

Det helsevitenskapelige fakultet

For en bedre start i norsk helsevesen – hvordan kan en epikrise hjelpe fastleger i å ta i mot pasienter med flyktningebakgrunn?

En kvalitativ studie om epikrisen som flyktningelegen sender fastlegen når pasienten skal overføres

Parham Omid, MK-13

Rapport: Masteroppgave i Medisin (MED-3950) 2018

Veiledere: Johanna Laue og Torsten Risør, Allmennmedisinsk forskningsgruppe

Forord

Hensikten med rapporten var å finne ut hvordan epikrisen som sendes fra flyktningelegen kan hjelpe fastlegen på en best mulig måte. Med å velge fastlegene som studiepopulasjon i et kvalitativt prosjekt var tanken at det kunne være en direkte kanal for flyktningelegen til å få tilbakemelding på hva som fungerte og hva som kunne forbedres med epikrisene. Arbeidet som ble utført er gjort i sin helhet av medisinstudent Parham Omid

Jeg ønsker å rette en stor takk til Johanna Laue, prosjektets hovedveileder. All veiledning til litteratur og kilder, hvor det var mulig å søke mastergradsstipend, metodeveiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Det har vært en reise og jeg er ikke minst takknemlig for å kunne bli inkludert med til det nye nettverket med forskningsgruppen som jobber for å fremme flyktningehelse. Johanna har også vært en flott støtte når ting har vært vanskelig og umulig for en uerfaren student. I tillegg var hun en essensiell faktor til at deltakere til slutt meldte interesse til prosjektet. Jeg vil også takke prosjektets biveileder Torsten Risør, som var aktiv i prosessen med å peke ut strategier og gi ekstra tilbakemelding hver gang det var nødvendig. I tillegg var det en flott stressvaksine å kunne gjennomføre sitt første forskningsintervju på Skype med Torsten før de faktiske intervjuene.

Jeg vil også rette en takk til deltakerne som ble med og gjorde denne oppgaven mulig, og også medstudent Karoline Borgen som hjalp en desperat student med formatering og annet teknisk hjelp.

Til slutt vil jeg takke min familie som alltid gir meg støtte, selv når jeg er fortapt i min egen boble.

Parham Omid

03.06.2018

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	IV
1 Bakgrunn	1
1.1 <i>Komplekst sykdomsbilde</i>	1
1.2 <i>Flyktninger i helsetjenesten</i>	2
1.3 <i>Fastlegen som sentral skikkelse</i>	2
1.4 <i>Epikrisen som verktøy i overføringsfasen mellom Migrasjonshelseteamet og fastlege for Tromsø kommune</i>	3
2 Formål	4
3 Metode	4
3.1 <i>Vitenskapelig ståsted og desing</i>	4
3.2 <i>Rekrutteringsstrategi</i>	5
3.3 <i>Etikk</i>	6
3.4 <i>Datainnsamling</i>	7
3.5 <i>Transkribering</i>	7
3.6 <i>Analysering</i>	8
4 Resultater	9
4.1 <i>Epikrisens flyt i helsetjenesten</i>	9
4.1.1 <i>Hvor ofte epikrisen faktisk foreligger</i>	9
4.1.2 <i>Tidspunkt for å sende epikrise</i>	10
4.2 <i>Epikrisens innhold</i>	10
4.2.1 <i>Matnyttig info</i>	10
4.3 <i>Epikrisens struktur</i>	12
4.4 <i>Epikrisens etikk og jus</i>	14
4.5 <i>Epikrisen som kompensasjon for et utilstrekkelig system?</i>	14
4.5.1 <i>Koordinering mellom fastlege og flyktningslege</i>	14
5 Diskusjon	16
5.1 <i>Studiens resultater</i>	16
5.1.1 <i>Tilgjengelighet er en utfordring</i>	16
5.1.2 <i>Epikrisens nytte avhenger av tydelig og tilstrekkelig kommunikasjon</i>	16
5.1.3 <i>Bør epikrisene til flyktninger kalles for epikrise?</i>	17
5.1.4 <i>Utfordring med samtykke – oversette epikrisene?</i>	17
5.1.5 <i>Epikrisens begrensninger i samhandlingen</i>	18
5.2 <i>Studiens design</i>	18
6 Konklusjon	20
Referanser	21
Vedlegg 1	23
Vedlegg 2	25

Sammendrag

Dette er en oppgave som omhandler flyktningehelse. Spesifikt mål var å få innsyn i fastlegenes perspektiver på epikrisen som sendes fra flyktningelegen, slik at man kunne vinne innsikt på hvordan en epikrise på best mulig måte kan hjelpe fastlegen i å ta i mot pasienter med flyktningebakgrunn.

Det ble brukt en kvalitativ tilnærming til oppgaven ved bruk av dybdeintervjuer med fastlegene, og for analysen ble det anvendt tematisk analyse. Ved gjennomgang av datamaterialet ble det oppdaget flere viktige momenter: epikrisens flyt, innhold, struktur og også juridiske hensyn til begrepet epikrise.

Epikrisene burde bli mer tilgjengelige for fastlegene. For å være mest mulig nyttig måtte de være tydelige og informative, spesielt på hva problemstillingene til pasienten var, vurdering av hva som var gjort og hva som måtte gjøres videre i oppfølgingen. Med god struktur trengte ikke informasjonen å begrenses, det var tvert i mot flere deltakere som ønsket mer utfyllende informasjon. Dette kunne være enkelte faktorer som hadde gjort at de hadde fått økt forståelse for pasientens situasjon, som inkluderte sensitiv informasjon. Det ble oppdaget flere juridiske utfordringer med begrepet epikrise, og det må i fremtiden muligens bli vurdert å bruke et annet ord for å både møte lov og behovet til fastlegene.

Funnene fra analysen kan være til nytte for Migrasjonshelseteamet når de skal utforme og sende epikriser til fastlegen i fremtiden, men det bør også forskes mer på hva fastlegene som helhet ønsker fra epikrisene, da det var begrenset med deltakere til dette prosjektet.

1 Bakgrunn

Fra 1970-tallet og frem til i dag har antallet innvandrere økt betraktelig i Norge, fra rundt 100 000 til cirka 700 000 mennesker i 2016. Hvis man inkluderer norskfødte med innvandrerforeldre er tallet over 800 000 mennesker, nærmere 16,3 % av totalbefolkningen i Norge (1). Aldri før har norske primær-og spesialistleger hatt så mange personer med innvandrerbakgrunn som pasienter.

De aller fleste innvandrerne i Norge har bakgrunn som arbeidsinnvandrere (2). Dessuten eksisterer det juridiske forskjeller på begreper som asylsøker og flyktning. Av praktiske grunner relatert til min problemstilling og fordi både flyktninger og asylsøkere ofte deler erfaring med flukt til et nytt land, blir begrepet flyktning brukt fremover for forenklende hensyn.

Å beskrive hvordan helsen til flyktninger varierer fra skandinaviske borgere kan være komplisert. En dansk undersøkelse i 2005 viste at det helhetlig var nokså like tall mellom ikke-vestlige innvandrere (en gruppe som vanligvis assosieres med mange som har flyktningebakgrunn) og dansker på sykdommer som høyt blodtrykk, ryggsykdom, leddgikt, allergi og astma, men at ikke-vestlige innvandrere hadde oftere plager med blant annet kronisk angst, depresjon, migrene og diabetes (3). Flyktninger kan dessuten oppleve å møte barrierer av både språklig, kulturell og psykologisk karakter i møte med et nytt helsevesen, og det blir da viktig fremover at man er forberedt på å håndtere dette som helsepersonell (3). Selv om kunnskap om eksisterende utfordringer og mulige årsaker til de er viktig å ha, er det så langt blitt viet begrenset oppmerksomhet til flyktningehelse fra forskningens del (4). Det blir derfor viktig med et tverrfaglig samarbeid fremover både i klinikken og i forskningen for å kunne møte på komplekse problemstillinger knyttet til flyktningehelse med bedre verktøy. Det er en sentral del av motivasjonen bak vår problemstilling til denne oppgaven

1.1 Komplekst sykdomsbilde

Forskning viser at flyktninger besitter komplekse helseutfordringer, med blanding av både mentale og somatiske problemer (5,6). Vanlige lidelser er posttraumatisk stresslidelse, søvnmangel, fatigue, men også infeksjonssykdommer og kroniske smertetilstander. I tillegg

kan flyktninger også ha sykdommer som er vanlige i den vestlige verden, som for eksempel sykdommer relaterte til hjertekar og diabetes. Inntrykket flere i helsetjenesten har, som jobber jevnlig med flyktninger i sin hverdag, er at flyktningene som kommer til Norge i 2017 har verre og mer kompleks helseprofil enn de som kom i 2015 (7).

I tillegg til allerede kompliserte sykdomsbilder, kan flyktninger slite med tilgangen til - og utnyttelsen av helsetjenester på samme måte som norske. Individuelle årsaker kan være vanskeligheter med å navigere seg frem i et komplisert helsesystem og mangel på støtte fra samfunnet, å forstå når man skal og hvor man skal søke hjelp og kulturelle og språklige forskjeller (8). Systematiske årsaker kan være økonomiske problemer med å betale for helsetjenestene, eller også typiske ”norske” problemer som lange ventekøer (8).

1.2 Flyktninger i helsetjenesten

Flyktninger har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen i Norge (9). Kommunen er i første omgang ansvarlig for å opprettholde et forsvarlig tilbud for flyktninger i primærhelsetjenesten. I utgangspunktet må pasienten ha D-nummer (midlertidig norsk personnummer) som forutsetning for å kunne stå på fastlegeliste, men mangel på dette skal ikke hindre legekonsultasjon (9). Derfor har mange kommuner eget helsepersonell som skal ivareta flyktningers rettigheter til helsehjelp. Etter anbefalinger fra Helsedirektoratet har flere kommuner etablert tverrfaglige teams som skal tidlig avdekke og behandle somatiske og psykiske lidelser (9). Kommunene organiserer tilbudet selv, og det varierer dermed hvilke ressurser teamene besitter og hva tilbudet blir for pasientene. Noe overordnet sett kan for eksempel oppgaven til teamene være å samle inn helseopplysninger fra eventuelle tidligere boplasser/mottak, og å sørge for at den informasjonen formidles til den ordinære helsetjenesten når en flyktning har blitt bosatt og fått tildelt en fastlege. Om arbeidet som har blitt gjort av teamene har lyktes eller ikke finnes det lite informasjon om.

1.3 Fastlegen som sentral skikkelse

Fastlegen har en sentral rolle i norsk helsevesen som behandler, koordinator og samhandler med andre aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fastlegeordningen kom i 2001 som et

tilbud for norske statsborgere, men inkluderer også personer som har folkeregistrert adresse i Norge (flyktninger som er bosatt) og asylsøkere med D-nummer (10). Ideen er at alle som ønsker det kan velge å ha en fast lege å forholde seg til. Rollen til fastlegen har siden samhandlingsreformen inntrådte i 2012 også fått nye dimensjoner, der ideen er at båndet mellom kommunene og sykehusene skal bli mer flytende slik at det blir bedre samhandling, samtidig som at man behandler tidligere og forebygger mer (11). Dette legger et større ansvar hos fastlegene til å koordinere med spesialisthelsetjenesten ved komplekse forløp hvor pasientene skal overføres mellom nivåene. For å sikre god samhandling og tidlig behandlingsforløp er det også derfor essensielt at kommunale instanser som jobber med flyktninger og fastlegen etablerer en mest mulig flytende overføring når pasienter med flyktningebakgrunn skal bytte lege. Hvordan fastlegene faktisk jobber med andre kommunale instanser for flyktninger, for eksempel Migrasjonshelseteamet i Tromsø kommune, er lite dokumentert.

1.4 Epikrisen som verktøy i overføringsfasen mellom Migrasjonshelseteamet og fastlege for Tromsø kommune

I Tromsø kommune bosettes omtrent 200 flyktninger per år (12). Migrasjonshelseteamet ble nylig opprettet i Tromsø kommune, et tverrfaglig team som fokuserer sine tjenester på personer som har flyktningebakgrunn. Tjenesten er gratis, og består av flyktningehelsesøster, flyktningeleger og psykiatrisk sykepleier. Flyktningelegens oppgaver er kort beskrevet: utredning ved smittsomme sykdommer, legetimer og oppfølging ved behov. Teamet stiller seg også til disposisjon for samarbeid eller rådgivning til andre helsepersonell som jobber med pasienter med flyktningebakgrunn (13). Når pasientene har fått bostedsadresse i Norge og D-nummer, vil de som nevnt også ha rett til fastlege. I overføringsfasen vil flyktningelegen skrive en epikrise for å sikre at relevante helseopplysninger og behovet for videre oppfølging blir formidlet til fastlegen, helst før første møte mellom flyktningen og fastlegen.

En epikrise kan beskrives om en (14): “Kort, sammenfattende fremstilling av et sykdomstilfelle, gjerne sammensatt av en vurdering og redegjørelse for behandlingen og dens resultater.” I forskriften om pasientjournal heter det at (15): “Ved utskrivning fra

helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.” Epikrisen er altså en kort og konsis fremstilling av de viktigste journalopplysningene, og helsepersonell er lovpålagt å sende disse opplysningene videre til neste instans for å sikre forsvarlig oppfølging videre til pasienten, og dette må skje tidsnok (helst innen 7 dager). Pasienten har dog bestemmelsesrett i forhold til hvem som skal få se epikrisen også.

Det er lite dokumentert hvor tilgjengelig epikrisene fra ulike migrasjonshelseteams rundt i Norge er for fastlegene. Tidligere erfaringer med epikriser fra sykehus til fastlegene viser at det har vært problemer med forsinkelser og mangelfulle epikriser, men at de fleste når frem til fastlegene til slutt. Fastlegene var stort sett fornøyde med epikrisene de fikk, dog var det en pasientgruppe som de kunne tenkt seg bedre epikriser fra: de med oppfølgingsbehov videre i primærhelsetjenesten (16). I forhold til lang ventetid viste en norsk studie i 2005 at hvis behandlerne adresserer problemet er det mulig å senke ventetiden det tar for at primærhelsetjenesten får epikrisen (17).

2 Formål

Målet med oppgaven er å utforske prosessen ved overføring av epikrise fra flyktningeleger til fastlege. Spesifikt mål er å få innsyn i allmennlegers syn på epikrisen som blir skrevet av flyktningelegen, hva de synes at epikrisene bør inneholde og hvordan epikrisene skal være satt opp for å være til mest mulig hjelp. Problemstillingen har derfor blitt formulert som: ”For en bedre start i norsk helsevesen – hvordan kan en epikrise hjelpe fastleger i å ta i mot pasienter med flyktningebakgrunn?” Prosjektets resultater skal være til inspirasjon for å lage epikrisemål til Tromsø kommunes Migrasjonshelseteam og skal bidra til bedre samhandling mellom teamet og fastlegene.

3 Metode

3.1 Vitenskapelig ståsted og desing

Siden formålet med studien er få innsyn i allmennlegers tanker, erfaringer og opplevelser ble et kvalitativt studiedesign vurdert som hensiktsmessig. Siden det var ønskelig med en fri og trygg ramme for diskusjon og refleksjon rundt emnet, og i tillegg høre forskjellene til de enkelte fastlegenes opplevelser, ble semistrukturerte dybdeintervjuer vurdert som hensiktsmessig for oppgaven.

I følge Malterud egner ikke kvalitative metoder seg når man tenker på spørsmål som ”hvor mye”, ”er dette mer effektivt enn”, men at det kan komme til nytte når man skal stille mer komplekse forskningsspørsmål der erfaringer kan komme til nytte. Det er ikke gitt at man vet hva man leter etter. Et større mål enn å besvare gamle spørsmål kan være å jakte etter nye spørsmål, å finne nyanser og mangfold til fenomenet man undersøker gjennom analysen. Det stiller også store krav til forskeren, som må ha en aktiv rolle i analyseringen og vite hvilke metoder som er hensiktsmessige å bruke for å få en best mulig resultatdel (18).

3.2 Rekrutteringsstrategi

I starten av prosessen tenkte man at det kunne være en hensikt bak det å ha god variasjon på deltakerne i forhold til alder, kjønn og erfaring med jobben som fastlege. Etter hvert som tiden gikk og det var lite interesse for deltakelse, takket man ja til alle som meldte interesse til prosjektet, og inklusjonskriterien ble praktisk sett dette:

- Fastlege som jobber i Tromsø kommune

Samtidig som prosjektbeskrivelsen ble levert inn i oktober 2016, var det også påbegynt en utviklingsprosess med å etablere et nytt Migrasjonshelseteam i Tromsø kommune. Da så min veileder Johanna Laue, som også jobber som flyktninglege i Tromsø kommune, muligheten til å informere alle fastlegene i Tromsø kommune om mitt prosjekt gjennom en fellesportal på mail ved inngangen til juni 2017. Mailen informerte samtidig om det nye Migrasjonshelseteamet som var i ferd med å etableres, og at denne oppgaven kunne bli til hjelp for teamet til å sende mer nyttige epikriser til fastlegene. Vedlagt til mailen var informasjonsskrivet til oppgaven (*se vedlegg 1*) og kontaktinformasjon til undertegnede og veileder.

Ved utgangen av juli 2017 var det ingen som hadde tatt kontakt på mail eller telefon. Etter diskusjon med veileder ble det forsøkt flere metoder for å rekruttere fastleger til prosjektet. Et nytt forsøk ble prøvd gjennom fellesportalen, da dette var midt under sommerferien til mange. Undertegnede søkte om mastergradsstipend i starten av 2017 til Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) og vant stipend, dette ble skrevet om på universitets nettsider på Facebook i august 2017 som promotering av oppgaven. I tillegg besøkte undertegnede i august 2017 de fleste fastlegekontorene i Tromsø med fysiske informasjonsskriv som ble gitt til sekretær ved resepsjonen og med beskjed om at de kunne

ringe om de var interessert i å høre mer om prosjektet og at undertegnede kunne møte opp til kontoret på fellesmøte om de hadde tid. Ved utgangen av august hadde ingen tatt kontakt med interesse for å delta i prosjektet, som var et viktig tidspunkt fordi undertegnede da skulle reise av sted til praksissted og bort fra Tromsø. Til slutt sendte veilederen mail til en gruppe fastleger hun tenkte kunne være interessert i stedet for gjennom fellesportalen, og det ble nå inkludert et gavekort på 900 kr for å delta på det 45 minutter lange intervjuet. Deler av pengene som kom fra stipendet fra KS ble brukt til dette. Deltakerne var alle personer veilederen hadde sendt epikriser til tidligere.

Etter hvert fikk undertegnede henvendelser om å delta på prosjektet, alle fra fastleger som jobbet i Tromsø kommune, på mail. Fra september til oktober 2017 ble alle intervjuene gjort på de respektive plassene som passet intervjuobjektene best, som var tydelig kommunisert på mail. Alle intervjuene ble gjort i Tromsø, og flybillettene (flere reiser) ble delvis finansiert gjennom stipendet fra KS. Det kom 7 henvendelser, 2 svarte aldri videre på avtale om tidspunkt for intervju, det ble gjennomført 5 intervjuer.

Siden man ikke kunne selektere deltakere med tanke på variasjon på ulike variabler, har fastlegene bare blitt anonymisert enkelt med ett tall bak ordet fastlege, som for eksempel ”fastlege 4.” Dette for å bevare deres anonymitet. Tallet de har fått er rent tilfeldig ut fra hvilket intervju som ble transkribert først, ikke hvem som ble intervjuet først.

3.3 Etikk

Prosjektet ble sendt til framleggingsvurdering hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for å avgjøre om prosjektet var framleggingspliktig. REK vurderte det ikke slik, siden oppgaven ikke falt inn under definisjonen av de oppgaver som skulle vurderes etter helseforskningsloven, og prosjektet ble derfor fritatt for godkjenning av REK. Prosjektet ble også vurdert av Personvernombudet for forskning (NSD) da det under intervjuene kunne komme frem indirekte personidentifiserende opplysninger om fastlegene, og det ble vurdert av NSD at behandlingen av opplysningene tilfredstilte kravene i personopplysningsloven.

Deltakerne av prosjektet fikk informasjonsskriv sendt på mail med samtykkeskjema, men også på papirformat på dagen intervjuet skulle bli gjort. På denne måten kunne de lese om

formålet til prosjektet flere ganger, i tillegg til metoden for å samle inn data. Det ble poengtert både på mail og muntlig at deltakerne kunne trekke seg fra prosjektet både før, under og etter intervju hvis dette var ønskelig, og at prosjektet var helt frivillig å delta på. Deltakerne fikk også muntlig påminnelse (i tillegg til informasjonsskrivet) om at forskeren ikke var ute etter pasientopplysninger som kunne være identifiserende, da de enda var belagt under taushetsplikten.

3.4 Datainnsamling

Datasettet ble innhentet fra studiedeltakerne gjennom intervjuene. Det ble brukt en intervjuguide som veiledning (*se vedlegg 2*), som ble lagd av undertegnede og revidert med hjelp av veilederne, og inneholdte ulike typer spørsmål som sammen ble sett på som relevant for forskningsspørsmålet. Under forberedelse av intervjuene ble det gjort et prøveintervju med biveileder som ga konstruktiv kritikk etterpå.

Rett før intervjuene måtte deltakerne signere skriftlig samtykkeerklæring for deltakelse i prosjektet. For å kunne være mer aktiv under intervjuene, ble intervjuene tatt opp på lydopptak. Opptakene ble låst inne slik at kun undertegnede hadde tilgang til dem, og ble slettet etter transkribering.

3.5 Transkribering

Transkriberingen kunne starte etter at intervjuene var gjennomført. Lydopptakene ble oversatt til skriftlig språk, som var en omstendelig og tidskrevende prosess. Noen av intervjuene hadde en lengde på opp mot 50 minutter. Hver enkelt setning ble avspilt nok ganger for å oppnå presis gjengivelse av det som ble faktisk sagt, noen få ganger ble noen ord ikke med fordi undertegnede var usikker på hva som ble sagt. Dette kunne være på grunn av dårlig lyd i akkurat det øyeblikket eller at det som ble sagt var utydelig for lytteren. Dialekt ble oversatt til bokmål slik at materialet ble mer lesbart. Ventelyder og lignende ble ekskludert, i tillegg til bekræftende lyttelyder. Noen få plasser ble teksten fjernet for å ivareta personvern hensyn. Hvordan deltakerne uttrykket seg emosjonelt ble ikke inkludert i transkriberingen, da det ikke ble særlig aktuelt for disse intervjuene. Sitat ble angitt som ”Sitat” på resultatdelen, mens ”...” var et uttrykk for en pause.

3.6 Analysering

Det ble valgt tematisk analyse som metode for å analysere intervjuene som ble transkribert. Det er en fleksibel metode som kan egne seg for en uerfaren forsker. Ideen er at et tema oppdages i datamaterialet som kan tenke seg å ha en assosiasjon til forskningsspørsmålet. I mens man leser detaljert fra hva man har samlet inn av data må man alltid ha i bakhodet om akkurat det segmentet man ser på kan hjelpe til med å besvare forskningsspørsmålet. Når dette er gjort tilstrekkelig nok åpner det forhåpentligvis døren opp for å gjenkjenne mønstre som er verdifulle, mønstre man kan se fra alle intervjuene, ikke bare ett. Endelig resultat vil organisere disse mønstrene og beskrive en tekstkondensert versjon av all data som er akkumulert for å kunne besvare forskningsspørsmålet på en best mulig måte. Undertegnede brukte Braun og Clarkes metode i tematisk analyse, som er en sekstrinns prosess (19):

- 1) **Gjøre seg kjent med stoffet:** Gjentatte lesinger av samlet data, for å få en dypere forståelse av hva datamaterialet beveger seg inn på og hvor mye. Dette foregår også under transkribering.
- 2) **Koding:** Første ledd i tekstkondensasjon. Forsøke å identifisere segmenter i det fullstendige datamaterialet. Undertegnede brukte programmet Nvivo for dette, som gir en visuell fordel hvor man kan se alle kodene man har lagd samlet sammen på skjermen. Dette er til stor hjelp når man skal prøve å identifisere kodene som har mer verdi enn andre, eller eventuelt samle to til én kode siden de ligner på hverandre.
- 3) **Oppdage temaer:** Prøve og feile med å sortere koder i potensielle temaer som kan bli brukt videre i tekstkondensasjonen.
- 4) **Gjennomgang av temaene:** Finnes det data til å støtte temaene? Er temaene for like? Danner kodene i hvert tema et koherent mønster?
- 5) **Definering og navngivning:** Navnene på temaene skal være av slik karakter at de gir leseren en umiddelbar forståelse av hva det de innebærer, og de skal helst være både korte og konsise.
- 6) **Skrive rapport:** Skal være en interessant fremstilling av datamaterialet som ikke er repetitivt. Flere stikkord er konsis, koherent og logisk. Skal bruke noen eksempler på sitater som understreker et poeng, ikke bare repetere det som står i sitatet.

4 Resultater

Underveis i analysering av datamaterialet var det 5 områder som ble tolket som ekstra viktig i forhold til forskningsspørsmålet: epikrisens flyt i helsetjenesten, epikrisens innhold, epikrisens struktur, epikrisens etikk og jus og epikrisen som kompensasjon for et utilstrekkelig system. Noen av områdene har blitt hyppig nevnt av alle deltakerne, andre kun av én. Dette har også blitt navnene på de 5 kategoriene, der noen av de har undertitler som beskriver nærmere hva avsnittet handler om.

4.1 Epikrisens flyt i helsetjenesten

4.1.1 Hvor ofte epikrisen faktisk foreligger

Fastlegene har ulik opplevelse om hvor ofte de har epikrise fra flyktningelegen til en pasient tilgjengelig i det hele tatt. For **fastlege 2** er det heller vanligere å ikke ha basale opplysninger og notat:

”Men med de pasienten hvor jeg har de basale opplysninger i en epikrise så fungerer det kjempefint, men jeg tror det bare er en 1/3 av mine flyktningepasienter jeg har det på.”

Fastlege 2 er fornøyd med ordningen da epikrise med basale opplysninger er tilstede, men tror det er en multifaktoriell årsak til at det er så sjeldent som 1/3. Blant annet kan mulige årsaker være at pasienten må sende journalen selv og betale for det, noe som ikke alltid skjer med flyktningepasienter. Og Tromsø kommune har heller ikke alltid hatt flyktningeleger, noe som fører til tilfeller hvor fastleger måtte gjøre mange primære undersøkelser selv i følge **fastlege 2**. I tillegg poengteres det at flyktningepasienter kan flytte på seg til en annen kommune, som fører til at informasjon kan gå tapt.

For **fastlege 5** oppleves det at det er kun i det siste at epikrisene har dukket opp:

” I Norge må man jo overføre journaler...jeg tror det er i siste året at det har kommet.”

Som fastlege 2, nevner **fastlege 5** også at pasienten selv vanligvis kommer med journalen sin, men at det også varierer veldig mellom hvor mye som står i journalen. Alt fra en fullstendig utredning til en veldig mangelfull.

Fastlege 4 har ikke hatt flyktningepasient på en god stund, og måtte gå tilbake til 90-tallet for å huske tilfeller der en slik pasient var på konsultasjon. Samtidig husker hun ikke det slik at det var tilfeller uten overføringsnotat tilstede:

”Jeg mener ikke å huske en eneste pasient som ble bare dumpa inn kontoret vårt. Jeg mener å huske det slik ja. Og det er jo selvsagt at slik skal det også være.”

4.1.2 Tidspunkt for å sende epikrise

Det kan også oppstå utfordringer når man skal bestemme tidspunkt for når det er mest hensiktsmessig å sende epikrisen til fastlegen. Hvor mye informasjon kan man unnlate å nevne for eksempel hvis det er ting som må håndteres raskt? Det å få svar på blodprøver kan ta tid, og det kan være et vanskelig system for å ettersende informasjon til riktig sted og riktig person i følge **fastlege 3**. Ved spørsmål om **fastlege 3** foretrekker å få tilsendt all informasjon samtidig eller raskere få med mangelfulle svar på prøver er det ingen tvil:

” Helt klart å få alt samtidig, uten tvil! Men, samtidig at hvis det er ting som må tas tak i raskt...hva gjør man da? Nå har jeg fått for eksempel at det her er noe...et aller annet som må tas tak i med en gang...han har fått fastlege...han/hun eller hele familien...også videre...ok, hva gjør man da? Skal man da si det her er det vi trenger å ta tak i nå også avventer vi de andre tingene...”

Det kan da oppstå en situasjon hvor fastlegen må velge hva som skal gjøres med en gang og hva som er mulig å avvente, uten at man sitter med informasjon som man enda venter på fra flyktningshelsetjenesten, selv om epikrisen er sendt, i følge **fastlege 3**.

4.2 Epikrisens innhold

4.2.1 Matnyttig info

I forhold til hva fastlegene ser på som nyttig informasjon å hente fra en slik type epikrise, er det enighet om epikrisen er et godt verktøy for å få oversikt fra tidligere sykdommer, prøver som er tatt og hvilke medisiner pasienten står på, som **fastlege 1** sier:

” Ja, der er det jo mye relevant fra tidligere...det er jo ofte den journalen man har på dem, og da blir det et godt verktøy for å se tidligere sykdommer, hva som er startet utredning på, medisiner og blodprøver.”

Hvordan ulike typer informasjon vektlegges som mer eller mindre nyttig varierer dog noe blant fastlegene. **Fastlege 3** poengterer at det ikke er all informasjon som står i epikrisen som blir faktisk lest - men at vurderingen er det mest sentrale:

“Jeg bruker vurderingen! De 4 linjene som står nederst. Sånn er det med alle epikriser vi leser...vi leser nesten aldri hele, det er vurderinga som er viktigste...og hva er videre oppfølging som trengs...også bruker vi...i alle fall jeg...det som kalles familie/sosialt...hvem/hvor stor familie...hvor de er fra og blablabla...og bare klippe det inn...bruker den epikrisen veldig aktivt, men aldri på en måte de standard-spørsmålene...det leser jeg ikke, som ja/nei, har gjort sånn/ikke sånn, er fullvaksinert...det leser jeg ikke...jeg leser hva som må gjøres videre...hva er...er det her en frisk pasient? Hvilke sykdommer har han? Og hva må gjøres videre! Det er det som er viktig for meg! Og sånn er det med alle epikriser!”

Det er samme bruksmetode av alle typer epikriser, ikke bare den fra flyktningelegen. Annen informasjon står der i tilfelle det skulle bli nødvendig, men det som aktivt brukes er de nederste linjene som kalles for vurdering.

Fastlege 2 kunne tenkt seg mer informasjon om familiebakgrunnen fra epikrisene:

”Ellers i forhold til familie hvis det står, det synes jeg det ikke står så mye om i epikrisene jeg får, det må man selv lære sånn underveis da.”

Dette kan være informasjon om hvem man har tatt med seg til Norge, om man er gift eller ikke, hvilket land man er opprinnelig fra. Uansett er dette noe man etter hvert lærer om pasienten etter flere konsultasjoner, i følge **fastlege 2**.

Fastlege 4 kunne også tenkt seg en bred oversikt som inkluderer eventuelle traumer, hva den psykososiale situasjonen er. Det er ikke alle flyktninger som kan klare seg selv så godt etter overføring, og derfor er en bred vurdering nyttig for å forstå hvordan de enkelte pasientene kan klare seg i det nye samfunnet de har kommet til:

” Og gjerne noe om det traumatiske som har gjort at de har blitt flyktninger. Hva er det disse har opplevd? Og hva som har vært forsøkt av behandling. Tiltak. Og hva de har fått hjelp av hjemmesituasjonen.”

Alle deltakerne, i likhet med **fastlege 4**, nevner psykiatri og bakgrunn med mental helse som noe de vil vite noe om hvis det er aktuelt.

Det er også litt mer spesielle faktorer knyttet opp til den enkelte pasient som kan være nyttig å hente informasjon fra. **Fastlege 4** nevner situasjoner hvor helt enkle og praktiske ting kan ta lang tid, uten at fastlegen selv skjønner hvorfor. Da kan det være omstendigheter man ikke kjenner til:

“Men som type...ferdigheter eller leseferdigheter...såne ting stod det ingenting om. Og det hadde helt klart vært nyttig å visst. At denne personen faktisk ikke har skolegang. Og at ektefellen kun har et års skolegang, og jobba som bonde. Det jeg husker var at det var fokusert på det somatiske.”

Fastlege 5 nevner også at å vite noe om deres religion og kultur kan være viktig for å ivareta deres hensyn så langt det er mulig, da religion for eksempel er noe som er betydningsfullt for noen av pasientene. Dessuten kan det være nødvendig for å kunne gjøre forsvarlig klinisk undersøkelse:

”Og også...hvis dere begynner å snakke med, som del av den...å gjøre ferdig arbeidet fra flyktningehelsetjenesten sin side...så kan dere også stille spørsmål... Hva tenker du om avledning ved klinisk undersøkelse? Hvem kan gjøre den? Og hvem må du ha tilstede i rommet underveis?”

4.3 Epikrisens struktur

Det er bred enighet mellom alle deltakerne at mengden informasjon ikke har vært for mye fra dagens epikriser, og at det som er essensielt er at det er lett å finne frem informasjon man leter etter. **Fastlege 1** er fornøyd med epikrisene som er sendt i forhold til både struktur og mengde:

” Ja hadde det vært for mye så hadde jeg hoppet over mye og bare gått til bunnen og lest oppsummering...men....ja...det er et ganske godt verktøy for meg...ganske så systematisk og...ja...og det vesentlige er med.”

Fastlege 2 er også fornøyd med dagens epikriser når det kommer til struktur og mengde. Det som fungerer bra er at man kan skimlese gjennom til man finner det man leter etter, og da er det ikke nødvendig å begrense informasjonen som er med:

” Altså den er veldig fin...den...som kommer inn med den systematiske oversikten...slik at jeg ikke trenger å lese alt...og at jeg kan enkelt innhente informasjon om for eksempel at pasienten har tuberkulose eller ikke...det er veldig greit at tidligere sykdommer og screening er lett å finne frem! Og informasjon om deres familie.”

Fastlege 3 er enig med fastlege 2 om at det er greit å vurdere selv hva man skal lese nøye, og at det kan komme situasjoner hvor andre ting enn det som vanligvis leses blir aktuelt å hente frem også. I utgangspunktet skal vurdering og videre tiltak være lett å finne frem, som er i følge **fastlege 3** det viktigste man ser etter i enhver epikrise:

” Det er fint slikt ja, så kan jeg selv vurdere hva jeg skal lese, som oftest jo er vurderingen og plan videre. Så lenge det er oversiktlig ... altså vi får epikriser på side opp og side ned ... ikke nødvendigvis fra flyktningehelsetjenesten ... sykehuset ... vi leser jo ikke alt! Det kan vi ikke gjøre ... men hvis vi trenger det, så leser vi alt ... hvis du lurer veldig på hva EF var på den ekko-cor som var tatt, så leser du det ... det er mye bedre å ha den informasjonen der hvis ønskelig og at det heller gjøres klart i epikrisen hva vurderingen er, en kort bakgrunn og plan videre. Så i utgangspunktet the more the better, men hva vurderingen er og hva vår rolle videre skal være skal være krystallklart!”

Også **fastlege 4** er enig i at mye informasjon ikke skader, så lenge det er lett å finne frem et sammendrag og plan videre. Om strukturen er den samme som de epikrisene som kommer fra sykehuset, er det også greit for da er det et system fastlegen er vant med fra før.

Fastlege 5 poengterer at det er viktig å separere personene i journalene, at alle familiemedlemmer får hvert sitt notat. Og siden dette kan bli omstendelig arbeid med å få oversikt over alt, så kunne det vært greit med oppsummering/konklusjon på starten av epikrisen, også resten etterpå. På den måten kan man fortere vite hva man skal forholde seg til i komplekse tilfeller:

” Men det er den der ryddigheten i det som må være sånn ... fordi det blir så mye arbeid ... du får en oppsummering ... også får du en nasjonal/kulturell bakgrunn ... så er det sykehistorien så langt de har fått den ... også er det anbefalinger ... videre arbeid.”

4.4 Epikrisens etikk og jus

En annen aspekt ved epikrisen er det juridiske, som nevnes av **fastlege 5**. Hvis flyktningelegen skal sende et notat til fastlegen bør pasienten være innforstått med hvilke opplysninger som sendes videre. Selvsagt er det tolk tilstede, men det varierer i kvalitet og tar mye tid. Hvis pasienten ikke snakker norsk, kan dette bli en utfordring. Notatet som sendes burde da blitt oversatt til pasientens språk, noe som ikke blir gjort så vidt **fastlege 5** vet:

” Nei ... også er det jo slik at ... den pasienten som kommer ... informeres om at nå så sender vi mye informasjon til fastlegen slik at fastlegen har noe å begynne med ... og den kan oversettes fra deg ... det tror jeg ikke dere gjør ... dere oversetter ikke notatene til deres språk ... det tror jeg faktisk at dere må gjøre i forhold til juridiske hensyn ... tror jeg.”

4.5 Epikrisen som kompensasjon for et utilstrekkelig system?

4.5.1 Koordinering mellom fastlege og flyktningslege

Et punkt som nevnes som en utfordring av **fastlege 3** er koordinasjonen mellom fastlege og flyktningelegen. Et spørsmål som stilles er nødvendigheten av å ha to ledd i det hele tatt, om det burde eksistere en epikrise. Det som kan skje i koordineringsfasen er informasjon som kan flyte mellom steder, kommunikasjon som går tapt og verre pasientbehandling. Dessuten kan det være en belastning for pasientene å måtte fortelle om tunge bakgrunner flere ganger. Det ville i startfasen betydd mer arbeid for fastlegene hvis alt går gjennom fastlegen fra start, men dette volumet av arbeid ville ikke vært noe stort tror **fastlege 3**. Hvis det fantes en ordning hvor fastlegene kunne få ekstra betalt for å gjøre jobben Migrasjonshelseteamet gjør på starten, med litt lengre konsultasjoner på starten, ville dette vært et bra alternativ til dagens system:

” For meg ... sånn her ... så tenker jeg som oftest ... altså den jobben som gjøres der nede på flyktningehelsetjenesten kan jeg helt fint gjøre her ... så lenge jeg får betalt for det ... at det blir en egen greie ... og at de får informasjon om blablabla ... så kan jeg helt fint gjøre den jobben i stedet for at det blir slik at de først skal sitte og ha en ... opprivende og intim samtale med en lege ... snakkes, ses aldri igjen ... nå skal du møte en helt annen person som jeg skriver to setninger til om din traumatiske bakgrunn som du nå har lagt ut for meg i en time

... også skal jeg begynne helt på nytt igjen ... jeg synes det er et litt snodig system ... og det er rett og slett fordi at den førstegangsundersøkelsen er en kommunal oppgave mens resten er en oppgave som fastlegen har ... jeg skulle ønske det var annerledes.”

5 Diskusjon

Analysen fra studien viser at alle deltakerne bruker epikrisene aktivt, men at det varierer hvor tilgjengelig de er for fastlegene. Om epikrisene er nyttige eller ikke varierer fra hvor informative og tydelige de er. Så lenge det kommer tydelig frem hva problemstillingene er til den enkelte pasient, hva som er gjort og hva fastlegen skal gjøre videre trenger ikke informasjonen å begrenses, tvert i mot hadde flere av deltakerne lyst på mer informasjon om enkelte faktorer som kunne være nyttige knyttet opp til den enkelte pasient. Analysen viser også at det er juridiske hensyn som dukker opp i forhold til å sende en epikrise fra Migrasjonshelseteamet til fastlegen som det bør være en bevissthet om, og at epikrisen også har en begrensning i seg selv i en koordineringsprosess. Følgende tekst vil diskutere disse funnene noe nærmere, og avslutningsvis vil det være en diskuterende tekst om studiens design.

5.1 Studiens resultater

5.1.1 Tilgjengelighet er en utfordring

I introduksjonen ble det nevnt at tidligere så har fastleger hatt opplevelser hvor epikrisene fra sykehusene enten har vært forsinkede eller mangelfulle (16). Deltakerne i studiet hadde variert opplevelse av hvor tilgjengelig epikrisen fra Migrasjonshelseteamet er i det hele tatt. Grunnene til dette kan være mange som **fastlege 2** er inne på: faktorer knyttet opp til pasienten, mangel på legeressurs fra kommunen eller ulike systemer der informasjon går tapt i mellom. Dette er en utfordring Migrasjonshelseteamet bør adressere og gjøre noe med, slik at tilgjengeligheten blir større. For at epikrisen skal kunne hjelpe fastlegene må den eksistere og komme til riktig person.

5.1.2 Epikrisens nytte avhenger av tydelig og tilstrekkelig kommunikasjon

Det er enighet mellom deltakerne at epikrisene har både vært mer og mindre nyttige i forhold til hvor tydelige og informative de er. Det ble nevnt i bakgrunnen at tidligere erfaringer har vist at fastleger stort sett er fornøyde med epikrisene som sendes fra sykehusene, men at tilfredsstillheten var noe lavere med epikrisene til pasientene som hadde oppfølgingsbehov i primærhelsetjenesten (16). Flyktninger som kommer til Norge i dag, som det har blitt nevnt før, har gjerne komplekse helseutfordringer (7) og heller ikke utenkelig ekstra videre oppfølgingsbehov (8). Deltakerne hadde varierte opplevelser, alt fra informative og gode til mangelfulle epikriser. **Fastlege 3** nevner at et praktisk problem kan være at flyktningelegen

kan til tider avvete svar og er i en vanskelig posisjon til å vite når epikrisen bør sendes. Disse vanskelige situasjonene er kanskje noe Migrasjonshelseteamet bør prøve å hindre fremover for flyktningelegen, kanskje med et mer effektivt system der blodprøvesvar og lignende kan prioriteres å komme fortere tilbake når pasienten først er i en overføringsfase og når det er viktig å inneha kjennskap til de svarene.

5.1.3 Bør epikrisene til flyktninger kalles for epikrise?

I forhold til epikrisens innhold er det bred enighet mellom deltakerne om at det er et godt verktøy for å få oversikt over pasientens basale helseopplysninger (tidligere sykdommer, medisiner, kroniske sykdommer, startet utredning). Så lenge det er en tydelig struktur som gjør at det er lett å finne frem det man leter etter, trenger heller ikke informasjonen å begrenses. Hva man leter etter varierer fra deltaker til deltaker, og fra pasient til pasient, men det er enighet i at det skal komme tydelig frem hva fastlegens rolle er videre i forløpet og hva vurderingen av pasienten er så langt, sistnevnte er som kjent nevnt i definisjonen av epikrisen (14,15). Flere av deltakerne nevner at det hadde vært ønskelig med informasjon i tillegg til den basale oversikten, for eksempel traumene fra flukten, leseferdighetene og hvordan man stiller seg til avkledning ved undersøkelse. Dette kan være til hjelp for fastlegene for å unngå vanskelige situasjoner for både legen og pasientene. Slik type informasjon kan likevel være sensitivt, og skal man beskrive traumer man har fått på vei til Norge kan det bli riktig langt også. En epikrise skal være en kortfattet sammenhengende fremstilling av et sykdomstilfelle med påfølgende vurdering og behandling som er gjort (14). Blir det da korrekt å kalle dokumentet som sendes fra flyktningelegen en epikrise? Skiller epikrisen til flyktninger seg fra andre epikriser? Bør det være et skille? Hadde fastlegene ønsket seg samme type opplysninger til andre pasientgrupper? Det er kanskje noe vanskelig å se for seg at en bred psykososial vurdering og kartlegging av flukten til Norge ville vært et aspekt som hadde vært rutinemessig med i en vanlig epikrise, men dette er eksempler på hva som ble nevnt av flere deltakere som momenter en vil ha nytte av å vite i sin kliniske hverdag i møte med pasienter som har flyktningebakgrunn. Det er kanskje et tankekors for Migrasjonshelseteamet at de burde kalle disse journalene for noe annet enn epikriser for å kunne sende mer utfyllende informasjon. Eller eventuelt få klargjort at disse epikrisene skiller seg ut fra andre.

5.1.4 Utfordring med samtykke – oversette epikrisene?

Som kjent fra innledningen, skal i utgangspunktet pasienten være klar over hvilken type informasjon som sendes over i en overføringsfase, for å kunne samtykke til at neste lege får se

alt som står i epikrisen (15). Som det poengteres i analysen, er det ikke alle flyktningepasienter som snakker norsk eller engelsk i dette systemet. Hva gjør man da? Som en deltaker er inne på, så bør epikrisene kanskje oversettes til pasientens språk, noe som det ikke har blitt gjort i forhold til den enkeltes erfaring. For å kunne følge loven også i disse situasjonene blir da en utfordring, det kan fort bli en omstendelig oppgave for flyktningelegen å få samtykke fra pasienten på all informasjon som sendes i en klinisk hverdag. Dette er absolutt noe Migrasjonshelseteamet i kommunen burde se nærmere på i fremtiden- for at informative epikriser (som også inneholder sensitive momenter) skal kunne sendes bør det være et samtykke fra pasienten om dette. For å oppnå dette enklere er det hensiktsmessig med oversettelse av epikrisene til pasientens språk.

5.1.5 Epikrisens begrensninger i samhandlingen

Analysen peker også på eksisterende utfordringer i organisering av helsetjenestene for flyktninger. Nåværende organisering med en særskilt tjeneste medfører en ekstra ledd fra tidspunkt for bosetting til at pasientene med flyktningebakgrunn er godt ivaretatt av det ordinære helsesystemet. Som nevnt i bakgrunnen er det nå flere kommuner som har dannet teams i primærhelsetjenesten for pasienter med flyktningepasienter som trenger ekstra oppfølging og ekstra tjenester (9). Dette har også en begrensning i forhold til å bidra til en ekstra oppstykkning av tjenestene, som **fastlege 3** er inne på, og bryter med kontinuiteten i oppfølgingen. Med dette i minne blir det også aktuelt at Migrasjonshelseteamet og fastlegen kommuniserer sammen på best mulig måte, for å redusere effekten av begrensningene mest mulig.

5.2 Studiens design

Prosjektet har brukt en kvalitativ metode for å samle inn resultater, basert på semistrukturerte intervjuer med fastleger. I henhold til problemstillingen viste det seg at det var hensiktsmessig å samle inn data fra de enkelte fastlegenes erfaringer og tanker om epikrisen fra flyktningelegen i semistrukturerte intervjuer, de ulike deltakere hadde forskjellige opplevelser om samme fenomen. Siden de deltakerne som ble rekruttert til prosjektet allerede hadde fått epikriser fra flyktningelegen kan det muligens ikke speile helheten hvor noen fastleger ikke har sett en slik epikrise bli sendt til de før. På grunn av lav interesse til å delta ble de få som meldte interesse automatisk valgt til å gjennomføre intervju. Man kunne ikke velge ut deltakere basert på forskjeller i alder, kjønn og erfaring.

Å samle inn data på denne metoden er både tidskrevende og en intellektuell prosess for forskeren. Det legger begrensninger til hvor mange deltakere som var mulig å ha med, og derfor representerer ikke funnene i dette prosjektet nødvendigvis tankene og opplevelsene til fastlegene i Tromsø kommune som helhet. Det kan likevel gi et lite innblikk i hvordan epikrisen fra flyktningslegen hjelper fastlegene på en best mulig måte, noe som ikke har blitt mye forsket på tidligere, og kan muligens være til inspirasjon for større forskningsprosjekter i fremtiden om samme fenomen. Siden undertegnede er uerfaren til forskningsmetoden er det dessuten mulig at en mer erfaren forsker hadde tolket og samlet datasettet på en annen måte – og oppdaget funn som ikke er nevnt her. På samme måte er det mulig at undertegnede som uerfaren har oppdaget og tolket segmenter i datasettet som ikke hadde blitt vist oppmerksomhet til av en mer erfaren forsker også.

6 Konklusjon

Funnene fra analysen dekker noen viktige momenter for hvordan epikrisen fra flyktningelegen kan bli til hjelp for fastlegen for å ta i mot pasienter med flyktningebakgrunn. Det er viktig at den får en bedre flyt mellom leddene, at den kommer frem til fastlegen. Den skal være informativ og tydelig om de mest sentrale tingene: hva er gjort, hva er problemstillingene og hva skal fastlegen gjøre videre. Så lenge den er godt strukturert er det ingen nødvendighet med begrensninger til informasjonsmengden – tvert i mot er det ønskelig med utfyllende epikriser som også dekker faktorer som inkluderer sensitive opplysninger. Dette fordi det ville vært til stor hjelp for fastlegen å visst enkelte ting for å kunne skreddersy sin behandling videre for pasienten på en hensynsfull måte, men det legger samtidig et press på bruk av ordet epikrise. Migrasjonshelseteamet bør revurdere bruk av det ordet i fremtiden hvis epikrisene som skal utformes og sendes blir altomfattende, og ikke en kort sammenfattet fremstilling av et sykdomstilfelle. Funnene i denne studien er nyttige således til å forstå eksisterende utfordringer, ønskede forbedringer og mulige løsninger når Migrasjonshelseteamet i fremtiden skal prøve å lage en best mulig epikrise til fastlegen i overføringsfasen. Det bør likevel forskes mer på samme fenomen for å få et nærmere innblikk i hva fastlegene i hele Tromsø kommune mener om dette, ikke bare 5 deltakere.

Referanser

1. **Statistisk sentralbyrå.** Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 2016 [sitert 2016 18 Oktober]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>.
2. **Statistisk sentralbyrå.** Landbakgrunn for innvandrere i Norge. 2018. [sitert 2018 11 mai]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
3. **Nielsen AS, Mogensen HO.** Introduktion: Kulturmøder i sundhedsvæsenet - migration, kategorisering og kompleksitet. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, [S.l.], v. 4, n. 7, jan. 2007. ISSN 1904-7975. [sitert 2018 12 mai] Tilgjengelig fra: <https://tidsskrift.dk/sygdomogsamfund/article/view/487/417>
4. **Laue J, Risør T.** Refugees and healthcare services. Tidsskr Nor Legeforen 2017 [sitert 2018 11 mai] Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/global-helse/refugees-and-healthcare-services>
5. **Lavik NJ, Solberg O, Varvin S.** [Mental health among refugees. Connection between symptoms, traumatization and exile]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 1997;117(25):3654-8.
6. **Hadgkiss EJ, Renzaho AM.** The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association. 2014;38(2):142-59.
7. **Fjellaldalen H, Ogre M.** Flyktninger har dårligere helse enn tidligere. 2017 [sitert 2017 12 Februar]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/flyktninger-har-darligere-helse-enn-tidligere-1.13369170>
8. **Asgary R, Segar N.** Barriers to health care access among refugee asylum seekers. Journal of health care for the poor and underserved. 2011;22(2):506-22.
9. **Helsedirektoratet.** Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Rettigheter, ansvar, organisering. [sitert 2016 19 Oktober]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000>.
10. **Legelisten.** Om fastlegeordningen. [sitert 2018 14 mai]. Tilgjengelig fra: <https://www.legelisten.no/om-fastlegeordningen>
11. **Helsedirektoratet.** Samhandlingsreformen. [sitert 2018 14 mai]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
12. **Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.** Integreringen i Tromsø kommune [sitert 2017 12 Februar]. Tilgjengelig fra: <http://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/K1902>
13. **Tromsø kommune.** Migrasjonshelseteamet. [sitert 2018 16 mai]. Tilgjengelig fra: <https://www.tromso.kommune.no/migrasjonshelse.419387.no.html>

14. **Hall C, Bjørner T, Martinsen H, Stavem K, Weberg R.** Den gode epikrise – kriterier og evaluering. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 1049-52
15. **Forskrift om pasientjournal.** Forskrift nr 1385, 2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
16. **Kværner KJ, Tjerbo T, Botten G, Aasland OG.** Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 2815-7
17. **Moksnes KM.** Kan epikrisetiden forkortes? Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 2380-1
18. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 2468-2472
19. **Braun V, Clarke V.** Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3.2:77-101. ISSN 1478-08877



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

For en bedre start i norsk helsevesen – Hvordan kan en epikrise hjelpe fastleger å ta imot pasienter med flyktningbakgrunn?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som ønsker fremme samarbeidet mellom allmennleger og Helseteam Migrasjon (et nytt kommunalt team) i Tromsø kommune. Hovedmålet er å finne ut hvordan helsetjenesten for flyktninger i Tromsø kommune kan legge best til rette for allmennlegene når de får en pasient med flyktningebakgrunn på lista.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dette er en kvalitativ studie. Deltagelse i prosjektet innebærer at du blir intervjuet av en masterstudent (5. studieåret medisin). Intervjuet vil handle om hvordan du opplever å være lege for en pasient med flyktningbakgrunn, om ditt nåværende samarbeid med helsetjenesten for flyktninger, om dine behov og ønsker for det fremtidige samarbeidet. Spesielt fokus vil være på «overføring» av oppfølgingsansvar av pasienter fra flyktninghelsetjenesten til deg i forløpet.

Intervjuet tar ca. 40 minutter og kan gjennomføres der det måtte passe deg. Det vil utbetales et honorar på 300 kroner som økonomisk kompensasjon for å sette av tid til intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Samhandling om pasienter med flyktningbakgrunn er viktig for å alle involverte. Derfor vil deltakelse i studien være verdifull for ditt arbeid med denne pasientgruppen. Gjennom deltakelsen i studien vil du kunne medvirke i hvordan fremtidig samarbeid med helsetjenesten for flyktninger i Tromsø kommune kunne se ut. Ulempen med studien er at du må sette av ca. 40 minutter.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Parham Omid på telefon (45271180) eller epost (pom002@post.uit.no)

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Studien er en masteroppgave på 5. året i medisin, veiledet av forskere og lege fra allmennmedisinsk forskningsenhet i Tromsø (AFE). Diskusjonen blir tatt opp med en lydopptaker. Dine utsagn vil bli knyttet til informasjon om deg (alder, lengde erfaring i allmennpraksis, kjønn) for bruk i analysen av data. Masterstudenten



vil etterpå skrive intervjuet ned som et tekstdokument, men intervjuet i tekstformat vil bli behandlet uten navn. Direkte gjenkjennerbar informasjon (navn og legekantor) og synonymet som brukes i tekstdokument (f.eks. «lege») vil oppbevares på en separat liste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til lista og kan finne tilbake til deg. Lydopptaket slettes etter slutt på studien, sannsynligvis i løpet av 2018. Navnelisten må av rettmessige årsaker oppbevares i 5 år etter at studien er slutt og hensikten med dette er at du skal ha mulighet til å trekke deg i ettertid fra studien.

Resultatet av analysen vil gi grunnlag for studentens masteroppgave. Resultatet av masteroppgaven vil bli formidlet til ansatte i helsetjenesten for flyktninger og vil tas i bruk i det daglige arbeidet og samarbeidet med fastlegene i Tromsø. Resultatene blir muligens publisert i et medisinsk tidsskrift i etterkant.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er fritatt godkjenning av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Meldes inn på NSD Personvernombudet for forskning.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 2

Intervjuguide

Bolk 1:

- Hvordan opplever du å være lege for pasienter med flyktningebakgrunn
- Hvilke utfordringer opplever du å være de største i møte med ny pasient med flyktningebakgrunn? Hvorfor akkurat de utfordringene?

Bolk 2:

- Hvordan gjør du deg kjent med en ny pasient på lista?
- Når du får en ny pasient inn, oppsøker du tidligere opplysninger om pasienten fra andre steder?
- På hvilken måte innhenter du den eventuelle informasjonen?
- Kjenner du til flyktningshelsetjenesten i Tromsø kommune? Kunne du ha beskrevet eventuelt samarbeid med de?
- Hvordan bruker du epikrisen som sendes fra flyktningelegen i din jobb med nye pasienter på lista/eventuelt hvordan kunne du tenkt deg å bruke en slik epikrise?
- Finner du epikrisene fra flyktningelegen nyttige? På hvilken måte i så fall/ eventuelt hvorfor ikke? Hvis du ikke har fått epikrisene, hva kunne du tenkt deg hadde vært nyttig med en slik epikrise?

Bolk 3:

- Hvilke spesifikke opplysninger finner du mest interessant å hente fra en slik epikrise?
- Har du en opplevelse av at det ofte er for lite/for mye informasjon i epikrisen? I så fall hva kunne du tenkt deg burde fjernes/legges til?
- Kan du beskrive kort hvordan du ønsker at en epikrise skal være satt og hva det skal inneholde for at du skal finne det hensiktsmessig for bruk?
- Hva ønsker du generelt fra Migrasjonshelseteamet som skal snart etableres eller flyktningelegen for å kunne gi best mulig helsehjelp til pasienter med flyktningebakgrunn?
- Er det noe ekstra du har lyst å tilføye som jeg ikke har spurt om?