

Bratt læringskurve

Flyktningebølgen som skyllet inn over landet sist høst har satt kommunene på en stor prøve når det gjelder helseberedskap. I min arbeidskommune Tynset ble et midlertidig asylmottak opprettet så å si «over natten» i begynnelsen av oktober, uten at ordfører, rådmann eller jeg som kommuneoverlege ble varslet – ikke før nyheten ble sluppet i lokalpressen samme dag som den første kontingenten av asylsøkere ankom.

Selvsagt var vi innstilt på å stille opp i den nasjonale dugnaden for mennesker som i fluktens time trengte fritt leide til en ny og trygg havn i sine liv. Men for en distriktskommune med 5600 innbyggere og med tilfalte lege- og helsetjenesteresurser, ble situasjonen nok så krevende da vi fikk 170 nye asylantbeboere i løpet av 10–14 dager. Da enda et mottak ble etablert i løpet av den påfølgende måneden, opplevde vi situasjonen nærmest som en force majeure. Rundt jul hadde kommunen fått 300 flyktningebeboere på to nye mottakssentre.

Det tas ofte for gitt at samfunnsmedisineren skal være i stand til å vurdere hjelpebehovet i en slik situasjon. Selv om jeg hadde litt erfaring fra arbeidet med direkte bosatte flyktninger i nabokommunen Rendalen, var det ikke nok til å stå frem som kommunens medisinsk-faglige garantist for helsetjenester til flere hundre nye mottaksbeboere. En samfunnsmedisiner kan dessuten ikke operere alene, en må ha råd og spille på kompetanse fra flere hold. Følgelig opprettet vi et flyktningehelseteam i kommunen – bestående av kommuneoverlege pluss helsesøster og leder for psykiatritjenesten. Teamet innhentet erfaringer fra andre kommuner og vi oppdaterte hverandre om ulike saker. Jeg meldte meg inn i fagnettverket *Smittevernlegene*, fant gode råd i Helsedirektoratets veileder for helsetjenester til asylsøkere og leste meg opp i Folkehelseinstituttets MRSA-veileder. Rutiner for tuberkulosekontroll måtte oppfriskes, likeledes basale kunnskaper om potensielle tilfeller av for eksempel malaria, polio og meslinger.

Vårt flyktningehelseteam ble en viktig kommunikasjonskanal mellom mottakene og kommunehelsetjenesten, fastlegene, legevakten og kommuneadministrasjonen. Vi hadde hyppige befaringer og møter på mottakene, skaffet overblikk over situasjonen og hvem asylsøkerne var; hvor de kom fra, deres alder, sivilstand, familiesituasjon og behov for helsehjelp. De fleste i flokken var fra Syria, her var både familier og enslige, voksne og barn, men hovedtyngden var mennesker mellom 20 og 50 år.

Asylsøkere i midlertidige mottak har rett til nødvendig helsehjelp. Ordinære fastlegetjenester og medisinske utredninger må vente til man kommer i ordinært transittmottak. Det er en pedagogisk utfordring å informere om helsetjenesten og samtidig dempe forventningene om helsehjelpens innhold. Imidlertid fikk flyktningehelseteamet en god dialog med mottaksledere, ansatte og tolker. Vi fikk på plass grunnleggende kjøre-regler for rapportering, informasjonsutveksling og bruk av fastlegetjeneste, helsestasjon og legevakt. Vi instruerte mottaksansatte om hvilke medisinske tilstander som hører inn under kategorien «akutt» og hvilke symptomer og sykdomstegn de skulle være oppmerksomme på hos beboerne – fra feber og smertetilstander til psykoser. Etter hvert kom vi i gang med regelmessige allmøter på mottakene, der vi informerte beboere og ansatte om allmenntilstand og basale smitteverntiltak som hånd- og hostehygiene.

Å håndtere en flyktningssituasjon dreier seg om målrettet rådgivning og informasjonshåndtering. En skal avklare behov og forventninger hos mottaksbeboere, engasjere fastleger og ansatte i kommunehelsetjenesten og sørge for at lokalbefolkningen holdes informert om hva som skjer. Min erfaring er at lokalpressen kan være en viktig støttespiller i arbeidet med å spre informasjon, dempe fremmedfrykt og skape positive holdninger.

Flyktningssituasjonen har gitt norske kommuneleger og fastleger en bratt læringskurve i sitt møte med problemstillinger knyttet til smittevern, infeksjonsmedisin, allmenntilstand og allmenntilstand. Samtidig har den gitt oss verdifulle erfaringer med bruk av tolketjenester og nyttig lærdom om kultur så vel som medisin. Vi har fått befatning med et globalt sykdomsspekter og innblikk i migrasjonsmedisin.

Flere artikler i dette nummeret av *Utposten* gir innblikk i arbeidet med asylsøkere og flyktninger, vurdert fra hjelpeapparatet både lokalt og sentralt. Fastlege og smittevernlege Drude Bratlien beskriver virksomheten i ankomstsenteret i Sør-Varanger – et av de første stoppestedene for asylsøkere som kommer til Norge. Bratlien peker på tidspress, logistikkproblemer og manglende informasjonsflyt som store utfordringer i arbeidet med å få gjennomført lovpålagte helseundersøkelser og sikre asylsøkere adekvate helsetjenester. Overlege Trude Margrete Arnesen ved Folkehelseinstituttet meddeler parallelle utfordringer når hun beretter om hvordan nasjonale fagetater har samordnet innsatsen rundt informasjonshåndtering og smittevernrådgivning, for å løse det hun karakteriserer som en logistikkrisen i arbeidet med å ta imot tusenvis av asylsøkere på noen få måneder.

Når dette skrives har flyktningemigrasjonen i Skandinavia stagnert. Det skaper et tiltrengt pusterom til refleksjon – eller som fastlege og forsker Esperanza Diaz sier det i en kronikk i *Bergens Tidende*¹: en anledning til å evaluere hvordan vi jobber og hvordan vi organiserer våre tjenester, slik at vi kan få bedre evidens for å forstå hvilke tiltak som fungerer og hva som må til når vi skal ta imot flere flyktninger i årene som kommer. Diaz har rett når hun fremholder viktigheten av å evaluere. For ingenting tyder på at bølgen kommer til å stoppe med det første.

TOM SUNDAR

¹ Diaz E. Seks helsetiltak for flyktninger. *Bergens Tidende*, 16.1.2016. www.bt.no/meninger/kronikk/Seks-helsetiltak-for-flyktningene-3522687.html