

# TVEIT TRANSITT

*et samfunnsmedisinsk drama i fem akter,  
nedtegnet av Dagfinn Haarr*

Urfremført i Kristiansand fra 13.april 1998.  
Totalt 7 fremføringer fram til juni 1998.

Jeg har lenge hatt behov for å fortelle om en av mine sterkeste  
samfunnsmedisinske opplevelser; mottaket av flyktninger fra krigen i Kosovo  
i 1998. Prosjektet var svært omfattende og komplisert. Jeg har derfor forsøkt å lage et  
drama i fem akter, der hver akt representerer en fase i arbeidet med  
flyktningene. Fremstillingen er subjektiv og delvis etter  
hukommelsen og dermed noe upresis.

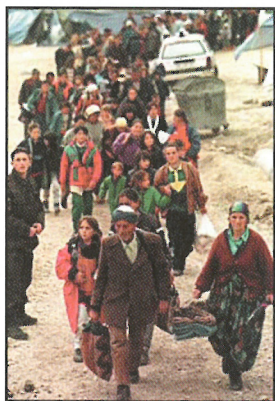
## PROLOG

9. april 1998 ble Kristiansand kommune forespurt fra UDI om det var mulig å opprette et provisorisk transittmottak for å ta imot kosovoalbanske flyktninger. Første fly med 99 personer var ventet 13. april. Det var varslet ukentlige fly med tilsvarende antall, det vil si at etter omtrent en uke i mottak på Tveit, ble flyktningene spredt til andre mottak i hele Norge.

Kommunen samtykket, og det kommunale innvandrerkontoret opprettet og drev mottaket. Helsetjenesten valgte å legge ambisjonsnivået høyt. Målet var å gi flyktningene en fullstendig helsekontroll, sørge for nødvendig oppfølging av positive funn før pasientene ble sendt videre, og sende med en komplett rapport til neste mottak. Vi hadde to arbeidsdager på oss til å forberede første mottak.

### De medvirkende:

- Ca. 860 flyktninger fra Kosovo, fordelt på 7 ukentlige flyvninger fra Makedonia til Kjevik lufthavn.
- Tveit fjernhjelp, med sovebrakker, fellesrom og to meget provisoriske legekontorer.
- Vest-Agder Sentralsykehus, heretter kalt VAS. Viktigste avdelinger: Akuttmottak, røntgen, lunge/infeksjon, pediatrik, mikrobiologisk, klinisk-kjemisk.
- 1 lungelege, utpekt av direktøren fra VAS til å koordinere alle sykehusets ressurser.
- 3 bioingeniører med sentrifuge utplassert i leiren.
- 1 ambulant skjermbildeapparat utplassert i leiren.
- Psykososialt Senter Sør, med meget erfaren lege, tidligere ansatt ved den kommunale flyktningehelsetjenesten.
- Artikkelforfatteren, som da hadde følgende funksjoner: Smittevernlege, bydelshelsesjef og leder av kommunedekkende helsetjenester, bl.a. legevakten og flyktningehelsetjenesten. Ansvarlig for organsiering av kommunal helsetjeneste i forbindelse med mottaket.
- 1 legevakt, plassert vegg i vegg med VAS.
- Den kommunale flyktningehelsetjenesten, dessverre med vakant legestilling, men med 2 sykepleiere, 1 helsesøster, 1 psykiatrisk sykepleier.
- 2–3 helsesøstre i tillegg.
- 1 PC med Winmed utplassert i leiren (for å skrive remisser og klistrelapper).
- 1 albansk sykepleier uten arbeidstillatelse.
- Altfor få tolker (fremmedpolitiet la beslag på de fleste).
- Ca 7 allmennleger, hvorav 2 bosnisktalende som kunne arbeide uten tolk.
- Anamneseskjema, oversatt til albansk dagen før første mottak, supplert med skjema for psykisk traumeskår.
- Diverse skjemaer, de fleste utarbeidet underveis av artikkelforfatteren.
- Mobiltelefoner.
- Medikamenter, spesielt analgetika (tannpine), antibiotika, skabbmidler og antidiaremidler.



### AKT 1 (DAG 1)

Flyet lander, meget ufullstendige helseopplysninger overleveres, og flyktningene transporteres til leiren.

Innvandrerkontoret starter umiddelbart arbeidet med å identifisere og registrere flyktningene. Sykepleier fra Flyktningehelsetjenesten får opplysningene fortløpende, legger disse inn på Win Med og skriver umiddelbart ut remisser til serologiske og klinisk-kjemiske prøver, samt klistrelapper, bl.a. til skjermbildekortene. Egendefinerte hurtigtaster i WinMed brukes til alle funksjoner. Hver flyktning får et løpenummer og føres fortløpende inn i samleliste, som er det viktigste skjemaet! Denne ajourføres fortløpende etter hvert som legekonsult, tuberkulosekontroll, blodprøver blir utført. Sykepleier (albansktalende eller med tolk) går rundt i brakkene og deler ut anamneseskjema og informerer om videre helsekontroller. Sykepleier fanger også opp eventuelle akutte medisinske behov og henviser til lege som er på plass i leiren. Sent på kvelden er alle registrert, og samtlige remisser bringes til VAS for registrering på klinisk-kjemisk og mikrobiologisk laboratorium og utskrift av etiketter til prøveglass.

### AKT 2 (DAG 2, 3 OG 4)

Skjermbildekonsult av alle over 15 år påbegynnes dag 2, og er stort sett ferdig i løpet av dagen. Personale fra Statens Helseundersøkelser med ambulant apparat benyttes. Lungelege fra VAS er til stede for å sikre høy kvalitet på bildene.

Lungelege bringer filmen til VAS til fremkalling og tyding umiddelbart. Helsesøster setter tuberkulinprøve på alle. To leger arbeider i leiren. I løpet av dag 2, 3 og 4 undersøker de samtlige flyktninger, og de tar også en god del øyeblikkelig hjelp. De gjennomgår anamneseskjema for hver person, fyller ut traumeskårskjema og tar opp en somatisk og psykisk status. Penselprøver for MRSA tas av alle åpne sår, samt fra neseslimhinnen av alle der man regner med at innleggelse på VAS kan bli aktuelt seinere. Legene fyller ut samleskjema over alle som trenger videre medisinsk oppfølging og avlegger rapport til artikkelforfatteren.

På ettermiddagen kommer 3 bioingeniører fra VAS med sin store sentrifuge og tar blodprøver av alle.

Parallelt med dette sørger sykepleierne for å avdekke ytterligere medisinske behov. Pasienter får nødvendige medikamenter utdelt, de blir sendt til tannlege eller sykehus etter behov.

### AKT 3 (DAG 4 OG 5)

Helsesøster avleser tuberkulinprøvene. Legene fortsetter undersøkelsene. Pasienter med positive funn på tuberkulinprøver og/eller skjermbilde kjøres i minibuss til VAS for supplerende undersøkelser ved lungepoliklinikk. Legevaktens dagstengte ventrom benyttes, for VAS er svært engstelige for MRSA-smitte. Svar på klinisk-kjemiske og sero-

ligiske prøver begynner å komme. Nødvendige undersøkelser og behandling på grunnlag av disse iverksettes av leger og sykepleiere i leiren med assistanse etter behov fra kommunal legevakt og VAS.

#### **AKT 4 (DAG 6 OG 7)**

UDI leverer liste over videre plassering av flyktningene i mottak over hele Norge. Sykepleier fører inn resultater på samleliste, sorterer anamnese- og undersøkelseskjemaer, laboratoriesvar og serologiske svar for videresending til mottakene. Artikkelforfatteren skriver inn opplysningene om de som trenger helsemessig oppfølging i et samleskjema i Excel. Dette sorteres med henblikk på mottaksted og alvorlighetsgrad av sykdom. Alt kopieres, og det hele pakkes og sendes rekommandert til mottakene senest dagen etter at flyktningene er reist videre.

#### **AKT 5 (MELLOM MOTTAKENE)**

Artikkelforfatteren, lederen av Psykososialt Senter Sør og representanter for VAS (lungelege, direktør, sjeflege, sjef-radiograf) møtes for å oppsummere prosess og resultater og iverksetter nødvendige justeringer i opplegget. Artikkelforfatteren setter opp vaktliste for neste mottak, rekrutterer leger og bestiller tolker til undersøkelsene.

#### **EPILOG**

Dramaet gav oss mange viktige erfaringer, både hva gjelder organiseringen av innsatsen og funn ved undersøkelsene. Det var en stor fordel at artikkelforfatteren var linjeleder for alle relevante kommunale helsetjenester, og at VAS sørget for at en person koordinerte alle sykehusets ressurser. Samarbeid og innsatsvilje i alle ledd var det aller beste. Videre var det svært nyttig å ha legen ved Psykososialt Senter Sør med i teamet. Traumeskårskjemaet ble tilrettelagt av henne. Psykososialt Senter Sør ble engasjert av kommunen for å gi et tilbud til den siste gruppen flyktninger. De ble nemlig boende i fjernhjelpen.

Tuberkulosekontrollene ble systematisert i et enkelt databaseprogram, som vi fremdeles benytter i det kommunale smittevernet. Programmet ble laget av en interessert radiolog på VAS.

Vår erfaringer fra dette mottaket har vært en viktig premisse for innholdet i den nye veilederen for helsekontroller av asylsøkere og flyktninger.

Vi har stort sett fått positive tilbakemeldinger fra de mottakene som fikk fullstendige helseopplysninger tilsendt samtidig med at flyktningene ankom.

Flyktningene gav uttrykk for stor tilfredshet med at de ble møtt med en såpass omfattende helsekontroll umiddelbart etter ankomst til Norge. Kanskje gav en slik tidlig avklaring mindre behov for helsetjenester senere?

Det frustrerte oss en god del at økonomien knyttet til denne store innsatsen ikke var avklart fra UDI sin side. Vi endte opp med å kreve det beløpet som var satt av til tuberkulosekontroller i transitt, ca. 600 kroner pr. person. Da det endelige regnskapet ble gjort opp, viste det seg at dette faktisk var tilstrekkelig til å finansiere hele opplegget.

Mange vil spørre seg hva vi egentlig avdekket av helsesvikt etter en såpass omfattende kartlegging. Stod resultatet i forhold til innsatsen? Det faller utenfor rammen for denne artikkelen å gi eksakte data, disse har jeg ikke tilgjengelig, og de er heller ikke ferdig bearbeidet. Hovedtrender i det vi fant:

- Et ikke ubetydelig antall ble etterkontrollert etter funn ved skjerm bilde og flere ble satt i antituberkuløs behandling.
- Det ble avdekket alvorlig traumatisering hos et betydelig antall, ikke minst barn, som dermed kunne gis skikkelig oppfølging raskt.
- Det ble funnet mye feil- og underernæring, representert ved lave BMI og lavt serum ferritin/albumin.
- Tannstatus var meget dårlig hos svært mange.
- Svært mange av de voksne hadde hatt hepatitt A og B, men langt færre barn.
- Ellers var det mest banale infeksjoner i luftveier, urinveier, hud som ble funnet, samt mye skabb.

Vår konklusjon var at det vi gjorde var nyttig for flyktningene og meget lærerikt for oss. Vi føler oss godt rustet dersom en lignende situasjon skulle oppstå på ny, noe jeg inderlig håper at vi slipper!