



Ole K. Hjemdal

Fastlegenes oppfølging av de berørte etter tsunamien

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress a/s

Publikasjonsserie fra Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress.

Rapport nr. 1/2007



www.nkvts.no

Fastlegenes oppfølging av de berørte etter tsunamien

Ole K. Hjemdal

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S

Rapport nr 1/2007

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for fl yktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn og deler av Kontoret for katastrofepsykiatri.

Formålet med senteret er:

Å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap og kompetanse som kan bidra til:

- å redusere helsemessig og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress
- å forebygge vold og traumatisk stress

Senterets oppaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning.

Bak opprettelsen av senteret står:

Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Omslag: KOBOLT

Produsert i samarbeid med Unipub AS

ISBN 978-82-812-2008-9

ISSN 0809-9103

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no.

Forord

Flodbølgen som rammet Sørøst-Asia og andre områder rundt det Indiske hav rammet også mange nordmenn. 84 nordmenn døde i bølgene og mange flere ble skadet både fysisk og psykisk i katastrofen Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress gjennomfører et særskilt forskningsprogram bestående av en rekke enkeltstående prosjekter for å avdekke de psykososiale følgene av katastrofen for voksne og barn, få kunnskap om hvordan det helsemessige oppfølgingsarbeidet har fungert og om betydningen av egenorganisering blant tsunamiofrene. Programmet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Undersøkelsen av fastlegenes arbeid med de berørte etter tsunamikatastrofen inngår som en del av dette programmet.

En rekke personer, både ved NKVTS og i Sosial- og helsedirektoratet, har bistått med utvikling av spørreskjema og har lest og kommentert rapporten. En særlig takk går til Arnfinn Tønnesen, Lars Weisæth, Inger Elise Birkeland, Wenche Jonassen, Trond Heir og Grete Dyb for nyttige kommentarer og råd og til Camilla Egeland Lindgaard for praktisk hjelp med gjennomføringen av undersøkelsen. Ansvar for rapporten, og eventuelle feil og mangler ved undersøkelsen er likevel helt og fullt forfatterens eget. En takk går også til alle de fastlegene som tok seg tid til å besvare skjemaet, og til de som i tillegg tok seg bryet med å ta direkte kontakt per telefon eller e-post for å gi sine synspunkter på undersøkelsen.

Oslo, mai 2007

Ole Kristian Hjemdal

Innhold

Forord	3
Sammendrag.....	9
Summary.....	13
 1 Oppfølging av tsunamikatastrofen	 17
1.1 Bakgrunn.....	17
1.2 Helsemessig oppfølging av katastrofen.....	17
1.3 Forskningsmessig oppfølging av katastrofen.....	19
 2 Prosjektdesign, metode og gjennomføring.....	 21
2.1 Metode og design.....	21
2.2 Populasjon og svarprosent.....	22
2.2.1 Populasjon.....	22
2.2.2 Variasjoner i svarprosent	22
 3 Resultater	 25
3.1 Fastlegenes vurdering av oppgaven	25
3.1.1 Varslingen og kontakten med de berørte.....	25
3.1.2 Bruk av det utsendte rundskrivet fra Sosial- og helsedirektoratet med veiledning til legene.....	27
3.1.3 Behov for ytterligere kompetansetilførsel	28
3.1.4 Legenes syn på den rolle og de oppgaver fastlegene var tiltenkt fra SHdir.	29
3.2 Bistanden til pasientene.....	30
3.2.1 Kontakten med pasientene	31
3.2.2 Pasientenes problem	32
3.2.3 Resultat av kontakten	33
3.2.4 Videre oppfølgingsbehov	35
3.3 De berørtes oppfatning av fastlegenes innsats.....	37
 4 Drøfting	 43
4.1 Valget av modell for den helsemessige oppfølgingen av de katastroferammede	43
4.1.1 Begrunnelser for valget.....	44
4.2 Et riktig valg?	45
4.2.1 Varslingen av fastlegene	46
4.2.2 Fastlegenes kontakt med de berørte	47
4.2.3 Bistanden til de rammede	49
4.3 Konklusjoner og anbefalinger.....	49

4.3.1 Kartlegging av eksponeringsgrad.	51
4.3.2 Varslingen av fastlegene	51
4.3.3 Fastlegenes rolle.	52
4.3.4 Sikre adekvat behandling	52
4.3.5 Sluttråd.....	53
Litteratur.....	55
Vedlegg 1: Spørreskjema	57

Tabeller

Tabell 2.1 Fylkesvis fordeling av svarprosenter	23
Tabell 3.1 Mottatt oversikt over personer på fastlegelisten som var berørt av flodbølgekatastrofen	25
Tabell 3.2 Hvordan kontakten med pasientene ble etablert	26
Tabell 3.3 Mottatt oversikt og hatt kontakt med berørte. Prosent.....	26
Tabell 3.4 Brukt rundskrivet fra Sosial- og helsedirektoratet med veiledning til kommunale instanser og fastleger om «Oppfølging i kommune»	27
Tabell 3.5 Bruk av rundskrivet og vurdering av nytte	28
Tabell 3.6 Behov for ytterligere kompetansetilførsel.....	28
Tabell 3.7 Legenes syn på oppgaven	29
Tabell 3.8 Legenes egne kommentarer. Gruppert. Absolutte tall	30
Tabell 3.9 Aldersmessig fordeling av pasientene	30
Tabell 3.10 Pasientenes forhold til katastrofen.....	31
Tabell 3.11 Første kontakt med pasienten	32
Tabell 3.12 Pasientens problem som følge av katastrofen	33
Tabell 3.13 Resultat av den første kontakten	34
Tabell 3.14 Behov for videre oppfølging og iverksatte tiltak	35
Tabell 3.15 Andel av de med ulike problem hvor det er avtalt eller gjennomført oppfølging	36
Tabell 3.16 Forhold til katastrofen og oppfølging. Prosent	36
Tabell 3.17 Opplevelse av helseproblem forårsaket av oppholdet i katastrofeområdet. Prosent.....	37
Tabell 3.18 Vært i kontakt med sin fastlege om oppfølging av katastrofen. Prosent.....	38
Tabell 3.19 Helseproblem etter oppholdet i katastrofeområdet og kontakt med fastlegen. Prosent.	38
Tabell 3.20 Innholdet i kontakten med fastlege. Prosent.	39
Tabell 3.21 Syn på oppfølgingen fra fastlege. Prosent	40
Tabell 3.22 Opplevelse av helseproblem og syn på oppfølgingen	40

Tabell 3.23 Hvordan kontakten med fastlegen ble etablert og syn på oppfølgingen	41
Tabell 3.24 Innholdet i kontakten med fastlegen og syn på oppfølgingen	41

Sammendrag

Flodbølgen som rammet Sørøst-Asia og andre områder rundt det Indiske hav den 26. desember 2004 er en av de største naturkatastrofer i moderne tid. Nesten 230 000 mennesker døde i katastrofen, deriblant også 84 nordmenn. I dagene etter katastrofen kom mer enn 3000 mennesker tilbake til norske flyplasser fra katastrofeområdene. Mange av dem hadde vært utsatt for store påkjenninger, en del hadde også mistet eller savnet familiemedlemmer og andre som sto dem nær. Det ble derfor raskt et spørsmål om hvordan deres helsemessige og psykologiske behov best kunne ivaretas utover den umiddelbare kriseintervensjonen.

Sosial- og helsedirektoratet valgte å satse på å bruke det ordinære helseapparatet i en desentralisert modell. Fastlegene fikk ansvar for en første oppfølging og vurdering av hjelpebehov hos de berørte. Tidligere erfaringer fra arbeid med tungt traumatiserte katastrofeofre tilsa at det kunne være nødvendig med en aktiv oppsøking av tsunamiofrene. Direktoratet ba derfor fastlegene om å ta kontakt med de hjemvendte som ikke allerede hadde tatt kontakt med det lokale helsevesenet. For å identifisere hvilke fastleger som var berørt, og hvem de skulle kontakte, ble trygdekontorenes lister over hvilke personer den enkelte fastlege hadde ansvar for sammenholdt med de oversiktene over hjemvendte som Nye Kripos hadde laget.

Denne måten å organisere oppfølgingen av de katastroferammede på er annerledes enn de fremgangsmåter som har vært brukt ved tidligere katastrofer. Sosial- og helsedirektoratet ønsket derfor en vurdering av hvordan opplegget hadde fungert, og hvordan fastlegene så på det oppdraget de hadde fått. NKVTS fikk i oppdrag å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse til fastlegene for å kartlegge dette. Det ble sendt ut et enkelt spørreskjema til alle de 1531 fastlegene som hadde hjemvendte fra katastrofeområdene på sine fastlegelister. Skjemaet besto av en generell del med spørsmål om hvordan legen hadde opplevd oppdraget, om oversikten over de som skulle kontaktes hadde nådd frem til dem, hvor mange av personene på oversikten som var kontaktet etc. (se vedlegg 1). Denne delen skulle fylles ut en gang. Den andre delen inneholdt en rekke konkrete spørsmål om den enkelte pasient og om bstanden som var gitt, og skulle fylles ut for hver enkelt pasient (se vedlegg 1).

Bare 480 av de 1531 legene som fikk skjemaet hadde besvart undersøkelsen etter andre gangs purring, en svarprosent på litt over 31 prosent. I tillegg til

svarene fra disse legene er det i rapporten også brukt data fra en undersøkelse rettet direkte mot de tsunamirammede, hvor 899 personer har fått spørsmål om sine erfaringer med fastlegene og helsevesenet for øvrig etter katastrofen.

Undersøkelsen tyder på at bare halvparten av de aktuelle fastlegene mottok oversikt over hvilke personer de skulle kontakte. I noen tilfeller har dette sannsynligvis sammenheng med at kommunene brukte andre fremgangsmåter for å få kontakt med de hjemvendte. Den relativt kompliserte fremgangsmåten som ble valgt, hvor både Rikstrygdeverket, Fylkesmannen, kommuneadministrasjonen og det lokale trygdekontoret var involvert, kan imidlertid også ha vært en del av årsaken til at oversiktene ikke nådde frem.

At oversiktene kom frem medførte likevel ikke alltid at legene tok kontakt. En betydelig del av de legene som mottok oversiktene, over 40 prosent i følge vår undersøkelse, tok ikke kontakt med personene på oversikten. I noen tilfeller kan det skyldes at oversiktene var ufullstendige og unøyaktige slik at det ikke var mulig å finne frem til riktig person. Det er imidlertid også grunn til å tro at en mer prinsipiell holdning, om at det er pasienten som skal kontakt legen, og ikke legen som skal kontakte pasienten, har hatt betydning. Det er også mulig at usikkerhet om behandlingseffekten av debrifing av katastrofeofre, kan ha medvirket til at enkelte leger valgte ikke å følge Sosial- og helsedirektoratets opplegg.

Selv om ikke undersøkelsen gir noen konkret angivelse av hvilken betydning disse forholdene har hatt, tyder resultatene på at legenes holdning til oppdraget har hatt betydning for hvordan de har agert. De legene som var mest positive til oppdraget var også klart mest aktive med hensyn til å kontakte de berørte.

Undersøkelsen tyder også på at det i liten grad var grunn til å frykte at som ble kontaktet av legene skulle reagere negativt på dette. Nesten ingen av dem som ble kontaktet av fastlegen sin vurderte oppfølgingen fra legen som negativ, mens det blant de som selv måtte ta kontakt, eller som ikke hadde hatt noen kontakt med fastlegen i det hele tatt, var omtrent en femtedel som var misfornøyd.

At nesten halvparten av legene ikke mottok oversikter, og at mange av de legene som mottok oversikter ikke kontaktet personene på listen, kan ha medført at personer med behov for oppfølging ikke ble kontaktet. Dette ble til en viss grad motvirket av at mange med behov for hjelp selv tok kontakt med fastlegen eller annet helsepersonell. Det var likevel nesten ti prosent av de rammede som selv mente de hadde et helseproblem, og en fjerdedel av de som mente de muligens hadde det, som ikke hadde hatt noen kontakt med fastlegen.

Legens holdning til oppdraget fra Sosial- og helsedirektoratet ser ikke ut til å ha hatt noen betydning for den bistanden de ga til sine pasienter, verken med hensyn til hvordan de har vurdert pasientens problemer og hjelpebehov, eller den konkrete oppfølging som de ga pasientene. Når det gjelder de tsunamirammedes vurdering av den bistanden de har fått fra fastlegen, ser den i større grad ut til å være en følge av hva legen ikke har gjort, enn av hvilken konkret bistand de har fått. De pasientene som ble kontaktet av legen var mest fornøyde, uansett hva som skjedde etter den første kontakten. De som selv måtte ta kontakt var noe mindre fornøyd, mens misnøyen var størst hos dem som ikke hadde hatt noen kontakt overhodet. Blant dem som hadde hatt kontakt med fastlegen var det relativt små forskjeller i vurderingen av den oppfølgingen de har fått, uavhengig av om denne hadde bestått i henvisning videre til spesialisthelsetjenesten, fortsatt kontakt med fastlegen, eller at oppfølgingen var begrenset til den første konsultasjonen. Dette kan tyde på at de fleste opplever den bistanden de har fått som adekvat i forhold til sine behov.

Selv om den lave svarprosenten og andre begrensinger i undersøkelsen med hensyn til tema og datatilfang har begrenset muligheten til å komme med sikre råd om hvordan oppfølgingen bør organiseres ved fremtidige katastrofer, er det likevel noen forhold som kan fremheves:

1. Dersom fastlegene skal ha en rolle i forhold til fremtidige katastrofer, må denne rollen klargjøres og inngå i beredskapsplaner.
2. Ved store variasjoner i eksponeringsgrad mellom de som er berørt av katastrofen, bør en første avklaring og grovsortering foretas av de som først registrerer og mottar katastrofeofrene. Det må også legges vekt på å sikre at oversiktene over rammede er mest mulig korrekte.
3. Kontakten med fastlegene bør skje direkte fra sentrale myndigheter. Oversikter over hvem den enkelte fastlege skal kontakte bør utarbeides sentralt og sendes direkte til fastlegen.
4. Erfaringer fra tidligere katastrofer viser at katastroferammede med alvorlige psykiske følgeskader ikke alltid selv søker hjelp. At legen tok kontakt med de tsunamirammede ser imidlertid ikke ut til å ha ført til negative reaksjoner. Dette tilsier at en slik aktiv strategi også bør velges ved fremtidige katastrofer.

Summary

The Tsunami disaster that struck Southeast-Asia and the Indian Ocean on September 26th is one of the most devastating natural disasters in modern time. Almost 230.000 people were killed, among them 84 Norwegians. During the first days following the catastrophe more than 3000 persons arrived at Norwegian airports returning from the disaster areas. Many of those returning had been exposed to serious strains and some of them also had lost family or friends. It therefore soon became a question of how best to attend to their medical and psychological needs.

The Directorate for Health and Social Affairs decided on a decentralised approach, giving the Regular General Practitioners (RGPs) the main responsibility for the primary care and the assessment of needs for further assistance among those affected by the disaster. Based on the assumption that it would be necessary to actively call on seriously traumatised disaster victims, the RGPs were asked to try to get in touch with all those who had not by themselves contacted the local medical services. To determine which RGPs were involved and who they should contact, the local social security office's register showing which persons was the responsibility of each RGP was compared with the police account of those who had returned from the disaster areas.

This way of organising the assistance to disaster victims was different from the procedures used in former disasters. The Directorate for Health and Social Affairs therefore wanted to know how the chosen approach had worked out and how the RGPs felt about the task they were given. The Norwegian centre for studies on violence and traumatic stress (NKVTS) was asked to conduct a survey among the RGPs to investigate these questions. A small questionnaire, consisting of only two pages of questions, was sent to the 1531 RGPs who had returned victims among the persons registered with them. The questionnaire included a general section with questions about the RGPs evaluation of the assignment, did she receive the list of persons to contact, how many of the individuals on the list did she reach etc. The RGPs should answer this section only once. The other section were comprised of several questions about each patient and the treatment they had been given. This section should be completed for each patient.

Only 480 of the 1531 doctors who received the questionnaire returned the form even after a second written reminder. This gives a response rate of 31

percent. In addition to the answers from the RGPs the report is also based on answers from 899 tsunami victims about their experience with the RGPs and medical services after the disaster.

The survey indicates that only half of the RGPs received the list of persons to contact. This can partly be explained by the local authorities having used other methods to get in touch with those who had returned. However, the rather complicated procedure used, involving the National Insurance Commission, the county governor's administration, the local government administration and the local social security office, may also have been part of the reason why the lists never reached the RGPs.

The survey also indicates that more than 40 percent of the RGPs who did receive lists of persons to contact did not get in touch with any of the individuals on their list. This may partly have been caused by the lists being incomplete or faulty making it impossible to track the right persons. It is however reasonable to believe that a more fundamental view among the GPs, that it is the patient who should contact the doctor, and not the doctor who should call on the patient, also may have had some influence. It is also possible that reservations about the therapeutic effects of debriefing disaster victims made some RGPs decide not to follow the procedure proposed by the Directorate for Health and Social Affairs.

The survey can not give an exact measure of how much these circumstances may have influenced the assistance given to the disaster victims. The results indicate however that the doctor's attitudes toward the task they were given had an influential impact on how they acted. The doctors most enthusiastic towards the mission also were the ones most inclined to being active in contacting the persons on their list.

The survey also gives a strong indication that the concerns some doctors may have felt about actively calling on their patients, were not confirmed by the victim's reactions to being contacted. Almost none of those who were called upon by their RGPs gave a negative assessment of the assistance they had received, while among those who had to contact the doctors themselves and those who did not get in touch with their RGPs at all about 20 percent were dissatisfied.

The fact that almost 50 percent of the doctors did not receive the lists, combined with the fact that a considerable fraction of the doctors who did receive them never contacted the persons on the list, may have the consequence that victims in need of treatment did not get any follow up from their RGP. To some extent this was counteracted by the fact that many victims who felt they

were in need of help made contact with their RGP or other medical personnel themselves. There was however almost 10 percent of the victims who felt they suffered from some kind of health problems caused by the disaster, and one fourth of those who felt they might have a health problem, that had not had any contact with their RGP.

The RGP's attitudes towards the tasks they were given does not seem to have had any impact on how they have diagnosed the patient's problem and assessed their needs of assistance or the actual follow up they have given their patients. The victim's opinion of the RGP's assistance is to a large extent the result of what the doctor have not done, more so then an appraisal of the actual following up they have received. Those patients who were contacted by their RGPs are the most content, whatever treatment they have been given after the first consultation. Those who had to establish the contact with the RGP themselves are somewhat less content, while those who did not see their RGPs at all are the least satisfied. Among those who had been in contact with their RGPs there were only minor differences concerning how they felt about the assistance they had been given. Their opinion was more or less the same whether the following up had consisted of referral to special health care, further consultations with the RGP or if it had ended with the first contact. This might indicate that a majority of the disaster victims felt the assistance they received from the RGPs to be adequate in relation to their needs.

The modest response rate and other limitations in the survey limit the possibilities to give precise advice based on this study about how to organise the assistance after future disasters. The study still gives an indication that the following aspects should be taken into consideration in the planning:

1. If the RGPs are to have a role in future disasters their role and tasks must be further clarified and defined and become integrated in emergency planning.
2. With large variations in the degree of exposure among those afflicted by the disaster a primary screening and assessment of needs should be done by those who first receives and register the disaster victims. Great effort must be put into securing the accuracy of the registrations.
3. The central authorities should establish a direct link to the RGPs. Accounts of which persons the RGP shall contact must be made out by the central authorities and sent directly to each RGP.
4. Experience has shown that disaster victims with severe psychological problems do not always seek medical assistance. When the RGP's

contacted the tsunami victims this did not bring about negative reactions from those contacted. This indicates that an active strategy should be chosen also in future disasters.

1

Oppfølging av tsunamikatastrofen

1.1 Bakgrunn

Flodbølgen som den 26. desember 2004 rammet Sørøst-Asia og andre områder rundt det Indiske hav, er en av de mest omfattende naturkatastrofer i moderne tid. Det store antallet omkomne, med nesten 230.000 døde og savnede, og den omfattende geografiske utstrekningen gjør denne katastrofen spesiell (United Nations 2006). Katastrofens spesielle karakter skyldes også at flere av de berørte områdene er populære feriemål for turister fra den vestlige verden. Katastrofen rammet dermed land og befolkninger langt utenfor flodbølgenes egentlige geografiske utstrekning.

I alt 84 nordmenn mistet livet (Utenriksdepartementet 2005). I tillegg ble et stort antall norske turister direkte rammet av bølgen, med til dels alvorlige fysiske og psykiske skader som resultat. Andre ble rammet mer indirekte, som følge av voldsomme sanseintrykk i selve katastrofeområdene. Atter andre, også mange innvandrere til Norge fra de berørte områdene, hadde pårørende som oppholdt seg i området og opplevde en tid med usikkerhet og engstelse, som for enkelte kulminerte med vissheten om at de hadde mistet noen av sine nærmeste.

1.2 Helsemessig oppfølging av katastrofen

I dagene etter katastrofen vendte nesten 3400 nordmenn tilbake til Norge fra katastrofeområdene i Sørøst-Asia. Det ble derfor raskt et spørsmål om hvordan deres helsemessige og psykologiske behov best kunne ivaretas¹. Allerede den 27. desember sendte Sosial- og helsedirektoratet brev til alle kommuner med internasjonale flyplasser, om å være i beredskap for å gi helsemessig assistanse

¹ Beskrivelsen av mottaksapparatet de første dagene og den videre utformingen av helsemessig oppfølging er i hovedsak hentet fra Evalueringsutvalgets rapport: «26.12» Evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør Asia (2005)..

til dem som ankom fra katastrofeområdene. Hovedtyngden av passasjerene kom til Gardermoen, og det ble etablert et mottakssenter der. Dette var i drift frem til 9. januar. Pasienter med mer alvorlige skader ble vurdert i et særlig mottak ved flyplassens militære del. De skadede ble i størst mulig grad videresendt til lokale sykehus, men enkelte ble også transportert til Rikshospitalet og til Ullevål universitetssykehus.

I den videre medisinske og helsemessige oppfølgingen av de berørte sto en overfor valget mellom to hovedmodeller:

1. Opprette særskilte kollektive tiltak rettet spesifikt mot de som var rammet av katastrofen. Dette kunne eksempelvis være regionvise samlinger av alle som var berørt, både overlevende og pårørende. En kunne her gå inn med behandlere med spesialkompetanse. I tillegg kunne de som hadde behov få særskilt individuell oppfølging. Dette hadde vært brukt ved tidligere katastrofer og hadde gitt positive resultater (Dyregrov 2001).
2. Bruke den ordinære førstelinjetjenesten i kommunene til en første oppfølging og vurdering av hjelpebehov hos de berørte. Hvis en valgte dette alternativet kunne en enten satse på at systemet ville takle utfordringene gjennom «business as usual», eller en kunne legge opp til en mer aktiv strategi fra fastlegenes side og med støtte fra spesialisthelsetjenesten i form av veiledning til fastlegene og individuell oppfølging av de berørte som hadde behov for det.

Etter å ha innhentet synspunkter fra flere fagmiljøer valgte Sosial- og helsedirektoratet modell 2, og fastlegene fikk en sentral rolle med å kontakte og vurdere videre oppfølgingsbehov hos de hjemvendte. Direktoratet sendte derfor en oversikt til kommunene den 2. januar over hvilke innbyggere i kommunen som var registrert ankommet fra katastrofeområdene. Den 5. januar ble det sendt et nytt brev fra direktoratet til kommunene, hvor det ble bedt om at fastlegene tok kontakt med de hjemkomne berørte som ikke allerede selv hadde tatt kontakt med det lokale helsevesenet. Kommunene skulle ved hjelp av det lokale trygdekantoret gi fastlegene beskjed om hvilke personer det var aktuelt å kontakte. Direktoratet ba også kommunene vurdere å ta kontakt med lokalt politi for å få navn på nærmeste pårørende til omkomne og savnede, slik at også disse kunne bli kontaktet av fastlegene. Den første konsultasjonen ville bli dekket fullt ut av folketrygden. Fastlegene skulle selv ringe de aktuelle personene. Hvis det ikke var mulig å oppnå telefonisk kontakt ble fastlegene

bedt om å sende brev. Direktoratet hadde laget et utkast til et slikt brev som legene kunne benytte.

I brevet fra direktoratet ble det også henvist til rundskriv IS-4/2005 med faglige råd om oppfølging av personer som er berørt av ulykker og katastrofer. Rundskrivet var lagt ut på direktoratets hjemmesider, <http://www.shdir.no>.

Oversiktene over ofre hjemmehørende i den enkelte kommune ble revidert etter 7. januar, og nytt brev med oppdaterte oversikter ble sendt kommunene den 10. januar.

1.3 Forskningsmessig oppfølging av katastrofen

Sosial- og helsedirektoratet tok allerede dagen etter katastrofen kontakt med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for å nytte senterets ekspertise i planleggingen av oppfølging av de katastroferammede. Medarbeidere ved senteret fungerte som rådgivere, både direkte i den første mottaksfasen på Gardermoen og ved samlinger for tamilske pårørende i Oslo. Senteret bidro også med skriftlige råd og bisto myndighetene i utviklingen av retningslinjer for organisering og gjennomføring av krisepsykiatrisk og annen helsemessig oppfølging av barn og voksne.

Etter at den mest aktive intervensjonsfasen var over tok Sosial- og helsedirektoratet i slutten av januar kontakt med NKVTS og ba senteret komme med forslag til forskningsmessig oppfølging av katastrofen. NKVTS hadde da allerede på egen hånd satt i gang planlegging av flere prosjekter. Den 11. februar oversende NKVTS en programskisse til direktoratet. I programmet ble det skissert fem ulike prosjekt. I samråd med Sosial- og helsedirektoratet ble programskissen omformulert slik at den omfattet følgende prosjekter:

1. Katastrofepsykiatrisk/psykologisk forskning knyttet til berørte, herunder barn og unge, som har vært i katastrofeområdet.
2. Innsatspersonell - en studie av stressmestring og helsepåvirkning.
3. Forskning knyttet til konsekvenser for den tamilske befolkning bosatt i Norge.
4. Forskning knyttet til støttegruppen for berørte etter flodbølgekatastrofen.
5. Kartlegging av fastlegenes innsats i forbindelse med katastrofen.

I tillegg ble det enighet mellom NKVTS og direktoratet om at det skulle gjennomføres et prosjekt om sorg hos etterlatte etter omkomne i katastrofen.

Denne rapporten er en gjennomgang av resultatene av kartleggingen av fastlegenes arbeid. Den bygger dels på legenes egne oppfatninger av oppdraget og av den behandlingen de ga, og dels på de berørtes vurderinger av den bistanden de mottok.

2

Prosjektdesign, metode og gjennomføring

2.1 Metode og design

NKVTS avtalte med Sosial- og helsedirektoratet at kartleggingen av fastlegenes innsats skulle gjøres ved at det ble sendt ut et enkelt spørreskjema til alle fastleger som hadde fått beskjed om å kontakte berørte. Skjemaet, som ble utformet i samarbeid med direktoratet og en spesialist i allmennmedisin, besto av ett ark. Den ene siden var en generell del med spørsmål om hvordan legen hadde opplevd å få oppdraget om å kontakte de berørte, hvor mange som var blitt kontaktet etc. Denne siden skulle fylles ut en gang av hver lege. Den andre siden innholdt en rekke konkrete spørsmål om behandlingen av den enkelte pasient. Det skulle fylles ut ett skjema for hver pasient. (Skjemaet er gjengitt i vedlegg I).

Skjemaet var klart i slutten av februar, og tanken var å sende det ut så raskt som mulig. Det viste seg imidlertid ikke så enkelt å få tak i oversiktene over hvilke leger som skjemaene skulle sendes til. Oversiktene fra Nye Kripos over hjemvendte måtte kjøres opp mot Rikstrygdeverkets lister over hvilke personer den enkelte fastlege hadde ansvaret for. Skjemaene var derfor først klare til utsending i begynnelsen av juni 2005.

Selve utsendelsen ble foretatt av Field Work Scandinavia, et underselskap av Markeds- og mediainstituttet, MMI.

Oversikten fra Rikstrygdeverket viste at det var 1531 leger som hadde hjemvendte fra katastrofeområdene på sine fastlegelister. Det ble sendt fem skjema til hver lege, selv om oversikten fra Rikstrygdeverket viste at enkelte leger hadde hatt flere pasienter, over 20 for den legen som hadde flest. Det ble derfor i følgebrevet til legene opplyst hvordan de kunne gå frem for å rekvirere flere skjema. I løpet av sommeren ble det også sendt ut en purring til de som ikke hadde svart innen svarfristen, men nå uten vedlagte skjema.

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, som i sitt tilsagnsbrev for undersøkelsen påpekte at det var visse formelle mangler ved følgebrevet som fulgte med skjemaet og at det måtte innhentes tillatelse fra Sosial- og helsedirektoratet for å oppheve legenes taushetsplikt

for å utlevere pasientopplysninger. Dette ble gjort og et nytt informasjonsbrev ble sendt legene i november 2005. I brevet ble det også gjort oppmerksom på at de som ikke hadde returnert skjemaene nå også kunne svare via Internett, eller de kunne få tilsendt nye skjema hvis de hadde makulert de gamle og ikke hadde Internett-tilgang.

2.2 Populasjon og svarprosent

2.2.1 Populasjon

Etter den første purringen hadde 450 av de 1531 legene (29,3 prosent) besvart undersøkelsen. En årsak til at så få svarte kan være at det var gått relativt lang tid fra katastrofen til legene mottok spørreskjemaet, og at det i tillegg var blitt sommer og ferietid.

Etter den siste henvendelsen, i november, kom det inn i alt 30 nye svar, 24 via Internett og seks på papir, slik at det i alt er 480 leger (31,3 prosent) som har besvart undersøkelsen.

I tillegg til spørreskjemaet til fastlegene, ble det i skjemaet som ble sendt alle nordmenn over 15 år som var i katastrofeområdet stilt en del spørsmål om helse- og helsetjenester, herunder også om kontakten med fastlegen (se vedlegg II). I alt besvarte 899 personer dette skjemaet. Resultater fra denne kartleggingen er inkludert i denne rapporten.

2.2.2 Variasjoner i svarprosent

Svarprosenten varierer noe mellom ulike deler av landet, men bortsett fra en topp på 50 prosent i Aust-Agder og bare 17 prosent i Finnmark, er forskjellene ikke så store, bare på litt over 10 prosentpoeng.

Vi har i analysen av data ikke hatt tilgang til ytterligere opplysninger om de legene som ikke har svart, og har derfor heller ikke hatt mulighet til å gjøre bortfallsanalyser utover den fylkesvise fordelingen. En mulig årsak til de fylkesvise forskjellene kan være at kommunene i ulik grad har lyktes i å varsle legene om at de skulle kontakte rammede etter katastrofen, og at de legene som ikke har mottatt oversikter i mindre grad har svart.

Tabell 2.1 Fylkesvis fordeling av svarprosjenter

Fylke	Antall utsendt	Antall besvart	Svarprosent
Aust-Agder	34	17	50,0
Sogn og Fjordane	18	7	38,9
Nord-Trøndelag	19	7	36,8
Rogaland	88	32	36,4
Vestfold	78	28	35,9
Hedmark	53	18	34,0
Sør-Trøndelag	63	21	33,3
Telemark	37	12	32,4
Oppland	56	18	32,1
Akershus	225	72	32,0
Hordaland	85	26	30,6
Østfold	96	29	30,2
Nordland	67	20	29,8
Vest-Agder	47	14	29,8
Troms	54	16	29,6
Oslo	323	94	29,1
Buskerud	88	25	28,4
Møre og Romsdal	65	18	27,7
Finnmark	35	6	17,1
Totalt	1531	480	31,3

3

Resultater

3.1 Fastlegenes vurdering av oppgaven

3.1.1 Varslingen og kontakten med de berørte

Bare halvparten av legene som besvarte undersøkelsen opplyser at de hadde mottatt oversikt over personer som de skulle kontakte (tabell 3.1).

Tabell 3.1 Mottatt oversikt over personer på fastlegelisten som var berørt av flodbølgekatastrofen

	Antall	Prosentandel
Ja	235	49,1
Nei	241	50,3
Ubesvart	3	0,6

N = 479

Av de 235 legene som hadde mottatt oversikt var det 227 som oppga hvor mange personer oversikten omfattet. Til sammen var dette 450 personer. Den som oppga å ha flest navn på oversikten hadde 18 personer som skulle kontaktes. På spørsmål om det var personer på oversikten de ikke hadde fått kontakt med, svarte en fjerdedel av dem som hadde mottatt oversikt, 57 leger, bekreftende. Til sammen oppga de at det var 90 personer fra oversiktene, det vil si en femtedel av de 450 personene oversiktene omfattet, de ikke hadde kommet i kontakt med.

Legene ble bedt om å oppgi hvor mange pasienter de selv hadde kontaktet og hvor mange som hadde kontaktet dem.

Tabell 3.2 viser hvor mange leger som oppga at de hadde kontaktet minst en pasient, og/eller var blitt kontaktet av minst en pasient.

Tabell 3.2 Hvordan kontakten med pasientene ble etablert

Kontakt	Antall	Prosentandel
Ingen kontakt med pasienter	180	40,1
Bare kontakt med pasienter som selv tok kontakt med legen	105	23,4
Bare kontakt med pasienter som ble kontaktet av legen	119	26,5
Kontakt både med pasienter som selv tok kontakt med legen og pasienter som ble kontaktet av legen	45	10,0

N = 449

I alt var det 269 leger som oppga å ha hatt kontakt med til sammen 553 pasienter. Av disse var 310 pasienter blitt kontaktet av legen, mens 243 pasienter selv hadde tatt kontakt med legen.

Det er imidlertid ikke alle disse 553 pasientene det ble levert individuelle skjemaer for, slik at pasientdelen av undersøkelsen omfatter opplysninger om i alt 468 pasienter.

Det er først og fremst de legene som mottok oversikt over personer som de skulle kontakte som hadde vært i kontakt med berørte etter katastrofen (tabell 3.3)

Tabell 3.3 Mottatt oversikt og hatt kontakt med berørte. Prosent

Hatt kontakt med berørte	Mottatt oversikt over berørte som skulle kontaktes	
	Ja	Nei
Nei	23	61
Ja	77	39

N = 476

Mens 77 prosent av de legene som hadde mottatt oversikter hadde hatt kontakt med berørte, var det bare 39 prosent av dem som ikke hadde mottatt oversikter som hadde hatt kontakt.

Det er imidlertid ikke slik at alle de legene som mottok oversikter tok kontakt med personene på listen. Bare litt over halvparten av dem, 58 prosent, tok selv kontakt med pasientene, for de øvrige legene kom kontakten i stand ved at det var pasientene som kontaktet dem.

3.1.2 Bruk av det utsendte rundskrivet fra Sosial- og helsedirektoratet med veiledning til legene

I brev av 5.1.2005 fra Sosial- og helsedirektoratet til kommunene om fast-legenes oppfølging av dem som var berørt av katastrofen, ble det henvist til rundskriv IS-4/2005 med faglige råd til kommunale instanser og fastleger. Dette rundskrivet var lagt ut på direktoratets hjemmesider, men ikke sendt direkte til legene.

I spørreskjemaet ble det stilt spørsmål om legene hadde brukt det anbefalte rundskrivet.

Tabell 3.4 Brukt rundskrivet fra Sosial- og helsedirektoratet med veiledning til kommunale instanser og fastleger om «Oppfølging i kommune»

Bruk av rundskrivet	Antall	Prosentandel
Har brukt det	81	16,9
Har sett det, men ikke brukt det	267	55,7
Har ikke sett rundskrivet	109	22,8
Ubesvart	22	4,6

N = 479

Rundskrivet ser ut til å ha hatt et relativt begrenset nedslagsfelt. Riktignok oppga tre fjerdedeler av legene at de hadde sett rundskrivet, men under en femtedel svarte at de har brukt det (tabell 3.4).

Det var først og fremst de som hadde mottatt oversikt over personer som de skulle kontakte som hadde brukt rundskrivet. 27 prosent av dem som hadde mottatt oversikt hadde brukt rundskrivet, mot bare 9 prosent av dem som ikke mottok oversikt.

I alt 178 leger svarte på spørsmål om de synes veiledningen var nyttig (tabell 3.5). De aller fleste vurderte den som nyttig, men en del (8,4 prosent) syntes den ikke var tilstrekkelig.

Tabell 3.5 Bruk av rundskrivet og vurdering av nytte

	Har brukt det utsendte rundskrivet						Total	
	Har brukt det		Sett det, men ikke brukt det		Har ikke sett rundskrivet			
Var rundskrivet nyttig?	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent
Ja	66	82	49	54	0	0	115	65
Ja, men ikke tilstrekkelig	7	9	8	9	0	0	15	8
Nei	7	9	34	37	7	100	48	27
Total	80	100	91	100	7	100	178	100

Det er blant de legene som hadde brukt rundskrivet vurderingen var mest positiv. De aller fleste av dem, 82 prosent, mente veiledningen hadde vært nyttig, og i tillegg mente ni prosent at den var nyttig, men ikke tilstrekkelig.

3.1.3 Behov for ytterligere kompetansetilførsel

Legene ble også spurt om de hadde behov for ytterligere kompetansetilførsel med hensyn til oppfølging av personer som har vært berørt av ulykker og katastrofer. De kunne krysse av for ett eller flere av følgende spesifiserte behov; mer veiledningsmateriale, kurs/etterutdanning, veiledning fra psykisk helsevern, eller de kunne krysse av for at de ikke hadde noe behov. (tabell 3.6).

Tabell 3.6 Behov for ytterligere kompetansetilførsel

Behov for ytterligere kompetansetilførsel	Antall	Prosentandel
Svarer eksplisitt at de ikke har behov	290	60,5
Behov for mer veiledningsmateriale	65	13,6
Behov for kurs/etterutdanning	98	20,5
Behov for veiledning fra Psykisk helsevern	38	7,9

N = 479

Alt i alt var det en tredjedel av legene mente de hadde behov for en eller annen form for kompetansetilførsel (i og med at de kunne krysse av for flere alternativ blir summen av andelene mer enn en tredjedel). Blant dem som hadde behov var det først og fremst kurs og etterutdanning som ble etterspurt.

Det ser ikke ut til at bruken av rundskrivet har påvirket vurderingen av behovet for ytterligere kompetansetilførsel. Derimot ser det ut til å være av betydning om legene syntes veiledningen var nyttig. De som mente den var nyttig, men ikke tilstrekkelig, mente også de hadde behov for ytterligere kompetansetilførsel. Dette dreier seg imidlertid bare om 12 leger.

3.1.4 Legenes syn på den rolle og de oppgaver fastlegene var tiltenkt fra SHdir.

Oppgaven med aktivt å kontakte de berørte etter katastrofen bryter på mange måter med fastlegenes vanlige rolle. Normalt er det pasienten som søker legen og ikke omvendt. Legene fikk derfor spørsmål om hva de synes om den rollen og de oppgavene de var tiltenkt. I spørsmålet var det gitt tre forhåndskodede svarmuligheter, og en kunne krysse av for så mange en syntes passet. I tillegg kunne respondentene skrive egne kommentarer.

Tabell 3.7 Legenes syn på oppgaven

Syn på oppgaven	Antall	Prosentandel
For mye ressursbruk sammenliknet med andre pasienters behov	199	41,5
Positivt med en aktiv rolle i den aktuelle situasjonen	196	40,7
Positiv til tiltaket, men burde hatt bedre opplæring og veiledning for oppgavene	61	12,7

N = 479

En relativ stor andel av legene var kritiske til opplegget, og mente det avstedkom for mye ressursbruk (tabell 3.7). Like mange mente likevel det var positivt med en aktiv rolle i den aktuelle situasjonen. I tillegg var det noen som var positive til tiltaket, men mente de burde hatt bedre opplæring og veiledning. Hvorvidt legene mottok oversikten over berørte eller ikke, eller om de i det hele tatt hadde hatt pasienter som hadde vært berørt av katastrofen, hadde ikke noen signifikant innvirkning på deres syn på oppgaven.

I alt hadde 146 leger som gitt egne kommentarer. Den vanligste kommentaren var at legen synes det var feil med så stor innsats i forhold til andre ulykker og dødsfall som også er traumatisk for de berørte. 42 leger ga uttrykk for dette (tabell 3.8).

Tabell 3.8 Legenes egne kommentarer. Gruppert. Absolutte tall

Feil i forhold til andre ulykker/dødsfall som er traumatisk for de berørte.	42
Feil å oppsøke pasienter/pasienter må selv ta kontakt	18
Medie-/politikerskapt hysteri	16
Naturlig for en lege å involvere seg i alle sine pasienter	15
De berørte på oversikten var ikke i de aktuelle områdene	14
Lite oppfølgingsbehov	12
Tidsbruk/stort press på allerede fullbookede leger	7
Stor jobb å plukke ut egne pasienter fra oversikt	6
Valgte å ikke kontakte berørte pasienter	5
Hadde samtaler med indirekte berørte pasienter	5
Mottok ikke oversikt/liste	5
Tok kontakt med de berørte pasienter	5
Oslo kommune sendte ut brev, legene tok ikke direkte kontakt	3
For lite kurs/for liten opplæring	3
Fikk ikke kontakt med berørte pasienter	2

N = 42

3.2 Bistanden til pasientene.

I de individuelle skjemaene ga legene opplysninger om kontakten med i alt 468 pasienter. For 429 av dem ble det oppgitt kjønn, og av disse var det 226 kvinner og 203 menn. Aldersmessig fordelte pasientene seg som følger (tabell 3.9):

Tabell 3.9 Aldersmessig fordeling av pasientene

Alder	Antall	Prosentandel
0-5 år	5	1,1
6-12 år	28	6,0
13-18 år	26	5,6
19-44 år	222	47,4
45-64 år	133	28,4
65+ år	22	4,7
Ukjent	32	6,8

N = 468

Nesten halvparten av pasientene var i aldersgruppen 19 – 44 år og i underkant av en tredjedel var fra 45 år og oppover. Det var ikke signifikante forskjeller i aldersfordelingen mellom kvinnene og mennene. Det var relativt få barn blant pasientene, bare i underkant av 13 prosent var under 18 år. Den tilsvarende andelen blant alle de hjemvendte fra katastrofeområdene var rundt en fjerdedel.

Ser vi på hvilket forhold til katastrofen pasientene hadde får vi følgende fordeling (tabell 3.10):

Tabell 3.10 Pasientenes forhold til katastrofen

Forhold til katastrofen	Antall	Prosentandel*
Var i katastrofeområdet under katastrofen	355	75,9
Fysisk rammet av flodbølgen	100	21,4
Pårørende til overlevende	35	7,5
Pårørende til savnet	33	7,1
Vært i katastrofeområdet etterpå	29	6,2
Etterlatt etter omkommet	24	5,1
Annet	38	8,1

N = 468 * Prosentandelene summerer til mer enn 100 prosent ettersom det var mulig å krysse av for flere alternativer

Tre fjerdedeler av pasientene hadde vært i katastrofeområdet under katastrofen. En stor del av disse hadde i tillegg vært direkte fysisk rammet av flodbølgen. De som ikke hadde vært i området under katastrofen fordelte seg med omtrent like store andeler av pårørende til overlevende, pårørende til personer som på dette tidspunkt var savnet, og av etterlatte etter døde. Noen av disse hadde også vært i katastrofeområdet etterpå. Blant pasientene under 18 år hadde de aller fleste, over 93 prosent, vært i området under katastrofen (mot 73 prosent av de voksne).

3.2.1 Kontakten med pasientene

Litt over halvparten av pasientene, 245 personer, var med i oversikten over berørte som legene hadde fått, mens de resterende 212 pasientene ikke var med i oversikten. For 142 av dem skyldes dette at legen deres ikke hadde mottatt noen oversikt i det hele tatt, mens de øvrige 70 ikke sto på den oversikten legen deres hadde fått.

Ser vi på hvordan kontakten med pasienten kom i stand får vi følgende fordeling (tabell 3.11):

Tabell 3.11 Første kontakt med pasienten

Første kontakt	Antall	Prosentandel
Legen kontaktet pasienten	192	41,0
Pasienten tok selv kontakt med legen (eller andre i familien sørget for kontakten)	217	46,4
Andre personer / instanser formidlet kontakten	28	6,0
Ubesvart	31	6,6

N = 468

Det vanligste var altså at pasienten selv kontaktet legen. Naturlig nok var det først og fremst de pasientene som sto på oversiktene, og som hadde vært i katastrofeområdet, som ble kontaktet av legen. Men også for nesten 40 prosent av disse pasientene kom kontakten i stand ved at de selv henvendte seg til legen. På den andre siden var det også leger som tok kontakt med pasienter som ikke sto på oversikten, nesten en femtedel av de pasientene som ikke sto på oversiktene hadde blitt kontaktet av legen.

Det var en signifikant forskjell i hvordan kontakten kom i stand for de pasientene som var under 18 år og for de voksne. Mens over halvparten av de voksne selv hadde kontaktet legen (eller noen andre i familien hadde gjort det), gjaldt dette for under en tredjedel av barna. For barnas del var det mer vanlig at det var legen som hadde tatt den første kontakten, og det var også en litt større andel hvor kontakten var blitt tatt av andre instanser. Denne forskjellen kan muligens være en medvirkende årsak til at barna ser ut til å være underrepresentert blant pasientene.

Det ser ut til å være en klar sammenheng mellom legens syn på oppgaven og om vedkommende tok kontakt med de pasientene som sto på oversikten over berørte. Mens de legene som mente det var positivt med en aktiv rolle kontaktet to tredjedeler av de som sto på oversikten, var det bare 45 prosent av de pasientene som sto på listen til leger som mente det var for mye ressursbruk i forhold til andre pasienters behov som ble kontaktet av legen.

3.2.2 Pasientenes problem

Legene ble bedt om å krysse av om pasientens problem som følge av katastrofen var somatisk, psykisk eller sosialt. Det var anledning til å krysse av for flere alternativer for hver pasient. I tillegg kunne legen også oppgi ICPC koder (International Classification of Primary Care).

Det ble oppgitt problemtype for litt over halvparten av pasientene (tabell 3.12).

Tabell 3.12 Pasientens problem som følge av katastrofen

Type problem	Antall	Prosentandel
ingen problem	212	45,3
kun psykisk	181	38,7
kun somatisk	20	4,3
kun sosialt	17	3,6
psykisk og somatisk	21	4,5
psykisk og sosialt	12	2,6
psykisk, somatisk og sosialt	5	1,1

N = 468

I alt ble de registrert problemtype for 256 pasienter. Det store flertall av disse hadde psykiske problem, færrest hadde sosiale problem. Noen hadde sammensatte problem. Det vanligste var å ha både psykiske og somatiske problem, mens et mindre antall hadde både psykiske, somatiske og sosiale problem.

Enda færre leger valgte å bruke ICPC kodene. Flest brukte psykisk ICPC kode, det ble oppgitt koder for i alt 103 pasienter, Færrest brukte sosial ICPC kode, det ble bare opp gitt sosial ICPC kode for ni pasienter, mens det ble oppgitt somatisk kode for 35 pasienter.

For de pasientene som det er oppgitt psykisk ICPC kode for er det først og fremst P02, situasjonsbetinget psykisk ubalanse, (42 pasienter), P82, post-traumatisk stresslidelse (22 pasienter) P29, psykiske symptomer/plager ikke klassifisert annet sted (10 pasienter), P76, depressiv lidelse (9 pasienter) og P03, depresjonsfølelse (6 pasienter), som brukes.

Det var relativt mange forskjellig typer av somatiske skader, men de vanligste var muskel- og skjelettskader.

3.2.3 Resultat av kontakten

Legene ble bedt om å oppgi hva som ble resultat av den første kontakten, og om tiltakene var iverksatt eller om en hadde avtale om tiltak. Svaralternativene var om det var nok med en telefonkonsultasjon, om det trengtes ytterligere telefonkonsultasjoner, om det hadde vært kontorkonsultasjon, om legen hadde vært på hjemmebesøk, eller om pasienten ikke ønsket noen oppfølging. Det var anledning for å krysse av for flere alternativer.

Det ble oppgitt resultat av kontakten for 434 av de 468 pasientene (tabell 3.13).

Tabell 3.13 Resultat av den første kontakten

Resultat av kontakten	antall	Prosentandel
Nok å prate på telefon, en telefonkonsultasjon	128	26,7
Ytterligere telefonkonsultasjoner	30	6,4
Kontorkonsultasjon	229	48,9
Hjemmebesøk	14	3
Ønsket ingen oppfølging	137	29,3
Ubesvart	34	7,3

N = 468

Det vanligste resultatet av kontakten var kontorkonsultasjon (tabell 3.13). For 38 av disse pasientene var kontorkonsultasjonen avtalt, men ikke gjennomført, mens det for 53 pasienter både hadde vært gjennomført konsultasjon og var avtale om ytterligere konsultasjoner. Et 30 talls pasienter hadde også hatt telefonkonsultasjoner i tillegg til kontorkonsultasjonene, men bare en pasient hadde hatt hjemmebesøk i tillegg til kontorkonsultasjon.

For de fleste, 287 pasienter (66,1 prosent), var det bare gjennomført et enkeltstående tiltak, og for litt over en fjerdedel, 123 pasienter, var det iverksatt eller avtalt to tiltak. Mer enn to tiltak var bare krysset av for 24 pasienter, det meste var seks tiltak for en pasient.

Ved siden av kontorkonsultasjon var det telefonkonsultasjoner som var den vanligste kontaktformen. For 91 pasienter var konsultasjonen gjennomført, mens det for 24 pasienter var gjort avtale. For 13 pasienter var det både krysset av for at tiltaket var gjennomført og at det var gjort avtale, hvilket kan bety at det skulle gjennomføres ytterligere konsultasjoner for disse.

Hjemmebesøk ble relativt lite brukt, bare for 14 pasienter var det gjennomført eller gjort avtale om hjemmebesøk, og for en av dem var besøket ennå ikke gjennomført.

For nesten en tredjedel av pasientene, i alt 137 personer, hadde legene krysset av for at resultatet av den første kontakten var at pasienten ikke ønsket noen oppfølging. For relativt mange, 80 stykker, var det imidlertid også krysset av for andre alternativ, slik at ønsket om ingen videre oppfølging kom først etter at det var gjennomført en eller flere konsultasjoner.

Hvorvidt pasientene ble kontaktet av legen eller selv tok kontakt, ser ikke ut til å spille særlig rolle for om de ønsket videre oppfølging eller ikke, selv om det er en svak tendens til at det ble gjort avtale om ikke å følge opp med flere av de pasientene som ble kontaktet av legen. Hvorvidt pasienten sto på oversikten over hjemkomne eller ikke ser heller ikke ut til å ha hatt noen betydning.

3.2.4 Videre oppfølgingsbehov

Til sist i skjemaet ble legene bedt om å oppgi hvilke behov for oppfølging de mente pasienten hadde. For hvert behov ble det spurt om tiltak var iverksatt, eventuelt om det var gjort avtale om tiltak, eller om det ikke var iverksatt noe tiltak knyttet til behovet. Det var listet opp åtte mulige behov; flere konsultasjoner, oppfølging fra 2.linje psykiatrisk tjeneste, annen medisinsk tjeneste (inkl. psykolog), kontakt med trygdekontor, kontakt med sosialkontor, kontakt med barnevern, kontakt med advokat, og annen oppfølging (tabell 3.14).

Tabell 3.14 Behov for videre oppfølging og iverksatte tiltak

Oppfølgingsbehov	Iverksatt tiltak		Avtalt tiltak		Ikke tiltak	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Flere konsultasjoner	79	16,9	31	6,6	77	16,5
Spesialisthelse-tjenesten psykisk helsevern	53	11,3	8	1,7	77	16,5
Annen medisinsk oppfølging	25	5,3	2	0,4	83	17,7
Trygdekontor	13	2,8	4	0,9	80	17,1
Sosialkontor	1	0,2	0	0	82	17,5
Barnevern	3	0,6	0	0	81	17,3
Advokat	5	1,1	1	0,2	79	16,9
Annen oppfølging	27	5,8	5	1,1	75	16

N = 468

Legene mente det var behov for videre oppfølging hos litt over halvparten av pasientene, i alt 240 personer. De vanligste behovene for oppfølging var flere konsultasjoner og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern, fulgt av andre behov, annen medisinsk oppfølging og kontakt med trygdekontor. Alt i alt var det gjort avtale om eller gjennomført oppfølgingstiltak for 165 pasienter.

Tabell 3.15 Andel av de med ulike problem hvor det er avtalt eller gjennomført oppfølging

Type problem	Andel med avtalt eller gjennomført oppfølging
ingen problem	10,4
kun psykisk	58,6
kun somatisk	30,0
kun sosialt	23,5
psykisk og somatisk	76,2
psykisk og sosialt	66,7
psykisk, somatisk og sosialt	60,0

N = 165

Det er først og fremst for de pasientene hvor legen har krysset av for at pasienten har et psykisk problem som følge av tsunamien at det er avtalt eller gjennomført oppfølgingstiltak (tabell 3.15). Nesten 60 prosent av de pasientene hvor det er krysset av for kun psykisk problem er de gjort avtale om eller allerede gjennomført oppfølging, og for de hvor det er andre problemer i tillegg er andelen enda høyere. Den tilsvarende andelen for de med kun somatiske problem er på 30 prosent og for de med kun sosiale problem under 25 prosent. For de pasientene hvor det ikke er krysset av for noen av problemtypene er det i liten grad iverksatt noen oppfølgingstiltak, bare for 10 prosent av dem var det gjennomført eller avtalt noen oppfølging.

Ser vi på pasientenes forhold til katastrofen og hvilket oppfølgingsbehov som er registrert får vi følgende oversikt (tabell 3.16):

Tabell 3.16 Forhold til katastrofen og oppfølging. Prosent

Forhold til katastrofen	Andel med avtalt eller gjennomført oppfølging
Etterlatte etter omkommet	79,2
Pårørende til savnet	75,8
Fysisk rammet av flodbølgen	57,0
Pårørende til overlevende	54,3
Vært i området etterpå	48,3
Var i katastrofeområdet under katastrofen	34,9
Annet	23,7

N = 468

Det er altså først og fremst de pårørende, både til omkomne og til personer som på behandlingstidspunktet var savnet, som det er iverksatt eller avtalt oppfølgingstiltak for. Interessant å merke seg er det at det er iverksatt eller avtalt tiltak for en større andel av de pårørende til overlevende enn for dem som selv var i katastrofeområdet.

3.3 De berørtes oppfatning av fastlegenes innsats

Som ledd i den katastrofepsykiatriske/psykologiske forskningen knyttet til de berørte, ble det sendt et skjema til alle over 18 år som hadde vært i området under katastrofen. I skjemaet ble det stilt en rekke spørsmål om helseproblemer og kontakt med helsevesenet etter hjemkomsten. I alt 899 personer besvarte skjemaet.

Litt over en femtedel av dem som svarte opplevde at de hadde, eller muligens kunne ha, et helseproblem som var forårsaket av oppholdet i katastrofeområdet (tabell 3.17).

Tabell 3.17 Opplevelse av helseproblem forårsaket av oppholdet i katastrofeområdet. Prosent.

Ja	Muligens	Antakelig ikke	Nei	Ubesvart	Totalt
8,7	13,1	16	58,4	3,8	100

N = 899

Relativt mange var usikre, og til sammen nesten 30 prosent mente de muligens hadde et problem, eller at de antakeligvis ikke hadde det, men uten å avvise det helt. Om usikkerheten gikk på om de var usikre på om de hadde et helseproblem, eller om de var usikre på om problemet skyldtes oppholdet i katastrofeområdet et vanskelig å si.

Det er også litt uklart om respondentene med helseproblem primært tenkte på fysisk helse, eller om de også tok med eventuelle psykiske ettervirkninger. Sammenholder vi svarene på opplevelsen av helseproblem med hvordan de har skåret på et standardisert mål for psykisk helse (GHQ28), finner vi at de som svarte «ja» eller «muligens» på spørsmålet om helseproblem skåret signifikant høyere på GHQ28 enn de øvrige. Mens 85 prosent av dem som svarte «ja», og 80 prosent av dem som svarte «muligens», skåret over grensen for å ha en psykisk plage, var det samme bare tilfelle for 55 prosent av dem som svarte «antakelig ikke» og 17 prosent hos dem som svarte «nei». Det kan altså se ut til at det store antall av dem som sa de hadde et helseproblem hadde psykiske

plager. På den andre siden var det bare halvparten av dem som skåret over grensen til å ha ha psykiske plager som svarte «ja» eller «muligens» på at de hadde et helseproblem forårsaket av oppholdet i katastrofeområdet.

Dette har en viss betydning for tolkingen av det neste spørsmålet som ble stilt de berørte, om de hadde vært i kontakt med fastlegen om oppfølging etter katastrofen (tabell 3.18).

Tabell 3.18 Vært i kontakt med sin fastlege om oppfølging av katastrofen. Prosent.

Fastlegen kontaktet meg	Jeg tok kontakt med fastlegen	Ikke hatt kontakt	Ubesvart	Totalt
22,9	27,6	45,4	4,1	100

N = 899

Ser vi på andelen som enten hadde blitt kontaktet av fastlegen eller som selv hadde tatt kontakt, utgjør dette litt over halvparten av alle som har besvart skjemaet. Det var en større andel som selv hadde kontaktet fastlegen enn som hadde blitt kontaktet. Dette stemmer med det bildet som ble gitt av fastlegene selv (se tabell 3.2 og tabell 3.11).

Ser vi på hvem som har vært i kontakt med fastlegen, finner vi at det først og fremst var dem som opplevde at de hadde et helseproblem (tabell 3.19).

Tabell 3.19 Helseproblem etter oppholdet i katastrofeområdet og kontakt med fastlegen. Prosent.

Kontakt med fastlege om oppfølging etter katastrofen	Helseproblem etter opphold i katastrofeområdet				
	Ja	Muligens	Antakelig ikke	Nei	Ubesvart
Fastlegen kontaktet meg	21,8	15,3	25,7	25,5	0
Jeg kontaktet fastlegen	69,2	55,9	36,9	13	8,8
Ingen kontakt	9	26,3	34,7	60,8	2,9
Ubesvart	0	2,5	0	0,8	88,2
Total	100	100	100	100	100
N	78	118	144	525	34

N = 899

Blant dem som svarte ja på spørsmålet om de hadde et helseproblem hadde 91 prosent vært i kontakt med fastlegen, og blant dem som mente de muligens hadde et problem hadde 71 prosent vært i kontakt. Også blant dem som mente de antakeligvis ikke hadde et problem var det relativt mange som hadde hatt

kontakt, litt over 65 prosent, mens det blant dem som ikke opplevde å ha noe problem var det atskillig færre som hadde vært i kontakt, litt over 38 prosent. Mønsteret blir enda klarere når vi ser bare på dem som selv hadde tatt kontakt. Blant dem som svarte bekreftende på at de hadde et helseproblem er andelen som selv hadde tatt kontakt på 69 prosent, blant dem som svarer muligens på 56 prosent, for dem som svarer antakelig ikke er den på 40 prosent, og for dem som svarer at de ikke hadde noe helseproblem er det bare 13 prosent som selv hadde kontaktet fastlegen.

Det ser altså ut til at de fleste som opplevde at de hadde et helseproblem hadde vært i kontakt med fastlegen, først og fremst fordi de selv hadde tatt kontakt.

Ser vi på hva kontakten omfattet får vi følgende oversikt (tabell 3.20):

Tabell 3.20 Innholdet i kontakten med fastlege. Prosent.

Time hos legen/legen besøkt meg	30,7
Henvist til spesialist	8,3
Fått annen oppfølging	8,5
Ønsket ingen ytterligere oppfølging	15,8
Ingenting skjedd etter første kontakt	14,5
Ubesvart	22,2

N = 899

Det vanligste var at kontakten hadde bestått av time hos legen eller at legen hadde besøkt pasienten. Bare en mindre andel hadde blitt henvist til spesialist, og omtrent like mange hadde fått annen oppfølging. For litt under 15 prosent av alle, eller litt under en tredjedel av dem som hadde vært i kontakt med fastlege, skjedde det ikke noe etter første kontakt. En tilsvarende andel ønsket selv ingen oppfølging.

For de fleste som hadde vært på besøk hos legen dreide det seg om ett eller to besøk, bare en tredjedel hadde mer enn to besøk. Enkelte hadde imidlertid relativt mange besøk, opp til 22 ganger.

De fleste respondentene var rimelig godt fornøyd med den oppfølgingen de hadde fått av fastlegen (tabell 3.21).

Tabell 3.21 Syn på oppfølgingen fra fastlege. Prosent

Syn på oppfølgingen	Prosentandel
Svært bra	12
Ganske bra	16,8
Verken eller	26,7
Ganske dårlig	5
Svært dårlig	10,9
Ubesvart	28,6

N = 899

Det var relativt få, 16 prosent, som var direkte misfornøyd med fastlegens oppfølging.

Det var først og fremst de som opplevde at de hadde et helseproblem som hadde tatt stilling til oppfølgingen fra fastlegen (tabell 3.22).

Tabell 3.22 Opplevelse av helseproblem og syn på oppfølgingen

Syn på oppfølgingen	Helseproblem etter opphold i katastrofeområdet				
	Ja	Muligens	Antakelig ikke	Nei	Ubesvart
Svært dårlig	12,8	18,6	11,1	9,3	2,9
Ganske dårlig	14,1	9,3	4,2	3	2,9
Verken eller	21,8	28,8	30,6	27,6	0
Ganske bra	25,6	21,2	29,2	12	2,9
Svært bra	19,2	9,3	9	13	2,9
Ubesvart	6,4	12,7	16	35	88,2

N = 899

Nesten 45 prosent av de som mente de hadde et helseproblem vurderte oppfølgingen fra fastlegen som ganske eller svært bra, mens bare 25 prosent av de som ikke hadde noe helseproblem ga den samme vurderingen. På den andre siden var også de med helseproblem minst fornøyd, nesten 27 prosent vurderte oppfølgingen som svært eller ganske dårlig, mot litt over 12 prosent av de som ikke hadde noe helseproblem.

Det er også en klar sammenheng mellom hvordan en vurderte fastlegens oppfølging og om kontakten ble etablert ved at en ble kontaktet av fastlegen eller om det var en selv som tok kontakt (tabell 3.23).

Tabell 3.23 Hvordan kontakten med fastlegen ble etablert og syn på oppfølgingen

Syn på oppfølgingen	Vært i kontakt med fastlegen		
	Fastlegen kontaktet meg	Jeg kontaktet fastlegen	Ingen kontakt med fastlegen
Svært dårlig	0,5	10,9	17,2
Ganske dårlig	2,9	9,7	3,2
Verken eller	25,2	29,8	27,9
Ganske bra	32	28,2	3,4
Svært bra	31,1	15,3	1,5
Ubesvart	8,3	6	46,8

N = 899

Mens nærmere to tredjedeler av dem som ble kontaktet av fastlegen mente oppfølgingen var bra, og bare litt over 3 prosent mente den var dårlig, var det bare 43,5 prosent av dem som selv hadde kontaktet fastlegen som mente oppfølgingen var god, mens vel 20 prosent mente den var dårlig. Minst fornøyd med oppfølgingen var naturlig nok de som ikke hadde hatt kontakt med fastlegen, hvor bare 5 prosent mente at den var bra.

Vurderingen av oppfølgingen henger også til en viss grad sammen med hva som konkret har skjedd i kontakten med fastlegen (tabell 3.24).

Tabell 3.24 Innholdet i kontakten med fastlegen og syn på oppfølgingen

Syn på oppfølgingen	Innhold i kontakten med fastlegen				
	Time/ besøk	Henvist spesialist	Annen oppfølging	Ønsket ikke oppfølging.	Ingenting skjedd
Dårlig	11,6	13,3	14,5	7	26,9
Verken bra eller dårlig	27,9	17,3	17,1	31	36,9
Bra	54,7	60	61,8	54,3	30
Ubesvart	5,8	9,3	6,6	7,7	6,2

N = 899

De som var minst fornøyd er de hvor det ikke hadde skjedd noen oppfølging, mest fornøyd var de som hadde blitt henvist til spesialist eller som hadde fått annen oppfølging.

Samlet ser det altså ut til at de fleste av dem som opplevde at de hadde et helseproblem hadde tatt kontakt med fastlegen. De fleste av dem var også rimelig fornøyd med den oppfølgingen de hadde fått. Det som først og fremst

var avgjørende for om de var fornøyde var hva fastlegen hadde gjort, både med hensyn til aktivt å kontakte pasienten og ved å gi oppfølging.

4

Drøfting

4.1 Valget av modell for den helsemessige oppfølgingen av de katastroferammede

De norske ulykker i vår tid som likner mest på flodbølgekatastrofen er de store transportulykkene, som Scandinavian Star, Sleipner og Åsta-ulykkene. Selv om det er vanskelig å sammenlikne direkte med disse ulykkene, er det likevel en del likhetstegn; mange omkomne, men også mange overlevende, og at de berørte var hjemmehørende i mange forskjellige kommuner i ulike deler av landet. Det er imidlertid også noen vesentlige forskjeller. Den største forskjellen er antakeligvis den større variasjonen i eksponeringsgrad i tsunamikatastrofen enn i de tidligere ulykkene. En annen viktig forskjell er også at mens tsunamikatastrofen var en ren naturkatastrofe, var de tidligere ulykkene tekniske katastrofer, hvor bestemte personer og/eller instanser hadde et i alle fall delvis medansvar for ulykken.

Etter de tidligere katastrofene valgte en å satse på flere kollektive samlinger for etterlatte og overlevende, i tillegg til den individuelle oppfølging fra det lokale helsevesenet på de berørtes hjemsted. I oppsummeringen av oppfølgingen etter Sleipnerulykken ble det pekt på at fellessamlinger for klart definerte målgrupper, med klare målsettinger og struktur, og med profesjonell faglig ledelse, hadde vist seg å gi mange positive effekter (Dyregrov 2001).

Fagmiljøene i Norge synes imidlertid å være splittet i syn på hvordan oppfølgingen etter slike katastrofer best kan skje. Dette kom blant annet frem i vurderingene av oppfølgingen av overlevende og etterlatte etter Åsta ulykken. Mens Kontoret for katastrofepsykiatri mente den individuelle helsefaglige oppfølgingen fra helsetjenesten hadde fungert bra, mente Senter for krisepsykologi at den hadde ført til tilfeldige og varierende tilbud til de involverte som følge av store lokale forskjeller i kompetanse når det gjelder oppfølging av kriserammede (Thuen and Singhammar 2003). I sin evaluering av oppfølgingsarbeidet etter denne katastrofen konkluderer Thuen og Singhammar med at den kollektive oppfølgingen var et viktig element, men at fire samlinger i løpet av ett år kanskje var i meste laget. Når det gjelder den videre individuelle oppfølgingen

mente de at denne i hovedsak var bra. Det var imidlertid et problem at lokale helsemyndigheter i varierende grad hadde klart å følge opp arbeidet, slik at det samlede tilbudet til de berørte ble ujevnt.

4.1.1 Begrunnelser for valget

Det var flere grunner til at Sosial- og helsedirektoratet besluttet å basere seg på fastlegene som et sentralt element i den videre oppfølgingen av de katastroferammede etter tsunamien.

I den første fasen etter hjemkomsten var det viktig å få en oversikt over hvem som hadde opplevd hva og hvilke behov den enkelte hadde. Det var grunn til å anta at hjelpebehovene ville være svært ulike. En del av de hjemvendte hadde vært utsatt for meget store fysiske og psykiske belastninger, mens andre hadde vært langt unna de mest eksponerte katastrofeområdene. Noen hadde også vært i de rammede områdene, men uten at de eller noen i deres reisefølge hadde vært i direkte fare. Mange av de hjemvendte ville derfor antakeligvis ikke trenge noen intervensjon. Noen kunne trenge en enkelt intervensjon, mens enkelte ville ha behov for lengre og mer intensiv oppfølging, gjerne fra 2. linjetjenesten (Ekeberg 2005). Å bruke fastlegene til en første kartlegging av hjelpebehovene ville derfor kunne være mer rasjonelt enn å iverksette en mer omfattende intervensjon overfor alle gjennom kollektive og spesialiserte tiltak. Fastlegene kunne raskt få avklart hvem som hadde behov for videre oppfølging, og hvem som ikke hadde det.

For det andre mente en at en slik fremgangsmåte kunne bidra til at de som hadde behov for hjelp, ikke bare akutt, men også over en lengre tidsperiode, fikk etablert en kontakt og relasjon til fastlegen som sikret den nødvendige oppfølging. Å nå frem til alle betinget imidlertid en aktivt oppsøkende rolle fra fastlegens side, ettersom erfaring fra tidligere katastrofer har vist at mange av de rammede, med til dels store psykiske og psykososiale problemer som følge av katastrofen, ikke selv søker hjelp (Weisæth 2001). Det samme er også vist i forhold til mer individuelle hendelser, som vold og tap av nærstående (Dyregrov 2005).

Et tredje argument for å involvere fastlegene i oppfølgingen var at en dermed kunne etablere en modell som kunne brukes også ved senere katastrofer. Mye av oppmerksomheten i helsevesenet har vært rettet mot den umiddelbare katastrofemedisinske innsatsen. Norsk helse- og sosialtjeneste er organisert for å takle kriser, selv om det er viktig å gjennomgå rutiner for å sikre en enda bedre handlekraft om en ny katastrofe skulle inntreffe (Larsen, Guldvog et al.

2005). Samtidig er det mye som tyder på at oppfølgingen etter akuttfasen har vært for dårlig, særlig i forhold til psykososiale problemer og stressreaksjoner (Høie 2001; Reme, Walstad et al. 2003; Thuen and Singhammar 2003). Med sin nærhet til de personene de har på sine lister, og ved at det i mange tilfeller allerede er etablert en relasjon mellom legen og de katastroferammede fra før, bør fastlegen også ha gode muligheter til å gi dem som trenger det en trygg omsorg over tid. Flere rapporter har vist at befolkningen har stor tillit til fastlegen (Norstat 2005) og setter pris på den kontinuiteten fastlegeordningen innebærer (Sandvik 2005).

4.2 Et riktig valg?

Var det så riktig å satse på å bruke fastlegene som et sentralt element i oppfølgingen av dem som ble rammet av flodbølgekatastrofen, eller burde en heller ha valgt en annen løsning?

Ut fra den foreliggende undersøkelsen er det vanskelig å komme med noen sikker konklusjon. Det relativt lave antallet leger som har besvart henvendelsen, og den begrensede andelen av berørte etter katastrofen som dermed omfattes av undersøkelsen, gjør det vanskelig å generalisere ut fra svarene. I og med at vi ikke har hatt mulighet til noen bortfallsanalyse vet vi lite om hvor representative de legene som har svart er, og om deres erfaringer og handlemåter atskiller seg markant fra de legene som ikke har svart. Det er imidlertid liten grunn til å tro at opplegget med hensyn til utsending av oversikter og bruk av informasjonsmateriale har fungert vesentlig bedre for de legene som ikke har svart. Det er heller ikke grunn til å tro at de ville vært særlig mer positive i sine vurderinger av oppdraget de fikk, enn de som returnerte skjemaene.

Vi vet heller ikke om de pasientene de deltakende legene rapporterer om er representative for alle de som var berørt av katastrofen, eller om de utgjør et særlig utvalg. En direkte sammenlikning med dem som har besvart skjemaene som ble sendt alle de voksne hjemvendte er vanskelig, i og med at pasientpopulasjonen til fastlegene ikke bare omfatter personer som var i området under katastrofen, men også pårørende og andre som var mer indirekte berørt.

Ser vi på de 355 pasientene som i følge fastlegene hadde vært i katastrofeområdet, kan det imidlertid virke som om pasientgruppen var eksponert for større påkjenninger, og med større helsemessige konsekvenser, enn gjennomsnittet

for de hjemvendte som helhet. Dette gjelder først og fremst de pasientene som selv tok kontakt med fastlegen. Mens litt over 17 prosent av alle som besvarte skjemaet til de hjemvendte hadde vært i direkte fysisk berøring med flodbølgen, var det i følge legene nesten 37 prosent av de pasientene som selv tok kontakt som hadde vært fysisk rammet av bølgen.

Tilsvarende var det litt under 22 prosent av de hjemvendte som selv mente de sikkert eller muligens hadde et helseproblem som følge av katastrofen, mens legene mente at over 72 prosent av dem som selv tok kontakt med dem, og nesten 35 prosent av dem som ble kontaktet av legen, hadde et somatisk eller psykisk problem som følge av tsunami-katastrofen. Dette kan tyde på at det særlig er de legene som har hatt pasienter som har vært sterkt eksponert, og som har fått et helseproblem, som har svart på undersøkelsen. Samtidig kan det også være at de hjemvendte underrapporterer sine psykiske plager når de blir spurt om de har et helseproblem. At halvparten av dem som skårer over grensen til å ha et psykisk helseproblem på GHQ28 svarer at de ikke, eller antakeligvis ikke har et helseproblem, kan tyde på det. Det kan være at legenes diagnoser her treffer bedre enn de hjemvendtes egne vurderinger.

Selv om denne undersøkelsen og de foreliggende data ikke kan gi noe entydig svar på spørsmålet om det var riktig å bruke fastlegene som et sentralt element i oppfølgingen av dem som ble rammet av flodbølgekatastrofen, gir den noen antydninger om hva som har fungert bra, og hva som har fungert mindre bra, ved opplegget.

4.2.1 Varslingen av fastlegene

Det første problemet med opplegget var at listene med oversikter over hvilke personer fastlegene skulle varsle ikke kom frem til mange fastleger. De aktuelle legene hadde derfor ingen mulighet til å ta kontakt. En viktig forutsetning for det helsemessige oppfølgingsarbeidet til fastlegene manglet dermed. Det er antakelig flere grunner til at oversiktene ikke nådde frem til fastlegene.

De første listene med oversikter over hjemvendte var beheftet med mange unøyaktigheter. En del navn manglet, for andre var personnummeret feil, og for et ikke ubetydelig antall var opplysningene om adresse feil eller manglet helt.

Flere instanser på ulike forvaltningsnivå var involvert i arbeidet med å avklare hvilke fastleger som hadde berørt på sine lister, og å få oversikten frem til de aktuelle legene. Navneoversiktene over hjemvendte ble formidlet til kommunene via fylkesmennene, og kommunene skulle i samarbeid med det

lokale trygdekontoret fordele disse navnene på de aktuelle fastlegene. Faren for misforståelser og kommunikasjonssvikt var derfor til stede.

I den første varslingen til kommunene fra Sosial- og helsedirektoratet ble det lagt opp til at ansvaret for oppfølging lokalt skulle ligge hos de kommunale kriseteamene. En del kommuner kan ha lagt opp sin virksomhet i tråd med dette og derfor valgt ikke å følge opp direktoratets råd med hensyn til bruk av fastlegene. Eksempelvis valgte Oslo kommune en annen fremgangsmåte. Oslo kommune hadde allerede den 31. januar etablert et eget koordinerings-senter for kommunens beredskapsarbeid under ledelse av beredskapssjefen. Den 6. januar holdt senteret, som lå på Hotell Plaza, informasjonsmøter for de berørte. Informasjon om møtene ble sendt alle de berørte på oversikten, sammen med informasjon om kommunens hjelpetilbud². I brevet ble de berørte bedt om å henvende seg til bydelen eller til fastlegen hvis de hadde behov for legehjelp, hjelp fra sosialkontor eller behov for å snakke med noen om det de hadde opplevd. Kommunen begrunnet at de valgte ikke å følge Sosial- og helsedirektoratets instruks til fastlegene med at de ikke fant det hensiktsmessig ettersom oversiktene over berørte stadig ble oppdatert. Bydelene ble bedt om å informere fastlegene om denne fremgangsmåten i Oslo³.

4.2.2 Fastlegenes kontakt med de berørte

Den neste svakheten i opplegget var at en betydelig andel av de legene som fikk lister, over 40 prosent i følge vår undersøkelse, ikke tok kontakt med personene på listen. Dette skyldes antakeligvis ikke bare praktiske vansker. Det er grunn til å tro at også en mer prinsipiell holdning, om at det er pasientene som skal kontakte legen, og ikke legen som skal kontakte pasienten, har hatt betydning.

I tiden etter katastrofen ble det en heftig debatt på allmennlegenes e-post-forum, Eyr, om hvordan en skulle forholde seg til henvendelsen fra Sosial- og helsedirektoratet. I debatten kom det fram usikkerhet med hensyn til hvor langt fastlegens ansvar skulle gå i forhold til personene på listen⁴.

Var det riktig å kontakte de på listen, eller var det ikke? Ville ikke de som hadde behov for det selv kontakte legen? Og kunne ikke det å kontakte pasientene være å trenge seg på og bli møtt med negative reaksjoner fra pasientene?

² Brev fra Oslo kommune til alle som var berørt av flomkatastrofen i Sørøst-Asia

³ Brev fra Oslo kommune, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, til bydelsdirektører og bydelsoverleger.

⁴ Hele innlegget finnes på <http://www.uib.no/isf/eyr/2005q1/019669.html>.

Det ble også reist spørsmål om ikke tsunamiofrene ble forfordelt i forhold til dem som hadde vært utsatt for mer individuelle hendelser og kriser. Faren for medikalisering og patologisering av reaksjonene ble påpekt, og det ble stilt opp en motsetning mellom krisepsykiatriens profesjonalisering av sorgarbeid kontra den naturlige bruk av de berørtes egne sosiale nettverk.

Flere av debattantene mente oppdraget fra Sosial- og helsedirektoratet var en utilbørlig styring fra oven, mens andre hevdet at fastlegene langt på vei var forpliktet til å bidra når de fikk refusjon.

I debatten ble det også, med henvisning til en Cochrane rapport, hevdet at det var forskningsmessig belegg for å konkludere med at debrifing for å forhindre utvikling av PTSD var skadelig (Rose S, Bisson J et al. 2004). Cochrane rapporten tar imidlertid bare opp effekten av engangs debrifing, og vurderer ikke effektene av lengre tids oppfølging. Dette ble av andre deltakere i debatten brukt som utgangspunkt for å hevde at kontakt over tid med fastlegene ville være bra.

Legenes usikkerhet med hensyn til effekten av å kontakte de berørte kan ha blitt ytterligere bestyrket ved at Shdir ba Kunnskapssenter for helsetjenesten foreta en gjennomgang av forskning om psykososiale tjenester ved katastrofer. Rapporten, som bygger på gjennomgang av foreliggende studier, konkluderte med at det ikke er funnet dokumentasjon på psykososiale tiltak ved katastrofer som viser en klar positiv effekt, men at gjentatte seanser med kognitiv atferdsterapi kan være et effektivt forebyggende tiltak (Myrhaug, Mørland et al. 2005).

Hvilken utbredelse motstanden mot at legene skulle kontakte de berørte hadde blant fastlegene, er vanskelig å si. Det ser imidlertid ut til at den enkelte leges holdning til oppdraget har hatt en innvirkning på hvorvidt det ble tatt kontakt med de som sto på oversikten over berørte, ved at de som var positive til den rollen de var tildelt, i mye større grad tok kontakt. De som var positive til oppdraget var også mer aktive med å kontakte pasienter, selv om de ikke hadde mottatt noen oversikt.

Våre undersøkelser tyder imidlertid på at legenes engstelse for at pasientene skulle reagere negativt på å bli kontaktet var grunnløs. Nesten ingen av dem som ble kontaktet vurderte oppfølgingen fra fastlegene som negativ, mens omtrent en femtedel av dem som selv måtte ta kontakt, eller som ikke hadde hatt noen kontakt med fastlegen, var misfornøyde. Motsatt var det nesten to tredjedeler av dem som hadde blitt kontaktet som var fornøyde, mot under halvparten av dem som selv tok kontakt, og bare fem prosent av dem som ikke hadde hatt noen kontakt med fastlegen i det hele tatt.

4.2.3 Bistanden til de rammede

Konsekvensen av de manglende oversiktene, og at mange leger unnlot å ta kontakt med dem som sto på oversikten, kan være at personer med alvorlige helseproblem som følge av katastrofen ikke fikk den oppfølging og hjelp de hadde behov for. Dette motvirkes riktignok ved at et flertall av dem som i vår undersøkelse av de berørte oppga at de hadde et helseproblem selv hadde tatt kontakt med fastlegen eller annet helsepersonell. Imidlertid var det en betydelig andel, ni prosent av dem som mente de hadde et helseproblem og over en fjerdedel av dem som mente de muligens hadde det, som ikke hadde hatt noen kontakt med fastlegen.

Legenes holdning til oppdraget ser ikke i særlig grad ut til å ha påvirket den bistanden de ga til sine pasienter, verken når det gjelder å registrere pasientenes problemer og hjelpebehov, eller med hensyn til hvilke tiltak som ble iverksatt. Riktignok ser det ut til at de med en positiv holdning til oppdraget, i noe større grad enn de med en negativ holdning, registrerte psykiske problemer hos pasientene sine, men til gjengjeld var de mindre tilbøyelige til å registrere somatiske og sosiale problemer. Når det gjaldt videre oppfølging var det en svak tendens til at de som var positive til oppdraget noe oftere enn de negative hadde avtalt eller gjennomført flere oppfølgingstiltak med pasientene sine. Forskjellene var imidlertid små, og bare signifikante med hensyn til å ha avtalt eller gjennomført flere konsultasjoner.

Ser vi på de tsunamirammedes syn på bistanden fra fastlegen, ser vurderingen ut til å være mer bestemt av hva legene ikke har gjort, enn av hva de har gjort. De rammede som er negative er først og fremst de som ikke ble kontaktet av fastlegen, og til en viss grad også de hvor det ikke skjedde noe mer etter den første kontakten. Det er bare små forskjeller i vurderingen mellom dem som fikk oppfølging i form av ytterligere timer hos fastlegen, og dem som fikk henvisning til spesialist eller annen oppfølging, og bare en mindre andel av dem, 10 til 15 prosent, synes oppfølgingen var dårlig. Dette kan tyde på at de fleste av dem som har fått oppfølging, har opplevd at den har vært adekvat i forhold til deres behov.

4.3 Konklusjoner og anbefalinger

Om den modellen som ble valgt for den helsemessige oppfølgingen av de tsunamirammede, med å bruke fastlegene som primærkontakt, var den riktige, er ikke mulig entydig å fastslå ut fra denne undersøkelsen. For det

første er, som nevnt foran, representativiteten i undersøkelsen for usikker til å trekke noen bastante konklusjoner om hvordan opplegget har fungert. For det andre vet vi ikke om alternative modeller, med et mer spesialisert opplegg med kollektive samlinger, ville fungert bedre. Hvilken modell som er den «riktige» er også et spørsmål om hvor en vil legge skjæringspunktet mellom innsats og ressursbruk på den ene siden, og behandlingseffekter og brukertilfredshet på den andre.

Modellene står heller ikke nødvendigvis i et motsetningsforhold til hverandre, men kan snarere supplere hverandre. Fastlege-modellen kan også betraktes som en innledning, eller et forstadium, til en mer spesialisert oppfølging.

Valget av fremgangsmåte, eller modell, vil være basert på noen sentrale betingelser; at opplegget sikrer at de som trenger det får hjelp, samtidig som en ikke bruker unødige ressurser på dem som ikke har behov for bistand, eller at bistanden ikke er mer omfattende en det som trengs.

Til en viss grad vil disse betingelsene være situasjonsavhengige og kunne variere fra katastrofe til katastrofe. I en del katastrofer vil de fleste katastrofeofrene ha vært eksponert for relativt likeartede påkjenninger, for eksempel i et skipsforlis. Selv om reaksjoner og hjelpebehov vil variere ut fra individuelle egenskaper og konkrete opplevelser under katastrofen, vil likevel mye være felles. Sleipner ulykken kan stå som et eksempel. Ved andre katastrofer er variasjonsbredden i opplevelser og påkjenninger atskillig større. Ved tsunamikatastrofen var bildet i tillegg svært uklart den første tiden, og mange av dem som kom hjem fra Thailand i dagene etter flodbølgen hadde ikke vært direkte berørt av katastrofen.

I oppfølgingen av de tsunamirammede sto en derfor overfor tre oppgaver. For det første måtte en få kartlagt hvem som hadde vært rammet av katastrofen og som hadde derfor behov for oppfølging. For det andre måtte en få en vurdering av hvilket behandlingsbehov de katastroferammede hadde, og for det tredje var det viktig å sikre at de som hadde behov for det fikk en adekvat behandling.

I evalueringen av fastlegenes arbeid med de berørte, og i vurderingen av eventuelle alternative opplegg, bør hver av disse oppgavene behandles separat.

Vurderingen må også ha som utgangspunkt at det opplegget som ble valgt ikke var forberedt på forhånd, og at fastlegene skulle ha en slik rolle i forhold til katastrofen ikke var tydeliggjort i forkant.

4.3.1 Kartlegging av eksponeringsgrad.

Kartleggingen av hvem som hadde vært rammet av katastrofen og som derfor hadde behov for oppfølging, skulle altså skje ved at fastlegene tok kontakt med de berørte på deres fastlegelister. Oversikten over berørte omfattet alle som hadde vendt hjem fra Thailand i dagene etter katastrofen. Det var ikke foretatt noen forutgående utskilling av de som ikke hadde vært i umiddelbar nærhet av flodbølgen. Oversikten var svært omfattende, i tillegg til at opplysninger om navn, personnummer og adresser til dels var mangelfulle. I tillegg skulle fastlegene også finne frem til de berørtes pårørende. Fastlegene ble altså her satt til et relativt omfattende detektivarbeid og sorteringsjobb som lå langt utenfor deres vanlige oppgaver

Dette kan ha blitt opplevd som frustrerende av mange leger, og som misbruk av knappe ressurser. En grundigere kartlegging allerede ved ankomsten til Gardermoen, både fra politiet med hensyn til om de ankomne overhodet hadde vært i umiddelbar nærhet av flodbølgen, og av tilstedeværende helsepersonell med hensyn til om de hadde vært eksponert for opplevelser som skulle tilsi et videre helsemessig oppfølgingsbehov, kunne antakeligvis medført både mindre frustrasjoner for fastlegene, og at de som virkelig hadde behov raskere ble kontaktet og fikk den oppfølgingen de trengte.

Denne svakheten ved opplegget ble ytterligere forsterket ved at listene var ufullstendige og beheftet med en del unøyaktigheter og feil.

4.3.2 Varslingen av fastlegene

Hovedproblemet var likevel at listene bare nådde frem til en del av legene, og at de dermed ikke hadde noen mulighet for å kontakte de berørte. At bare halvparten av legene i vår undersøkelse oppgir at de hadde mottatt oversikt over personer de skulle kontakte, er ikke tilfredsstillende. Selv om dette til en viss grad kan skyldes at det lokalt ble valgt andre måter å tilby bistand til tsunamiofrene på, slik som i Oslo, er det neppe tvil om at det her har vært alvorlige mangler ved varslingen og kommunikasjonen med fastlegene.

Det er særlig grunn til å stille spørsmål om den fremgangsmåten som ble nyttet for å få oversikten over hvem de skulle kontakte frem til legene. Det ble svært mange ledd på veien frem til den enkelte fastlege, og dermed store muligheter for at noe skulle gå galt. En bedre løsning kunne muligens ha vært å foreta en sentral kobling av oversiktene mellom Kripos og Rikstrygdeverket, slik det ble gjort senere som grunnlag for utsendelsen av spørreskjemaene til

legene. Med dette som grunnlag kunne så oppdraget fra Sosial- og helsedirektoratet gått direkte til den enkelte fastlege

4.3.3 Fastlegenes rolle.

I henhold til opplegget skulle fastlegene ha en aktivt oppsøkende rolle overfor personene på oversikten de mottok. Både innlegg og kommentarer fra allmennleger på deres nettsted Eyr, og det faktum at over 40 prosent av de legene som mottok oversikter ikke tok kontakt med noen av berørte på listen, indikerer at den aktive strategien som direktoratet la opp til ikke ble fulgt opp av alle. Den klare sammenhengen mellom legenes syn på den rollen og de oppgavene de ble tildelt, og om de tok kontakt med personene på oversikten eller ikke, tyder på at en her også står overfor et holdningsproblem. Bedre informasjon og oppfølging i den konkrete situasjonen vil derfor være viktig. Selv om den manglende kontakten fra fastlegenes side til en viss grad oppveies med at mange av de pasientene som hadde behov for oppfølging selv tok kontakt, tyder både NKVTS sin undersøkelse av de berørte, og den undersøkelsen NRK foretok i samarbeid med støtteforeningen (NRK 2005), på at en del av de katastroferammede opplever at de ikke har fått den oppfølgingen de har følt behov for.

4.3.4 Sikre adekvat behandling

Svarene fra de tsunamirammede på spørreskjemaet fra NKVTS tyder likevel på at de fleste av dem som har hatt kontakt med fastlegen er relativt godt fornøyde med den oppfølging de har fått. Dette gjelder både de som ikke hadde noen oppfølgingsbehov utover kontakt med fastlegen og de som ikke hadde noe ønske om oppfølging. Mest fornøyd var likevel de som ble henvist til spesialist eller som fikk videre oppfølging

I denne undersøkelsen har vi ikke undersøkt oppfølgingen fra instanser i spesialisthelsetjenesten overfor de som ble henvist videre dit. Vi vet derfor ikke hvilke begrunnelser de litt over 13 prosent av de respondentene som var henvist til spesialisthelsetjenesten som var misfornøyd med oppfølgingen, hadde for sin misnøye. Vi vet derfor heller ikke om en annen organisering av spesialisthelsetjenestens oppfølging, ville ført til at færre ville vært misfornøyd.

4.3.5 Sluttråd

Den lave svarprosenten og de øvrige begrensningene i denne undersøkelsen med hensyn til tema og datatilfang, begrenser muligheten til å komme med sikre råd om hvordan oppfølgingen bør organiseres ved kommende katastrofer. Noen forhold trer likevel frem:

1. Dersom fastlegene skal ha en rolle i forhold til fremtidige katastrofer, må denne rollen klargjøres og inngå i beredskapsplaner.
2. Ved store variasjoner i eksponeringsgrad mellom de som er berørt av katastrofen, bør en første avklaring og grovsortering foretas av de som først registrerer og mottar katastrofeofrene. Det må også legges vekt på å sikre at oversiktene over rammede er mest mulig korrekte
3. Kontakten med fastlegene bør skje direkte fra sentrale myndigheter. Oversikter over hvem den enkelte fastlege skal kontakte bør utarbeides sentralt og sendes direkte til fastlegen.
4. Erfaringer fra tidligere katastrofer viser at katastroferammede med alvorlige psykiske følgeskader ikke alltid selv søker hjelp. At legen tok kontakt med de tsunamirammede ser imidlertid ikke ut til å ha ført til negative reaksjoner. Dette tilsier at en slik aktiv strategi også bør velges ved fremtidige katastrofer.

Litteratur

- Dyregrov, K. (2001). Rapport fra erfaringskonferanse etter Sleipner-ulykken. Bergen, Senter for Krisepsykologi.
- Dyregrov, K. (2005). «Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede?» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 125(13-14): 1853-1855.
- Ekeberg, Ø. (2005). «Kriseintervensjon etter katastrofer.» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 125(6): 714.
- Evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør Asia (2005). 26.12 *Rapport fra evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør-Asia*. Oslo, Evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør-Asia.
- Høie, I. M. (2001). Oppfølging etter livstruende traumer - en oppgave for fagfolk? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 121: 1419-1420.
- Larsen, B.-I., B. Guldvog, et al. (2005). «Helsevesenets respons på flodbølgekatastrofen.» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 125(6): 716.
- Myrhaug, H. T., B. Mørland, et al. (2005). Psykososiale tjenester ved katastrofer. Hvilke tiltak viser positiv effekt? *Arbeidsnotat fra Kunnskapssenteret 2005*. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Norstat (2005). Pfizer-undersøkelsen 2005. Delrapport 3 - Tillit. Oslo, Pfizer.
- Reme, O. K., E. Walstad, et al. (2003). «Stillheten etterpå...» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 123(16): 2304-2305.
- Rose S, Bisson J, et al. (2004). «Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD).» *Cochrane Library* (3).
- Sandvik, H. (2005). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo, Norges forskningsråd.
- Thuen, F. and J. Singhammar (2003). Evaluering av den helsefaglige oppfølgingen etter togulykken på Åsta, HEMIL-senteret.

- United Nations. (2006). «The Human Toll.» from
<http://www.tsunamispecialenvoy.org/country/humantoll.asp>.
- Utenriksdepartementet. (2005). «Ett år etter tsunamien i Sørøst-Asia.»
from <http://www.odin.no/ud/norsk/tema/tsunami/bn.html>.
- Weisæth, L. (2001). «Acute Posttraumatic Stress: Nonacceptance of Early
Intervention.» *Journal of Clinical Psychiatry* 62 [suppl 17]: 35-40.

Vedlegg 1

Spørreskjema

**FASTLEGES ARBEID MED BERØRTE
ETTER TSUNAMIKATASTROFEN I
SØRØST-ASIA**

Prosjekt	90835
Skjemanummer	

Takk for at du tar deg tid til å besvare denne undersøkelsen. Dine svar vil selvfølgelig bli behandlet konfidensielt. Skjemaet består av to deler, en generell del som du fyller ut én gang og som gjelder for alle pasientene samlet, og en individuell del som du fyller ut for hver enkelt pasient.
Utfylte skjema returneres i vedlagte svarkonvolutt innen 2 uker.

GENERELL DEL - fyller bare ut én gang og gjelder for alle pasientene.

1 Har du mottatt oversikt over hvem på din fastlegeliste som er berørt av flodbølgekatastrofen?

Ja ☐ 1
 Nei ☐ 2

- SPM. 2 - 6 FYLLES UT DERSOM JA I SPM. 1

2 Hvor mange personer omfattet oversikten?

Antall pasienter: 1

3 Når mottok du denne oversikten?

Skriv inn dato (noter dato som dag / måned, f.eks. 27 / 02): / 1

4 Er det noen på oversikten du ikke har fått kontakt med?

Ja ☐ 1
 Nei ☐ 2

5 - HVIS JA I SPM. 4:

Hvor mange har du ikke fått kontakt med?

Antall ikke fått kontakt med: 1

BESVARES AV ALLE

6

Hvor mange pasienter har du selv kontaktet? 1

Hvor mange pasienter har kontaktet deg? 2

Vennligst registrer sum (sum av to første rader = antallet individuelle skjemaer): 3

7 Har du brukt det utsendte rundskrivet fra Sosial- og helsedirektoratet med veiledning til kommunale instanser og fastleger om "Oppfølging i kommunene av personer som har vært berørt av ulykker og katastrofer"?

Ja, har brukt det ☐ 1
 Har sett det, men ikke brukt det ☐ 2
 Har ikke sett rundskrivet ☐ 3

8 - HVIS JA, HAR BRUKT DET I SPM. 7:

Var denne veiledningen nyttig?

Ja ☐ 1
 Ja, men ikke tilstrekkelig ☐ 2
 Nei ☐ 3

9 Har du behov for ytterligere kompetansetilførsel mht oppfølging av personer som har vært berørt av ulykker og katastrofer?

- om nødvendig, sett flere kryss

Nei ☐ 1
 Ja, mer veiledningsmateriale ☐ 2
 Ja, kurs / etterutdanning ☐ 3
 Ja, veiledning fra psykisk helsevern ☐ 4

10 Hva synes du om den rollen og de oppgaver som fastlegene var tiltenkt fra 3Hdir?

- kryss av for alle som passer, skriv gjerne også kommentar her, eller annet sted

For mye ressursbruk sammenlignet med andre pasienters behov ☐ 61
 Positiv med en aktiv rolle i den aktuelle situasjonen ☐ 62
 Positiv til tiltaket, men burde hatt bedre opplæring og veiledning for oppgavene ☐ 63

Dine kommentarer:

..... For MMJ

..... For MMJ

..... For MMJ

..... For MMJ

INDIVIDUELL DEL - fyller ut for hver pasient du har vært i kontakt med (jevnfør sum i spm. 1)

11 Sto pasienten på listen over berørte?

Ja ☐ 1
 Nei ☐ 2
 Mangler liste ☐ 3

12 Hvordan fikk du den første kontakten med pasienten?

Jeg kontaktet pasienten ☐ 1
 Pasienten tok selv kontakt (eller andre i familien sørget for kontakt) ☐ 2
 Andre personer / Instanser formidlet kontakten ☐ 3

13 Når ble den første kontakten etablert?

Skriv inn dato (noter dato som dag / måned, f.eks. 27 / 02): /

14 Hva ble resultatet av den første kontakten, og hvilke tiltak ble iverksatt?
 - hvis aktuelt, sett flere kryss

	Har avtale om	Tiltak iverksatt
• Det var nok å prate på telefon - en telefonkonsultasjon	☐ 1	☐ 2
• Ytterligere telefonkonsultasjoner	☐	☐
• Kontorkonsultasjon	☐	☐
• Hjemmebesøk	☐	☐
• Vedkommende ønsket ingen oppfølging	☐	☐

15 Hvilket forhold til katastrofen har pasienten?
 - hvis sammensatt status sett kryss for flere alternativer

Etterlatt etter død ☐ 1
 Pårørende til savnet ☐ 2
 Fysisk rammet av flodbølgen ☐ 3
 Var i katastrofeområdet under katastrofen ☐ 4
 Vært i katastrofeområdet etterpå ☐ 5
 Pårørende til overlevende ☐ 6
 Annet ☐ 7

16 Registrer pasientens alder:

0-5 år ☐ 1
 6-12 år ☐ 2
 13-18 år ☐ 3
 19-44 år ☐ 4
 45-64 år ☐ 5
 65+ år ☐ 6

17 Registrer pasientens kjønn:

Mann ☐ 1
 Kvinne ☐ 2

18 Registrer pasientens problem pga tsunamikatastrofen:
 - om nødvendig, kryss av for flere

Somatisk ☐ 1
 Psykisk ☐ 2
 Sosialt ☐ 3

19 Angi eventuelt også IPC koder:

Somatisk IPC kode:

Psykisk IPC kode:

Sosialt IPC kode:

VIDERE OPPFØLGING

20 Hvilke fortløpende behov for oppfølging mener du pasienten har?

	Har avtale om	Tiltak iverksatt	Tiltak ikke iverksatt
• Flere konsultasjoner (telefon, kontor, hjemmebesøk)	☐ 1	☐ 2	☐ 3
• Oppfølging fra 2. linje psykiatrisk tjeneste	☐	☐	☐
• Annen medisinsk oppfølging (inkl. psykolog)	☐	☐	☐
• Kontakt med trygdekantor	☐	☐	☐
• Kontakt med sosialkantor	☐	☐	☐
• Kontakt med barnevern	☐	☐	☐
• Kontakt med advokat	☐	☐	☐
• Annen oppfølging	☐	☐	☐

Hvis du trenger flere skjema eller har andre spørsmål, kan du sende e-mail til tsunami-studiene@nkvts.unirand.no eller ringe gratis telefonnummer 800 40 120

Denne rapporten inngår som en del av Tsunamiprogrammet ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Tsunamiprogrammet er et forskningsprogram om følgene av flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia 26. desember 2004. Programmet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet og omfatter følgende prosjekter:

- Opplevelser og reaksjoner hos de som var der
- Tsunamien: berørte barn og deres familier
- Innsatspersonell og journalister
- Når katastrofen rammer moderlandet. Tsunamien i et eksilperspektiv
- Nasjonal støttegruppe etter flodbølgekatastrofen
- Fastlegenes arbeid med de berørte
- De etterlatte
- Etterlatte og overlevende: Virkning av besøk i katastrofeområdet

Programleder: Lars Weisæth

Programkoordinator: Camilla Vibe Lindgaard

ISBN 978-82-8122-008-9
ISSN 0809-9103

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

Org. nr.: 986 304 096