

# Flygtninge – fejler de noget?

Speciallæge Lone Deibjerg Kristensen & sundhedsplejerske Grethe Hjul Mandrup

Almen praksis, Kjellerup

## Resume

**Introduktion:** Formålet var: 1) at undersøge helbredstilstanden hos børn og voksne flygtninge med henblik på tidlig sygdomsopsporing og behandling, 2) at undersøge, om et generelt tilbud om screeningsundersøgelse ved ankomsten til Danmark kunne gennemføres i almen praksis og 3) at undersøge, om det var hensigtsmæssigt at gennemføre den i et samarbejde mellem sundhedsplejen og almen praksis.

**Materialer og metoder:** Undersøgelsen bestod af en retrospektiv opgørelse af resultaterne af helbredsundersøgelser, der omfattede 55 flygtninge og familiesammenførte til flygtninge tilflyttet Kjellerup Kommune i perioden 1.1.2000 - 1.1.2002.

**Resultater:** Alle tog mod tilbuddet om helbredsundersøgelse, og der var stor tilslutning til opfølgning. 64% af de undersøgte havde en eller flere sygdomme eller tilstande, der krævede nærmere undersøgelser, hvilket var en overraskelse, da tidligere undersøgelser har vist, at omfanget af somatiske sygdomme hos asylansøgere svarer til, hvad man ser i almen praksis i Danmark [1-3]. Alle børn (25 i alt) og hovedparten af de voksne havde krisereaktioner og psykosomatiske tilstande, men dette er ikke bearbejdet i nærværende artikel, selv om det også har stor betydning for sundhedstilstanden [3-5]. Det er det store antal somatiske fund, der findes interessant [6]. Langt de fleste børn havde ikke gennemført vaccinationsprogrammer.

**Diskussion:** Integrationsopgaven har været udlagt til kommunerne i fem år, men der er fortsat ingen retningslinjer for sundhedsundersøgelse og vaccinationstilbud. Undersøgelsen støtter antagelsen om, at tidlig sygdomsopsporing, vaccination og behandling er vigtig [6, 7]. Det blev en god erfaring at gennemføre screeningerne i almen praksis i et samarbejde mellem sundhedsplejen og almen praksis. Metoden kan anbefales og giver samtidig flygtningene en god indføring i det primære sundhedsvæsen.

Undersøgelsen blev til ud fra en praktisk problemstilling, som alle alment praktiserende læger blev stillet over for den 1. januar 1999. Den dato blev integrationen af flygtninge og familiesammenførte til flygtninge udlagt fra Dansk Flygtningehjælp og en central statslig organisering til en decentral integration i alle danske kommuner. Dansk Flygtningehjælp blev nedlagt, og de opgaver, der tidligere var blevet varetaget herfra blev pr. 1. januar 1999 udlagt til alle landets kommuner samtidig med, at alle kommuner årlig skulle modtage et antal flygtninge efter nærmere aftale med Udlændingestyrelsen. De FN-flygtninge, Danmark har forpligtet sig til at modtage, og familiesammenførte til herboende flygtninge ankommer

nu direkte til kommunerne og ikke som tidligere via Dansk Flygtningehjælp. Det betyder, at de helbredsundersøgelser, Dansk Flygtningehjælp foranstaltede, ikke længere er et tilbud.

Familiesammenførte til herboende indvandrere har aldrig fået tilbud om helbredsundersøgelse ved ankomsten til Danmark.

Alene asylansøgere, der kommer via asylcentre, får tilbudt en helbredsundersøgelse, der omfatter et interview hos en sygeplejerske. Lægeundersøgelse tilbydes desuden særlige grupper efter sygeplejerskens visitation [2, 7].

Flygtninge og familiesammenførte har en karenperiode på seks uger, før de får sygesikringsbevis, og kan derfor kun få gratis lægehjælp ved helt akut opstået sygdom.

Det er således op til den enkelte kommune at vurdere, hvornår man vil betale for lægelig undersøgelse af flygtninge med helbredsproblemer i denne periode.

I Kjellerup Kommune i Viborg Amt vidste vi, at vi ville få større grupper af flygtninge fra Afrika, specielt fra Somalia, hvilket vil sige, at de kom fra mindre udviklede lande ifølge FN's definition. Vi vidste, at mange desuden havde haft ringe sociale vilkår som følge af krig og længerevarende ophold i flygtningelejre i nabolande. Vi havde derfor en formodning om, at de havde en større sygdomsrisiko end den danske baggrundsbefolkning. Vi formodede, at mange af børnene ikke var vaccinerede.

Vi fandt, at det var et problem, hvis sygdomsopsporing og behandling skulle afvente karenstidens ophør på seks uger. Efter dette tidsrum er de fleste flygtninge startet i sprogskoler, folkeskoler og daginstitutioner [6, 8].

Samtidig havde vi et ønske om at møde flygtningefamilierne under mere normaliserede/strukturerede former første gang med henblik på at skabe en god kontakt og give en indføring i det danske sundhedssystem.

Det blev aftalt med Kjellerup Kommune, at alle flygtninge og familiesammenførte til kommunen i de første to år fik et tilbud om en screeningsundersøgelse i almen praksis hurtigst muligt efter ankomsten, medmindre de var undersøgt i Røde Kors-regi.

I den periode blev alle undersøgelser foretaget i en praksis i kommunen i samarbejde med sundhedsplejersken.

Screeningsundersøgelsen blev således til som en lokal model til at løse den opgave, vi havde i forhold til flygtningene.

## Materiale og metoder

Deltagere i screeningsundersøgelsen er flygtninge og familiesammenførte til flygtninge modtaget i Kjellerup Kommune i en toårsperiode fra den 1. januar 2000 til den 1. januar 2002.

I undersøgelsen er der medtaget de flygtninge, der er un-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

dersøgt i Røde Kors-regi. Heraf er nogle alene interview-undersøgt. Andre har fået foretaget supplerende undersøgelser i praksis. Alle fund, der er gjort i opgørelsesperioden, er medtaget.

Ved ankomsten orienteredes familierne om screeningstilbuddet og om, at deltagelse var frivillig.

Sundhedsplejersken orienterede familierne og aftalte tid til lægeundersøgelsen. Sundhedsplejersken bestilte en professionel tolk første gang. Der blev aldrig foretaget undersøgelser uden en tolk. Screeningsundersøgelsen fandt – og finder stadig – sted hurtigst muligt efter ankomsten.

Hos familier med børn deltog sundhedsplejersken i selve lægeundersøgelsen, og man samarbejdede om anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse, vaccinationer og orientering.

Sundhedsplejersken havde ofte fået en del af anamnesen på børnene, og den blev sendt til lægen på forhånd. Der blev afsat en time til første patient og mellem en halv og en hel time til efterfølgende familiemedlemmer.

Herudover blev der brugt ikkeopgjort tid for læge, sundhedsplejerske, lægesekretær og praksissygeplejerske på forberedelser og opfølgning. I familier uden børn deltog sundhedsplejersken ikke.

### Undersøgelsen

En detaljeret beskrivelse af undersøgelsens elementer kan ses i **Figur 1** og **Figur 2**.

### Fæcesundersøgelsen

Fæcesundersøgelsen blev afleveret i en frankeret kuvert pr. person, med mærkede glas og udfyldte skemaer. Sundhedsplejersken/klinikpersonalet underviste i prøvetagning. I her-værende undersøgelse var der kun meget få problemer med at få familierne til at aflevere prøverne.

Med hensyn til prøvetagning især hos børn foretog vi en vurdering af, om blodprøver og fæcesprøver havde nogen relevans. I enkelte tilfælde med gode sociale forhold og opvækst med godt sundhedssystem undlod vi undersøgelsen.

### Vaccination

Hos børnene påbegyndtes vaccination ved screeningsundersøgelsen, gentoges efter en måned og revaccination blev planlagt efter seks måneder.

### Prævention

Så vidt muligt blev kvinderne orienteret om præventionsmuligheder.

### D-vitamin

Alle kvinder og børn, der gik tildækkede, blev sat i forbyggende behandling med calcium og vitamin D.

### Orientering om det danske sundhedsvæsen

Alle fik en kort orientering om det danske sundhedsvæsen og

Den generelle sundhedstilstand.  
Børnesygdomme?  
Indlæggelser?  
Medicin?  
Infektionssygdomme, herunder tuberkulose og malaria?  
Aktuelle sygdomssymptomer?  
Psykiske forhold: sult, krigstraumer, fængsling, tortur, mistede pårørende, efterladte børn?  
Tandproblemer?  
Kostvaner?  
Kvindelig omskæring? Problemer i relation hertil?  
Hos børn: graviditet og fødsel, trivsel, ernæring, eventuelle sultperioder?  
Vaccinationsstatus, hvis ej dokumenteret, startes der forfra.

Figur 1. Grundig anamnese.

Højde, vægt, blodtryk og puls måles, og almentilstanden registreres.  
Øjne, cavum oris, hals, glandelstatus, stetoskopi af hjerte og lunger, abdomen, ryg og ekstremiteter undersøges.  
Gynækologisk undersøgelse ved senere konsultation, hvis der er indikation.  
Synsprøve. Hos børn: høreprøve.  
Blodprøver: Der undersøges for: hæmoglobin, leukocytter, differentialtælling, eosinofilocytter.  
C-reaktivt protein, SR, S-kreatinin, plasma (P)-kalium, P-natrium, P-calcium ion, 25-hydroxycholecalciferol, parathyroideahormon.  
P-alaninaminotransferase, P-laktatdehydrogenase, P-basisk fosfatase, hiv og syfilisscreening.  
HBs-Ag, Anti-HBc IgM, Anti-HBs, Anti-HCV IgM, Anti-HAV total, Anti-HAV IgM.  
Coombs test.  
Urinstiks for sukker, nitrit, leukocytter, protein og blod.  
Røntgenundersøgelse af thorax.  
Fæces undersøges for patogener og parasitter. To prøver pr. person.

Figur 2. Objektiv undersøgelse.

oplysning om praktiske ting i forhold til lægebesøg, mulighed for tandlægebesøg mv. Svartid på prøver blev planlagt.

### Resultater

Resultaterne fremgår af (**Figur 3**, **Figur 4**, **Figur 5** og **Figur 6**). Til disse skal bemærkes:

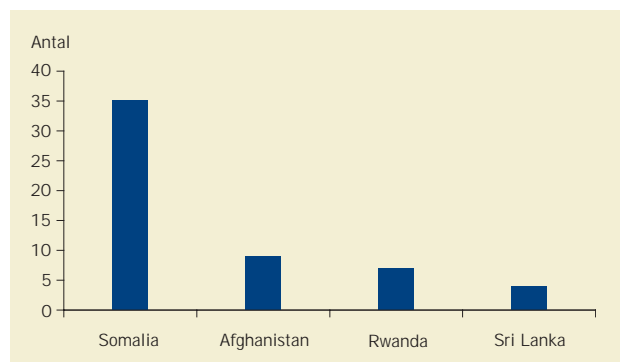
Ad **Figur 3**. Femoghalvtreds personer fordelt på 16 familier. Fireogtyve kvinder og 21 mænd.

Ad **Figur 5**. Tyve (36%) blev fundet raske, mens 35 (64%) havde en eller flere somatiske sygdomme eller tilstande, der krævede nærmere udredning.

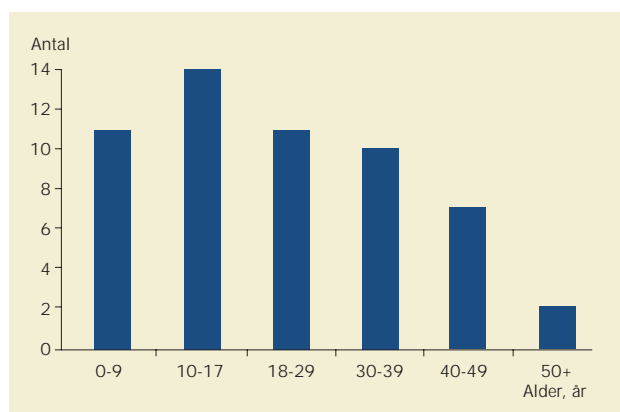
Ad **Figur 6**. Fem, alle med somalisk baggrund, blev fundet positive for tuberkulose forstået på den måde, at to af hinanden uafhængige personer havde lungetuberkulose og blev sat i behandling, to familiemedlemmer med stærkt positiv tuberkulintest blev sat i behandling. En 17-årig pige, hos hvem der røntgenologisk var stærk mistanke om lungetuberkulose, forsvandt fra familien, før hun blev udredt.

Endelig var en patient sat i behandling for knogletuberkulose før ankomsten til kommunen.

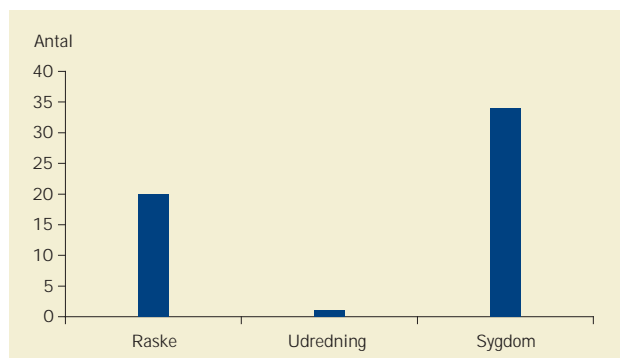
## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 3. Etnisk fordeling.



Figur 4. Aldersfordeling.



Figur 5. Antal personer, der er raske og antal syge og i udredning.

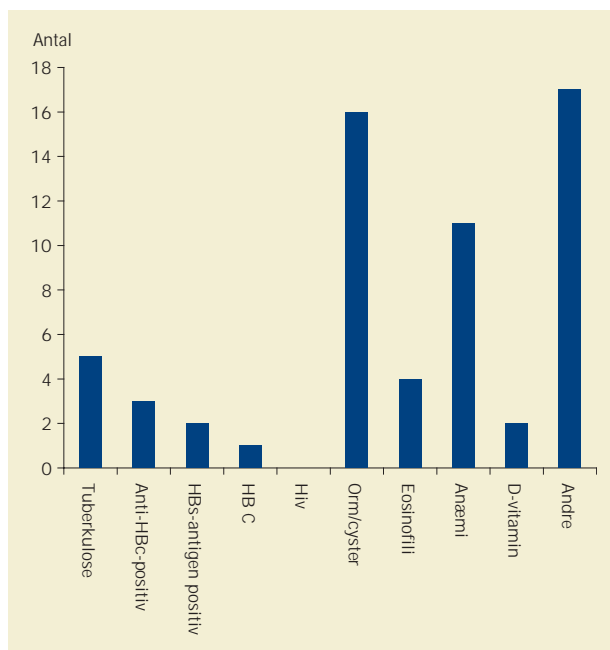
**Orm og parasitter**

I alt 16 personer var positive for orm og parasitter. Nogle havde to eller flere. Det drejer sig om: *Giardia lamblia* (seks personer), *trichuria* (fem personer), *Ascaris* (to personer), *Entamoeba cyste* (otte personer) og *Hymenolopsis nana* (en person). En person havde i alt fem protozotyper, som dog alle blev skønnet at være apatogene.

Der blev behandlet for patogene protozoer samt enkelttilfælde med vedvarende abdominalgener uden anden årsag.

**Anæmi**

Elleve personer, hvoraf to desuden havde ulcus ventriculi/duodeni, havde anæmi. Nogle havde orm og parasitter, an-



Figur 6. Antal personer, der havde de i artiklen nævnte tilstande.

dres ernæringstilstand var dårlig, og de led af jernmangel. To havde blødningsforstyrrelser. Vi fandt ingen hæmolytiske anæmier.

**Andre sygdomme**

Diabetes: To patienter, heraf en med type 2-diabetes, blev sat i insulinbehandling. En havde fået hyperkolesterolemie efter 6-12 mdr. i Danmark. Der blev givet kostvejledning og statinbehandling. Den anden patient havde diabetes sekundært til levercirrose.

Ulcus duodeni: To personer var helicobacterpositive og havde typiske dyspepsisymptomer. De opnåede symptomfrihed og normalisering af hæmoglobin på eradikationsbehandling.

Hjertesygdom: Tre personer havde hjertesygdomme; en havde atrieseptumdefekt, og to havde iskæmisk hjertesygdom.

Desuden fandt vi enkeltstående tilfælde af: cirrhosis hepatitis, neurofibromatose, neurofibromatosis Reclinghausen, cholelithiasis, cancer hepatitis, primær hyperparatyroidisme, skizofreni, sequelae efter skudsår, hungersyndrom og ovariecyster.

**Kvindelig omskæring**

I alt 17 kvinder var omskåret. Tre havde gener, og to blev henvist til plastikkirurgi. Flere med gener kan komme til, da over halvdelen er børn og helt unge piger. Kvinderne modtog vejledning om, at omskæring er forbudt i Danmark.

**Diskussion**

Undersøgelsen er talmæssigt ikke nogen stor undersøgelse,

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

men den dækker samtlige ankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge i en toårsperiode i en dansk kommune med 14.000 indbyggere.

I vort materiale stammer de fleste fra Somalia, og tallene ville måske have været anderledes, hvis den etniske sammensætning havde været mere varieret. Materialet var dog for lille til en opdeling i etniske undergrupper (Figur 3).

Antallet af sygdomme og behandlingskrævende tilstande var for os overraskende højt, selv om vi havde forventet en højere sygdomsfrekvens end ved andre forebyggende undersøgelser i almen praksis [6, 7].

Tallene skal især ses i lyset af, at der er tale om en population af børn og fortrinsvis yngre voksne og ikke mindst af, at vi i talmaterialet helt har udeladt krisereaktioner og psykosomatiske lidelser, såsom uspecifikke smerter og træthedsklager.

Vi er opmærksomme på, at nogle af patienterne, i alt 16, der er undersøgt alene i Røde Kors-regi, ikke har fået foretaget blodprøver og røntgenundersøgelse af thorax. Det er selvfølgelig en svaghed ved undersøgelsen, da vi ved fuldt screeningprogram, hvor også disse patienter var inkluderet, måske ville have fundet en endnu højere sygdomsfrekvens. Imidlertid er sygdomme fundet i undersøgelsesperioden medtaget, så vi forventer, at det drejer sig om et begrænset antal, men der er alt andet lige tale om minimumstal.

Vi fandt en overraskende høj somatisk sygdomsfrekvens i forhold til i tidligere undersøgelser [1, 2, 6].

Det er der sandsynligvis flere forklaringer på:

1. I herværende undersøgelse har vi i modsætning til tidligere undersøgelser, der primært har været gennemgang af journalmaterialer eller interviewundersøgelse alene [2, 9], foretaget såvel interview som objektiv undersøgelse inklusive røntgenundersøgelse af thorax, blodprøver og fæcesprøver. Det var i undersøgelsen karakteristisk, at der ikke var god sammenhæng mellem den selvoplevede helbredstilstand og de fund, vi gjorde. For eksempel angav en del at være raske, mens den objektive undersøgelse, især fæcesprøverne, røntgenundersøgelsen af thorax og blodprøverne viste sygdom.
2. De flygtninge, der kommer efter stramningerne i integrationsloven, kommer måske fra dårligere kår end de tidligere flygtninge.
3. Materialet er beskedent, men repræsenterer dog alle de flygtninge, der er kommet til en dansk kommune i en toårsperiode.

Vi fandt, at næsten ingen af børnene havde fulgt et vaccinationsprogram, og næsten ingen var vaccinerede for de almindelige børnesygdomme.

Der var i november 2003 fortsat ikke nogen national plan for tilbud om profylaktisk undersøgelse og vaccinationsprogrammer for kvoteflygtninge og familiesammenførte til flygtninge [6, 10].

Dette på trods af, at Sundhedsstyrelsen i april 2002 kom med en redegørelse til sundhedsministeren med forslag til retningslinjer for profylaktiske helbredsundersøgelser af flygtninge [9].

Forslagene i denne redegørelse ligger i vid udstrækning på linje med vore undersøgelser, dog med anbefaling af, at man foretager konkrete vurderinger af sygdomsrisiko, alt efter hvor familierne kommer fra. Man har dog ikke medtaget forslag om fæcesundersøgelser.

Det vil sige, at det store flertal, der er ankommet fra den 1. januar 1999 til juni 2003, dvs. gennem næsten fem år, ikke har været gennem lægeundersøgelse, og børnene ikke har gennemført et dansk vaccinationsprogram.

Vi finder, at der er behov for en snarlig national plan for tidlig sygdomsopsporing og behandling samt tilbud om vaccinationsprogram for børnene [11].

Det er svært at forestille sig en vellykket integration i skoler, daginstitutioner, sprogskoler og på arbejdsmarkedet, hvis over halvdelen har behandlingskrævende lidelser. Samtidig kan man frygte, at insufficient vaccination af børnene i løbet af en årrække kan give anledning til fornyet forekomst af de sygdomme, vi forsøger at udrydde i Danmark.

Det har været en ny måde at arbejde sammen på. Det tværfaglige samarbejde mellem almen praksis og sundhedsplejersker og brugen af gode tolke har sikret en velfungerende informationsvej til patienterne både i planlægning af undersøgelserne, men især efterfølgende i behandling og opfølgning af behandlingen. Det har sparet tid og dobbeltundersøgelser. Vi har kunnet udnytte hinandens erfaringer og har lært meget hen ad vejen [11].

Vi har i perioden ændret lidt på blandt andet blodprøver, hvor vi har tilføjet test for vitamin D og parathyroideahormon. Herudover har vi nedsat antallet af fæcesprøver fra tre til to pr. person.

Vi har som følge af resultaterne i samarbejde med Kjellerup Kommune fortsat tilbud om screeningsundersøgelser af flygtninge, kort efter at de er ankommet.

I fremtiden har vi planer om at lave gruppeundervisning for kvinderne og pigerne om prævention og kvindelig omskæring, da det vil være hensigtsmæssigt at få mere tid til dette, end vi har ved den første lægeundersøgelse.

De tidlige undersøgelser og undervisning i, hvordan der skal foretages tidsbestilling, har bevirket, at det lægelige samarbejde med flygtningefamilierne efterfølgende i det store hele er forløbet lige så smertefrit som med andre familier, det vil sige i gensidig tillid og respekt [12]. Dette adskiller sig fra, hvad der ofte berettes om fra sundhedssektoren

Korrespondance: Lone Dejbjerg Kristensen, Søndergade 27, DK-8620 Kjellerup. E-mail: lone.dejbjerg@dadlnet.dk

Antaget: 7. april 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Kjørsem HJ. Immigrationsmedicin i Danmark. Vurdering af nogle migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylansøgende flygtninge PHD. København: Dansk Røde Kors, 1996.
2. Abdallah K. Asylansøgende børns sundhedstilstand. MPH. Ugeskr Læger 2002;164:5765-9.
3. Nødgård H. Børn af etniske mindretal på sygehus – forståelsen skal bedres [disp]. Göteborg: Hälsovårdshögskolan, 2001.
4. Nordentoft M. Psykisk sygdom blandt flygtninge og indvandrere, Ugeskr Læger 2000;162:6218-9.
5. Montgomery E. Flygtningebørn fra Mellemøsten [disp]. Københavns Universitet, Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, 1996.
6. Deurell M, Hansen B. Er familiesammenførte børn i Danmark en risikogruppe, der kræver særlig indsats? Ugeskr Læger 2001;164:46-9.
7. Pedersen FK, Møller NE. Sygdomme hos flygtninge- og indvandrerbørn. Ugeskr Læger 2000;162:6207-9.
8. Andersen PH, Thomsen V, Smidt E. Tuberkulose blandt børn i Danmark 1990-1999, Ugeskr Læger 2001;163:6739-42.
9. Sundhedsstyrelsen. Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
10. Krogsgaard K. Screening for hepatitis B. Ugeskr Læger 2002;164:159-62.
11. Mandrup GH. Sygepleje i et multikulturelt samfund – værdier, sprog og handlemåder. Tidsskr Sygeplejeforskning 2003, nr. 2.
12. Dyhr, L. Udfordringer i mødet med patienter med anden etnisk baggrund, Ugeskr Læger 2000;162:6307-9.

# Antibiotikabehandling på fire intensivafdelinger på et universitetshospital

## Et deskriptivt periodeprævalens studium

Læge Henriette Ytting, læge Lene Terslev, overlæge Michael Tvede, overlæge Lars Heslet & professor Niels Højby

H:S Rigshospitalet, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling og Intensiv Afdeling

### Resumé

**Introduktion:** Formålet med studiet var at undersøge, hvilke fund, data og rådgivning der lå til grund for infektionsdiagnoser forud for antibiotisk behandling og eventuelt senere behandlingsskift.

**Materiale og metoder:** Studiet blev gennemført som en periodeprævalensundersøgelse på fire specialeafdelinger på H:S Rigshospitalet, hvor man hyppigt anvendte antibiotika. Studiet omfattede 149 patienter. Dataindsamlingen var baseret på journaloplysninger og medicinkardex.

**Resultater:** Der var forskelle på antibiotikaforbrugsmønstret og dyrkningsprincipperne afdelingerne imellem og iværksættelse af primær antibiotikabehandling var baseret på forskellig inddragelse af henholdsvis kliniske og parakliniske fund på de fire afdelinger. I alt blev der registreret 219 antibiotikaskift hos de 149 patienter. Neurointensiv Afdeling og Intensiv Afdeling konfererede omkring halvdelen af alle skift af antibiotikabehandling med en læge på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling (KMA), mens dette skete sjældnere på Hæmatologisk Afdeling.

**Diskussion:** Antibiotikaforbrugsmønstret var forskelligt på de undersøgte afdelinger. På de afdelinger, der havde tættest samarbejde med KMA, udførte man flere dyrkninger, inddrog i højere grad andre parakliniske fund i diagnostikken og påviste hyppigere bakteriel ætiologi.

Det store forbrug af især bredspektrede antibiotika i sundhedsvæsenet har konsekvenser i form af tiltagende problemer med resistente bakterier ikke blot regionalt, men også globalt [1, 2]. Cirka 50% af al antibiotika gives på et uhensigtsmæssigt grundlag, dvs. at infektionsdiagnosen og ætiologien er uklar [1].

Ved klinisk praksis er der tre almindeligt forekommende situationer, som udløser antibiotikaterapi: 1) infektionstegn uden focus eller påviselig ætiologisk bakterie, 2) infektionstegn, der giver mistanke om focus, men ikke har ætiologisk bakterie og 3) infektionstegn med påvist ætiologisk bakterie.

Formålet med dette arbejde var at undersøge, i hvilket omfang de tre situationer forelå forud for antibiotisk behandling og eventuelt senere behandlingsskift på fire forskellige intensive afdelinger, herunder at undersøge, hvilke fund (kliniske såvel som parakliniske) infektionsdiagnoser og behandlingsskift var baseret på.

### Materiale og metoder

Studiet blev gennemført som en periodeprævalensundersøgelse på fire specialeafdelinger på H:S Rigshospitalet, hvor man hyppigt anvendte antibiotika (Intensiv Afdeling, Neurointensiv Afdeling, Hæmatologisk Afdeling og Infektionsmedicinsk Intensiv Afdeling). Samtlige antibiotikabehandlede patienter blev fulgt i tre perioder. Perioderne var hver af en uges varighed og blev gennemført over en tremånedersperiode. I perioderne blev der daglig indsamlet data fra journaler og medicinkardex på i alt 149 patienter, der var i antibiotisk behandling, heraf var 63 (42%) kvinder. Patienterne var fordelt