

Krevende øvelse i samhandling og logistikk

Sommeren og høsten 2015 opplevde Norge, som mange andre europeiske land, en betydelig økning av asylsøkere. Helsetjenesten i Sør-Varanger kommune fikk særlig merke dette.



MULTIETNISK PERSONALGRUPPE: 37 nasjonaliteter var innom Fjellhallen i løpet av 50 dager. Det var en stor fordel å ha personale som snakker arabisk, dari, farsi, russisk mm. Foto: Drude Bratlien

Presset på grenseovergangen i Storskog i Finnmark ble etter hvert så vanskelig å håndtere at myndighetene anmodet kommunen om å opprette en ankomsttransitt. I løpet av kort tid ble «Fjellhallen transittmottak» – til daglig en idrettshall med mange ulike brukere – etablert.

Kommunen hadde erfaring med å ta i mot store grupper flyktninger fra krigen på Balkan på 90-tallet. 24. september i fjor kom de første asylsøkerne til det kommunale mottaket.

Drude Bratlien er fastlege og smittevernlege i Sør-Varanger kommune.

– Jeg ble som smittevernlege tidlig tatt med i prosessen, men hadde nok sett for meg at vi over noen måneder kunne etablert et system for helsetjenester. I realiteten fikk vi kun tre dager på oss før de første asylsøkerne var på plass i transittmottaket, sier hun.

– Det var bare å brette opp ermene.

Kommunen hadde lite personell og måtte få på plass flere i løpet av få dager. I Sør-Varanger har helsetjenesten én 50 prosent stilling som sykepleier samt 15 prosent legestilling for bosatte flyktninger. Alle fastlegene er

private med tilpliktet 20 prosent kommunal bistilling.

På legesiden ble det etablert noen ekstra stillingsprosenter. Legene var fleksible og

«Å få «pålagt» en oppgave over natten med å etablere helsetjenester til et asylmottak er svært krevende for de fleste kommuner»

Drude Bratlien

ville gjerne få dette til. Det ble etablert daglig legetilsyn på ukedagene med bakvakt

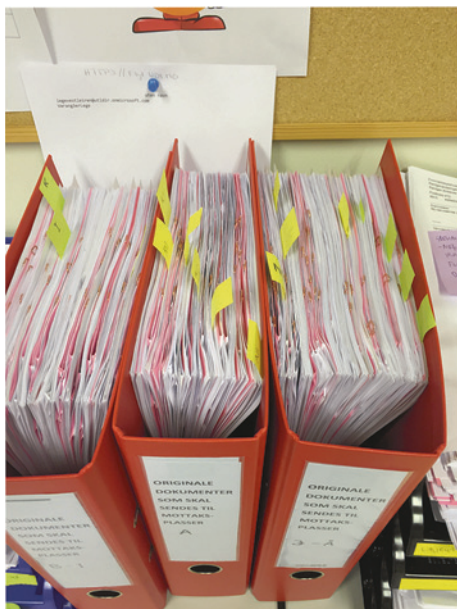
kveld og helg. Sykepleier var til stede i transittmottaket.

– Alle jobbet mot samme mål og de klarte å etablere systemer på kort tid. Mye måtte justeres, men systemet fungerte, slik at alle fikk den lovpålagte TBC-screeningen, og i tillegg en kartlegging av eventuelle medisinske utfordringer.

Tiltak mot smitte

– Fant vi så noen med tuberkulose? Det gjorde vi. 15–20 asylsøkere har vært innlagt på Kirkenes sykehus. Det er svært krevende for et lite lokalsykehus med 40 senger, uten luftsmitteisolat og kun med mulighet for å etablere kontaktsmitteisolat ved behov.

Drude Bratlien forteller at de 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 prinsippet fant de ut at det kun er øyeblikkelig hjelp som må være på plass. De valgte derfor å ha en sykepleietjeneste som et lavterskeltilbud i transittmottaket på dagtid og kveld. Sykepleierne ble en viktig gruppe i mottaket,



LOGISTIKK: Fra v. Permer med IGRA og røntgen-svar, hvor er folk? ingen vet? Mor og barn i oppholdsområdet i Fjellhallen og sko fra Sparkjøp klare til utlevering. Fra første uke da de ennå ikke hadde mottatt «standard-pakker» med klær og sko søftra. Foto: Drude Bratlien

mange bekymringer ble nok mindre ved mulighet for en prat, en paracet, eller rett og slett et smil, å ha tid og være til stede.

– Vi erfarte at mange hadde god helse, få hadde øyeblikkelig behov og få brukte medisiner.

Økt antall ga nye utfordringer

Situasjonen endret seg med økende antall ankomster. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) ble koblet inn for

etablering av et større ankomstsenter i kommunen.

– Jeg ble tidlig en del av prosjektgruppen. Det var bra at helsetjenesten flyttet med til det nye «Ankomstsenter Finnmark». Men det var tidkrevende og utfordrende å samarbeide med mange ulike etater med ulike interesser og i et høyt tempo. Det tette samarbeidet vi hadde mellom ulike yrkesgrupper i Fjellhallen var borte. Der hadde vi på kort tid lært å være fleksible, løsningsorienterte og kreative – til tross for stort arbeidspress og mangel på ressurser.

Hovedutfordringene Bratlien og helsetjenesten opplevde på det nye senteret var mangel på en tydelig ledelse og felles forståelse for oppgaver.

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

Krevende logistikk

Alle datasystemer i helsetjenesten trenger en ID som likner på personnummer. Asylsøkerens DUF-nummer (Datasegment for Utlendings- og Flyktningsaker), kan ikke brukes i noen type datasystem hos helsetjenesten.

– Problemet var imidlertid at vi ikke klarte å finne ut hvor asylantene var. Det var to grunner til dette: UDI hadde ikke selv oversikt pga. etterslep i registreringen, og helsepersonellet fikk ikke tilgang til UDIs

system. Argumentet var hensynet til personvernet, noe vi syntes var vanskelig å forstå. I praksis har dette medført unødvendig bruk av ressurser i mange kommuner. 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.

Loven pålegger kommunene å sørge for helsetjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Opprettes det et mottak, plikter kommunen å stille med helsetjenester fra dag en.

Når jeg ser tilbake har det vært mange spennende utfordringer og nye måter å jobbe på. Det har vært en flott reise sammen med kjente, men også nye. Å jobbe i team med DSB på et stort prosjekt var en erfaring jeg ikke ville vært foruten. Mange har også vært interessert i å høre vår historie. Vi kan få til mye sammen, men da trenger vi tydelige nasjonale føringer og hjelp og støtte til kommunen.

I Utposten nr. 1/2016 har Drude Bratlien er fyldig artikkel med tittelen *Flyktningsstrømmen over Storskog og akuttmottaket i Kirkenes*. Artikkelen kan leses her: www.utposten.no

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



TOK ANSVAR: Smittevernlege Drude Bratlien. Foto: Lise B. Johannessen