendelse af video tolke systemet med læge og patient i samme rum og tolk medvirkende på skærmen

Det var på forhånd frygtet at video transmitterede læge-patient samtaler ville miste intimitet og fortrolighed samtidig med at normale læge-patient signaler som kropssprog, øjenkontakt og anden interaktion ikke ville være mulige. At der tilmed var tale om ofte traumatiserede patienter med ofte meget følsomme oplysninger, hvor angst og mistillid er hyppig forstærkede bekymringerne. Det største problem var på forhånd dog at samtalerne, bortset fra én samtale, skulle foregå med tolkebistand. Stik imod forventningerne forløb samtalerne imidlertid forbavsende ubesværet og reelt set lettere end vanligt. Det kan der være mange årsager til, men de væsentligste faktorer synes for en umiddelbar klinisk betragtning at være:

1. Det praktiske forhold at patienten sad alene sammen med tolken i et rum gav en mere naturlig samtale form end vanligt, hvor patienten sidder med lægen og en tolk fysisk tilstede (eller via en skærm over videotolkesystemet). Dermed blev læge-patient samtalen til en samtale mellem to landsmænd, medieret af lægen der kun figurerer på en skærm og styrer samtaleindholdet.
2. Vi oplevede det samme da vi overgik til videotolkning i IMK: der var én person mindre tilstedet i rummet, fordi tolken ikke længere er "distraherende" fysisk person, men en lidt mindre og fjernere person på en skærm. Patienterne oplever det klart mindre intimiderende. Færre personer fører til mere intimitet, mere fortrolighed og mindre "støj".
3. Video transmitterede samtaler er mere fokuserede, det er nemmest hvis der kun er én der taler ad gangen og samtalen får et naturligt mere struktureret forløb. Teknologien disciplinerer læge, patient og tolk. International forskning bekræfter at videosamtaler er mere fokuserede og varer kortere tid samtidig med at de giver højere patient tilfredshed.
4. Helt ny forskning har vist at patienter er mere tilbøjelige til at være ærlige og have tillid til en computer/virtuel "læge" end en fysisk tilstedeværende læge. Teknologien understøtter på sin egen måde et fortroligt og "ufarligt" rum – også selvom lægen er fysisk tilstede i samtalen, men på en TV skærm. Patienternes vurderinger i aktuelle projekt bekræfter at det er "lettere" at tale om svære/følsomme emner på denne måde.

5. Teknologien, både billede og lyd, er i dag så god at patienterne tilsyneladende glemmer at der er tale om en video samtale. Det bekræfter patienternes evalueringer i aktuelle projekt.

Flygtninge/indvandrere har gavn af at fortælle om deres oplevelser og livshistorie. Den giver dem (selv-) respekten tilbage og giver læger og sagsbehandlere et helt anerledes solidt fundament at arbejde ud fra i forhold til egenomsorg, sygdomsforståelse og ressourcer. Samtalerne i dette projekt tog mellem 30 og 40 minutter og samtlige patienter udtrykte glæde over at kunne tale om deres liv og private problemer. De praktiserende læger gjorde det klart både under undervisningen og i evalueringen at denne type samtaler og de oplysninger der er kommet frem, er nyttige i klinisk sammenhæng, men det er en udfordring for dem.

Fra IMK lægens synsvinkel forløb samtalerne overraskende naturligt. Det var en ny og uvant form for læge-patient samtale, men den viste sig at være meget naturlig og den anerledes fortrolighed der var meget tydelig ved at patient og tolk sad alene i samme rum bør overvejes til samtaler med meget følsomt eller svært indhold. Der skal selvfølgelig være et sundhedsmæssigt og socialt professionelt back-up så evt. overraskende oplysninger, der kræver handling, kan håndteres forsvarligt med det samme.

Feed back til lægerne før og efter samtalerne fungerede godt, men vigtigst er briefing efter samtalen. God mundtlig briefing før samtalen er en styrke men er ofte en udfordring for praktiserende læger på visse tidspunkter af dagen.

Det var tanken at de praktiserende læger kunne være med til video samtalerne, men det var der ingen af lægerne der tog imod – formentlig pga. mangel på tid.

Der er derfor grund til at tage erfaringer fra aktuelle projekt alvorligt. Det er et billigt og relativt lav teknologisk tilbud som styrker praktiserende lægers arbejde med flygtninge/indvandrere med uafklarede helbredsklager – og dermed også styrker integrationsindsatsen i de enkelte kommuner, som i denne sammenhæng ofte er mindre kommuner, der er udfordret på den geografiske afstand. Projektet er også et godt eksempel på hvor meget man kan opnå ved tværsektorielt samarbejde når problemerne er tværsektorielle i deres sammensætning.

Det er meget tydeligt at kommuner og praktiserende læger i områder hvor der placeres FN flygtninge har en gruppe af særlige udfordringer, som er relativt usynlige for de centrale myndigheder (Geografi, logistik, sygehusledelser, Region, ministerier). Projekter som dette kan være med til at belyse disse udfordringer, men det ser også ud til at f.eks. video transmitterede læge-patient samtaler, sammenholdt med Region Syddanmark's projekt med indvandrermedicinske hospitals teams og en særlig praksis konsulent kan tage hånd om nogle af udfordringerne. Tilbage står at de små yderkommuner har svært ved at komme til orde i forhold til behovet for særlige sundheds og integrationsmæssige kompetence. Som casene antyder er der meget varierende kliniske-soziale problemstillinger, som nødvendiggør et meget tættere samarbejde mellem sygehus og kommune og mellem egen læge og kommunale sagsbehandlere end tilfældet er (og lovgivningen tillader). Varde Kommune brugte en del tid og energi på at få de takstmæssige forhold på plads omkring den udvidede helbreds vurdering af flygtninge både ifht. de praktiserende lægers organisation men også i forhold til regionen. Det var et tydeligt eksempel på at det i praksis kan være svært at implementere særtilbud på tværs af sektorer. Det lykkedes, men en mere overordnet regional-kommunal målsætning for arbejdet med sundhed og integration som en samlet proces på tværs af sektorer er nødvendig hvis man vil arbejde på denne måde.

Henvisende praktiserende læger

Alle syntes godt om konceptet og var meget tilfredse med oplysningen om at der nu er udpeget indvandrermedicinske nøglepersoner på Sydvestjysk Sygehus og at de arbejder med henvisningskriterier og informationsstrategi

Læge 1: det var værdifulde oplysninger, som han kunne bruge. Han var, som de andre læger glade for at der kom indvandrermedicinske nøglepersoner tættere på, da sygehistorierne kan være svære at udrede.

Lægehus 2+3: var meget tilfredse med at have resultatet af afklaringen i journalen. Var meget tilfredse med afklaringen, som hjalp lægen i hans videre arbejde.



Figur 5. Patienterne er glade for videotolkesystemet fordi det er mindre intimiderende og mere fleksibelt (bl.a. kan kamera slukkes)

Patienterne

Case 1: Er glad for teknikken, virker næsten "normalt". Næsten bedre end hvis der sad en læge i rummet. Dejligt ikke at skulle rejse så langt for at tale med lægen. Det var godt at fortælle om mit liv.

Case 2: Jeg er glad for mit liv som menneske i Danmark. Mine læger ved nu alt og det er godt for jeg kan ikke holde sammen på det. Det har været godt at tale om mit liv. Det er næsten normalt at tale gennem skærmen.

Case 3: glad for at tale om sin situation og sin historie. Føler ikke noget særligt ved video samtalen, tænkte ikke over det.

Case 5: har ikke tænkt over at samtalen foregik over video. Var mest glad for at kunne fortælle om sine oplevelser.

Case 6: Følte det var nemt, selvom det var nyt for hende at tale om sine private problemer på den måde. Patienten tænkte ikke over videaskærmen.

Økonomi

Varde Kommune medfinansierede pilotprojektet med i alt kr. 37.650, fordelt således:

Tovholder funktion:

12 timer pr. gang a 5 gange i alt 60 timer a 350 kr. 21.000

Arbejdsmarkedsrådgiver

Indstilling og afsluttende 1 time a 12 personer a kr. 350 kr. 4.200

Tolkebestand

1 ½ time a 9 personer 13,5 time a kr. 700

Administration

Porto, tlf., Kørsel til virtuel klinik kr. 3.000

Indsatsen for Odense Universitetshospital (Indvandrermedicinsk klinik) var udgiftsneutral i forhold til klinikens normale arbejdsform forstået på den måde, at patienterne i dette projekt blev henvist til IMK mhp en ambulant samtale og blev registeret og DAGS-afregnet på samme måde som andre (fysisk fremmødende) ambulante patienter. I forsøgsperioden afholdt Varde kommune udgifter til tolk, hvilket normalt er en sygehus udgift.

Samlet vurdering og konklusion

Projektets metode var overraskende vellykket for både Indvandrermedicinsk klinik, patienter, integrationsmedarbejdere og de praktiserende læger. Det var, mod forventning, en uventet effektiv og samtidig respektfuld måde at få overblik over patienters ofte komplicerede livshistorie, flugtopplevelser og traume- og torturoplevelser. Det trygge fortrolige rum som teknologien tillader mellem tolk og patient mens den interviewene læge kun er tilstede på en skærm er en mulighed som bør undersøges mere systematisk, da den frembyder helt nye muligheder i det lægelige/terapeutiske arbejde med traumatiserede eller svært angste flygtninge patienter. Metoden byder på en løsning på ofte sammensatte sociale, psykiske og somatiske problemstillinger blandt flygtninge/indvandrere som kræver en tværfaglig og tværsektoriel løsningsmodel. Metoden kan vise sig endnu mere anvendelig i forbindelse med den ikke uvæsentlige udfordring som den nye udvidede helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge udgør for de praktiserende læger og integrationsteams i kommunerne. Der er med dette projekt skabt erfaringer, der bør afprøves i større skala og bedre tilpasset praktiserendes lægers arbejdstilrettelæggelse. Det er tydeligt at der er et vidensgab blandt praktiserende læger på dette område, men det er også tydeligt at hvis kommunerne sammen med regionerne skaber de tekniske rammer og sørger for korte uddannelsesprogrammer, så er en stor del af opgaven løst for meget få midler.

Morten Sodemann

Professor, overlæge

Indvandrermedicinsk klinik

Infektionsmedicinsk Afdeling

Odense Universitetshospital

Morten.sodemann@rsyd.dk

Mobil 3057 5143

Pia Maria Nielsen

Udviklingskonsulent, Integration og Sundhed

Social og Sundhed

Varde Kommune

pimn@varde.dk