

# Flere asylsøkere

## – utfordringer rundt logistikk og

■ TRUDE ARNESEN • Overlege dr.med., Avdeling for infeksjonsovervåking, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Høsten 2015 knaket det i sammenføyningene i det norske asylmottaksapparatet. Antallet asylsøkere pr. måned var mangedoblet i forhold til første tertial. Midt i november kom det flere asylsøkere på én uke enn i de første fire månedene til sammen. Over halvparten av de som kom til Norge i løpet av året var fra Syria og Afghanistan.



Jeg er blitt spurt om å beskrive arbeidet knyttet til økte ankomster av asylsøkere og komme med noen personlige betraktninger rundt dette.

Som overlege ved avdeling for infeksjonsovervåking på Folkehelseinstituttet (FHI), har jeg et særlig ansvar for tuberkulose. Plutselig var rutinemessig tuberkuloseundersøkelse av asylsøkere et hett emne. På høstferie med familien langt til skogs, ringte telefonen i ett sett. Jeg fant snart ut at det var på kontoret jeg ville være. Jeg sa farvel til familien, dukket ned i arbeidet og kom opp igjen ved juletid. Fordi tuberkulosekontrollen tradisjonelt har utgjort en så viktig del av helsevesenets kontakt med asylsøkere, ble jeg de første par månedene avdelingens kontaktperson også for annet arbeid knyttet til økte ankomster av asylsøkere.

### Smittefrykt og dugnad

Antallet asylsøkere pr. måned steg fra 500–600 de første fire månedene av 2015, til flere enn 8000 i både oktober og november (1). Avisforsidene formidlet bilder av asylsøkere som satt på gata og ventet på å bli registrert, og det var beretninger om farefull flukt, lidelser, hjelpevilje og dugnadsånd. Det var også reportasjer fra båter i Middelhavet der personer med fullt smittevern-utstyr sto klare til å hale asylsøkere ombord.

I avisenes kommentarfelt, i sosiale medier og gjennom forespørsler fra publikum, kom det fram at mange var redde for smitte. Noe av dette kom i fantasifulle former. For eksempel ble Folkehelseinstituttet spurt hvordan vi kunne garantere at smitte ikke ble overført i buss-setene. I enkelte henvendelser var det tydelig at smittefrykt og fremmedfrykt gikk hånd i hånd.

Gjennom våre internasjonale nettverk

◀◀ Førtimannstelt i Ankomstssenter Østfold.

FOTO: T. ARNESEN / MANIPULERT – ILL.: COLOURBOX

# smittevern



orienterte vi oss om at asylsøkere heller ikke denne gangen utgjorde noen smittefare av betydning for befolkningene de kom til. Infeksjonene de bringer med seg er i det store og hele vanlige forekommende, og i den grad de utgjør noen smittefare, er det overfor hverandre – fordi de bor tett sammen. Dette gjelder også for tuberkulose og hivinfeksjon som er de sykdommene som i Norge tydeligst har sammenheng med innvandring.

Våre budskap til de som var bekymret – i brev, telefon, på nett, i sosiale medier og i media – var dermed at det ikke var grunn til å være mer redd for asylsøkere enn for andre reisende, for eksempel turister.

## Nye ankomstsentre og midlertidige overnattingssteder

Det ble raskt lagt planer om å opprette et stort ankomstsenter i Råde, dimensjonert

for å kunne ta imot opptil 500 nyankomne asylsøkere pr. dag. 500 pr. dag tilsvarer 14 000 i måneden – dobbelt så mange som det bor i Råde kommune til vanlig.

Vi kontaktet kommuneoverlege Sarah Frandsen Gran og spurte om det var noe Folkehelseinstituttet kunne bistå med. Hun ville gjerne at vi skulle skrive et utkast til smittevernplan for leiren, som så kunne inngå i kommunens smittevernplan. En gruppe fra instituttet dro på befaring og vi skrev våre anbefalinger. Smittevernplanen ble senere gjort generell og lagt ut på instituttets nettsider slik at andre også kunne nyttiggjøre seg den. Senere besøk fulgte for å bistå med syndromovervåking, veggdyrbekjempelse og planlegging av vaksinasjon.

Da det senere ble etablert ankomstsenter i Sør-Varanger, ble vi invitert også dit for å rådgi kommunen om smitteverntiltak. Begge steder ble vi mektig imponerte over

hva dyktige folk i en liten kommune kan få til i en presset situasjon, og bekymret over at en så stor nasjonal oppgave kunne legges til en liten kommune uten mer robuste støttesystemer.

Den raske økningen i antall nyankomne asylsøkere førte til at Utlendingsdirektoratet måtte opprette mange improviserte mottak. Hoteller, campingplasser og lignende ble tatt i bruk, ofte med kort eller ingen frist for kommunen til å områ seg. Dette var en helt ny situasjon for kommunene. I tillegg var det innledningsvis lite og til dels motstridende informasjon om hva som skulle være kommunehelsetjenestens rolle i oppfølgingen av beboerne på akuttmottak, og hvilke rettigheter de nyankomne hadde til helsetjenester i Norge.

De ulike fasene av asylforløpet skiftet både navn og varighet i løpet av perioden. Faser som etter planen skulle være svært korte ble langvarige. Mange bodde på såkalte akutt plasser i månedsvis, og opphold på ankomstsentrene kunne også trekke ut. Med så store endringer i hva fasene innebar, var det ikke lenger et alternativ å gi smittevernråd knyttet til fase i asylforløpet. Man måtte snakke om tid hvis rådene skulle være meningsbærende, men det kunne fortsatt være vanskelig å tolke.

Folkehelseinstituttets råd for vaksinerings mot meslinger og polio var at vaksine skulle gis innen tre måneder, uavhengig av hvilken type mottak asylsøkeren befant seg på. For en kommunelede med ansvar for ett av flere stopp på vei mot bosetting i en kommune, kunne det være vanskelig å tolke om man hadde ansvar for å gi vaksine eller ikke, og om eventuell helsegevinst av tiltaket ville komme før eller etter at asylsøkerne hadde reist videre. Som jeg skal komme tilbake til, ble dette problemet forsterket av at informasjonsflyten ikke fungerte, slik at man ikke visste hva som var blitt gjort på forrige stoppested.

Uavsendte prøvesvar, Ankomstsenter Finnmark. FOTO: T. ARNESEN







Trangt mellom senger, Ankomstsenter Finnmark. FOTO: T. ARNESEN

### Tilpasninger som ble gjort

Fordi situasjonen i starten ble vurdert som en krisesituasjon, ba Helsedepartementet Helsedirektoratet om å koordinere innsatsen fra alle helseetater, inkludert Folkehelseinstituttet, og samordne informasjonen utad. Mye av arbeidet ved instituttet ble derfor å jobbe sammen med Helsedirektoratet og bidra i det arbeidet de koordinerte.

På Folkehelseinstituttets nettsider ble det laget egne temasider om asylsøkeres helse beregnet på kommunehelsetjenesten (2), der relevant informasjon ble samlet, oppdatert eller nyskrevet. Nytt informasjonsmateriale ble utviklet og noe oversatt.

På instituttet ble situasjonen oppfattet

mest som en logistikkriser, særlig med hensyn til informasjonsflyt, og avklaring av finansieringsansvar, mer enn en smittevernkriser. Våre faglige råd var i all hovedsak de vanlige rådene som gjelder for asylsøkere, og smitteverntiltakene basert på de samme prinsippene som til befolkningen for øvrig.

### Noen tilpasninger til den spesielle og pressede situasjonen ble gjort:

- Tuberkulosescreeningen ble forenklet ved at krav om screening for latent tuberkulose ble frafalt for asylsøkere som ikke kommer fra høyforekomstland, og utsatt i inntil tre måneder for de øvrige.
- Det ble gitt råd om isolasjonsbehov ved positivt røntgensvar som også skulle

passe til ankomstsentre med telt med 40 senger.

- Det ble tydeliggjort at det ikke var krav til MRSA-screening før tuberkuloseundersøkelse.
- Det ble anbefalt at alle barn under 15 som skulle bo i ankomstsentre der svært mange skulle bo svært tett skulle få tilbud om MMR-vaksine, og at øvrige asylsøkere skulle få tilbud om meslingeholdig og polioholdig vaksine innen tre måneder.
- Det ble anbefalt at minste avstand mellom senger i asylmottak skulle være en meter.

Vi opplevde stor etterspørsel etter rådgivning og informasjon, og i samarbeid med Helsedirektoratet, Smittevernlegene og NAKMI, ble det laget en heldagskonferanse om asylsøkeres helsebehov. I tillegg ble temaet tatt opp i ulike smittevernkonferanser i en rekke fylker.

### Asylsøkere og smittevern – noen refleksjoner

#### Asylsøkeres helsebehov er lite kjent

Selv om Norge i mange år har mottatt asylsøkere, er nyankomne asylsøkeres helsebehov noe vi vet forholdsvis lite om. Med dagens ordning er lovpålagt tuberkulosekontroll det eneste sikre kontaktpunktet mellom den nyankomne asylsøkeren og helsevesenet.

Asylsøkerne flyttes mellom flere bosteder og mottak, som ofte kan være institusjoner med kort levetid, og faller ut av våre systematiske kartlegginger av befolkningens helse fordi de ikke har fødselsnummer. Som nyankomne kjenner de lite til sine rettigheter og er i en svak posisjon for å målbare sine helsebehov.

Asylsøkere er i utgangspunktet en selektert gruppe. Det er generelt de friskeste og mest ressurssterke i en befolkning som tør å legge på flukt. De som har klart å ta seg helt fram til norskegrensa har i praksis bestått en styrkeprøve. Det er som å ha legekontoret i 10. etasje uten heis; bare de friskeste når fram.

På den andre sida vet vi at reisen for de fleste har vært en stor påkjenning, både fysisk og psykisk. De fleste har lidd store tap og har hatt en dramatisk reise. Noen har bodd lenge under kummerlige forhold og vært i situasjoner der infeksjoner spres lett. Med hensyn til tuberkulose har det vært hevdet at det å være asylsøker i seg selv gir økt risiko – enten for å bli smittet, eller for at en latent TB vil aktiveres. Selve det å være nyankommet asylsøker innebærer å være i en utsatt situasjon; man er på et

fremmed sted, med hele framtiden på spill, på de fremmedes nåde, og man kan være usikker på hvordan det vil slå ut på asylsøknaden hvis det i tillegg viser seg at man har en smittsom sykdom.

Det er ingen normering av helsetilbudet ved asylmottak, og tilbudet varierer svært fra kommune til kommune. Noen steder er det velfungerende flyktningehelseteam som innkaller alle til en grundig gjennomgang av helsemessige forhold, andre steder må de nyankomne selv oppsøke den hjelpen de trenger. Det har lenge vært anbefalt at kommunen tilbyr en førstegangs helseundersøkelse som beskrevet i Helsedirektoratets veileder IS-1022, men det er ikke gjennomført alle steder. I hvilken grad retten til helsehjelp blir en reell tilgang til slik hjelp, vil derfor variere mye.

#### **Rutinemessig tuberkulosekontroll**

Tuberkuloseundersøkelse ved ankomst er pr. i dag lovpålagt for alle asylsøkere og flyktninger, uavhengig av fødeland. Det er også pålagt for andre grupper av innvandrere som skal være over tre måneder i Norge hvis de kommer fra et land med en forekomst av tuberkulose som er høyere enn 40/100 000.

I 2014 var bare 22 av totalt 314 tuberkulosepasienter meldt til MSIS født i Norge. For 2015 er det foreløpig meldt 301 tilfeller av tuberkulose sykdom. Av disse er 90 prosent født utenfor Norge. 135 har bakgrunn som asylsøkere. 76 av asylsøkerne (hvorav åtte syriskfødte) ble diagnostisert i forbindelse med rutineundersøkelse ved ankomst. Dette tilsvarer en forekomst på ca. 250 tuberkulosestilfeller pr. 100 000 asylsøkere til Norge, hvilket klassifiseres som svært høy – langt høyere enn forekomsten i de respektive fødelandene. Tilsvarende er det ved rutinemessig screening for tuberkulose blant syriskfødte asylsøkere til Norge funnet en forekomst tilsvarende 80/100 000, hvilket er høyere enn WHO's gjeldende estimat for befolkningen i Syria – som er 18/100 000. Til sammenligning er forekomsten i Norge 6/100 000, og i den norskfødte befolkningen under 1/100 000.

Det er altså klart at tuberkuloseforekomsten i Norge har nær sammenheng med innvandring fra høyforekomstland. Samtidig som det er viktig å understreke at tuberkulose er en relativt lite smittsom sykdom som i liten grad smitter andre enn de nærmeste kontaktene. Vanligvis regner vi med at kun de som har vært i «taleavstand» i over åtte timer til en som har smittsom lungetuberkulose som smitteutsatt. Av de smitteutsatte vil de færreste bli smittet, og av de som er smittet vil bare fem til ti pro-

sent utvikle tuberkulose i løpet av livet. Man skal derfor ha skikkelig uflaks for å få tuberkulose etter tilfeldig kontakt med en som har sykdommen.

Tuberkuloseundersøkelsen består i dag av lungerøntgen og en blodprøve (IGRA). Dersom det kommer pålegg om at alle nyankomne skal tilbys en helseundersøkelse (slik det blant annet er i Sverige og Danmark), er det Folkehelseinstituttets vurdering at screening for latent tuberkulose med IGRA kan flyttes fra ankomstfasen og heller inkluderes i denne helseundersøkelsen. Da kan undersøkelse for latent tuberkulose gjøres frivillig og mer målrettet, og prøvesvar vil følges opp av den som har rekvirert prøven. På den annen side vil dekningsgraden antakelig gå ned, og man vil miste de stordriftsfordelene man har ved å gjøre det sentralt. Før en varig endring kan skje må det etableres et fast kontaktpunkt som IGRA-testen kan flyttes til.

Tuberkulose screening forutsetter – som et hvert annet tiltak – at man vet hvor den som skal undersøkes oppholder seg, og at man kan finne tilbake til denne personen når prøvesvarene er klare og skal følges opp. Det ble i løpet av høsten 2015 tydelig at det slett ikke alltid var kjent hvor asylsøkerne var sendt. Dette burde skapt oppstuss av flere andre grunner også, men ettersom det er tuberkulosekontrollen som er lovpålagt, er spørsmål om informasjonsoverlevering i noen grad blitt «hengende på» den.

#### **Informasjonsoverlevering uten felles ID-nummer – en sisyfosoppgave!**

Helseinformasjon, blant annet resultat av TB-undersøkelsen, skal i prinsippet følge asylsøkerne ettersom de flyttes fra sted til sted i landet. Dette er viktig av beredskaps-hensyn og for asylsøkernes generelle pasientsikkerhet, ikke bare for tuberkulose screeningen.

Politiets utlendingsenhet, Utlendingsdirektoratet, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og de ulike private og offentlige mottaksoperatører må være sikre på at de snakker om samme person. Dette er svært vanskelig uten et felles identifikasjonsnummer og uten journalsystemer som snakker sammen. Samme person har gjerne vært registrert med ulike varianter av navn, fødselsdatoer, hjelpenummer, og saksbehandlingsnummer ulike steder. Til og med telefonnummeret har en tendens til å forandre seg flere ganger det første året!

Tuberkulose screeningen har vært våket over av tuberkulosekoordinatorer som har bidratt til at systemet likevel har fun-

gert noenlunde vel. Men det som gikk med et nødsrik med 500 ankomster i måneden, ble uhandterbart med 8000 ankomster.

Utover høsten kom det meldinger om meterhøye bunker av prøvesvar som ikke kunne sendes ut fordi ingen visste hvor asylsøkerne hadde reist. Vi hørte om asylsøkere som ble sendt videre før undersøkelser var tatt, og om andre tilfeller der prøvene ble tatt dobbelt fordi prøvesvarene ikke forelå.

#### **Krise – en anledning til forbedring**

I en krise ligger det et potensial for å presse fram nye løsninger. Det løfterike i dagens situasjon er at aktører på høyt nivå, på tvers av samfunnssektorer, har satt av tid og ressurser til å løse problemer som lenge har vært kjent, men som ikke har vært prioritert.

For å få til en fungerende informasjonsflyt i asylkjeden og et forsvarlig minstemål på helsetilbud til asylsøkere underveis, trenges et nært samarbeid mellom forskjellige institusjoner som har ulike interesser og separate budsjetter. Alle samfunnsmedisinere vet at dette er oppoverbakke.

Et eksempel på dette er at Skatteetaten nå setter av ressurser til å dele ut D-nummer («midlertidig personnummer») allerede ved ankomst. D-nummer vil kunne brukes av alle involverte instanser og inneholder også informasjon om fødselsdato, i motsetning til UDIs saksbehandlingsnummer (DUF-nummeret) som også kunne brukes. UDI har utnevnt helseansvarlige, og har avsatt personer til å gi informasjon fra sitt datasystem til helsepersonell som skal videresende prøvesvar.

I Helsedirektoratet er det blitt nedsatt flere arbeidsgrupper, blant annet én for å forbedre informasjonsoverleveringen for asylsøkere, en for avklaring av finansiering og en annen for hurtigoppdatering av veileder IS-1022.

Jeg håper, tror og krysser fingrene for at trykket i logistikkrisen høsten 2015 vil presse fram bedre systemer for informasjonsoverlevering og et tydeligere minstemål for helsetilbud til nyankomne slik at vi neste gang klarer å følge opp de nyankomne bedre, med mindre slitasje og frustrasjon for helsepersonell.

#### **REFERANSER**

1. [www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/](http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/)
2. [www.fhi.no/tema/asylsokeres-helse](http://www.fhi.no/tema/asylsokeres-helse)

■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO