

Sygdom hos asylansøgere opdages for sent

kronik

AF CHRISTIAN WEJSE M.FL.

13. april 2016 22:30

Der er behov for bedre indsigt i, hvilke sygdomme den enkelte asylansøger kæmper med, og der er behov for at få klarhed over, hvilke helbredsrisici der introduceres i løbet af asylprocessen. Hvis vi ikke sikrer dette, bryder vi med princippet om at tilstræbe forebyggelse og tidlig behandling

Det er en kold, dansk februar dag et sted i provinsen, men varmen strømmer mig straks i møde da Farid åbner døren og byder mig indenfor i sin stue. Han er syrer og kom alene til Danmark for snart halvandet år siden – hans kone er flygtet fra Syrien til Tyrkiet, og de ses kun meget sjældent.

De længes begge efter, at deres familiesammenføring skal falde på plads, og indtil da har Farid indrettet sin lejlighed som så mange andre unge mænd: spartansk og praktisk.

Mens Farid fortæller sin historie – på flydende dansk naturligvis – tilbydes frugt, et overdådigt måltid og kage. Det meste må jeg dog takke nej til, da jeg slet ikke har kalkuleret med arabisk middag allerede klokken 18. Men som Farid og hans bror siger med glimt i øjet: ”Danskere spiser klokken seks, så det gør vi også nu.”

Farid er uddannet speciallæge i almen medicin og ankom i sidste halvdel af 2014 til Danmark via Rusland og Grækenland. Han går på sprogskole og arbejder hårdt for at opnå tilladelse til at arbejde som læge i Danmark.

Hans forældre bor stadig i Syrien, men de fleste af hans søskende er spredt ud over Europa. Heldigvis er den ene af hans brødre også endt i Danmark, hvor han bor med sin kone og børn.

I løbet af sin tid på asylcentret tog Farid imod tilbuddet om ”medicinsk modtagelse” hvor man ikke fandt mistanke om sygdom af nogen art og allerede efter to måneder på asylcentret fik Farid opholdstilladelse.

Omkring seks måneder senere begyndte Farid at hoste og følte sig alment sløj og træt. Han gik til sin læge, som stillede diagnosen lungebetændelse og satte ham i behandling. Behandlingen hjalp ikke, og Farid blev tiltagende utilpas og sov det meste af dagen.

Farid begyndte selv at mistænke, at han var syg af tuberkulose og tog derfor igen til sin egen praktiserende læge. Efter yderligere halvanden måned – næsten et år efter Farid ankom til Danmark – blev han diagnosticeret med multiresistent tuberkulose og sat i relevant behandling herfor.

Begreberne ”asylansøger” og ”flygtning” bruges ofte synonymt. Det kan dog være en fordel at vælge den distinktion som Udlændingestyrelsen bruger: ”en asylansøger er en udlænding, som søger om ret til at opholde sig som flygtning (...), men som endnu ikke er blevet anerkendt som flygtning” og ”en flygtning er en person, hvis ansøgning om asyl er imødekommet, og som således har fået opholdstilladelse som flygtning”. Tidsmæssigt kommer ”asylansøger” altså før ”flygtning”.

Den gennemsnitlige opholdstid i de danske asylcentre i 2013 var 500 dage. Dette tal dækker over et stort spænd: Fra to-fire måneder i de åbenlyse tilfælde til flere år for personer, hvis sag er afgjort, men som af forskellige årsager ikke kan sendes ud af landet.

Alle asylansøgere tilbydes en ”medicinsk modtagelse” af asylcentrets sygeplejerske. Den består af et standardiseret spørgeskemainterview, hvor asylansøgeren udspørges om tidligere og nuværende sygdomme og symptomer. På baggrund af interviewet tages der stilling til, om der er brug for en uddybende samtale og eventuelt en undersøgelse hos en læge. I 2013 tog cirka halvdelen af asylansøgerne imod tilbuddet om medicinsk modtagelse.

Når en asylansøger har fået asyl og således kan kategoriseres som flygtning, har modtagekommunen indtil nu skullet tilbyde en helbredsundersøgelse inden for tre måneder. Den kommunale helbredsundersøgelse består af en samtale samt en grundig lægeundersøgelse, og ligger som en naturlig forlængelse af, hvad vi mener, burde have foregået tidligere i forløbet: Et tilbud om systematisk sundhedsundersøgelse af asylansøgere i Danmark.

Med aftalen mellem regeringen og staten fra midten af marts er helbredsundersøgelsen desværre ikke længere et lovkrav. Det må derfor formodes at færre vil blive undersøgt i dette regi.

Der er lavet meget få studier af asylansøgers sundhedstilstand, og spørgeskemainterviewet, som tilbydes i asylcentre, tilfører kun sparsom viden. Det kan derfor være nødvendigt at vende sig mod de kommunale undersøgelser af flygtninge, når man skal udtale sig om sundhedsstatus blandt asylansøgere.

Som omtalt kan dette betyde en forskydning i tid på mere end et år, men hvis øvelsen alligevel forsøges udført, finder man, at de som tilbydes og tager imod helbredstjekket lider af blandt andet hjerte-kar-sygdom, mentale helbredsproblemer, hepatitis og tuberkulose.

Spørgsmålet er nu, om sygdommene allerede var til stede ved ankomst til Danmark, eller om de er opstået i løbet af opholdet i asylcenter eller efterfølgende som flygtning i Danmark.

Hjerte-kar-sygdom og mentale helbredsproblemer udvikler sig ofte langsomt, og ofte på baggrund af en ophobning af flere risikofaktorer. I et eksempel, som har været fremme i medierne, blev en mand i forbindelse med den kommunale helbredsundersøgelse diagnosticeret med en alvorlig hjertesygdom.

Efter en speciallæges vurdering risikerede manden at dø af sin lidelse, medmindre han blev opereret. Vi kan naturligvis kun gætte på, at grundigere helbredsundersøgelse i asylcentret ville have betydet tidligere diagnosticering og mulighed for behandling i dette og lignende tilfælde.

Netop tidlig diagnosticering og behandling er et princip som generelt tilstræbes i vores sundhedssystem, da det er forbundet med forbedret livskvalitet og nedsat ressourceforbrug sammenlignet med behandling af senstadier, komplikationer og akutte tilfælde.

Hepatitis og tuberkulose er smitsomme sygdomme, som vi alle potentielt kan smittes med, men som socialt udsatte personer er i særlig risiko for at blive syge af. Den forsinkelse, der sker, inden man i de kommunale sundhedstjek diagnosticerer en person med for eksempel tuberkulose, medfører, at vi ikke ved, om patienten allerede var smittet, inden han kom til Danmark. Eller om han er blevet smittet under sit ophold i asylcentret eller efterfølgende. Hvis også den kommunale helbredsundersøgelse falder bort forplumres billedet yderligere.

Tilbage i stuen hos Farid kan vi altså kun gætte på, hvor og hvornår han blev smittet, og om andre er blevet smittet. Måske havde vi kunne diagnosticere og behandle hans sygdom tidligt efter hans ankomst til Danmark – til glæde for både Farid og for hans medborgere på og senere uden for asylcentret, som har været i smittefare.

Der er behov for bedre indsigt i, hvilke sygdomme den enkelte asylansøger kæmper med, og der er behov for at få klarhed over, hvilke helbredsrisici der introduceres i løbet af asylprocessen. Hvis vi ikke sikrer dette, bryder vi med princippet om at tilstræbe forebyggelse og tidlig behandling og vi efterlader den enkelte syge i uvished og en mulig spiral af tiltagende dårlighed.

I både Sverige, Norge, Tyskland og Holland tilbydes asylansøgere en mere omfattende undersøgelse, ligesom den sundhedsmæssige modtagelse af asylansøgere i Danmark tidligere indeholdt blandt andet screening for tuberkulose.

Historier, som den Farid kan fortælle, understreger vigtigheden af en sådan tidlig screeningsindsats. Vi mener, at det er nødvendigt at tilbyde en grundig og målrettet undersøgelse til asylansøgere, og at dette vil være til gavn for både individ og samfund.

Andreas Halgreen Eiset er medicinstuderende og ph.d.-stipendiat, Aarhus Universitet. Christian Wejse er lektor ved Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet og afdelingslæge ved Infektionsmedicinsk Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital

kommentarer

Du skal have en Facebook-profil for at kunne kommentere denne artikel. Husk at brud på debatreglerne kan medføre, at dine kommentarer bliver fjernet, og din profil udelukkes fra debatten. [Læs mere om retningslinjerne for vores debat her.](#)

0 kommentarer

Sortér efter

Ældste ▼

Tilføj en kommentar ...

 Facebook Comments Plugin

