

Flyktningstrømmen over akuttmottaket i Kirkenes

■ DRUDE BRATLIEN • Fastlege og smittevernlege i Sør-Varanger kommune

Sommeren og høsten 2015 opplevde Norge, som mange andre land i Europa, en betydelig økning i asylsøkere – spesielt fra Syria. Presset på grenseovergangen i Storskog i Finnmark ble etter hvert så vanskelig å håndtere at myndighetene anmodet Sør-Varanger kommune om å opprette en ankomsttransitt.

Langs Norges yttergrense, Schengengrensen, i nordøst mot Russland ligger Sør-Varanger kommune (SVK). Det har i lang tid vært innvandring over denne grensen, og asylsøkere har ikke vært uvanlig. Antallet asylsøkere via Storskog har imidlertid vært håndterbart for politiet og de ulike kommunale tjenester, inkludert helsetjenesten, har vært lite berørt. Asylsøkerne har blitt registrert hos Politiets utlendingsenhet (PU) og satt på fly sørover for mottak i en av de store ankomsttransittene.

Køyesenger på akuttmottaket.



Sommeren 2015 etablerte politiet kontakt med de ulike kommunale tjenestene som måtte involveres. Flykningstjenesten og helsetjenesten måtte bidra, men med hva? Hvor og når? Niende september inviterte politiet til møte med de berørte parter i kommunen, 11. september gjorde kommunen det samme, 22. september besluttet formannskapet å opprette et akuttmottak i kommunen og 24. september kom de første asylsøkerne til det kommunale mottaket.

Hvorfor Sør-Varanger kommune?:

På slutten av 90-tallet var kommunen i en lignende situasjon. Det ble på kort tid etablert en «luftbro» fra Kosovo til Kirkenes. Flyene hadde med seg flyktninger fra krigen på Balkan.

Leder av flykningstjenesten, kommuneoverlegen og andre i den kommunale tjenesten var med den gang – det fantes altså kompetanse og erfaring. Gamle dokumenter ble kostet støv av. «Fjellhallen transittmottak» ble etablert i løpet av en uke. Den samme hallen som ble brukt på

90-tallet. Dette er en idrettshall som til daglig brukes både av skole og idrettslag.

Helsetjenesten i vår kommune har 50 prosent stilling som sykepleier samt 15 prosent legestilling for bosatte flyktninger. Alle fastlegene er private med tilpliktet 20 prosent kommunal bistilling (sykehjem, skolehelsetjeneste, turnuslegeveiledning). Sykehjemmene bruker vikarbyrå for å dekke opp vanlig drift på sykepleiersiden. Med andre ord, vi hadde lite personell, og vi trengte flere på plass i løpet av få dager.

Kommunen selv skulle være driftsoperatør. På legesiden ble det etablert noen ekstra stillingsprosenter her og der. Involverte leger var fleksible og ville gjerne at vi skulle klare dette. Det ble etablert legetilsyn daglig på ukedagene, bakvakt kveld og helg. Sykepleier var tilstede i transittmottaket kl. 08.00–22.00 alle dager.

Som smittevernlege ble jeg tidlig tatt med i prosessen. Jeg hadde sett for meg at det over noen måneder kunne etableres et system for helsetjenester. Mye måtte på plass: TBC-screening, planlegging av øvrige helsetjenester, vurdering av smittevern

Legeskjortet i fjellhallen.



Bagasjen fryses.



Storskog og



på innkvarteringsplassen etc. Det ble en brå oppvåkning, vi fikk i realiteten tre dager på oss før de første asylsøkere var på plass i transittmottaket. Det var bare å brette opp ermene!

På befaring

Jeg har fra tidligere et tett og godt samarbeid med TBC-koordinator og hygiene-sykepleier ved Kirkenes sykehus. Sammen var vi på befaring i transittmottaket før det åpnet, vi kom med innspill og svarte på spørsmål om smittevern. Vi opplevde at ledere og personale var svært interessert i å få til gode og sikre løsninger – alle jobbet mot samme mål og det man ikke hadde på plass fant man raskt løsninger for.

Konkrete tiltak innen smittevern var å sette opp rikelig med spritdispensere, plakater om håndhygiene, om bruk av toaletter og om hygiene. Det ble skaffet madrastrekk, mat i single pakninger (kald mat), frysning av klær, arbeidsklær til de ansatte, etablering av renholdsrutiner (med ekstra renhold på toaletter), plan for kohort-isolasjon og tilbud om Boostrix-vaksine til alle ansatte.

DUF-nummer til besvær

Lovpålagt TBC-screening med IGRA-prøve og rgt.thorax måtte avtales med sykehuset.

Første utfordring ble å finne et system for rekvirering og mottak av svar. Alle datasystemer i helsetjenesten, både kommunalt og på sykehus trenger en ID som ligner på personnummer, altså fem sifre etter fødselsdato. Asylsøkerne får et asylantkort når de registreres hos PU, og de får tildelt DUF-nummer (Dataselement for Utlendinge- og Flyktningsaker), et nummer som ikke kan brukes i noen type datasystem hos helsetjenesten, nummeret er kun beregnet for UDI sitt system – Sesam.

Løsningen ble å ta kopi av alle asylantkortene, sende dem i en stor bunke til røntgenavdelingen som så registrerte disse direkte som en rekvisisjon. Samme fremgangsmåte ble benyttet ved blodprøven (IGRA).

Vi tenkte at denne løsningen var vannrett, men vi har dessverre mange eksempler på forviklinger pga. ulike hjelpenummer, feil på asylantkort, forvirring om hva som var for- og etternavn, og om det var mann eller kvinne. Noen var til røntgen thorax tre ganger med ulike navn og nummer.

Å være tilstede

Vi var ganske usikre på hvilke andre helsetjenester som var lovpålagte og nødvendige ved et mottak der asylsøkerne kun skulle være i 24–48 timer. I prinsipper fant vi ut at det kun er øyeblikkelig hjelp som

må være på plass, og erfaringene fra 90-tallet var at legevakta fikk det travelt.

Vi valgte derfor å ha en sykepleietjeneste som et lavterskeltilbud i transittmottaket på dagtid og kveld.

I starten (første to til tre uker) hadde sykepleier helsesamtale med alle asylsøkere, dette for kartlegging av alvorlig sykdom, behov for medisiner, gravide eller personer med spesielle helseutfordringer som krevde melding til UDI om behov for bosetting på sted med spesiell kompetanse.

Vi opplevde at mange hadde god helse, få hadde behov for noe der og da, få brukte medisiner. Man kan diskutere om det var feil bruk av ressurser, vi hadde jo på ingen måte for mye personale. Konklusjonen ble at helsesamtalene var svært nyttige, men tidkrevende selv om vi utarbeidet en forenklet utgave av samtalen anbefalt i Helse- og sosialdepartementets veileder. Vi fikk da vite om de som trengte litt ekstra oppmerksomhet eller skjerming. Sykepleierne ble en viktig gruppe i mottaket, mange bekymringer ble nok mindre ved mulighet for en prat, en Paracet, eller rett og slett et smil og det å ha tid, være tilstede.

Fra kontroll til kaos

Vi klarte å etablere systemer på kort tid, men mye måtte justeres og mange beskjeder gikk frem og tilbake via post-it lapper,



Smitteisolat.



Kombinert mat- og sovesal.

Slik så det ut i fjellhallen.



mail, sms og telefoner, til alle døgnetts tider. Men systemet fungerte, så alle fikk den lovpålagt TBC-screening og i tillegg en kartlegging av eventuelle medisinske utfordringer.

Avtalen mellom SVK og UDI var at Fjellhallen skulle klare å huse inntil 150 asylsøkere i maksimum tre til fire dagers opphold før videresendelse til avlastningsmottak i andre kommuner. Det var altså planlagt for inntil 50 personer inn/ut av transitten pr. dag. Da vi startet i uke 39 gikk dette ganske greit, det var ca. 120 asylsøkere over grensen den uken. Uke 40 var tallet ca. 250 og allerede da merket vi at UDI hadde problemer med å få fraktet asylsøkerne videre til andre kommuner. Da ankomsttallene for uke 41 var i underkant av 400 måtte man ta i bruk hoteller og alternative overnattingsplasser. Et privat drevet avlastningsmottak ble etablert og på det tidspunktet var det folk i Fjellhallen som hadde vært der i åtte til ti dager, noe som ikke hadde vært den opprinnelige planen.

Fra uke 42 til 44 økte ankomstene ytterligere fra 500 til ca. 800 og det ble mer eller mindre kaos når det gjaldt å skaffe overnattingsplasser, klær og mat.

I prinsippet hadde ikke helsetjenesten noe å gjøre med asylsøkerne bortsett fra ved akutt sykdom og behov for legevakt. Vi hadde ingen oversikt over hvor mange de var, hvem de var eller hvor de var. I prinsippet var asylsøkerne PU/UDI sitt ansvar til de kom til transittmottak. UDI hadde store utfordringer med å finne løsninger for hvor de kunne sende asylantene. Situasjonen ble så prekær at man til slutt måtte sende ut store grupper uten de hadde vært i transitt i vår kommune.

Dermed var det kaos både med hensyn til TBC-kontrollen og den videre oppfølging. Både helsetjenesten og driftsoperatør meldte til UDI at klar beskjed om hvem som hadde gjennomført TBC-kontroll var viktig å gi til ankomstkommunene, en anbefaling som ikke alltid ble fulgt.

Resultatet ble busser og fly med blandede grupper hvor noen hadde gjennomgått TBC-screening og hvor alt var klarert, noen hadde gjort undersøkelser, men var ikke klarert fordi svar manglet, og atter andre hadde ikke vært til slik undersøkelse i det hele tatt. Når asylantene så kom frem til ny kommune og nytt mottak visste ingen hvem som hadde gjort hva.

Dårlig utnyttelse av ressurser

Dette medførte en strøm av telefoner fra kommuner som etterlyste svar. På det tidspunktet hadde det totale antallet personer

gjennom kommunen kommet opp i ca. 2000 og antallet som hadde gjennomført TBC-undersøkelse var ca. 1000–1200 – alle svar var papirkopier, det var ingen elektronisk database hvor man kunne søke. Det ble altså svært vanskelig å besvare disse spørsmålene.

Vi hadde ansvar for å videresende alle svar til ny ankomstkommune. Alle IGRA-svar kom etter åtte til ti dager så nesten alle måtte sendes pr. post. Da oppstod et stort problem; vi klarte ikke å finne ut hvor asylantene var. Det var to grunner til dette: UDI hadde ikke selv oversikt pga. etterslep i registreringen, og vårt helsepersonell fikk ikke tilgang i UDI-systemet Sesam. Argumentet for å ikke få tilgang var hensynet til personvernet – et argument det var vanskelig å forstå for oss.

I praksis har dette medført unødvendig bruk av ressurser i mange kommuner. Mange har vært til ekstra røntgen og IGRA fordi man ikke vet hvor svaret er eller om undersøkelse i det hele tatt er gjort. Vi sitter fortsatt med åtte store permer med svar på undersøkelser vi ikke får distribuert fordi vi ikke vet hvor den enkelte asylsøker oppholder seg.

PU har gjennomført en storstilt utsendelse av asylsøkere som er vurdert ikke å trenge beskyttelse, men vi får ikke tilgang til lister over disse, så svar kan sorteres ut – også det på grunn av personvern.

Måten dette er håndtert på og fortsatt håndteres på er kritikkverdig. Å kreve at kommunene gjennomfører lovpålagte undersøkelser som de i etterkant ikke har anledning å følge opp er vanskelig å forstå og leve med.

Grunn til smittefrykt

Fant vi så noen med tuberkulose? Ja, det gjorde vi.

Vi har hatt innlagt 15–20 asylsøkere på Kirkenes sykehus for indusert sputumprøve etter suspekterte rgt.thorax og mulige symptomer. Det er svært krevende for et lite lokalsykehus med 40 senger, intet luft-smitteisolat og kun mulighet for etablering av kontaktsmitteisolat ved behov. En av asylsøkerne hadde positiv ekspektoratprøve for syrefaste staver og ble overflyttet til Universitetssykehuset i Tromsø for videre behandling. Øvrige er utskrevet og antas å ikke ha smitteførende tuberkulose, men de kan fortsatt ha tuberkulose. Videre utredning er neste kommune sitt ansvar, noe som er krevende når svar mangler.

Men historien om TBC slutter ikke her. På to av busstransportene som UDI iverk-

satte raskt, befant det seg to personer med smitteførende TBC. De er i etterkant blitt avdekket i neste oppholdskommune, men har medført ganske store og ressurskrevende smitteoppsporinger. Pasientene får behandling i spesialisthelsetjenesten mens kommunene sammen med TBC-koordinatorer må nøste opp i smitteoppsporing med over 100 personer involvert.

Formålet med TBC-screening er å avdekke smitteførende TBC kort tid etter innreise til Norge (innen to uker). Kommunene gjør her en stor innsats, men dette er krevende på grunn av ulike registreringssystemer, særlig vanskelig har altså UDI sitt system vist seg å være.

En krevende øvelse i logistikk og samhandling

Etter noen nokså kaotiske uker ble det klart at 150 transittplasser var for lite. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) ble koblet inn for etablering av et større ankomstsenter i vår kommune. Planen var et senter i stil med senteret på Råde, men noe mindre og med lokal tilpassing.

Jeg ble tidlig en del av prosjektgruppen og som privat fastlege med 30 prosent kommunal stilling strakk ikke tiden helt til. Fra den ene dag til den andre måtte mine kolleger ta over mange av mine fastlegeoppgaver mens jeg jobbet med helsetjenesten i det nye ankomstsenter. DSB og prosjektledelsen var målrettet og flinke til å lytte og sette ting i system. Jobben var tidkrevende, og å samarbeide med så mange etater med ulike interesser og i så høyt tempo, var utfordrende.

Helsetjenesten knyttet til Fjellhallen transitt hadde på kort tid lært seg fleksibilitet og kreativitet. De ansatte var løsningsorienterte – til tross for stort arbeidspress og mangel på ressurser. Det var derfor bra at helsetjenesten flyttet med til det nye «Ankomstsenter Finnmark», men her opphører også enhver sammenligning med Fjellhallen. Nå skulle det drives transittmottak i stor stil med privat driftsoperatør. Det tette samarbeidet vi hadde mellom ulike yrkesgrupper i Fjellhallen var borte; mangel på tydelig ledelse og felles forståelse for oppgaver opplevde vi i helsetjenesten som hovedutfordringene.

I planleggingsfasen fikk smittevernet sin plass; ting var planlagt etter anbefalinger, men ble dessverre nedprioritert straks sentret åpnet. Etter bare 10 dagers drift sendte jeg bekymringsmelding til fylkeslegen om de sanitære forhold og fortsatt manglende kontroll på TBC-undersøkel-

ser. Bekymringsmeldinger ble også sendt fra barnevernet og Mattilsynet, noe resulterte i en lang prosess med avklaringer og justeringer med hjelp fra Helsedirektoratet og Fylkesmannen.

Vi savnet fokus på kvalitet og stabilitet, og vi skulle gjerne sett helsetjenesten som likeverdig samarbeidspartner rundt asylsøkerne.

Vi gjør så godt vi kan

Fra 1. desember stoppet plutselig strømmen av asylsøkere over vår grensestasjon. Dette som følge av politiske vedtak sentralt. Status til ankomstsenteret ble dermed uavklart. Vi håpet og anbefalte at man tømte senteret, fikk nullstilt situasjonen og rettet på systemer og rutiner som hadde haltet. Etterhvert ble sentret også tømt, for deretter å få annen funksjon: midlertidig opphold før uttransportering av asylsøkere uten behov for beskyttelse.

Helsetjenestens rolle ble endret til bare å omfatte behov for øyeblikkelig hjelp. I dag har vi ingen rolle i ankomstsenteret, men vi fortsetter jobben med å spore opp asylsøkere, sende ut brev som kommer i retur, svare på henvendelser samt hjelpe til så godt vi kan.

Loven pålegger kommunene å sørge for helsetjenester til ALLE som oppholder seg i kommunen. Det betyr at dersom det opprettes et mottak, plikter kommunen å stille med helsetjenester fra dag 1. Dette tror jeg mange kommuner har fått kjenne på i høst og vinter; mottak har dukket opp på skoler, hoteller, campingplasser etc.

I vår kommune fikk vi allerede tidlig opprettet et avlastningsmottak hvor det var forespeilet at asylsøkere skulle oppholde seg i åtte til ti dager, men slik ble det ikke. Det er nå (januar 2016) ca. 150 personer i dette mottaket – noen har vært der i snart tre måneder. Disse asylsøkerne trenger dermed videre oppfølging med tilbud om vaksinasjon, helsestasjonskontroller, legetjenester og også et skoletilbud.

Vi var heldige da ankomstsenteret raskt ble tømt og vi kunne omfordele sykepleiere og leger til mottaket. Slik fikk lengeboende asylsøkere et bedre helsetjenestetilbud.

ØVERST:
Håndvask er viktig

MIDTEN:
Hygieneråd

NEDERST:
Sykepleiere på jobb



I mange kommuner sliter man med å skaffe tilstrekkelig personell til helsetjenesten, det gjelder både sykepleiere og leger. Å få «pålagt» en oppgave over natten med å etablere helsetjenester til et asylmottak er svært krevende for de fleste kommuner. Hvis man på sikt ønsker kvalitet i helsetjenesten bør man fra sentralt hold vurdere løsninger som ikke presser den enkelte kommune ressursmessig, i den grad man har sett under denne flyktningkrisen. Det bør være en form for avtale eller regulering mellom UDI og kommunene før private mottak etableres, slik at kommunene kan levere gode og tilstrekkelige helsetjenester. Helsetjenesten bør «løftes opp og inn» som en del av tjenesten rundt asylsøkerne, på lik linje med PU og UDI.

Man bør få datasystemer som gjør det mulig for UDI og helsetjenesten å samarbeide. Funksjonelle IT-løsninger for samhandling og flyt i informasjon mellom samarbeidspartnere og ulike deler av helsetjenesten bør være et nasjonalt ansvar.

Dette er helt nødvendig for å unngå en ny logistikkutfordring som den vi opplevde i høst.

Bare negativt?

Nei på ingen måte – dette har vært en fantastisk reise sammen med kjente, men også nye, og det har vært mange spennende utfordringer og nye måter å jobbe på.

At Sør-Varanger kommune får plass på riksdekkende nyheter flere ganger i uken, har jeg ikke opplevd tidligere. Besøk av statsminister og Kong Harald hører også med.

Å jobbe i team med DSB på et stort prosjekt var en erfaring jeg ikke ville vært foruten.

Som smittevernlege har jeg også vært invitert til konferanser ved FHI og Hdir, mange har vært interessert i å høre vår historie.

Ingen vet hva som skjer fremover

Hvordan skal kommunen planlegge videre? Det vet vi lite om, men det vi vet er at

man ikke bør være uforberedt. Man bør bruke rolige perioder til å planlegge, sikre seg tilstrekkelige ressurser som fort kan settes inn om ny asylantstrøm skulle oppstå. Mange spår at dette vil skje igjen snart – kanskje allerede til våren?

Pr. medio januar står Ankomstsenter Finnmark tomt. Hva det skal brukes til diskuteres allerede. Det er viktig å tenke klokt og bruke de erfaringer og den kompetanse vi har ervervet til å planlegge for neste «asylantstrøm» og styrke samarbeidet i flere ledd.

Mye av dette kan kommunen jobbe med, men man får det ikke til uten tydelig ledelse. Helsetjenesten må gis sin plass og sin rolle, noe jeg mener er et nasjonalt og politisk ansvar.

Vi kan få til mye sammen, men da trenger vi tydelige nasjonale føringer og hjelp og støtte til kommunen. Kommer dette på plass, vil jeg også bli med på neste «reise».

■ DBR@SVK.NO