



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Norges Arktiske Universitet

Organisering av flyktingehelsetjenester under flyktingkrisen 2015-2016

Hvordan primærhelsetjenesten håndterte et uventet, økt antall flyktinger i en nord-norsk kommune

Fredrik Bain

MED-3950 masteroppgaven/kull 2014

Tromsø: Profesjonsstudiet i medisin juni 2019

Det helsevitenskapelige fakultet



Forordet

Målet med denne oppgaven har vært å undersøke nærmere hvordan en kommune i Nord-Norge valgte å håndtere den plutselige og økte mengden flyktninger og asylsøkere sent på høsten i 2015 og begynnelsen av 2016. Jeg håper oppgaven kan gi kommuner i Norge kunnskap om det å håndtere en slik hendelse, slik at man i større grad står rustet til å håndtere lignende situasjoner i fremtiden.

Det er opp til hver enkelt kommune å avgjøre hvordan helsetjenestene skal tilbys. Flere kommuner som tar imot flyktninger og asylsøkere har eget helsepersonell som utgjør en egen flyktningehelsetjeneste eller at oppgavene fordeles på den øvrige primærhelsetjenesten.

Senhøsten 2015 opplevde flere kommuner et uventet økt antall flyktninger og asylsøkere med uavklart smittevernsstatus. Gjennom arbeidet med oppgaven, har målet vært å undersøke hvilke tiltak og organisering kommunen opprettet, og i hvilken grad det fungerte.

Denne oppgaven er valgt ut i fra mine egne erfaringer som student i allmennpraksis, mine egne reiseerfaringer og den informasjonsstrømmen som har vært rundt emnet. Oppgaven gir meg innblikk i andre medisinske og samfunnsmessige utfordringer enn sirkelen sykehus, pasienter og allmennpraksis. Det vil i fremtiden være viktig å ha kunnskap om dette temaet.

Denne oppgaven har ikke mottatt noen form for ekstern finansiering. Heller ingen eksterne medarbeidere har deltatt i arbeidet og utformingen av oppgaven.

Jeg vil takke kommuneoverlegen, flyktningesykepleieren, allmennlegen og mottaksleder som tok seg tid i en hektisk hverdag til å la seg intervju om kommunens organisering og helsehjelp til flyktninger.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min veileder, Torsten Risør, allmennlege og førsteamanuensis ved ISM, som har brukt mye tid på å gi god veiledning og gode innspill under utformingen av oppgaven.

Tromsø juni 2019

Fredrik Bain



Innholdsfortegnelse

Forordet	1
2.0 Sammendrag.....	1
3.0 Innledning.....	2
3.1 Begrepsavklaringer.....	3
3.2 Eksisterende viten / teori	4
3.2.1 Bakgrunn.....	4
3.2.2 Innvandring til Norge.....	4
3.2.3 Innvandring til kommunen.....	5
3.3 Problemstillingen	7
3.4 Hvorfor denne oppgaven?.....	8
3.5 Begrensning av oppgaven.....	9
4.0 Material og metode	10
5.0 Resultater	12
5.1 Intervjuer	12
5.1.1 Intervju med kommuneoverlegen.....	13
5.1.2 Intervju med flyktningsesykepleier.....	14
5.1.3 Intervju med erfaren allmennlege.....	15
5.1.4 Intervju med mottaksleder for hotellene	16
5.2 Språkbarrierer og tolkeutfordringer.....	17
5.3 Samarbeid.....	17
5.4 Ulike oppfatninger om utfordringer.....	18
5.5 Ulik grad av kontroll på mottakene.....	18
6.0 Diskusjon	19
6.1 Manglende registrering	19
6.2 Tolkeutfordringer	19
6.3 Samarbeid.....	20
6.4 Ulike oppfatninger om utfordringer.....	22
6.5 Hvorfor lyktes kommunen i håndteringen av flyktingene?	23
6.6 Anonymisering	25
6.7 Styrker og svakheter.....	26
7.0 Konklusjon	28
8.0 Referanser	29
9.0 Vedlegg.....	32
9.1 Tabeller.....	32

9.2 Figurer	32
9.3 Intervju-mal	38
9.4 Samtykkeskjema	44
9.5 GRADE-artikler	45

2.0 Sammendrag

Bakgrunn: Den Arabiske Våren 2011 var symbolet på det folkelige opprøret mot flere lands regimer etter økende fattigdom, korrupsjon og brudd på menneskerettigheter. I land som Syria og Jemen, resulterte det i brutale borgerkriger med påfølgende og pågående humanitære flyktningkriser. Europa ble deres håp om en bedre fremtid.

I 2015 måtte Norge håndtere en økt strøm av flyktninger og asylsøkere. Tusenvis av flyktninger med uavklart helse- og smittestatus passerte plutselig grenseovergangen over Storskog i Finnmark. Resten av kommunene ble bedt om å ta imot så mange flyktninger og asylsøkere som mulig.

Formål: Det finnes lite litteratur om hvordan en kommune håndterer en slik hendelse, hvor det plutselig ankommer økt antall flyktninger og asylsøkere med uavklart smittestatus. Denne oppgaven skal derfor ta for seg én kommune og undersøke hvordan primærhelsetjenesten valgte å organisere helsehjelpen til flyktningene, og hvilke aktører som ble involvert.

Metode: Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer etter prinsippet «snowball-sampling». Det ble utarbeidet en intervju-guide i forkant av hvert intervju. Man intervjuet kommuneoverlegen, for så å fortsette med flyktningesykepleier, en erfaren allmennlege og mottaksleder for flyktningmottakene.

Resultater: En allerede eksisterende flyktningehelsetjeneste ga grunnlaget for håndteringen av det økte antallet flyktninger. Man videreførte sine rutiner på smitte og helsehjelp, samt involverte legesenter med dets personell for blodprøvetaking. Motiverte og erfarne ressurspersoner og helsepersonell var viktig for å håndtere en meget hektisk periode.

Konklusjon: En kommune vil trolig håndtere liknende situasjon dersom den på forhånd har en velfungerende flyktningehelsetjeneste. Det bør derfor ansettes helsepersonell med kompetanse og erfaring. Kommuner bør også utarbeide beredskapsplaner som kan iverksettes hvis liknende skulle skje i fremtiden. Jevnlige møter vil sikre god kommunikasjon mellom de ulike aktørene som er involvert. Ved å opprette en egen database for flyktningene, vil man sikre en større oversikt over flyktningene og deres smittestatus.

3.0 Innledning

Den arabiske våren som startet i 2011 var et uttrykk for et folkelig opprør mot sine lands sittende regimer. Det kom som et resultat av langvarige perioder med økende fattigdom, arbeidsledighet, korrupsjon, politisk undertrykkelse, vanstyre og/eller brudd på menneskerettigheter. Tunisia var først ut med de folkelige opprørene før protestene spredte seg til andre land i regionen. Myndighetene i landene responderte ulikt på kravene til endringer fra sine innbyggere. Tunisia stod igjen som et eksempel på at opprøret hadde ført til fredelige reformer, mens Syria og Jemen ble kastet ut i brutale borgerkriger som resulterte i store humanitære flyktningkriser (1). Europa opplevde dermed en flyktning- og migrasjonskrise fra landene i Midtøsten og Nord-Afrika i perioden 2015-2016. Reiseruten gikk sjøveien over Middelhavet til Hellas og Italia. Herfra gikk veien videre til Serbia og Ungarn med stort sett Tyskland som endestinasjon (2) (se figur 1 i vedlegg).

Tyskland var det landet i Europa som tok imot flest flyktninger, og som også innvilget flest oppholdstillatelser (3).

Selv om Norge ikke opplevde det samme antallet flyktninger og asylsøkere som det Tyskland gjorde, måtte landet likevel håndtere et økt antall på kort tid. Staten har gitt kommunene i landet oppgaven med å håndtere flyktninger og asylsøkere, samt organiseringen av flyktningehelsetjenestene (4). Dette er kun overordnede retningslinjer. Kommunene må selv konkretisere tiltak og systemer for å sikre adekvate helsetjenester.

I 2015 og delvis 2016 opplevde kommunene i Nord-Norge en økt pågang av flyktninger (se 3.2.1 og 3.2.2). De første flyktningene som kom til Nord-Norge via Russland, ble umiddelbart sendt videre til mottak lengre sør i landet. Ved hjelp av blant annet sosiale medier ble denne reiseruten godt kjent hos flyktningene. Dette førte til at flere flyktninger på kun 48 timer kunne fly fra Damaskus til Murmansk, for så videre med bil og sykkel til grenseovergangen (5). En alternativ måte som ble vanlig for flyktninger var fly fra Libanon til Moskva, deretter tog til St. Petersburg, videre til Murmansk. Herfra bil eller taxi i over 200 km til grensen til Norge (se figur 2 i vedlegg). Sør-Varanger var det første stedet flyktningene kom til etter grenseovergangen fra Russland til Norge. De første flyktningene ankom 24. september 2015. Frem til 30. november hadde ca. 5000 flyktninger passert grensen. Mottakene i Sør-Varanger ble raskt overfylt og private overnattingssteder og nedlagt militærleir ble tatt i bruk (5). Det ble et press på UDI og politiet om å få videresendt flyktningene til andre kommuner i Nord-Norge.

På meget kort varsel, nærmest over natten, ble flyktninger innkvartert på nyopprettede mottak i kommuner, for eksempel i form av sesongstengte hoteller. Dette ble avtalt direkte mellom Utlendingsdirektoratet (UDI) og eieren(e) av bygget som ble tatt i bruk.

3.1 Begrepsavklaringer

Det kan være lett å bruke «flyktninger» og «migranter» om hverandre. Journalist Glenn Slydal Johansen har skrevet et innlegg hvor han diskuterer hva som blir mest hensiktsmessig å bruke (6). Her argumenterer han for begge synspunkter uten å komme til noen fast konklusjon.

Ifølge Forente Nasjoners (FN) flyktningkonvensjon vil man være flyktning hvis man må forlate sitt hjemland i frykt for forfølgelse og dermed oppfylle kravene for å kunne få asyl i Norge (7).

Begrepet «migrant» er en person som flytter til et annet land uavhengig av om det under tvang eller frivillig (8). Begrepet kan deretter deles inn i emigrant og immigrant. Årsaker til migrasjon kan være fattigdom, håp om et bedre liv for seg og sine, kriminalitet og vanstyre og etter hvert klima og naturkatastrofer. Gjennom moderne media vet alle i dag at der finnes en bedre verden der ute et sted. Migrasjon gir også grunnlag for en av de mest innbringende «industrier», menneskesmuglingen.

En asylsøker er en person som har søkt om beskyttelse (asyl) i Norge, og som ikke har fått søknaden sin endelig avgjort (9). Ved endelig avslag vil personen ikke lengre være en asylsøker. Han eller hun har da ingen rettigheter og har dermed plikt til å forlate landet. Ved positivt svar på søknad vil personen få oppholdstillatelse som flyktning og dermed rettigheter til opphold i riket, i første omgang begrenset inntil 3 år (10). Denne fornyes som regel automatisk så lenge vedkommende ikke har forbrutt seg alvorlig på norsk lov.

Overføringsflyktning (kvoteflyktning) er vanligvis registrert som flyktning hos UNHCR (FNs høykommissær for flyktninger). Denne kan ikke tilbys en varig løsning i det landet vedkommende befinner seg i og som derfor presenteres for overføring til et tredje land (11).

I denne oppgaven er det valgt å bruke «flyktning» og «asylsøker» da det er disse gruppene det skal fokusere på.

«UDI» er en forkortelse for «Utlendingsdirektoratet» og er et statlig direktorat. De har ansvar for gjennomføringen av statens innvandringspolitikk. Det innebærer blant annet ansvar for behandling av søknader fra utlendinger som vil besøke eller bo i Norge, drift av asylmottak og utvisningssaker (12).

3.2 Eksisterende viten / teori

3.2.1 Bakgrunn

Det har vært lite fokus på hvordan organiserte helsetjenester håndterer slike flyktningssituasjoner. Ulike søk i databasen PubMed resulterer i sparsom litteratur som beskriver hvordan et helsevesen på best mulig måte kan organiseres for ikke bare å håndtere krisehjelp til flyktninger, men også beskrive hvordan helsepersonell kan stå imot belastningen dette medfører over tid.

Landene Libanon og Jordan tok imot flere millioner flyktninger fra Syria i 2011. I denne forbindelse ble det utført en kvalitativ studie som inkluderte utvalgte helsepersonell administrert av FN. Der undersøkte man hvordan helsesystemene og helsepersonellet hadde evnen til å stå imot belastningen pga. flyktningestrømmen (13). Der så man at etablerte systemer, motiverte og dedikerte helsearbeidere, ekstra personell og veiledning av arbeidet underveis førte til at både helsesystemet og helsepersonellet viste resiliens (motstandsdyktighet) under arbeidet.

FN sine helseorganisasjoner måtte lage helsesystemer som var beregnet for å håndtere flere millioner flyktninger. Selv om Norge ikke måtte håndtere liknende tall, ble flere kommuner satt i situasjoner hvor deres kapasitet i helsevesenet ble satt på prøve.

I 2016 så Janne Sundvor på løsninger og utfordringer for mottakelse av økt antall flyktninger i Sandnes Kommune (14). Der ble det undersøkt hvordan kommunen organiserte flyktninghjelp over tid. Dette involverte også integrering. Der konkluderte man at overføringen av sine allerede eksisterende systemer var tilstrekkelig for å håndtere den økte pågangen. Ved søk i databasen PubMed og søketjenesten Oria, har man ikke funnet forskning som kun fokuserer på den akutte håndteringen av økt antall flyktninger og asylsøkere til kommuner.

3.2.2 Innvandring til Norge

Det var i hovedsak arbeid som var grunnen til innvandring fra utlandet til Norge i 1960-årene. Pakistanske fremmedarbeidere kom til landet for 50 år siden (15). De var ønsket velkomne da det var behov for arbeidskraft ettersom Norge trengte dette. Første store flyktningestrøm etter krigen kom fra Ungarn i 1956. Disse ble også ønsket velkomne. Flyktningene fra Ungarn var ofre for kommunismens ekspansjon og diktatur etter krigen og etter at jernteppet hadde senket seg (16). De møtte mye sympati blant den norske befolkningen.

Flyktningene i 2015 fikk den sympatien det var å være krigens ofre. Høyrepopulistiske motkrefter hadde i mange år gått løs på innvandring av muslimer og fremmedkulturer. Norge hadde også i årene forut for dette vist fremvekst av innvandringsfiendtlige holdninger.

Fra 1970-årene preget flyktninger innvandringsbildet i større grad. Mennesker fra Øst-Europa stod for innvandringen i Norge etter EØS-avtalen i 1994. Utvidelsen av EU og EØS-avtalen i 2004 førte til økt flyt av arbeidskraft på tvers av landegrensene (17). Dette gjorde at Polen og Litauen ble de største innvandrergruppene i Norge (se figur 3 i vedlegg).

Etter 1990 har Norge opplevd 3 perioder med økt antall flyktninger og asylsøkere. De to første var begynnelsen og slutten av 1990-tallet i forbindelse med krigene på Balkan i Bosnia-Hercegovina og Kosovo. Den siste perioden var i 2015-2016 som et resultat av Den Arabiske Våren. De fleste som kom til Norge i forbindelse med denne perioden var fra Syria, men mange kom også fra andre land som Irak og Afghanistan (18). Selv om Tyskland var det landet som mottok flest asylsøkere i denne perioden, var Sverige, Norge og Finland blant topp 5 land i Europa som tok imot flest i forhold til befolkningsstørrelse (19).

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at det i 2017 ble bosatt 7 800 nye flyktninger i Norge. Dette var ca. en halvering sammenlignet med 2016 hvor 15 200 flyktninger ble bosatt. Syrere utgjorde den største gruppen flyktninger både i 2016 og 2017 med henholdsvis 9 500 og 4 600 på landsbasis (20).

I 2018 ble det bosatt 5500 flyktninger i Norge, og IMDI (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet) anslår at man ila. 2019 skal bosette 5390 flyktninger (21) som skal fordeles til kommunene.

3.2.3 Innvandring til kommunen

Følgende tall i avsnittene under «3.2.2 Innvandring til kommunen» er hentet fra IMDI sin statistikkbase som igjen har hentet statistikk fra SSB sine databaser (22). IMDI skriver på disse nettsidene at enkelte opplysninger vil holdes skjult med hensyn til personvern. Dette gjelder ved små antall der man kunne ha beregnet seg fram til hvilke personer det gjelder eller identifisering av enkeltpersoner. Som oftest er tallene skjult hvis det handler om fire personer eller færre (23).

IMDI's database for registrering av innvandrere til kommunen går tilbake til midten av 1980-tallet. Da hadde den aktuelle kommunen 86 registrerte innvandrere, men de er ikke registrert etter innvandringsbakgrunn. Det er derfor ikke grunnlag for å si om det er arbeid, flyktning eller familiegjenforening som var bakgrunn for innvandringen den gangen. Det var først i årene etter 2000 at man begynte med registrering etter land, bakgrunn, alder og kjønn.

En oppsummering av nøkkeltall for innvandrerbefolkningen i kommunen viser følgende (se figur 4, 5 og 6 i vedlegg):

- Innvandrere utgjorde 14,2 % av befolkningen (figur 4).

- Kommunen bosatte 2,5 % flyktninger per innbygger i 2017. For hele landet var tallet 2,1 % (figur 5).
- Antallet anmodninger om bosetning av flyktninger i kommunen nådde toppen i 2016 med 65 anmodninger. Dette tallet ble redusert ila. 2017 og 2018 til 25. Antallet vedtak om bosetning var på sitt høyeste i 2015 og 2016 med 63. Dette antallet ble redusert ila. 2017 og 2018 til 25 bosetninger. Se figur 6.

Kommunen hadde en forsiktig økning av innvandrere fra midten av 1980-tallet og frem til midten av 1990-tallet hvor det steg fra 86 til 154 innvandrere. 1990-tallet var som nevnt preget av krigene på Balkan, noe som ga økt ankomst av flyktninger til kommunen. Ila. 1990-tallet steg antall innvandrere fra 141 til 256. Utover 2000-tallet skjedde en forsiktig økning av innvandrere til kommunen, der tallet gikk fra 332 i 2001 til 405 i ila. 2007. Fra 2008 og frem til 2018 økte antallet til 1361 innvandrere i kommunen (se figur 7 i vedlegg).

Fra og med 2006 ble det også registrert innvandrerbakgrunn i kommunen. Denne statistikken viser at flyktninger og deres familieinnvandrere samt arbeidsinnvandrere utgjør de største gruppene. I denne perioden har flyktninger og deres familiegjenforeninger hatt en jevnere stigning sammenlignet med arbeidsinnvandrere frem til år 2013. Etter dette steg andelen arbeidsinnvandrere i større grad enn andelen flyktninger. Det var registrert 155 flyktninger og deres familieinnvandrere og 83 familieinnvandrere i kommunen i 2006. Disse tallene steg til henholdsvis 483 og 260 ved utgangen av 2018 (se figur 7 i vedlegg).

Da registrering av innvandrere etter bakgrunn, alder, kjønn og land startet på midten av 2000-tallet, utgjorde innvandrere fra Danmark, Thailand, Sverige, Russland, Kroatia, Irak og Tyskland de største gruppene. Etter utgangen av 2010 var det Somalia, Tyskland, Polen, Thailand, Irak og Danmark som utgjorde de største gruppene. Etter flyktningkrisen som Europa og Norge måtte håndtere i 2015-2016, utgjorde Polen, Somalia, Syria, Litauen, Sverige og Tyskland de største gruppene. Etter utgangen av 2018 utgjorde Polen fremdeles den største gruppen, fulgt av Syria, Somalia, Litauen, Sverige, Tyskland og Eritrea.

Den tydelige økningen fra Polen og Litauen skyldes arbeidsinnvandring, men tallene viser at Syria var det landet hvor det kom flest innvandrere fra etter flyktningkrisen i 2015-2016.

3.3 Problemstillingen

Norges håndtering av flyktninger og innvandrere fikk fornyet oppmerksomhet etter den Arabiske Våren i 2011. Siden den gang har Europa og Norge opplevd økt antall flyktninger, særlig fra Midtøsten (24).

Flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente har samme krav på helsetjenester som den øvrige befolkningen i Norge (4). Her har kommunene en viktig rolle for å sikre at helse- og omsorgstjenestene blir organisert på en slik måte som sikrer disse menneskene tilgang på riktig hjelp, til riktig tid og til rett nivå. Tjenestene skal organiseres gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (25). Dette innebærer tjenester innenfor somatisk eller psykisk sykdom, skade, rusmiddelmisbruk og nedsatt funksjonsevne.

Helsedirektoratet har kommet med nasjonale retningslinjer. Kommunene må selv komme frem til hvordan de skal organisere og dekke behovet for flyktningers helsehjelp. Måten det blir gjennomført vil variere i de ulike kommunene.

Med slik varierende organisering av helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente, er man avhengig av god kommunikasjon mellom helsepersonell i kommunen. Det er også viktig å sørge for god kommunikasjon mellom helsepersonell og denne pasientgruppen. Godt tverrfaglig samarbeid vil gi et bedre helsetilbud.

Utfordringer rundt psykiske lidelser og såkalt «mental helse» er viktige deler av situasjonen til disse pasientgruppene. Ulike kulturer og skikker kan spille inn på hvordan menneskene møter og håndterer dette (26). Nordmenn for øvrig benytter seg av allmennlegetjenesten når det kommer til psykiske og psykososiale problemstillinger, spesielt etter innføringen av fastlegeordningen i 2001 (27). Fastlegereformen er en av de mest vellykkede helsereformer i moderne tid, spesielt med tanke på kontinuitet mellom lege og pasient (28). Mange flyktninger fra land med dårlig utviklet primærhelsetjenester har ofte forventninger om henvisning til spesialisttjenestene, selv for problemstillinger som kan håndteres av fastlegene (29). Her i Norge er det fastlegen som skal være førstelinje i helsevesenet. Det er fastlegen som skal vurdere pasientene først, for så henvise videre til spesialisthelsetjenesten hvis nødvendig. Pasienter i andre land og kulturer har i større grad en tradisjon for å kontakte spesialisthelsetjenesten direkte istedenfor å forholde seg til en fastlege (30). Det er derfor hensiktsmessig at flyktninger og asylsøkere som kommer til Norge, får god informasjon om hvordan helsevesenet i Norge er bygd opp. Dette innebærer også å forklare at fastlegen/allmennpraktikeren i de fleste tilfeller kan gi den behandlingen som trengs.

Flyktninger som kommer vil leve i et nytt land hvor de er isolert fra sin familie. De har dårlig mulighet til å kommunisere i starten, ta utdanning og tjene penger. De skal reetablere en tilværelse, og vil, i

alle fall i starten være avhengig av hjelp. Dette er sosiale faktorer som mulig vil virke negativt på helsen til flyktninger og innvandrere (31).

Det er mange forhold som avgjør hvordan en kommune velger å organisere helsetilbudet til ulike pasientgrupper. Mindre kommuner er ofte avhengig av interkommunalt samarbeid for å sørge for adekvate helsetilbud, mens større kommuner kan klare dette uten slikt samarbeid. Hvis det jobber helsepersonell med ekstra interesse for disse pasientgruppene, vil dette også kunne bidra til at en kommune prioriterer dette i større grad.

Fysisk og psykisk helse begrenser seg ikke bare til konsultasjonene og samtalene med (fast)lege, sykepleiere, helsesøster osv. Det handler også i stor grad om f.eks. integrering, trivsel, fritid og kosthold. God helse handler ikke bare om antall helsepersonell, men om tilrettelegging av samfunnet, naboskap og andre arenaer. På slike områder har heller ikke kommunene spesifikke og konkrete retningslinjer på hvordan det skal løses. Dermed formuleres problemstillingen som følger:

“Hvordan valgte primærhelsetjenesten å organisere helsehjelpen til flyktninger da det et uventet økt antall til kommunen, og hvilke aktører innenfor primærhelsetjenesten ble involvert i dette arbeidet?”

3.4 Hvorfor denne oppgaven?

Temaet «flyktninger» eller «asylsøkere» er ikke fremmed for meg. Jeg var ca. 7 år gammel da jeg for første gang gjorde meg erfaringer rundt temaet flyktninger/asylsøkere. Den gang, i min hjemkommune, ble min familie og jeg kjent med en jevnaldrende gutt og jente som hadde flyktet fra Colombia sammen med sine mødre. Ettersom jeg var relativt ung, skjønte jeg ikke alt som foregikk. Jeg husker at foreldrene mine var oppgitt over hvor vanskelig det var å få godkjent asylsøknadene deres. Familiene gikk i kirkeasyl og jeg fikk oppleve virkningene av dette på både barna og de voksne. Brått kom verden inn i stuen vår som også jeg fikk ta del i.

I studietiden har jeg jobbet som vikar i feriene på et legesenter. Gjennom jobben har jeg vært i kontakt med flyktninger og asylsøkere fra blant annet Midtøsten og andre områder som har måttet forlate sine hjemland av ulike årsaker. Flere av disse sliter fremdeles, samtidig som de prøver å bearbeide sine traumer. Deres historier har uten tvil gjort inntrykk på meg.

Sommeren 2015 besøkte jeg min tante som da arbeidet som nestleder på Den Norske Ambassaden i Beograd, Serbias hovedstad. Der og da fikk jeg oppleve på nært hold hvordan flyktingene, de fleste fra Midtøsten og Nord-Afrika, sov i parker og i gatene. De prøvde å finne steder hvor de kunne vaske

seg og få litt hvile før de igjen la ut på sin videre vandring. Flyktningene var på flukt fra sine hjemland og var på vei gjennom Europa i håp om en bedre og tryggere framtid.

Det var disse inntrykkene som gjorde at jeg under «Valgfri Fordypning 1» på mitt andre studieår, valgte å skrive om «migrasjonshelse». Oppgaven gikk ut på å lære mer om flyktningenes reise gjennom Europas transittmottak/leirer, samt hvilke helsetilbud som de hadde tilgang til underveis. Gjennom Den Norske Ambassaden og min tante i Serbia, fikk jeg anledning til å besøke et transittmottak/leir i Makedonia og et i Serbia. Der fikk jeg lære mer om hvordan infrastrukturen til mottakene/leirene ble bygd opp og hvordan helsetjenestene ble organisert.

Oppgaven under «Valgfri Fordypning 1» ble valgt som en del av langsiktig strategi. Den oppgaven ga meg en kort og forsiktig innføring i temaet «migrasjonshelse» samt inspirert meg til å fortsette innenfor samme tema under «Valgfri Fordypning 2». I denne tiden økte andelen flyktninger/innvandrere til Norge (23). Som praktiserende lege vil man i fremtiden måtte håndtere denne pasientgruppen. Arbeidet med denne masteroppgaven vil forhåpentligvis gi meg kunnskap som kan være nyttig i mitt fremtidige møte med flyktninger.

3.5 Begrensning av oppgaven

Migrasjon og flyktningpolitikk er hyppig debattert blant norske politikere og andre. Diskusjoner skjer i aviser, annen presse, TV, på sosiale medier som Facebook og ulike andre diskusjonsfora på internett. Mange deler av det norske samfunnet kommer stadig med forskjellige meninger om flyktningssituasjoner samt meninger om hvor mange flyktninger/asylsøkere skal ta imot eller sende ut av landet. Det er viktig å påpeke at denne oppgaven ikke skal ta et politisk standpunkt i disse debattene eller oppfordre til hverken det ene eller det andre. Oppgaven har som formål å undersøke hvordan en spesiell kommune i Nord-Norge har valgt å organisere flyktningehelsetjeneste til en gruppe mennesker som ankom på meget kort varsel, samt undersøke hvordan dette har fungert.

Helsen til en befolkning, enten det er flyktninger eller allerede fastboende, innebærer mer enn bare den somatiske delen. Den somatiske og psykiske helsen er tett koblet sammen. Helse innebærer også andre aspekter som skole, integrering og kosthold. Ettersom det fokuseres på en kommunes håndtering av den uforutsette, økte mengden av flyktninger, vil det undersøkes hvilke tiltak og organisering som ble gjort i den uoversiktlige og «kaotiske» fasen. Forhold som skole, integrering og kosthold drøftes ikke i denne oppgaven.

Det skal heller ikke fokuseres på hvordan flyktningehelsetjenesten organiseres og brukes i forbindelse med de allerede bosatte asylsøkerne og flyktningene.

4.0 Material og metode

Denne oppgaven er en kvalitativ oppgave hvor det ble benyttet fenomenologiske semi-strukturerte intervjuer. Dette gikk ut på at man på forhånd forberedte en intervju-mal/ guide. Denne malen strukturerte forløpet i intervjuet og inneholdt flere temaer som skulle sørge for å få en større innsikt i organiseringen av flyktningehelsetjenestene tilbake i 2015. Det involverte også forslag til spørsmål som ble forberedt i forkant av samtalen. Til tross for forberedte spørsmål på forhånd, hadde man som intervjuer mulighet og frihet til å følge opp de intervjuedes svar med oppfølgingsspørsmål (32).

Det ble benyttet semi-strukturerte intervjuer for å innhente empirisk kunnskap fra intervjuobjektene som selv var en del av organiseringen av helsetjenestene til flyktningene og asylsøkerne. Med denne metoden ga den som intervjuet muligheten til å utforske de svarene eller temaene som informantene kom med (32).

Datastøttede intervju-form ble vurdert. Denne innebærer for eksempel at intervjuet skjer gjennom e-post (33). Dette ble ikke vurdert å være en god intervjuform i denne oppgaven fordi man ikke kunne følge opp informantens svar med utfyllende ekstraspørsmål.

Ettersom kommuner i Norge selv må organisere helsetilbudet for flyktninger, er det utfordrende på forhånd å forberede alle spørsmålene i intervjuet. Siden det vil være variere i kommunene hvordan tilbudet til flyktningene organiseres, vil disse semi-strukturerte intervjuene skje etter prinsippet «snowball-sampling»:

Det ble derfor startet med kommuneoverlegen, da denne personen burde/skulle hatt oversikt over hvordan kommunen arbeider med helsetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente. En kommuneoverlege kan også gi meg anbefalinger for hvilke personer innenfor de ulike kommunale helsetjenestene som kan intervjues.

Intervjuene med kommuneoverlege og erfaren allmennlege foregikk i lokalene til det kommunale legekantoret. Det ble satt av tilstrekkelig tid til intervjuene i legenes dagsplan på forhånd. Intervjuet med flyktningesykepleier foregikk på dennes kontor. Også her ble det på forhånd satt av god tid i dagsplanen til intervjuet. Det fjerde og siste intervjuet ble gjennomført på kontoret for mottakslederen på slutten av sin arbeidsdag.

Helsedirektoratet sier at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ansvar for bla. vaksinerings, helseundersøkelser og veiledning (34). Det viste seg at flyktningehelsetjenesten jobbet i samme lokaler som helsestasjonstjenesten, og intervju med andre enn flyktningesykepleier var ikke nødvendig når det gjaldt temaer som vaksinerings.

Jeg undersøkte hvordan kommunen hadde løst disse helseproblemene. Her kunne forhåpentligvis kommuneoverlegen sette meg i kontakt med relevant helsepersonell, evt. ressurspersoner. Gjennom intervjuene skulle det det også undersøkes hvordan kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid ble lagt opp.

Det ble ikke satt noen absolutt minimum- eller maksimumsgrense på antall intervjuer på forhånd. Det ble gjennomført fire intervjuer og det var et antall som ble vurdert til å være adekvat til å oppnå variasjon i materialet, samt å få et godt innblikk i organiseringen av flyktningehelsetjenesten og mottakene. Antallet intervjuer ble også valgt ut fra praktiske hensyn, da det ble svært tidkrevende å planlegge, gjennomføre, transkribere og analysere kvalitative intervju.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og lagret på en kryptert minnebrikke. Det ble ikke benyttet annen form for notatføring under intervjuene. Etter fullført transkribering ble intervjuet slettet etter Datatilsynet retningslinjer (35). Undertegnede har selv transkribert intervjuene ordrett. Alle personene som ble intervjuet har gitt muntlig og skriftlig samtykke til intervjuet samt lagring til transkribering er fullført.

I forberedelsene til intervjuene ble det vurdert om det skulle tas i bruk båndopptaker eller om det skulle gjøres på en annen måte. Fordelen med båndopptaker vil være at man kan lytte til opptaket flere ganger. Dette vil gjøre transkriberingen og analyseringen av intervjuet mer presist. Forfatter og psykolog Steinar Kvale poengterer i boken «Det kvalitative forskningsintervju» at man kan notere samtidig som informanten prater eller involvere en tredje person som noterer mens to prater sammen (36). Ved å notere samtidig vil aktiv lytting bli vanskelig. Ved å involvere en tredje person, risikerer man at den intervjuede føler seg mer utilpass. På bakgrunn av dette ble altså båndopptaker valgt.

Det ble fokusert på én kommune i denne oppgaven. Det viste seg at det ikke har vært noe interkommunalt samarbeid for å organisere samt tilby adekvate helsetjenester. Det har derfor ikke vært naturlig å kontakte andre kommuner.

I denne oppgaven har jeg valgt å anonymisere kommunen som er undersøkt. I «Diskusjoner» vil jeg begrunne dette nærmere. Nettsiden «KommuneProfilen» benytter seg av Statistisk Sentralbyrå sin database som gjør det mulig å sammenligne innbyggertallet i nordnorske kommuner (37). Tallene viser at kommunen som er valgt i denne oppgaven er en nordnorsk kystkommune med et innbyggertall noe over det som er gjennomsnittet for en kommune i fylkene Nordland, Troms og Finnmark.

5.0 Resultater

5.1 Intervjuer

Det ble intervjuet totalt 4 personer i arbeidet med denne oppgaven. Kommuneoverlegen ble intervjuet først og det ble gjennomført på ca. 29 minutter. Flyktningsykepleieren var den neste personen som ble intervjuet. Dette intervjuet ble gjennomført på ca. 1 time og 26 minutter. Den tredje personen som ble intervjuet var en erfaren allmennlege og det tok ca. 57 minutter å gjennomføre. Det fjerde og siste intervjuet med mottaksleder for begge hotellene tok ca. 19 minutter. Tabell 1 i «9.1 Tabeller» gir en oversikt over det intervjuede datamaterialet.

Håndtering av flyktingehelse, samt den hektiske perioden med flyktingene via Storskog, krevde samarbeid på tvers av ulike aktører innad i kommunen. Figur 9 i «9.0 Vedlegg» viser en oversikt over hvilke aktører innenfor helsevesenet og øvrig i kommunen som samarbeidet om dette.

Intervju-malene inneholdt flere konkrete spørsmål, men informantene svarte ofte med lange svar som dekket flere av spørsmålene. Kommuneoverlegen og allmennlegen snakket stort sett ut fra spørsmålene som ble stilt. Flyktningsykepleier brukte mye av tiden på å snakke om hvordan man kan fremme samarbeid mellom flyktingehelsetjenesten og den øvrige primærhelsetjenesten for flyktingene som allerede er bosatt. Mottaksleder fokuserte mest på de utfordringene mottakene opplevde da de henvendte seg til flyktingehelsetjenesten.

Gjennom intervjuene med kommuneoverlege, flyktningsykepleier og erfaren lege, kom det fram at primærhelsetjenesten gjennom mange år hadde opparbeidet seg erfaring og rutiner for å håndtere denne pasientgruppen. «*Denne kommunen har lenge før dette tatt imot mange flyktinger og laget et eget apparat for det. Vi er veldig glade for at vi hadde rutiner på plass*» (sitat kommuneoverlege). «*Vi har opparbeidet oss gode systemer langt tilbake i tid*» (sitat flyktningsykepleier). Dette har resultert i en velfungerende flyktingehelsetjeneste som hadde klare rutiner for de ulike helsepersonells arbeidsoppgaver.

Den største utfordringen i forbindelse med de uventede flyktingene via Storskog, var deres uavklarte smittestatus. «*Systemene i Norge taklet ikke at man ikke fikk stoppet flyktingene på grensen slik at de fikk gjennomført de grunnleggende undersøkelsene før de skulle videre*» (sitat flyktningsykepleier). De allerede etablerte systemene i kommunen ble derfor avgjørende da kommunen uventet og på kort varsel måtte ta imot flere flyktinger enn først beregnet som ikke hadde fullført det obligatoriske screening-programmet (38).

5.1.1 Intervju med kommuneoverlegen

Oppgavene til kommuneoverlegen da flyktingene ankom via Storskog, var å koordinere helsetjenestene samt være et bindeledd mellom det som skjedde i kommunen og IMDI. Som kommuneoverlege var han medisinskfaglig rådgiver for det helsetilbudet som skulle gis.

Den største utfordringen for flyktingehelsetjenesten var at flere av flyktingene som kom uventet via Storskog i Finnmark, ikke hadde vært gjennom den obligatoriske screeningen for tuberkulose med røntgen og blodprøver på sykehuset i Kirkenes. *«Det vi ikke var forberedt på var jo Storskog. Den tanken hadde man ikke gjort seg i det hele tatt, at det kunne komme så mange som ikke var silet gjennom et annet system»* (sitat kommuneoverlege). Disse ble innkvartert på to vinterstengte hoteller etter en avtale mellom UDI og hotellene selv. UDI og politiet ga forsikringer til flyktinghelsetjenesten ved deres ankomst at dette var blitt gjort. Kort tid etter ankomst ble det avdekket smittsom tuberkulose.

Kommunen hadde en stor fordel ved at det allerede var på plass en fungerende flyktinghelsetjeneste. *«Flyktingehelsetjenesten var vant til å ta imot flyktinger porsjonert utover, så vi brukte akkurat de samme systemene for å håndtere at det kom mange på en gang»* (sitat kommuneoverlege). Den utgjorde to flyktingesykepleiere som var knyttet til helsestasjon i tillegg til en erfaren kommunal allmennlege som hadde ansvar for smittevern. I den mest hektiske perioden ble det opprettet en midlertidig stilling hvor en sykepleier fra det kommunale legesenteret jobbet som en tredje flyktingesykepleier.

Under samme periode i 2015 var det ikke bare de litt over 200 uanmeldte flyktingene som kom via Storskog. Kommunen opplevde også en økning i antall flyktinger på flyktingmottaket hvor tallet på kort tid gikk fra ca. 140 til over 200. Selv om disse kom gjennom mer ordnede og varslede prosesser, ble systemene i kommunen satt under press når denne i tillegg måtte håndtere de som kom via Finnmark. *«De første dagene var det uoversiktlig. [...] Man måtte roe ned. [...] Vi følte det var uforsvarlig fordi det gikk så fort»* (sitat kommuneoverlege). Det ble mange intense uker med mye jobbing for de involverte for å klare å få oversikt over situasjonen. I denne perioden måtte andre oppgaver som f.eks. vaksinerings nedprioriteres. *«Ved unntakstilstander så setter man litt til side planlagte ting som ikke haster»* (sitat kommuneoverlege). Team ble laget og ansatte arbeidet overtid på kveldene for å få kartlagt situasjonen over de ankomne. Kommunen stilte opp med overtidsgodtgjørelse.

5.1.2 Intervju med flyktningsesykepleier

Flyktningsesykepleiers oppgaver under den mest uoversiktlige perioden var å skaffe konkrete lister over flyktingene ved mottakene, se på flyktingenes sammensetning, prioritere utsatte personer, spesielt barn og unge. Hennes oppgave var å få oversikt over spesielt smittsomme sykdommer. Dette arbeidet skjedde i samarbeid med annen flyktningsesykepleier.

Den største utfordringen var ikke utvidelsen av det allerede eksisterende mottaket fordi disse flyktingene allerede hadde vært gjennom den obligatoriske screeningen for tuberkulose med blodprøver og evt. røntgen. Utfordringen var de som ble innkvartert på begge hotellene. Disse flyktingene kom via Storskog i Finnmark og hadde ingen medbrakte journaler eller papirer derifra. «*Vi måtte stole blindt på det pasientene sa*» (sitat flyktningsesykepleier). Det ble avdekket smittsom tuberkulose hos en flyktning på det ene hotellet hvor det også bodde barn. «*Vi hadde faktisk en med åpen lunge-tuberkulose på et av hotellene. Dette endte med en stor miljøundersøkelse etterpå*» (sitat flyktningsesykepleier).

Språk og kommunikasjon mellom helsepersonell og flyktinger var en stor utfordring. Helsedirektoratet har klare retningslinjer for bruk av tolk i helsevesenet (39). Det var ikke mulig å reservere eller få tak i nok tolker for en hel dag. Derfor måtte man enkelte dager bruke andre flyktinger som tolker i den akutte fasen. «*En flyktning snakket sitt språk til en annen, men denne kunne ikke engelsk og måtte oversette til et annet språk. Denne kunne oversette til en annen som forstod engelsk. Det ble altså fire ledd før helsepersonellet fikk det endelige svaret*» (sitat flyktningsesykepleier). Dette kan naturlig nok føre til misforståelser.

Flyktningsesykepleier har gjennom tett samarbeid med det kommunale legesenteret i mange år fått etablert IGRA-blodprøven (Interferon Gamma Release Assay) samt andre smittevernsprøver i forbindelse med tuberkulose-screening. «*Mitt samarbeid med erfaren allmennlege har resultert i at vi fikk implementert IGRA-testen*» (sitat flyktningsesykepleier). Med slik organisering kunne kommunen gjøre det meste av smittevernskartlegging på egen hånd og dermed i liten grad være avhengig av andre kommuner.

To vinterstengte hoteller ble på kort tid gjort om til flyktningsmottak. Dette var en avtale som ble gjort mellom private aktører og UDI uten at flyktningshelsetjenesten eller kommunen var involvert. Ett av mottakene lyktes i større grad i samarbeidet med helsevesenet i kommunen, det andre i mindre grad. «*Det ene hotellet hadde god kontroll over deres beboere, mens det andre hadde ikke kontroll. Det ene hadde oppdaterte lister, ekstra personell på jobb og la til rette for at vi kunne snakke med flyktingene. Det andre hotellet gjorde ikke dette*» (sitat flyktningsesykepleier).

Økt samhandling mellom ulike aktører i kommunen kan bli bedre for å gi et mer likeverdig og fullstendig tilbud til flyktningene. I denne forbindelse har det blant annet vært jobbet med «naturlig avgang» slik at én person ikke får all belastning i oppfølgingen av en flyktning. Et eksempel på dette kan være når en elev fra Voksenopplæringen følges til legetime av en ansatt. Denne ansatte bør ikke sitte gjennom konsultasjonen for deretter ta hånd om eleven etter timen. Den ansatte kan være behjelpelig med å forklare legen hvorfor eleven er kommet på time, evt. gi komparentopplysninger. Etter dette bør den ansatte forlate rommet. Hvis det trengs videre oppfølging av eleven, kan legen da sette vedkommende i kontakt med andre instanser. Slik unngår man at kun én person må håndtere problemstillingen alene.

*«Vi skal ikke gjøre alt det kommunen skal tilby. Vi skal introdusere dem først, deretter skal vi overføre de til de andre tjenestene. Det er ikke slik at hvis **et** noen er fra for eksempel Afrika, at han/hun kun skal benytte flyktningehelsetjenesten. Det skal være likeverdige tjenester uansett hvem som kommer til kommunen» (sitat flyktningsykepleier).*

5.1.3 Intervju med erfaren allmennlege

Oppgavene som allmennlege i forbindelse med den økte flyktningsstrømmen var å være faglig rådgiver innenfor smittevern, spesielt tuberkulose og andre smittsomme sykdommer, og førstegangssamtaler. Dens oppgaver var også å diagnostisere og foreslå behandlingstiltak.

Den største utfordringen for primærhelsetjenesten var å håndtere flyktningene som ble innkvartert på hotellene. Disse kom via Storskog i Finnmark uten forvarsel. Ifølge UDI hadde disse allerede gjennomført de obligatoriske smittevernsrutinene (38), men i samtalene med flyktningene ble det klart at dette ikke var gjort.

I forbindelse med disse flyktningene var det utfordringer knyttet til smittevern, forventninger, kartlegging, registrering og organisering. Dette inkluderte også sysselsetting av barn i barnehager og skole. Blant disse flyktningene var det flere med sammensatte og til dels store helseutfordringer. Helsepersonellet hadde ingen bakgrunnsinformasjon på flyktningene, heller ingen journal hvor man kunne lese hva som hadde blitt gjort før de kom til hotellene. Språkproblemene gjorde arbeidet vanskeligere.

Kommunen hadde en mangeårig tradisjon for samarbeidsmøter mellom de tidligere asylmottakene, flyktningehelsetjenesten og kommuneoverlege i forkant av krisen i 2015. Spesielt på 1990- og 2000-tallet var dette satt i system med regelmessige møter. Dette ga en svært god samforståelse og kunnskap om hverandres arbeidsoppgaver og ansvar. «På møtene tok man opp temaer som utvikling

av kvalitet og kompetanse, effektive kommunikasjonsmåter og gjensidig kompetanseheving» (sitat erfaren allmennlege).

Dette systemet sørget for at smittevern (tuberkulose og andre smittsomme sykdommer) og den nødvendige kartleggingen av helse ble gjort i et samarbeid mellom det kommunale legesenteret og flyktningehelsetjenesten. Disse hadde også et tett samarbeid med helsestasjonen.

Som erfaren allmennlege med interesse for flyktningehelse, var tålmodighet utfordrende. Samtalene hvor man skulle ta inn over seg de lidelsene som mange hadde vært gjennom, var utfordrende. *«Det var utfordrende å reagere saklig og faglig på forventninger man ikke kunne innfri, samt det å forholde seg til en oppfattet kravmentalitet man heller ikke kunne innfri» (sitat erfaren allmennlege).* Ifølge den erfarne allmennleger var en del flyktninger fra Syria vant til et godt fungerende helsevesen. Noen av flyktningene på hotellet hadde kunnskaper om de mulighetene helsevesenet kunne gi. Mange oppfattet helsevesenet som en viktig hjelper for å komme videre i systemet i forhold til plassering i mottak og fremheving av deres situasjon. Noen oppfattet tidlig at deres helsetilstand kunne brukes som et middel i saksbehandlingen. Helse kunne åpne dører.

Parallelt med dette måtte man som lege også skaffe seg kunnskap om arbeidet. *«Det var krevende da det ikke var noe legefaglig miljø i kommunen å basere seg på» (sitat erfaren allmennlege).*

Det ble vurdert til at interkommunalt samarbeid om flyktningehelse ikke var nødvendig og hensiktsmessig. Utenom samarbeid med lokalsykehuset i nabokommunen i forbindelse med røntgen thorax-undersøkelser, var det ikke øvrig kontakt med nabokommuner under håndteringen av flyktningene.

5.1.4 Intervju med mottaksleder for hotellene

Mottaksleder sine oppgaver var blant annet å kommunisere med UDI i opprettelsen av avtalene med hotellene. Det gikk på å ha oversikt over flyktningene som kom, samt hvordan hotellene skulle kunne fungere som midlertidige mottak. Til tross for at flyktningene fra Storskog kom på veldig kort varsel, kom det ikke flere enn det som var avtalt med UDI i utgangspunktet.

Den største utfordringen for mottakene var at situasjonen rundt flyktningene var uoversiktlig, særlig når det gjaldt problemstillinger knyttet til helse. *«Kommunen får bare en beskjed at vi starter opp et mottak her. Over 120 personer, dere må ha helsepersonell på plass» (sitat mottaksleder).* Mottakene var opptatt av om det var visse hensyn som måtte tas når det gjaldt smittsomme sykdommer, men opplevde få lite konkrete svar da de henvendte seg til primærhelsetjenesten med begrunnelse i at taushetsplikten måtte opprettholdes. *«Jeg var ikke opptatt av hva som feilte den enkelte, men ville*

vite om det var noe med hensyn til smittefare som vi måtte vite. Det fikk ikke vi vite. Jeg var kun opptatt av å vite det som trengtes slik at mottaket skulle fungere» (sitat mottaksleder).

5.2 Språkbarrierer og tolkeutfordringer

Det var ikke tilstrekkelig tilgang på profesjonell telefontolk i den grad flyktningehelsetjenesten ønsket det. Det gikk både på at flyktningehelsetjenesten gjennomførte flere førstegangssamtaler hver dag, samt at flere flyktninger snakket sjeldne språk og kompliserte dialekter. Det var derfor vanskelig å få tolk tilgjengelig på kort varsel.

Det var tilfeller hvor samtalene mellom helsepersonell og flyktninger måtte oversettes i flere ledd. Det betydde at enkelte ganger måtte samtalen mellom helsepersonell og flyktning oversettes ved hjelp av én, kanskje to flyktninger. Ettersom det viste seg at flyktningene som kom via Storskog ikke hadde vært gjennom screening for tuberkulose, ble det gjort en vurdering på at man ikke kunne vente på kvalifisert tolk i hvert enkelt tilfelle da det var viktig å få kartlagt smittevern så fort som mulig. *«Vi brukte jo tolk, men kunne ikke bestille tolk hele dagen, så vi endte opp med å sjekke om flyktninger hadde personer som kunne tolke for seg» (sitat flyktningsesykepleier).*

5.3 Samarbeid

De to permanente og den ene midlertidige flyktningsesykepleieren stod på gjennom mange hektiske uker og overtidstimer. De hadde tilbud om kommunepsykolog til hjelp og støtte til seg selv, men de fant sin egen terapeutiske måte å bearbeide inntrykkene på.

«Det kokte i hodet i månedsvis. Derfor badet vi i havet hver fredag, hele året uansett vær. Vi sa ikke så mye til hverandre. Hver av oss hadde våre egne rutiner i badinga, for eksempel at man skulle ta et visst antall svømmetak. Etterpå gikk vi i stamp. Dette fungerte for oss» (sitat flyktningsesykepleier).

Allmennlegen og kommuneoverlegen jobbet tett med flyktningsesykepleierne, men der sykepleierne i stor grad støttet seg på hverandre, var det lite samarbeid om bearbeiding av inntrykk mellom legene.

«Leger er ikke gode på dette. Jeg følte uansett ikke noe stort behov for det. I en slik situasjon arbeider man med adrenalin i blodet, det beskytter. Dersom jeg hadde søkt om hjelp for bearbeiding i dette arbeidet, ville jeg nok fått det. Hjelpen ville vært å ta meg ut av arbeidet og det ønsket jeg ikke» (sitat erfaren allmennlege).

5.4 Ulike oppfatninger om utfordringer

Flyktningehelsetjenesten opplevde i større grad at organiseringen av helsetjenestene kom raskere på plass enn hva de to mottakene gjorde. Det helsepersonellet som ble intervjuet, hadde felles forståelse for at det tok noe tid før man fikk satt et system på plass. Blodprøve-screening og førstegangssamtaler gikk av seg selv etter det. Mottaksleder mente derimot at flyktningehelsetjenesten burde vært raskere involvert, samt hatt tilstedeværelse på hotellet på et tidligere tidspunkt. *«De møtte ikke opp da flyktningene ankom, selv om vi hadde varslet flyktnings-tjenesten. Det var kun jeg og hotellets personale»* (sitat mottaksleder).

Mottaksleder savnet også informasjon fra kommunehelsetjenesten om ordningen rundt legevakt og i hvilke situasjoner flyktningene kunne bruke denne tjenesten. *«Det var ikke oppdateringer mellom oss og kommunehelsetjenesten om hvordan de ville ha det. Legevakten er tilgjengelig om kvelden og natten, men flyktningehelsetjenesten kun tilgjengelig på dagtid»* (sitat mottaksleder). På dette området mener primærhelsetjenesten at mottakene ble informert om at legevaktens funksjon handler om å håndtere øyeblikkelig hjelp. *«Vi prøvde å kommunisere at alvorlige syke beboere skulle via legevakt, mens alt det andre måtte avvente noe»* (sitat flyktningsesykepleier).

5.5 Ulik grad av kontroll på mottakene

De to midlertidige mottakene tok hver imot litt over hundre flyktninger som kom via Storskog. Det ene hotellet lyktes i større grad med organiseringen og innkvarteringen av flyktningene. *«Det ene hotellet klarte det veldig bra og hadde god kontroll over deres beboere»* (sitat flyktningsesykepleier). Det andre hotellet lyktes ikke i samme grad. *«Det andre hotellet hadde ikke fullstendig oversikt over hvem som bodde der, og vi i kommunehelsetjenesten fikk ikke fullstendige lister over flyktningene som var innlosjert på mottaket»* (sitat flyktningsesykepleier). Mottaksleder hadde det overordnede ansvaret for begge mottakene og sier at begge mottakene ble organisert på samme måte. Forskjellen var at på det andre mottaket var det i større grad utskiftninger av flyktninger.

«Det var ikke regler om at flyktningene måtte være på disse mottakene. Noen flyktninger reiste av gårde for så komme tilbake etter en stund. Det klarte ikke vi å kontrollere. Vår oppgave var overnatting og mat» (sitat mottaksleder).

6.0 Diskusjon

Gjennom intervjuene viste det seg at kommunen har bygget opp en fungerende flyktningehelsetjeneste gjennom flere år. Dette har fungert fordi kommunen har avsatt ressurser og opprettet egne stillinger med kvalifisert helsepersonell. Under den uoversiktlige perioden da flyktningene kom via Storskog videreførte flyktningehelsetjenesten sine arbeidsrutiner for smittevern og førstegangssamtaler. Det ble opprettet en midlertidig stilling som ekstra flyktningesykepleier slik at det var totalt 3 sykepleiere som jobbet spesifikt med flyktningene. Det kommunale legekantoret tok i bruk lokalene sine på ettermiddag- og kveldstid for å ta unna de nødvendige smittevernsprøvene og førstegangssamtalene. Det intervjuede helsepersonellet er samstemte om at kommunens allerede etablerte rutiner og organisering også kunne brukes i ekstraordinære situasjoner og fungere som en beredskapsplan da dette trenges.

6.1 Manglende registrering

Helsepersonellet oppga ulike tall for hvor mange flyktninger som kom uventet til kommunen via Storskog. Kommuneoverlegen oppga «ca. 200 flyktninger», den erfarne allmennlegen og flyktningesykepleier beskrev antallet som «over 200 flyktninger». Mottaksleder var mer konkret i form av «240 flyktninger totalt». Det ble forsøkt med oppfølgings spørsmål i intervjuene hos helsepersonellet for mer nøyaktige tall på antall flyktninger fra Storskog. Alle tre responderte med at de hadde ikke den nøyaktige oversikten. Det viser seg ved nærmere undersøkelser at kommunen og flyktningehelsetjenesten ikke hadde en egen database for flyktningene som ble registrert. De ble altså ikke utskilt statistisk fra resten av pasientene i helsetjenesten. Eneste måten å finne ut i ettertid hvor mange førstegangssamtaler og smittevernsprøver som ble utført på mottakene, er å gå gjennom alle journaler som ble åpnet disse dagene og se ut de som handlet om førstegangssamtale og smittestatus. Dette vil involvere journaler fra både nordmenn og allerede bosatte flyktninger. Trolig bør man vurdere en måte å registrere slikt i en egen database i fremtiden. Sør-Varanger kommune (grenseovergangen på Storskog) gjorde dette og fikk god nytte av det da man retrospektivt skulle evaluere perioden (5).

6.2 Tolkeutfordringer

God kommunikasjon er vesentlig for at helsepersonell i størst mulig grad kan gi forsvarlige råd og behandling til pasienter. Språkbarrierer kan derfor gi mange utfordringer (39). På mottakene ble andre flyktninger brukt som tolk da man enten ikke hadde tilgjengelig telefontolk med riktig språk

eller dialekt, eller at tolkeselskapene ikke hadde kapasitet til at mottakene kunne reservere tolk hele dagen.

I en slik situasjon måtte helsepersonellet vurdere om uavklart smittestatus hos flyktninger som bodde tett sammen skulle vike for kravet fra norske helsemyndigheter om at profesjonell tolk skulle benyttes i konsultasjoner.

Flyktningene på mottakene hadde sine asylsøknader til behandling og i mellomtiden krav på likeverdige helsetjenester som nordmenn eller andre flyktninger og innvandrere med oppholdstillatelse (4). Dette innebar at informasjon om sykdom og behandling skulle gis på et språk som pasientene forstod.

Kort tid etter at hotellene ble gjort om til mottak, ble det avdekket et tilfelle av smittsom lungetuberkulose. Denne personen oppholdt seg altså i en bygning hvor det også bodde barn og unge, de fleste med uavklart vaksine- og smittestatus.

En profesjonell tolk til hver enkelt samtale og undersøkelse hos flyktningene ville åpenbart vært mer optimalt enn bruken av andre flyktninger som tolk. En studie fra London i 2001 påpekte også viktigheten av en selvstendig, profesjonell tolk for å sikre at informasjon blir oversatt så korrekt som mulig, samt at pårørende ikke må dele ekstra belastninger (29).

En av utfordringene mottaksleder påpekte, var at på disse mottakene kunne flyktningene komme og gå som de ville. De kunne selv velge å finne bopel på egen hånd. De kunne også reise til en annen del av landet hvis de ønsket det. Et slikt uoversiktlig bilde ga flyktningehelsetjenesten dårlig tid for kartlegging av smittestatus. Ved å avvente førstegangssamtaler og kartlegging av vaksine- og smittestatus inntil kvalifisert tolk var reservert, vil man kunne risikert at enkelte flyktninger ville ha reist til en annen plass. Da ville en smitteoppsporing i større grad blitt utfordrende.

6.3 Samarbeid

UDI og politiet ga ikke informasjon om at det kunne komme flyktninger uten avklart smittevernstatus. I en situasjon hvor Sør-Varanger (Kirkenes) hadde presset sin kapasitet til det ytterste, var UDI og politiet interessert i å få fordelt flyktningene utover kommuner i Nord-Norge. Dette vil kunne gi en motstand hvor mottakende kommune ville ønske avklaring rundt smittevern før ankomst.

Under den mest hektiske perioden med mottak av flyktninger, prioriterte ikke primærhelsetjenesten interne kommunikasjonsformer og prosedyrer. De fokuserte i større grad på det arbeidet som måtte gjøres. I ettertid kunne man kanskje innsett at arbeidet burde vært mer systematisert og nærmest

tatt opp i en evalueringssammenheng jevnlig, ikke minst etter avsluttet arbeid. Det var ingen metoder eller system for å evaluere det arbeidet som ble gjort.

Hele situasjonen med flyktingene som var innlosjert på mottakene, løste seg delvis av seg selv ettersom mange reiste videre fra kommunen. Tiden gikk, flyktingene ble plassert på andre mottak og den store strømmen over Storskog avtok. Samtidig lyktes kommunen i arbeidet da de fikk kontroll på smittevernarbeidet hos flyktingene.

I norsk forvaltning er det et viktig prinsipp at beslutninger skal tas nærmest mulig de det angår. Staten har derfor delegert mange oppgaver til kommunene. Et eksempel på dette er Samhandlingsreformen (40). Det er en samfunnsmessig trend å gi kommunene og regionene større innflytelse over egne beslutninger. Tiden da staten styrte detaljer på kommunenivå er over.

De siste årenes reformer har gitt sterke signaler om dette, jmf. samhandlingsreformen, nærpolitireformen, regionreformen og kommunereformen. Staten ønsker at de forvaltningsmessige enhetene skal være sterke, faglige og organisasjonsmessige. Målet er at de skal være i stand til å gi bedre tjenester enn det gamle sentralstyrte systemet hvor staten påla oppgaver (41-43).

Som en følge av dette, har også staten ønsket å delegere arbeidet med flyktinger, og spesielt deres helsetjenester ut til kommunene. Et annet eksempel på at staten overlater mer ansvar til kommunene er opphøret av Statens skjermbildeundersøkelse og de gamle diagnosestasjonene for tuberkulose (44). Det er nå mange år siden statlige organiserte busser kjørte rundt og fotograferte Norges befolkning. Opphøret den gangen medførte også at kommunene ble nødt til å organisere dette arbeidet på egenhånd.

Fordelen ved at staten hadde ansvar for tuberkulose-screening var at dette ble utført av erfarent, spesialkvalifisert personell. Ulempen var at de ikke hadde lokalkunnskap eller kunnskap om pasientene som kom til undersøkelse. Helsepersonell i distriktet fikk dermed mindre sjanse til å opparbeide seg kompetansen på tuberkulose og andre smittsomme sykdommer. Fordelen med at oppgaver som f.eks. flyktingehelse og tuberkulose-screening nå er overflyttet til kommunene, er at helsepersonell på kommunalt nivå skaffe seg denne kompetansen.

Hvis staten skulle hatt ansvar for flyktingehelsetjenester, ville staten måttet ta ansvar for kompetansebygging, drift, instruksjon og oppfølging av resultater, samt behandling. I vår desentraliserte beslutningskultur år 2015 kunne man stilt spørsmål om dette ville fungert optimalt. Det kan tenkes at Staten ville hatt utfordringer i slikt arbeid da infrastruktur, økonomi og organisering varierer stort innenfor de ulike kommunene i Norge i dag.

I kommunene har fylkene blant annet ansvar for videregående skoleopplæring og tannhelsetjenesten. Opplæring for voksne innvandrere er dog kommunene sitt ansvar (45). Det har vært mye diskusjon om innvandrere i videregående skolealder skal inkluderes i vanlig videregående skole eller i kommunal undervisning/voksenopplæringstiltak inntil 24 år (46). Ulempen med egne kommunale tiltak er at disse ungdommene ikke blir integrert blant vanlige norske ungdommer. Der har idrett vist seg å være langt mer effektiv. Den erfarne allmennlegen bekrefter også at fotballbanene i kommunen er en internasjonal samlingsarena for de fremmedspråklige og nordmenn.

6.4 Ulike oppfatninger om utfordringer

Helsepersonellet opplevde at hotellene (mottakene) lyktes i håndteringen av flyktningene i ulik grad. Mottaksleder hadde ansvar for begge hotellene og de samme rutinene og organisering ble gjennomført på begge plasser. Hvorfor flyktningehelsetjenesten mente det ene hotellet fungerte bedre enn det andre, hadde ikke mottaksleder noen åpenbar forklaring på. En årsak kunne være at det rett og slett var tilfeldig ettersom det ene hotellet i større grad opplevde større utskiftninger av flyktninger enn det andre. Det kunne gi en større utfordring for de ansatte på hotellene når det kom til å hele tiden ha oppdaterte lister over beboerne.

Mottaksleder har altså et noe annet syn enn helsepersonellet da det kom til organiseringen av hotellene. Disse personene hadde et felles mål om å gjøre en så god jobb for flyktningene som mulig, men hadde ulike strategier og prioriteringer for hvordan det skulle gjennomføres. Mottaksleder sitt ansvar gikk ut på å sørge for mat, husly og sikkerhet for flyktningene. Dette innebar også at man måtte vite om det skulle iverksettes konkrete tiltak med hensyn til smitte. Derfor ønsket mottaksleder å ha helsepersonellet ned på mottakene så tidlig som mulig. Flyktningehelsetjenesten hadde først og fremst behov for å organisere seg samt klarere hvilke ressurser og utstyr som var nødvendig for å håndtere over to hundre flyktninger. På bakgrunn av ulik prioritering av strategi, kunne disse aktørene komme i konflikt med hverandre. I en slik uoversiktlig situasjon, der avgjørelser må tas raskt, kan det være vanskelig å se helheten over hvilke avgjørelser som er mest hensiktsmessige.

Alle intervjuede fikk spørsmål om det var noe de ville ha gjort annerledes dersom noe liknende skulle skje i fremtiden. Ingen hadde noen klare svar på dette, noe som illustrerer at det ikke alltid foreligger fasitsvar i slike situasjoner.

6.5 Hvorfor lyktes kommunen i håndteringen av flyktingene?

Kommunen håndterte flyktnings situasjonen i 2015-2016 på en god og forsvarlig måte selv om forholdene var krevende. Flyktingehelsetjenesten tilpasset seg situasjonen og vil kunne gjøre det i fremtiden om liknende skulle skje. Helsepersonell håndterer de stressede situasjonene når man opplever tilstrekkelig tilgang på ressurser. I forbindelse med flyktningskrisen handlet det om tilgang på kvalifisert helsepersonell og allerede fungerende systemer som ble videreført. Primærhelsetjenesten viste seg å takle belastningen og fungerte gjennom den aktuelle perioden.

Øvrig litteratur viser også til samme tendens; der økt tilgang på ressurser igjen gir økt resiliens til å stå gjennom krisen. Motsatt vil en krise hvor lite ressurser er tilgjengelig, gi økt sårbarhet og vedvarende dysfunksjonalitet (47).

Som det ble nevnt i «3.2.1 Bakgrunn», viste en kvalitativ studie fra 2012 hvordan FN sine helsesystem og helsepersonell var motstandsdyktige mot belastningen flyktningsstrømmen fra Syria førte med seg. Det viste seg at allerede etablerte systemer, motivert helsepersonell, ekstra personell og veiledning var viktige faktorer som sørget for dette. Det samme gjaldt for helsepersonellet som jobbet i kommunen da flyktingene kom. De opplevde tilstrekkelig tilgang på ressurser fra kommunen. Flere motiverte helsepersonell mobiliserte sammen og kommunen videreførte sine allerede eksisterende systemer (13). Der FN sitt helsepersonell fikk veiledning underveis i arbeidet, var det ifølge erfaren allmennlege lite av dette tilbake i 2015. Kommunen støttet opp om arbeidet med helsetjenester til flyktingene, men støtten viste seg mer i form av overtidsgodtgjørelse og økonomisk kompensasjon for økte kostnader i forbindelse med arbeidet.

FN sitt helsepersonell som ble intervjuet, la vekt på at empati og følelse av solidaritet var avgjørende for at man jobbet flere timer over det man egentlig behøvde. Liknende tankesett kom også frem i intervjuene til erfaren allmennlege og flyktningspsykiater.

Selv om den aktuelle kommunen ligger noe over gjennomsnittet i innbyggertall for Nord-Norge, betyr det ikke automatisk at kommuner med færre innbyggere ikke kan klare å håndtere liknende situasjoner. Ved involvering av lokalsamfunn for øvrig, kan kommuner være innovative når det kommer til nytenkning og organisering, noe blant annet Træna Kommune og Stavanger Kommune har vist eksempler på. Særlig vil dette skje i kommuner hvor innbyggerne involveres i planlegging som kan gi økt engasjement (48). Det er mulig slik tankegang kan overføres til flyktingehelse, ikke bare i en akutt fase hvor uventet økt antall flyktinger ankommer, men også i ettertid når det kommer til bosetting og øvrig integrering.

Det kan finnes gode argumenter for å bosette et større antall flyktinger i mindre kommuner. De kommer til oversiktlige samfunn som ofte bryr seg på en positiv måte om hverandre. Barna glir

oftere lettere inn i nærmiljøene. De små kommunene er ofte gode på undervisning og integreringstiltak. Mindre kommuner kan derimot også mangle kompetanse og gjennomføringsevne på tiltak som integrering og helse. Større kommuner tiltrekker seg ofte flere flyktninger grunnet flyktningenes kulturer. Der treffer de oftere andre fra sin kultur, og dermed får et større sosialt fellesskap. Problemet med dette er fremveksten av ghetto-lignende tilstander slik man har sett i Sverige, Danmark og andre europeiske land (49, 50). Et eksempel fra Norge er enkelte bydeler øst i Oslo som har en høy andel innvandrere (51). Det er fremdeles ikke ghetto-tilstander, men kan være i oppstarten.

På oppdrag fra Skatteetaten ble det i 2018 gjort en spørreundersøkelse om holdningene til svart arbeid i Norge. Denne viste at det var tendenser til mer utbredt svart arbeid på Østlandet (52). Det kan dermed tenkes at det er flere muligheter på arbeidsmarkedet på større plasser, men utnyttelsen av arbeidskraft er også større og mindre synlig. Det kan utvikle seg svarte arbeidsmarkeder på større plasser som ofte utnytter flyktningenes sårbare situasjon.

Bosetning av flyktninger i små kommuner har sørget for vekst av folketall i disse kommunene samt bidratt økonomisk på en gunstig måte ved å få i gang flere tilbud, flere barn i skolene, større økonomisk aktivitet og et større mangfold (53).

Lokalbefolkningen i kommunen hadde også en rolle i håndteringen av flyktningene og asylsøkerne. Det kan dras noen sammenligninger med 2. verdenskrig, spesielt krigsvinteren 1944-45, da Finnmark og Nord-Troms ble brent og evakuert. Plutselig måtte kommunene lengre sør, også denne kommunen, ta imot et større antall med evakuerte mennesker nordfra. Forskjellen fra den gangen og nå, var at også resten av landet led av mangel på energi, mat og tjenester, og var under tysk okkupasjon (54). Situasjonen i 2015 var tross alt helt annerledes.

Den kulturen man hadde på å hjelpe mennesker fra 1940-tallet kom også til syne høsten 2015. Den erfarne allmennlegen kommenterte under intervjuet at det også var personer utenfor helsetjenesten som sterkt bidro. Røde Kors, Sanitetskvinnene og lokale innbyggere gjennom Refugees Welcome involverte seg på frivillig basis med ønske om å bidra. Bidragene kunne gå ut på å donere klær og sørge for et møtested, men også være behjelpelig med bosetting. Mange av dem som ønsket å bidra, var også personer som husket følgene av evakueringen av Troms og Finnmark under andre verdenskrig. Det som skjedde i 2015 minnet oss om at vi lever i en verden hvor fred, frihet og fremgang ikke kan tas for gitt. Selv i en perifer nord-norsk kommune møtte innbyggerne i 2015 følgene av krigens redsler.

Helsepersonellet som ble intervjuet i denne oppgaven fortalte alle at flyktningehelsetjenesten hadde et tett samarbeid med den øvrige primærhelsetjenesten, både før og under flyktningekrisen høsten

2015. Fastlegene utgjorde en viktig del av håndteringen deriblant én som tok ansvar for smittevern og førstegangssamtaler. De øvrige fastlegene bidro gjennom legevakten om ettermiddagen og i helgene.

Fastleger håndterer mange av problemstillingene til flyktningene. Det er kun unntaksvis at noen av flyktningene trenger henvisning til spesialisthelsetjenesten. Legene som jobber i kommunene må derfor være fleksible og ha mye kunnskap innenfor de fleste fagfelt for å kunne utføre faget på en forsvarlig og god måte. Kanskje det kan være noe av forklaringen på hvorfor primærhelsetjenesten klarer å håndtere flyktningkriser som dette? Flyktninger og asylsøkere vil også kunne ha komplekse helseproblemer som fastlegene må kunne håndtere. Fastleger blir stadig flinkere til å ta stilling til multimorbide sykdommer. Denne fleksibiliteten vil komme til god nytte hos flyktninger og asylsøkere.

Fastlegeordningen har en usikker fremtid på grunn av generasjonsskifte, usikkerhet angående finansiering og organisering. Flere og flere arbeidsoppgaver er lagt på fastlegene etter Samhandlingsreformen. Fastlegenes lister blir stadig mer reduserte, blant annet på grunn av den økte arbeidsbelastningen etter disse endringene (55, 56). Et sammenbrudd i fastlegeordningen vil åpenbart kunne få store konsekvenser i en fremtidig håndtering av en flyktningkriser. Verden per 2019 er ustabil. To fremtidige scenarioer er politiske sammenbrudd i Egypt og Iran, med dertil flyktningestrømmer som vil være større enn de man opplevde fra for eksempel Syria. Forskjellen mellom den vestlige rike verden og den fattige verden blir større, samtidig som avstanden mellom de rike og fattige har minket gjennom opplysning, nyhetsdekning osv. Og hvis klimakrisen utvikler seg ytterligere negativt, tør vi bare ane konsekvensene det kan få for de menneskene som lever tettest på dem. Oversvømmelser, temperaturstigning, jordskjelv, avskoging osv)

6.6 Anonymisering

I denne oppgaven har jeg valgt å anonymisere kommunen jeg har undersøkt. Det var uklart før jeg valgte denne kommunen hvilke konkrete utfordringer de har hatt i håndteringen av flyktningene og organiseringen av helsetilbudet. Jeg visste heller ikke i hvilken grad om kommunen hadde utført et vellykket arbeid.

Gjennom intervjuer kan man tilegne seg mye informasjon fra intervjuobjektene. I denne oppgaven har de blitt spurt om sine egne erfaringer og sine egne synspunkter. Ved å anonymisere kommunen, og dermed også intervjuobjektens navn, er formålet i større grad unngå at informasjon holdes tilbake. Hvis det hadde kommet frem at den valgte kommunen hadde hatt store utfordringer og mangler i arbeidet med flyktningehelse, kunne det resultere i at intervjuobjektene ikke hadde svart så

fritt som ønskelig i frykt for mulige følger fra sine overordnede. Gjennom anonymisering av kommunen og intervjuobjektene er formålet å få intervjuobjektene til å fortelle mer fritt om sine erfaringer. Det er lettere å fortelle om de gode erfaringene enn om det som gikk galt.

Ulempen med anonymisering av kommunen er at det kan bli vanskelig for lesere av oppgaven å kontakte kommunen for mer utfyllende råd og veiledning. I tillegg kan man ikke sammenligne kommunen og dens geografi med andre kommuner.

6.7 Styrker og svakheter

Denne oppgaven undersøker én kommunes flyktningehelsetjenester. Nordnorske kommuner varierer stort i innbyggertall, geografi, økonomi og infrastruktur. Enkelte er som nevnt avhengig av interkommunalt samarbeid for å ivareta adekvate helsetjenester til sine innbyggere, mens andre er mindre avhengig og kan stort sett klare dette selv.

Fordelen med å fokusere på bare én kommune gjør at man kan få en bedre oversikt over hvordan flyktningehelsetjenesten er bygget opp da det er tidkrevende å planlegge, gjennomføre, transkribere og analysere kvalitative intervjuer. Ved å undersøke flere kommuner, ville trolig oppgaven bli for stor og omfattende i forhold til den tiden og de ressursene som er stilt til disposisjon.

Ulempen ved bare å undersøke én kommune, er at det ikke nødvendigvis vil fungere å følge samme strategi andre steder. Det kan bli vanskelig å overføre strategiene fra denne kommunen til andre kommuner. Det kan i større grad gjøres for de kommuner hvor folketall og infrastruktur likner.

Intervjuene er gjort om et tema og hendelser som skjedde ca. 4 år tilbake i tid. Ett av formålene med intervjuene var forhåpentlig å få svar på noen konkrete forslag til hvilke tiltak som ble gjort av primærhelsetjenesten og flyktningehelsetjenesten i håndteringen av flyktningene som plutselig kom. Resultatene fra intervjuene bærer preg av at dette skjedde tilbake i tid og at det ikke er lett å huske detaljer fra den aktuelle perioden. Resultatene om håndtering og tiltak for flyktningene preges derfor av lite konkrete svar, noe som gjør funnene noe mer diffuse. Det kan virke som om intervjuobjektene stort sett husker de store linjene for positive og negative sider ved organiseringen. Detaljene var vanskelig å få frem i svarene under intervjuene.

Det ble vurdert om intervjuobjektene skulle få en kopi av intervju-malen i dagene før intervjuene skulle skje. Fordelen med dette var det at de skulle få muligheten til å reflektere rundt perioden 2015-2016 i forhold til utfordringene de da stod overfor. Strategien og oppbyggingen av spørsmålene var å starte med de store linjene før man utover i samtalene forsøkte å spørre mer spesifikt. Ved å begynne med mer åpne spørsmål som «Hvordan opplevde du situasjonen i 2015?» eller «Kan du

fortelle litt om hva din stilling på hotellet gikk ut på?»), var målet at den intervjuede skulle bli mer komfortabel. En kopi av intervju-malen i forkant kunne få intervjuobjektene til å føle seg mer forberedt og dermed mer komfortabel ved en eventuell samtale. Ulempen ved å gi en intervju-mal i forkant av intervjuet, er at informantene i større grad kan forberede sine svar og dermed selv bestemme hva de vil utelate og ikke. Spontaniteten i svarene forsvinner.

Ved å ikke la intervjuobjektene lese intervju-malen i forkant, kunne man risikere at de ikke ville klare å huske tilbake til 2015-2016, altså tre-fire år tilbake i tid i løpet av intervjuet. I ettertid av intervjuene, samt i analyseringen av resultatene, er det vanskelig å avgjøre om utlevering av intervju-malen i forkant ville hatt betydning for resultatet eller ikke.

Det var aldri bestemt hvor mange intervjuer som skulle utføres. Etersom intervjuene ble gjort etter «snowball-sampling» var jeg avhengig av hjelp fra kommuneoverlege for råd til andre aktuelle personer. Disse personene kunne igjen sette meg i kontakt med andre personer som kunne være aktuelle å intervju.

Til slutt endte antall intervjuede på totalt fire personer, der tre av disse var helsepersonell. Etter hvert ble det klart at kommunen ikke hadde noe interkommunalt samarbeid i håndteringen, annet enn hva som kom frem i «5.1.3 Intervju med erfaren allmennlege». Et intervju med den andre flyktningsykepleieren ble vurdert. Dette intervjuet kunne gitt et nytt eller grundigere synspunkt på perioden i 2015-2016. Flyktningsykepleierne hadde de samme oppgavene og det ble vurdert til at det ene intervjuet var adekvat da målet var å lære mer om hvordan helsetjenestene ble organisert.

Med de diffuse resultatene som kommer frem i intervjuene, ser man i ettertid at intervju med både den andre flyktningsykepleieren og den midlertidige flyktningsykepleieren kunne vært en fordel med målet om å oppnå mer konkrete svar. Den kvalitative studien hvor man intervjuet helsepersonell som jobbet med syriske flyktninger i Libanon og Jordan, viste at 62 semi-strukturerte intervjuer gjorde det lettere å vise hva som skulle til for å håndtere så mange mennesker på så kort tid (13).

7.0 Konklusjon

Denne oppgaven indikerer at en kommune står bedre rustet til å håndtere en uventet økt strøm av flyktninger på kort varsel dersom det allerede er opparbeidet grundige rutiner og erfaring med flyktningehelse på forhånd. Det er en krevende pasientgruppe som skal håndteres, og kommuner bør, i den grad det lar seg gjennomføre, ansette helsepersonell med spesialinteresse for migrasjonshelse.

Kommuner bør utarbeide beredskapsplaner slik at man i fremtiden kan være mer forberedt på liknende flyktningestrømmer som Norge opplevde i 2015 og delvis 2016. Beredskapsplanene bør utarbeides av helsepersonell og ressurspersoner med erfaring og kompetanse om emnet. Kommuner bør legge forholdene mer til rette gjennom flere stillinger og økt kompetanse på migrasjonshelse.

I framtiden bør man vurdere å føre data som gjør det lettere å holde oversikt over antall flyktninger og asylsøkere, men også oversikt over smittsomme sykdommer og andre helseutfordringer som kunne være relevante.

Helsepersonell i kommunen og andre ressurspersoner som håndterer slike tilfeller med økt tilstrømming av flyktninger, bør ha jevnlige og hyppige møter med åpen dialog om hvordan man jobber og prioriterer. Dette vil gi økt forståelse for de prioriteringene som blir gjort.

Flyktingenes helse er mer omfattende enn kun det somatiske og det psykiske. Det handler også i stor grad om integrering hvor samarbeid med andre aktører er viktig. Helse kan ikke kun sees på isolert utfra generelle samfunnsforhold og må settes inn i denne sammenhengen.

8.0 Referanser

1. FN-Sambandet. Den arabiske våren 2019 [updated 22.03.19. Available from: <https://www.fn.no/Konflikter/Den-arabiske-vaaren>.
2. UK Independent news article. Where are Europe's refugees coming from? : UK Independent news article; 2015 [cited 2019 26.03]. Available from: <https://www.studentnewsdaily.com/where-are-europes-refugees-coming-from/>.
3. BBC News. Migration to Europe in Charts 11.09.2018 [Available from: <https://www.bbc.com/news/world-europe-44660699>.
4. HelseDirektoratet. HelseDirektoratet; 2018 [Available from: <https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/asyloskere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000>.
5. Anne Mette Asfeldt DLB, Anita Brekken, Nina Alette Wikan, Tone Ovesen, Kirsten Gravningen. Da bakdøra til Europa sto åpen Tidsskriftet: Tidsskriftet; 2018 [cited 2019 08.05]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2018/02/kronikk/da-bakdora-til-europa-sto-apen#ref1>.
6. Glenn Slydal Johansen. Er dette flyktninger eller migranter? : Journalisten; 2015 [cited 2019 01.04]. Available from: <https://journalisten.no/sylo-taraku-sprak-ntb/er-dette-flyktninger-eller-migranter/308173>.
7. UDI. Flyktning: UDI; [cited 2019 01.04]. Available from: <https://www.udi.no/ord-og-begreper/flyktning/>.
8. Marianne Tønnessen. Migrant: Store Norske Leksikon; [updated 02.01.18; cited 2019 01.04]. Available from: <https://snl.no/migrant>.
9. UDI. Asylsøker: UDI; [cited 2019 01.04]. Available from: <https://www.udi.no/ord-og-begreper/asylosker/>.
10. beredskapsdepartementet J-o. Utlendingsforskriften Lovdata: Lovdata; 2009 [updated 01.04.19; cited 2019 23.04]. Available from: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-10-15-1286/KAPITTEL_10#KAPITTEL_10.
11. UDI. Overføringsflyktninger: UDI; [cited 2019 01.04]. Available from: <https://www.udi.no/ord-og-begreper/overforingsflyktninger/>.
12. UDI. Hvem gjør hva i utlendingsforvaltningen? UDI: UDI; [cited 2019 01.05]. Available from: <https://www.udi.no/om-udi/om-udi-og-utlendingsforvaltningen/hvem-gjor-hva-i-utlendingsforvaltningen/>.
13. M. Alameddine FMF, K. Diaconu, Z. Jamal, G. Lough, S. Witter, A. Ager. Resilience capacities of health systems: Accommodating the needs of Palestinian refugees from Syria. Social Science & Medicine. 2017.
14. Sundvor J. Mottak av flyktninger i Sandes kommune - organisatoriske utfordringer og løsninger. Universitetet i Stavanger; 2016.
15. Jakobsen SE. Studie av de første innvanderne til Norge www.forskning.no: Forskning; 2018 [cited 2019 30.05]. Available from: <https://forskning.no/innvandring-politikk-historie/studie-av-de-forste-innvanderne-til-norge-vi-blir-kjent-med-vare-forfedre-pa-en-ny-mate-mener-zeshan-shakar/1242787>.
16. Arkiverket. Flyktninger fra Ungarn 1956-1957 Arkiverket: Arkiverket; 2017 [updated 16.05.18; cited 2019 23.04]. Available from: <https://www.arkiverket.no/om-oss/hva-er-arkiverket/statsarkivet-hamar-100-ar/flyktninger-fra-ungarn-1956-1957>.
17. Wikipedia. Innvandrere i Norge: Wikipedia; [cited 2019 02.04]. Available from: https://no.wikipedia.org/wiki/Innvandrere_i_Norge#Historie.
18. IMDI. Innvanderbefolkningen i Norge: IMDI; [updated 06.02.19; cited 2019 02.04]. Available from: <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/innvandrere-og-integrering/innvanderbefolkningen-i-norge/>.
19. Susanne Bygnes M-AK. Krise og kontinuitet i mottak av flyktninger i Norden. Tidsskriftet for Velferdsforskning. 2017;20.

20. Minja Tea Dzamarjia. Stor nedgang i antall flyktninger Statistisk Sentralbyrå: Statistisk Sentralbyrå; 2018 [cited 2019 05.04]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/stor-nedgang-i-antall-flyktninger>.
21. IMDI. IMDis anmodning om bosetting IMDI: IMDI; 2018 [updated 12.12.18; cited 2019 06.04]. Available from: <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/bosettingsprosessen/imdis-anmodning/>.
22. IMDI. Integreringen i Norge: Integrerings- og Mangfoldsdirektoratet; [cited 2019 03.04]. Available from: <https://www.imdi.no/tall-og-statistikk>.
23. IMDI. Tall og statistikk over integreringen i Norge: IMDI; 2019 [cited 2019 01.04]. Available from: https://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/F00/befolkning/befolkning_hovedgruppe/historikk.
24. UNHCR - The UN Refugee Agency. Mid-Year Trends 2015. UNHCR; 2015.
25. omsorgsdepartementet H-o. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m: Helse- og omsorgsdepartementet; [updated 01.01.19; cited 2019 26.03]. Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3.
26. Jody Lawrence and Robin Kearns. Exploring the "fit" between people and providers: refugee health needs and helath care services in Mt Roksill, Auckland, New Zealand. 2005.
27. Lønning KJ. Allmennlegetjenesten og psykisk helse: Legeforeningen; 2012 [Available from: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Rapporter/Allmennlegetjenesten-og-psykisk-helse/>].
28. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Norsk Forskningsråd; 2006.
29. Angela Burnett MP. Asylum seekers and refugees in Britain - Health needs of asylum seekers and refugees. BMJ. 2001:554-7.
30. Stefan Hjørleifsson EH, Esperanza Diaz. General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway. Oxford. 2017.
31. Dinu-Stefan Teodorescu TH, Edvard Hauff, Tore Wentzel-Larsen, Lars Lien. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway Scandinavian Journal of Psychology: The Scandinavian Psuchological Associations; 2012 [cited 2019 23.05]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x>.
32. Brinkmann SKoS. Det kvalitative forskningsintervju: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009. 344 p.
33. Steinar Kvale SB. Det kvalitative forskningsintervju: Norsk Gyldendal Forlag; 2009 2019. 344 p.
34. Helsedirektoratet. Oppfølging fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Helsedirektoratet; [cited 2019 01.04]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=oppfolging-fra-helsestasjons-og-9956>.
35. Datatilsynet. Retting og sletting Datatilsynet: Datatilsynet; 2018 [updated 20.06.18; cited 2019 07.04]. Available from: <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/retting-og-sletting/>.
36. Kvale S. Kvalitative intervjuundersøkelser www.holbergprisen.no: Holbergprisen; 1997 [cited 2019 30.05]. Available from: <https://www.holbergprisen.no/holbergprisen-i-skolen/kvalitative-intervjuundersokelser.html>.
37. KommuneProfilen. Statistikk og nøkkeltall for din kommune [cited 2019 02.04]. Available from: https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Kommunefakta/Befolkning_kommune.aspx.
38. Folkehelseinstituttet. Tuberkulosescreening av asylsøkere og flyktninger Folkehelseinstituttet: Folkehelseinstituttet; 2015 [updated 20.02.19; cited 2019 05.04]. Available from: <https://www.fhi.no/sv/asylsokeres-helse/tuberkulosescreening-av-asylsokere/>.
39. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk. Helsedirektoratet: Helsedirektoratet; 2011.
40. Hanssen BH. Samhandlingsreformen. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet, Omsorgsdepartementet DKH-o; 2009 19.06.2009.

41. Endringer i politiloven. Det Kongelige Justis- og Beredskapsdepartementet, Beredskapsdepartementet DKJ-o; 2015 2015.
42. Oppgaver til nye regioner. Det Kongelige Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, Moderniseringsdepartementet DKK-o; 2019 19.10.18.
43. Solberg R. Kommunereformen. Det Kongelige Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, Moderniseringsdepartementet DKK-o; 2015 20.03.2015.
44. Folkehelseinstituttet. Data fra landsomfattende skjermbildeundersøkelser for tuberkulose 1943-1999 Folkehelseinstituttet: Folkehelseinstituttet; 2012 [updated 19.03.15; cited 2019 25.05]. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/data-fra-helseregistre-store-helseundersokelser-og-biobanker/data-fra-store-helseundersokelser/landsomfattende-skjermbildeundersok/>.
45. Voksenopplæring: Lovverk og statlige føringer www.naku.no: Nasjonalt Kompetansmiljø om utviklingshemming; 2018 [cited 2019 25.05]. Available from: <https://naku.no/kunnskapsbanken/voksenoppl%C3%A6ring-lovverk-og-statlige-f%C3%B8ringer>.
46. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa Lovdata: Lovdata; 1998 [updated 01.10.2018; cited 2019 25.05]. Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3.
47. Betty Pfefferbaum KW. Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. American Journal of Community Psychology. 2008:129.
48. Det er ikke størrelsen det kommer an på Kommunenes Sentralforbund (KS): Kommunenes Sentralforbund; 2018 [cited 2019 20.05]. Available from: <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/det-er-ikke-storrelsen-det-kommer-an-pa/>.
49. Zaman K. Lovløsheten i Rinkeby: Hva er det svenskene driver med? www.tv2.no: TV2; 2017 [updated 24.02.17; cited 2019 25.05]. Available from: <https://www.tv2.no/a/8947767/>.
50. Akerhaug L. 47 prosent innvandrere i Oslo i 2040 www.vg.no: VG; 2012 [updated 15.03.2012; cited 2019 25.05]. Available from: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/KdzL4/47-prosent-innvandrere-i-oslo-i-2040-advarer-om-ghettotilstander>.
51. Gilbrant J. Slår alarm om nye Oslo-tall www.dagbladet.no: Dagbladet; 2019 [cited 2019 02.06]. Available from: <https://www.dagbladet.no/nyheter/slar-alarm-om-nye-oslo-tall--en-totalt-segregert-by/70744856>.
52. Opinion. Undersøkelse om svart arbeid. www.handlehvit.no: Opinion; 2018 2018.
53. Fredrik Kampevoll PEM. Gøy på landet? Betydningen av lokale trekk for innvandreres bosetting i rurale kommuner. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift. 2018;34.
54. Petterson A. Tvangsevakuering og overvintring i Finnmark og Nord-Troms 1944-1945 Universitetet i Oslo: Universitetet i Oslo; 2016 [updated 20.02.20018; cited 2019 25.05]. Available from: <https://www.norgeshistorie.no/andre-verdenskrig/artikler/1736-tvangsevakuering-og-overvinting-i-finnmark-og-nord-troms-1944-45.html>.
55. Arne Jensen TE. Fastlege får stadig kortere pasientlister www.ssb.no: Statistisk Sentralbyrå; 2018 [cited 2019 25.05]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fastlegene-far-stadig-kortere-pasientlister>.
56. Texmon I. Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager? www.ssb.no: Statistisk Sentralbyrå; 2018 [cited 2019 25.05]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager>.

9.0 Vedlegg

9.1 Tabeller

Tabell 1 – Oversikt over informantene og deres intervjuer:

Intervjuobjekt	Intervju-rekkefølge	Antall år i jobb	Alder	Kjønn	Intervjulengde	Intervjusted
Kommuneoverlege	1	7 år	44	Mann	29 min.	Møterom på legekantoret
Flyktningsesykepleier	2	11 år	42	Kvinne	1 t og 26 min.	Kontor hos flyktningetjenesten
Erfaren allmennlege	3	40 år	65	Mann	39 min.	Møterom på legekantoret
Mottaksleder	4	8 år	62	Mann	19 min.	Kontor hos kommunen

9.2 Figurer

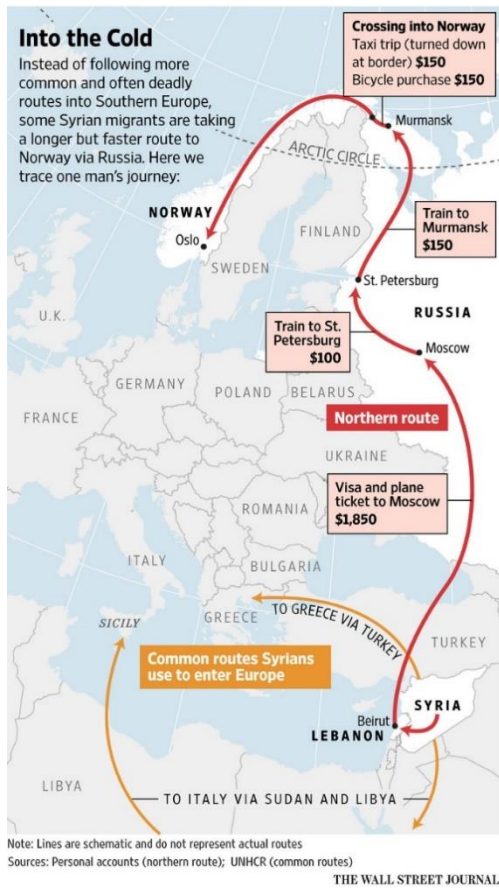
Figur 1 – Reiserute gjennom balkan: <https://www.studentnewsdaily.com/where-are-europes-refugees-coming-from/>



Figur 1 – Flyktingenes reiserute gjennom Balkan

Figur 2 – Typisk reiserute for flyktninger fra Midtøsten til Storskog, via Russland:
<https://www.wsj.com/articles/syrian-refugees-take-arctic-route-to-europe-1441273767>

Besøkt nettside 11.05.19.



Figur 2 - Typisk reiserute for flyktninger fra Midtøsten til Storskog, via Russland

Figur 3 – Utviklingen av antall innvandrere til Norge siden 1970:

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-og-deres-norskfodte-barn-gruppenes-sammensetning>



Figur 3 - Utviklingen i antall innvandrere siden 1970

Figur 4 – innvandrerdelen i forhold til befolkningen i kommunen.

Link til nettsted er utelatt med hensyn til anonymiseringen av kommunen.

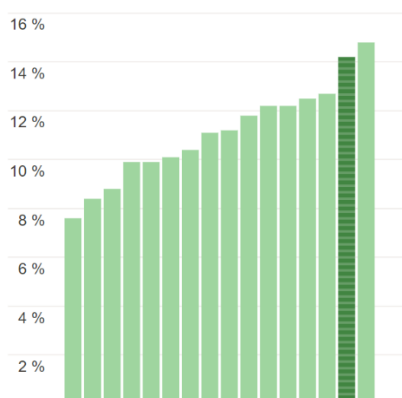
Statistikk hentet fra www.imdi.no

Besøkt 03.04.19.

Innvandrere utgjorde i 2018

14,2 % av befolkningen

For Norge var tallet 14,1 %



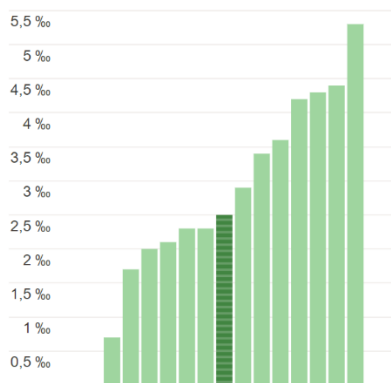
Figur 4 - Innvandrerdelen i forhold til befolkningen i kommunen

Figur 5 – Hvor mange flyktninger som er bosatt i kommunen per innbygger.
Link til nettsted er utelatt med hensyn til anonymiseringen av kommunen.
Statistikk hentet fra www.imdi.no

Besøkt 03.04.19.

Bosatte 2,5 ‰ flyktninger per innbygger i 2017

For hele landet er tallet 2,1 ‰

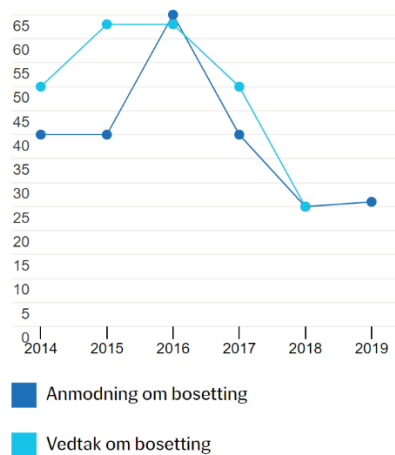


Figur 5 - Andelen bosatte flyktninger per innbygger

Figur 6 – Anmodning og vedtak om bosetting i kommunen.
Link til nettsted er utelatt med hensyn til anonymiseringen av kommunen.
Statistikk hentet fra www.imdi.no

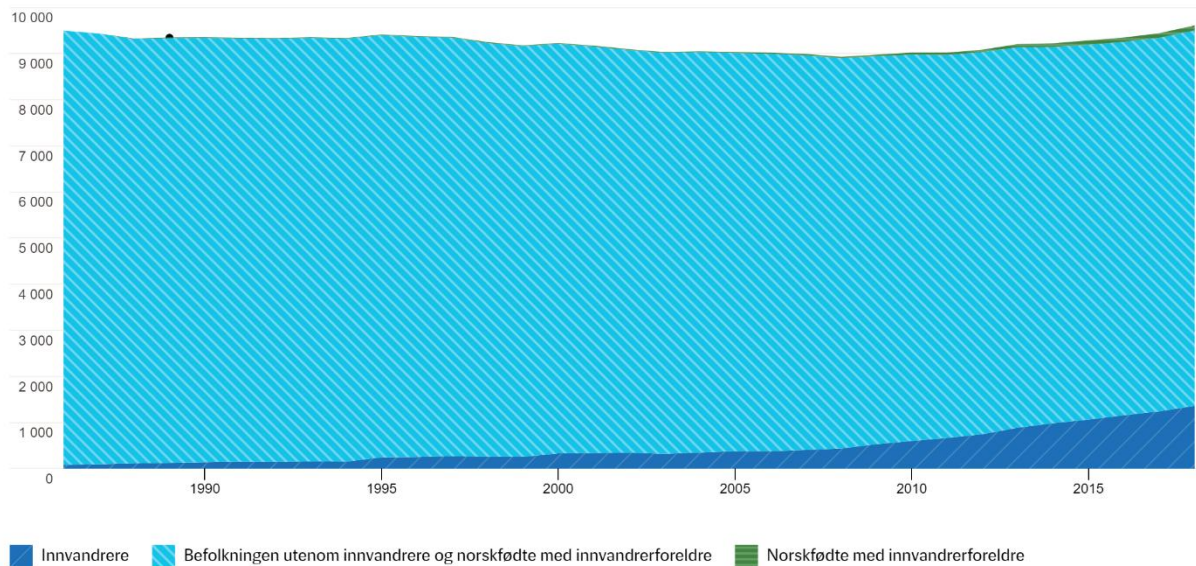
Besøkt 03.04.19.

Anmodning og vedtak om bosetting over tid



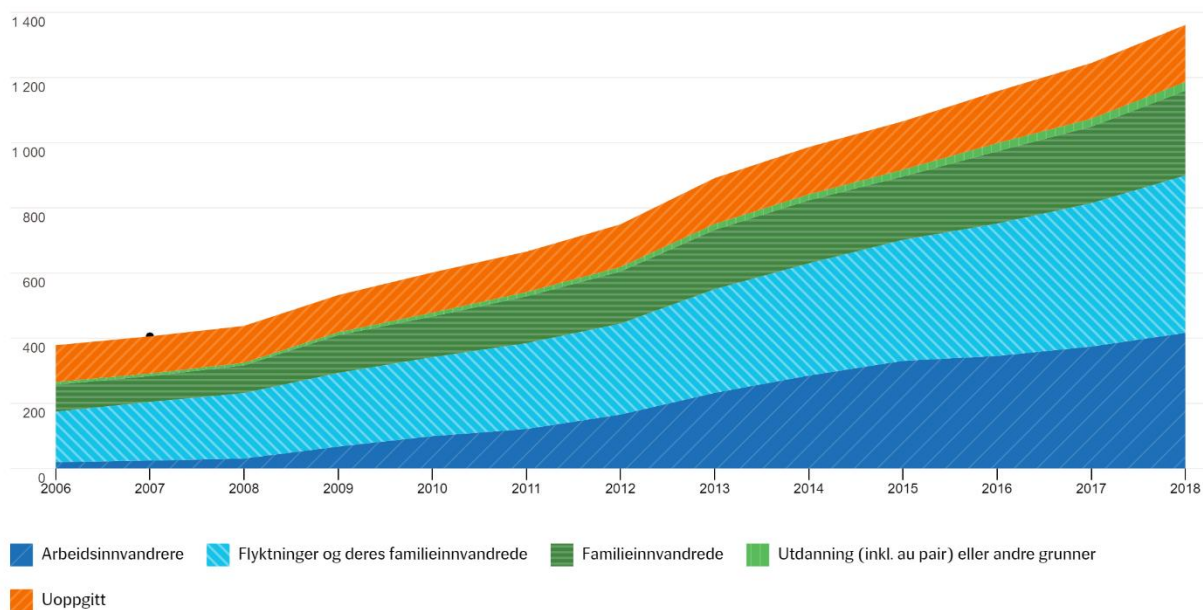
Figur 6 - Anmodning og vedtak om bosetting i kommunen

Figur 7 – Utviklingen av antall innvandrere til kommunen siden 1986.
 Link til nettsted er utelatt med hensyn til anonymiseringen av kommunen.
 Statistikk hentet fra www.imdi.no
 Sist oppdatert 01.01.18. Besøkt 03.04.19.



Figur 7 - Utviklingen av innvandrere fra perioden 1986 til 2018

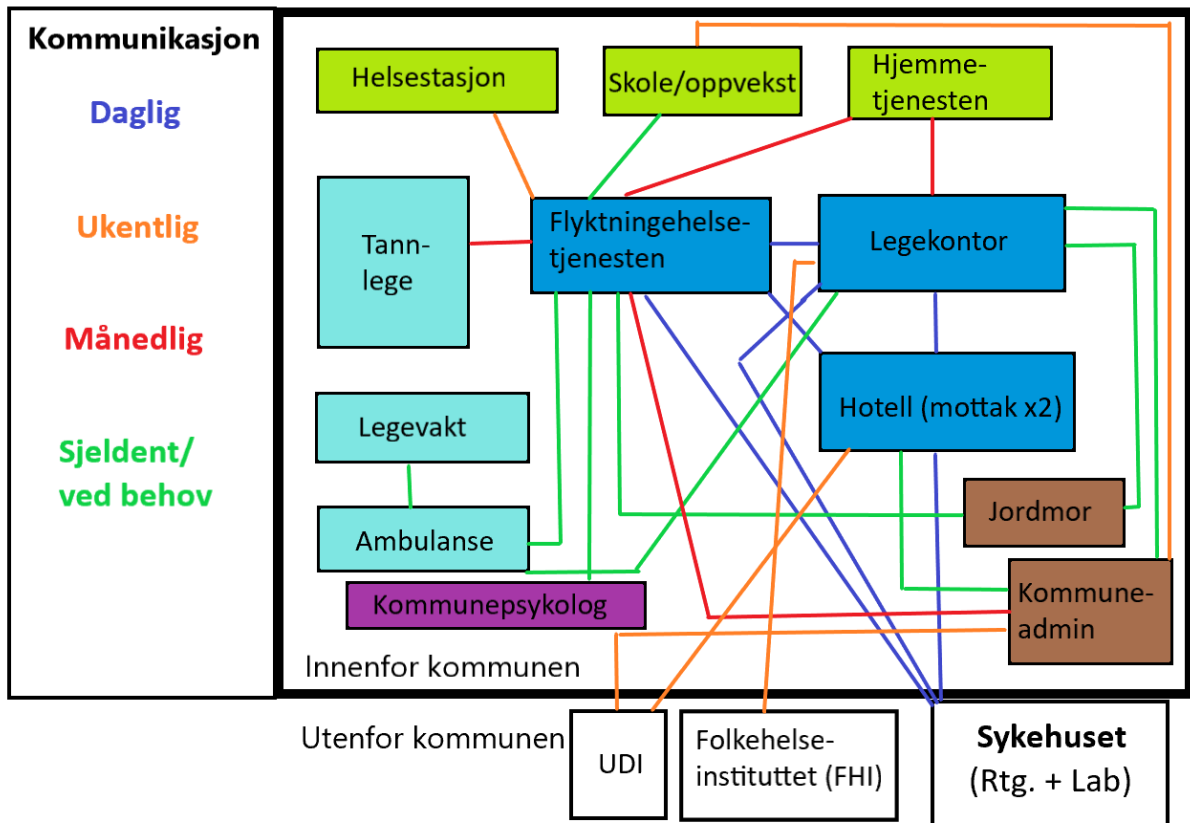
Figur 8 – Utviklingen av innvandrere fordelt etter innvandringsgrunn i perioden 2006-2018.
 Link til nettsted er utelatt med hensyn til anonymiseringen av kommunen.
 Statistikk hentet fra www.imdi.no
 Sist oppdatert 01.01.18. Besøkt 03.04.19.



Figur 8 - Antall innvandrere fordelt etter innvandringsgrunn i perioden 2006 til 2018

Figur 9 – Omtrentlig kommunikasjonsmengde mellom de ulike aktørene i kommunen under perioden hvor det kom flyktninger fra Storskog:

Figur er tegnet av undertegnede av oppgaven, men hentet inspirasjon fra medisinerstudent Sigurd Windfeldt sin Fordypningsoppgave 1 ved Universitetet i Tromsø.



Figur 9 - Illustrasjon som viser omtrentlig informasjonsmengde mellom de ulike aktørene i kommunen og utenfor.

9.3 Intervju-mal

Intervju-mal - kommuneoverlege

- Hvordan opplevde du situasjonen med økt strøm av flyktninger til landet i 2015?
- Etter den Arabiske Våren 2011, opplevde Europa en ny strøm av flyktninger i ca. 2015 fra Midtøsten. Det var et stort mediefokus på antallet flyktninger som kom på en gang. Det kom tidlig signaler på at Norge ville bli berørt av dette. Hvordan stilte kommunen seg til signalene fra staten om det ville komme et økt antall flyktninger til landet?
- Hvordan ble helsetilbudene, psykisk og somatisk, organisert mht. flyktninger/asylsøkere før denne aktuelle perioden?
- Hvordan fikk kommunen beskjed om antallet flyktninger/kvoteflyktninger som man kunne forvente skulle ankomme?
- Hvor tidlig fikk man beskjed om økt antall flyktninger? Ble det vurdert at kapasiteten til primærhelsetjenesten i kommunen var tilstrekkelig allerede, eller var det nødvendig å iverksette ytterligere tiltak?
- Kom det flere flyktninger/kvoteflyktninger til kommunen enn først antatt?
- Hvilke direktiv/retningslinjer fra utlendingsmyndighetene fulgte med beskjeden om at et visst antall flyktninger var på vei? Ble det gitt noen føringer/anbefalinger fra UDI om hvordan flyktningenes helse skulle ivaretas av kommunen?
- Hvilke forberedelser ble igangsatt i kommunen for å sørge for at den var klar til å gi tilstrekkelig helsehjelp til flyktningene som ble varslet og ankommet kommunen?
- Helsedirektoratet anbefaler at kommuner og helseforetak avsetter fagressurser til å arbeide med likeverdige helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, f.eks. i form av tverrfaglige helseteam som opparbeider seg kompetanse på feltet. Hadde kommunen slike helseteam i perioden før 2014-2015, og i så fall, hvilke faggrupper gjorde arbeidet?
- Hvis det ikke var tverrfaglige helseteam på plass, hvilke vurderinger ble gjort på om det skulle opprettes eller ikke?
- Er det personer/yrker innenfor primærhelsetjenesten som har hatt mer ansvar/mer fokus på organisering av helsehjelp til flyktningene/kvoteflyktningene, og i så fall, hvilke? (ikke behov for navn på ansatt)?
- Det å ivareta et økt antall flyktninger, der kanskje flere kommer på en gang, krever blant annet ressurser og midler. Hvordan opplevde primærhelsetjenesten denne belastningen? Ble det gitt ekstra midler fra stat/UDI som var øremerket helsefaglig arbeid? Ble kommunale midler omdisponert i forbindelse med dette? I så fall, hvordan vurderte kommunen om tilskuddet var høyt nok eller ikke?
- Størrelsen på kommuner i Norge, både folketall og areal, varierer stort i Norge. Har det vært et interkommunalt samarbeid innenfor primærhelsetjenesten mhp. flyktninge-/migrasjonshelse? Hvilke vurderinger ble gjort rundt dette?

- Hvordan vurderer du som kommuneoverlege helsetilbudet til flyktninger i primærhelsetjenesten? Er tilgangen på tjenester god nok eller tilstrekkelig? Er informasjonen til denne pasientgruppen god nok for hvordan komme i kontakt med helsevesenet?
- For å få et bilde på hvordan kommunen organiserer dette, så la oss ta et eksempel: Kommunen får meldt at om ... uker så ankommer det 2 familier fra Midtøsten. 1 familie på 4 personer (mor, far, 2 barn) og 1 familie på 5 personer (mor, far og 3 barn). Hva er neste steg for kommunen da? Hvem tar imot familien, helseundersøkelser, bolig, jobb/skole. Eksisterer det et form for introduksjonsprogram/kvalifiseringsprogram?
- Ila. 2015 kom det ca. 30 000 asylsøkere til Norge som måtte ta stilling til økt antall flyktninger/kvoteflyktninger. Med de erfaringene og den kunnskapen primærhelsetjenesten sitter på i dag, ville man organisert arbeidet annerledes hvis man skulle møte tilsvarende utfordringer i dag?

Intervju-mal - flyktningsesykepleier

- Kan du fortelle meg litt om, hva ditt arbeid består i? Hva du gjør i løpet av en vanlig arbeidsdag for eksempel?
- Hvordan opplevde du situasjonen med økt strøm av flyktninger til landet i 2015?
- Kan du fortelle litt om dine roller og oppgaver i forbindelse med denne perioden?
- Hvilke andre personer/yrker har du hatt kontakt med i forbindelse med dette arbeidet?
- Hvis du samarbeider med andre, hvordan foregår denne kontakten? Er det over telefon, skype, personlig oppmøte?
- Var det noen andre enn helsepersonell som var en del av flyktningshjelpen?
- Etter den Arabiske Våren 2011, opplevde Europa en ny strøm av flyktninger i ca. 2015 fra Midtøsten. Det var et stort mediefokus på antallet flyktninger som kom på en gang. Det kom tidlig signaler på at Norge ville bli berørt av dette. Hvordan stilte kommunen seg til signalene fra staten om det ville komme et økt antall flyktninger til landet?
- Hvordan ble helsetilbudene, psykisk og somatisk, organisert mht. flyktninger/asylsøkere før denne aktuelle perioden?
- Hvordan fikk kommunen beskjed om antallet flyktninger/kvoteflyktninger som man kunne forvente skulle ankomme?
- Hvordan ble du som flyktningsesykepleier involvert/forberedt på det som var i vente?
- Hvordan fikk du beskjed om økt antall flyktninger? Vet du om noen vurderinger av kapasiteten til primærhelsetjenesten i kommunen? Ble det vurdert nødvendig å iverksette ytterligere tiltak?
- Kom det flere flyktninger/kvoteflyktninger til kommunen enn først antatt?
- Var det eventuelt noen direktiv/retningslinjer fra utlendingsmyndighetene fulgte med beskjeden om at et visst antall flyktninger var på vei? Ble det gitt noen føringer/anbefalinger fra UDI om hvordan flyktningsenes helse skulle ivaretas av kommunen?
- Hvilke forberedelser ble igangsatt i kommunen for å sørge for at den var klar til å gi tilstrekkelig helsehjelp til flyktingene som ble varslet og ankommet kommunen?

- Helsedirektoratet anbefaler at kommuner og helseforetak avsetter fagressurser til å arbeide med likeverdige helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, f.eks. i form av tverrfaglige helseteam som opparbeider seg kompetanse på feltet. Hadde kommunen slike helseteam i perioden før 2014-2015, og i så fall, hvilke faggrupper gjorde arbeidet?
- Hvis det ikke var tverrfaglige helseteam på plass, hvilke vurderinger ble gjort på om det skulle opprettes eller ikke?
- Som flyktningsesykepleier i kommunen har din stilling åpenbart hatt en viktig rolle i arbeidet med helsetjenester til denne gruppen. Er det andre personer/yrker innenfor primærhelsetjenesten som har hatt mer ansvar/mer fokus på organisering av helsehjelp til flyktningene/kvoteflyktningene, og i så fall, hvilke? (ikke behov for navn på ansatt)?
- Det å ivareta et økt antall flyktninger, der kanskje flere kommer på en gang, krever blant annet ressurser og midler. Hvordan opplevde du som flyktningsesykepleier tildeling av evt. ressurser? Ble det gitt ekstra midler fra stat/UDI som var øremerket helsefaglig arbeid? Ble kommunale midler omdisponert i forbindelse med dette? I så fall, hvordan vurderte du om midlene tilgjengelig var tilstrekkelig?
- Størrelsen på kommuner i Norge, både folketall og areal, varierer stort i Norge. Har det vært et interkommunalt samarbeid innenfor primærhelsetjenesten mht. flyktninge-/migrasjonshelse? Hvilke vurderinger ble gjort rundt dette?
- Hvordan vurderer du som flyktningsesykepleier helsetilbudet til flyktninger i primærhelsetjenesten? Er tilgangen på tjenester god nok eller tilstrekkelig? Er informasjonen til denne pasientgruppen god nok for hvordan komme i kontakt med helsevesenet?
- For å få et bilde på hvordan kommunen organiserer dette, så la oss ta et eksempel: Kommunen får meldt at om ... uker så ankommer det 2 familier fra Midtøsten. 1 familie på 4 personer (mor, far, 2 barn) og 1 familie på 5 personer (mor, far og 3 barn). Hva er neste steg for kommunen da? Hvem tar imot familien, helseundersøkelser, bolig, jobb/skole. Eksisterer det et form for introduksjonsprogram/kvalifiseringsprogram?
- Ila. 2015 kom det ca. 30 000 asylsøkere til Norge som måtte ta stilling til økt antall flyktninger/kvoteflyktninger. Med de erfaringene og den kunnskapen primærhelsetjenesten sitter på i dag, ville du organisert arbeidet annerledes hvis man skulle møte tilsvarende utfordringer i dag?
- Du møter mennesker som har vært på flukt. Trolig vil mange av dem ha opplevd traumer før og/eller under reisen fra hjemlandet og hit. Er det noen av flyktningene som forteller deg om dette?
- I så fall, hvordan håndterer du disse inntrykkene og historiene?
- Involverer du eventuelt andre i å bearbeide disse inntrykkene?
- Har kommunen lagt til rette for hjelp til dette?

Intervju-mal – erfaren allmennlege

- Kan du fortelle meg litt om, hva ditt arbeid består i? Hva du gjør i løpet av en vanlig arbeidsdag for eksempel?
- Hvilke(n) tidligere rolle(r) har du hatt i arbeidet med flyktningehelsetjeneste i din kommune?
- Hvordan opplevde du situasjonen med økt strøm av flyktninger til landet i 2015?
- Kan du fortelle litt om dine roller og oppgaver i forbindelse med denne perioden?
- Hvorfor var du legen i kommunen som hadde mer ansvar og mer fokus på flyktningene?
- Hvilke andre personer/yrker har du hatt kontakt med i forbindelse med dette arbeidet?
- Hvis du samarbeider med andre, hvordan foregår denne kontakten? .. og hvordan vurderer du om disse måtene er ideelle?
- Hvordan ble helsetilbudene, psykisk og somatisk, organisert mht. flyktninger/asylsøkere før denne aktuelle perioden?
- Hvordan ble du som lege involvert/forberedt på det som var i vente?
- Hvordan fikk du beskjed om økt antall flyktninger? Vet du om noen vurderinger av kapasiteten til primærhelsetjenesten i kommunen? Ble det vurdert nødvendig å iverksette ytterligere tiltak?
- Kom det flere flyktninger/kvoteflyktninger til kommunen enn først antatt?
- Var det eventuelt noen direktiv/retningslinjer fra utlendingsmyndighetene fulgte med beskjeden om at et visst antall flyktninger var på vei? Ble det gitt noen føringer/anbefalinger fra UDI om hvordan flyktningenes helse skulle ivaretas av kommunen?
- Hvilke forberedelser ble igangsatt i kommunen for å sørge for at den var klar til å gi tilstrekkelig helsehjelp til flyktningene som ble varslet og ankommet kommunen?
- Helsedirektoratet anbefaler at kommuner og helseforetak avsetter fagressurser til å arbeide med likeverdige helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, f.eks. i form av tverrfaglige helseteam som opparbeider seg kompetanse på feltet. Hadde kommunen slike helseteam i perioden før 2014-2015, og i så fall, hvilke faggrupper gjorde arbeidet?
- Som lege i kommunen har din stilling åpenbart hatt en viktig rolle i arbeidet med helsetjenester til denne gruppen. Er det andre personer/yrker innenfor primærhelsetjenesten som har hatt mer ansvar/mer fokus på organisering av helsehjelp til flyktningene/kvoteflyktningene, og i så fall, hvilke? (ikke behov for navn på ansatt)?
- Det å ivareta et økt antall flyktninger, der kanskje flere kommer på en gang, krever blant annet ressurser og midler. Hvordan opplevde du som lege tildeling av evt. ressurser? Ble det gitt ekstra midler fra stat/UDI som var øremerket helsefaglig arbeid? Ble kommunale midler omdisponert i forbindelse med dette? I så fall, hvordan vurderte du om midlene tilgjengelig var tilstrekkelig?
- Størrelsen på kommuner i Norge, både folketall og areal, varierer stort i Norge. Har det vært et interkommunalt samarbeid innenfor primærhelsetjenesten mht. flyktninge-/migrasjonshelse? Hvilke vurderinger ble gjort rundt dette?
- Hvordan vurderer du som lege helsetilbudet til flyktninger i primærhelsetjenesten? Er tilgangen på tjenester god nok eller tilstrekkelig? Er informasjonen til denne pasientgruppen god nok for hvordan komme i kontakt med helsevesenet?

- Hva har vært utfordrende gjennom din jobb som lege når det kommer til flyktningehelsetjenesten?
- Hvis det ikke har kommet frem tidligere i intervjuet, hva var mest utfordrende i jobben din som lege da det var mest hektisk i 2015-2016?
- Ila. 2015 kom det ca. 30 000 asylsøkere til Norge som måtte ta stilling til økt antall flyktninger/kvoteflyktninger. Med de erfaringene og den kunnskapen primærhelsetjenesten og du sitter på i dag, ville du organisert arbeidet annerledes hvis man skulle møte tilsvarende utfordringer i dag?
- Du møter mennesker som har vært på flukt. Trolig vil mange av dem ha opplevd traumer før og/eller under reisen fra hjemlandet og hit. Er det noen av flyktingene som forteller deg om dette?
- I så fall, hvordan håndterer du disse inntrykkene og historiene?
- Involverer du eventuelt andre i å bearbeide disse inntrykkene?
- Har kommunen lagt til rette for hjelp til dette?

Intervju-mal – mottaksleder for flyktninger

- Kan du starte med å fortelle litt om hotellet i seg selv?
 - Kapasitet, sesongåpent? Mange ansatte?
- Kan du fortelle litt om hva din stilling på hotellet gikk ut på?
- Hva ditt arbeid bestod i? Hva gjorde du ila. en vanlig arbeidsdag?
- Senhøsten 2015 opplevde kommunen på kort tid økt antall flyktninger til kommunen. Hvordan ble hotellet til et mottak for flyktninger i denne perioden?
- Hvem var involvert i prosessen hvor hotellet ble til et slags mottak?
- Kan du si noe om tidsperspektivet fra første kontakt til avtale ble opprettet?
- Hvem ga informasjon om det som ventet til hotellet på forhånd, og hvor mye tid i forveien kom denne informasjonen?
- Kan du som leder av mottaket fortelle litt om dine roller og oppgaver i forbindelse med denne perioden?
- Hvor mange flyktninger ble dere forespeilet ville komme? Hvor mange flyktninger kom til hotellet?
- Hvilke krav/retningslinjer/anbefalinger ble gitt til hotellet angående helserelevante tema fra de som kontaktet dere?
- Hvilke tanker gjorde hotellet om helserelevante utfordringer hos flyktingene?
- Hvilke utfordringer opplevde hotellet (du) i forbindelse med å innkvartere flyktninger?

- Fra ditt perspektiv som ansatt på hotellet, hvordan opplevde du at flyktningene på hadde tilgang til helsetjenester?
- Hvordan foregikk kommunikasjonen/samarbeidet med kommunehelsetjenesten?
- Hvordan fikk mottaket beskjed om flyktninger som ville ankomme? Hvor tidlig? På hvilken måte? Hvem kommuniserte dette?
- Hvilke forberedelser ble igangsatt på mottaket/hotellet for å sørge for at man kunne håndtere de flyktningene som kom?
- I hvilken grad hadde hotellet du jobbet på et samarbeid med det andre hotellet som også tok imot flyktninger?
- Med de erfaringene og den kunnskapen du sitter på i dag, ville du organisert arbeidet annerledes hvis man skulle møte tilsvarende utfordringer i dag?

9.4 Samtykkeskjema

UNIVERSITETET I TROMSØ UiT



DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

Samtykkeskjema for intervju av...

Undertegnede samtykker med dette til å la seg intervju av en medisinerstudent i forbindelse med studentens fordypningsoppgave. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker og slettet etter fullført diktering.

Jeg samtykker til at intervjuet kan tas opp på lydopptaker.

Intervjuet skal ikke inneholde personsensitive opplysninger, skulle dette forekomme, vil det ikke bli tatt med i ferdigstillingen av fordypningsoppgaven.

Jeg er kjent med at jeg når som helst kan ombestemme meg og be om at opptaket blir slettet.

Opptaket vil bli oppbevart slik at ingen uvedkommende har tilgang til det, og vil bli slettet når det er transkribert.

Den som intervjuer har taushetsplikt.

Sted: _____ Dato: _____

(Den intervjuedes underskrift)

Skjemaet utfylles i 2 eksemplarer og student og intervjuer beholder hvert sitt.

Legestudent (fornavn) _____

(etternavn) _____

mobiltlf. _____

Kontaktperson for undervisningen av medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø:

Studieplansjef Torsten Risør – tlf. 93 03 85 49

		Referanse:	
		Design:	Kvalitativ Studie
General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway – practice-based shared reflections among participants in focus groups, Stefan Hjörleifsson, Elise Hammer og Esperanza Diaz.		Dokumentasjonsnivå	Høy
		GRADE	Høy
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Undersøke hvilke strategier allmennpraktikere i Norge bruker i konsultasjoner med innvandrere	Totalt 28 allmennpraktikere ble fordelt i 3 fokusgrupper. 2 av gruppene var for mer uerfarne allmennpraktikere, 1 av gruppene var for mer erfarne allmennpraktikere. Alle gruppene fikk spørsmålet: «Hvilke strategier bruker du når du møter innvandrere i en konsultasjon?»	Følgende strategier gikk igjen i fokusgruppene: - Kunnskap samt vise respekt for innvandrertens kultur og sosiale bakgrunn. - Ved å vise pas. at man som lege har kunnskap om kultur, kan bidra til at pasienten «åpner» seg opp. - Ungå fordommer samtidig som man er oppmerksom på epidemiologiske og kulturelle forskjeller. - Informere om det norske helsevesenet. - F.eks. informere om strenge norske antibiotika-retningslinjer. - Rollen for primærhelsetjenesten og hvilke oppgaver som håndteres der vs. Spesialisthelsetjenesten. - Organisere ressurser som tid, folk og andre samarbeidsinstanser. - Snakke rolig, sette av god nok tid til konsultasjonen, forsikre seg om at pas. aksepterer tolken.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet klart formulert? Formålet er klart formulert i artikkelen. • Er sykdomsstatus for pasientpopulasjonen klart beskrevet? Ikke relevant. • Ble testene utført adskilt/blindet slik at testresultat ikke var kjent? Ikke relevant. • Ble testene utført i iht. protokoll for utførelse? Ikke relevant. • Er «gullstandard» validert (krit. pos. test.)? Ikke relevant. • Resultater – Sens/Spes/PPV/NPV; konfidensintervall Ikke relevant. • Vil kunnskapen fra testresultatet forbedre pasienthåndteringen/pasientens velvære/prognose Ved å følge konklusjonen kan allmennpraktikere i fremtiden bli flinkere i møte med innvandrere. <p>Hva diskuterer forfatterne som. Stykke Lot være å intervju allmennpraktikere hver for seg for å unngå at deltagerens svar ikke skulle være på virket av frykten for en skilt politisk agenda. Slik kunne man få utførte svar.</p> <p>Svakhet 28 personer kan være et noe lavt antall deltagere. Fokusgruppene kan ikke avsløre om allmennpraktikere faktisk følger de strategiene de nevner i møtet med innvandrere.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Forfatterne henviser ofte til annen litteratur i artikkelen.</p>
Med økende antall innvandrere er det et økende behov for å lære pasientcentrert klinisk metode med kulturell kompetanse. Dette kan oppnås ved å f.eks. sette fokus på dette i medisinske- studentenes timeplan på universitetet.			
Norge	Land		
Ar data innsamling			
2013			

9.5 GRADE-artikler

Referanse: Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway. Kirsti V Hierkind, Samera A Qureshi, Bjørn Møller, Elisabete Weiderpass, Dennis Deapen, Bernadette Kumar og Giske Ursin.		Studiedesign: Kohortestudie Grade - kvalitet HØY	
Formål Undersøke kreftinsidensen hos innmigranter i Norge.		Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Materiale og metode		Sjekkliste: Formålet klart formulert? <i>Klart formulert.</i> Er gruppen rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) <i>Nei, gruppen er selektert fra land fra hele verden, ikke bare fra for eksempel et land.</i> Var gruppen sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias) * Noe sammenliknbare, men ratio mellom mann og kvinne varierte merkbart mellom landene. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? * <i>Delvis, men innvandrere er i større grad yngre og representerer kanskje ikke hvordan kreftinsidensen er for sin eldste befolkningsgruppe.</i> Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (Classification bias) ** Er den som vurderte resultatene (endepunkt- ene) blindet for gruppetilhørighet? ** Var studien prospektiv? <i>Ja. Populasjonen ble fulgt over tid.</i> Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) <i>Ja, registreringer som ble brukt gir god oversikt for oppfølging.</i> Er det utført fratallsanalyser? (Eval. attrition bias) <i>Nei.</i> Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? <i>Ja, populasjonen fulgt over så lang tid som nødvendig.</i> Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/ gjennomføring/analyser? <i>Nei, se «Svakheter» nedenfor.</i> Tror du på resultatene? • Bradford Hills criteria (time sequence, dose-respons-gradient, <u>biological plausibility</u> , consistency...) <i>Ja, pålitelige registre og tilstrekkelig med oppfølging over tid.</i>	
Konklusjon Total kreftinsidens var lavere hos innmigranter sammenlignet med norskfødte. Innmigranter fra høy-intektisland hadde lik kreftbelastning sammenlignet med norskfødte (livsstilsrelatert kreft). Høy insidens av lunge- og magekreft hos mannlige innmigranter fra Øst-Europa. Høy insidens av leverkreft hos innmigranter fra lav-intektisland.		Hovedfunn Between exposures/unexposed: Rate/proportion/ratio/rate difference Blant 850,008 innmigranter: - 9,158 menn og 10,334 kvinner utviklet kreft. Blant 5,508,429 norskfødte: - 263,316 menn og 235,020 kvinner utviklet kreft. Høyest insidens av bryst- og kolorektalcancer blant norskfødde og andre høy-intektisland. Høyere insidens av andre krefttyper hos innmigranter fra lav-intektisland. Høyest insidens av lungekreft hos mannlige innmigranter fra Øst-Europa, samt høyest insidens av magekreft hos kvinnelige og mannlige innmigranter fra Øst-Europa. Høyest insidens av levercancer hos innmigranter fra lav-intektisland.	
Høy insidens av leverkreft hos innmigranter fra lav-intektisland. (Høyere prevalens av hepatitt i lav-intektisland.)? (Dårligere tobakko-kontroll i Øst-Europa.)? Statistiske metoder Alder-standardisert insidenstrate (ASR) og 95 % konfidensintervall for opphavsregion for innmigranter og norskfødde. Standardisert insidenratio (SIRs) for å sammenligne innmigrantgruppene med resten av populasjonen		Resultater	
Populasjon: 5,508,429 norskfødde og 850,008 innmigranter.		Hoved utfall: Finnes det etniske forskjeller i cancer-insidens i Norge? Viktige konfunderende faktorer Alderen til innmigranter da denne gruppen har en lavere gjennomsnittsalder sammenlignet med norskfødde.	
Kohorter: Individier ble fulgt fra fødsel (norskfødde) eller fra innmigrasjonsdato (innmigranter) til kreftdiagnose, død eller emigrasjon fra Norge.		How strong is the association (RR)? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater». What is the absolute risk reduction (ARR)? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater». CI (wide/narrow) - Brukt 95 % KI i artikkelen. Dose-response? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater».	
Ar data innsamling Norge 1990-2012		Bifunn Høy insidens av cervix-cancer hos kvinner født i Norge og andre nordiske land sammenlignet med de fleste innmigrant-gruppene.	

<p>Referanse: Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway, Kirsti V. Herkkind, Samera A Qureshi, Bjørn Møller, Elisabete Weiderpass, Dennis Deapen, Bernadette Kumar og Giske Ursin.</p>		<p>Studiedesign: Kohortestudie</p>	
<p>Formål</p>		<p>Grade - kvalitet Høy</p>	
<p>Materiale og metode</p>		<p>Diskusjon/kommentarer/sjekkliste</p>	
<p>Undersøke kreftinsidensen hos immigrantrupper i Norge.</p>	<p>Populasjon: 5,508,429 norskfødde og 850,008 immigranter.</p> <p>Kohorter: Individer ble fulgt fra fødsel (norskfødde) eller fra immigrasjonsdato (immigranter) til kreftdiagnose, død eller emigrasjon fra Norge.</p> <p>Hoved utfall: Finnes det <u>etniske forskjeller</u> i cancer-insidens i Norge?</p> <p>Viktige konfunderende faktorer Alderen til immigranter da denne gruppen har en lavere gjennomsnittsalder sammenlignet med norskfødde. (Høyere prevalens av hepatitt i lav-intektsland.)? (Dårligere tobakko-kontroll i Øst-Europa.)?</p> <p>Statistiske metoder Alder-standardisert insidensrate (ASR) og 95 % konfidensintervall for opphavsregion for immigranter og norskfødde. Standardisert insidensratio (SIRs) for å sammenligne immigrantruppene med resten av populasjonen</p>	<p>Resultater</p> <p>Hovedfunn Between exposed/unexposed: Rate/proportion/ratio/rate difference Blant 850,008 immigranter: - 9,158 menn og 10,334 kvinner utviklet kreft. Blant 5,508,429 norskfødde: - 263,316 menn og 235,020 kvinner utviklet kreft. Høyest insidens av bryst- og kolorektalcancer blant norskfødde og andre høy-intektsland. Høyere insidens av andre krefttyper hos immigranter fra lav-intektsland. Høyest insidens av lungekreft hos mannlige immigranter fra Øst-Europa, samt høyest insidens av magekreft hos kvinnelige og mannlige immigranter fra Øst-Europa. Høyest insidens av levercancer hos immigranter fra lav-intektsland.</p> <p>How strong is the association (RR)? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater».</p> <p>What is the absolute risk reduction (ARR)? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater».</p> <p>CI (wide/narrow) - Brukt 95 % KI i artikkelen.</p> <p>Dose-response? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater».</p> <p>Bifunn Høy insidens av cervix-cancer hos kvinner født i Norge og andre nordiske land sammenlignet med de fleste immigrant-grupperne.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formålet klart formulert? <i>Klart formulert.</i> Er gruppen rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) <i>Nei, gruppen er selektert fra land fra hele verden, ikke bare fra for eksempel et land</i> Var gruppen sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias) * Noe sammenliknbare, men ratio mellom mann og kvinne varierte merkbart mellom landene. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? * <i>Delvis, men immigrantere er i større grad yngre og representerer kanskje ikke hvordan kreftinsidensen er for sin eldte befolkningsgruppe.</i> Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (<u>Classification bias</u>) ** Er den som vurderte resultatene (endepunkt- ene) blindet for gruppetilhørighet? ** Var studien prospektiv? <i>Ja. Populasjonen ble fulgt over tid.</i> Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (<u>Attrition bias/follow-up-bias</u>) <i>Ja, registrere som ble brutt gir god oversikt for oppfølging.</i> Er det utført frafallsanalyser? (Eval. attrition bias) <i>Nei.</i> Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? <i>Ja, populasjonen fulgt over så lang tid som nødvendig.</i> Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? <i>Nei, se «Svakheter» nedenfor.</i> Tror du på resultatene? <ul style="list-style-type: none"> Bradford Hills criteria (time sequence, dose-respons-gradient, biological plausibility, consistency....) <i>Ja, pålitelige registre og tilstrekkelig med oppfølging over tid.</i>
<p>Konklusjon</p> <p>Total kreftinsidens var lavere hos immigranter sammenlignet med norskfødte.</p> <p>Immigranter fra høy-intektsland hadde lik kreftbelastning sammenlignet med norskfødde (livsstilrelatert kreft).</p> <p>Høy insidens av lunge- og magekreft hos mannlige immigranter fra Øst-Europa.</p> <p>Høy insidens av leverkreft hos immigranter fra lav-intektsland.</p>			
<p>Norge</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>1990-2012</p>			

Referanse: Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway, Kirsti V Hjerking, Samera A Qureshi, Bjørn Møller, Elisabete Weiderpass, Dennis Deapen, Bernadette Kumar og Giske Ursin.		Studiedesign: Kohortestudie	
		Grade - kvalitet	HØY
		Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Sjekkliste:
Undersøke kreftinsidensen hos innmigrantergrupper i Norge.	Populasjon: 5,508,429 norskfødde og 850,008 innmigranter.	Hovedfunn Between exposes/unexposed: Rate/proportion//ratio/rate difference Blant 850,008 innmigranter: - 9,158 menn og 10,334 kvinner utviklet kreft. Blant 5,508,429 norskfødde: - 263,316 menn og 235,020 kvinner utviklet kreft. Høyest insidens av bryst- og kolorektalcancer blant norskfødde og andre høy-inntektsland. Høyere insidens av andre krefttyper hos innmigranter fra lav-inntektsland.	<ul style="list-style-type: none"> Formålet klart formulert? <i>Klart formulert.</i> Er gruppe rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) <i>Nei, gruppene er selektert fra land fra hele verden, ikke bare fra for eksempel et land.</i> Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias) * Noe sammenliknbare, men ratio mellom mann og kvinne varierte merkbart mellom landene. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? * <i>Delvis, men innmigranter er i større grad yngre og representerer kanskje ikke hvordan kreftinsidensen er for sin eldre befolkningsgruppe.</i> Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (Classification bias) ** Er den som vurderte resultatene (endepunkt- ene) blindet for gruppeilhørighet? ** Var studien prospektiv? <i>Ja, Populasjonen ble fulgt over tid.</i> Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (<i>Attrition bias/follow-up-bias</i>) <i>Ja, registreringene som ble brukt gir god oversikt for oppfølging.</i> Er det utført fratallsanalyser? (<i>Eval attrition bias</i>) <i>Nei.</i> Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? <i>Ja, populasjonen fulgt over så lang tid som nødvendig.</i> Er det tatt hensyn til viktige konfundierende faktorer i design/gjennomføring/analyser? <i>Nei, se «Størkelser» nedenfor.</i> Tror du på resultatene? <ul style="list-style-type: none"> Bradford Hills criteria (time sequence, dose-respons-gradient, biological plausibility, consistency, ...) <i>Ja, pålitelige registre og tilstrekkelig med oppfølging over tid.</i>
Konklusjon	Kohorter: Individer ble fulgt fra fødsel (norskfødde) eller fra innmigrasjonsdato (innmigranter) til kreftdiagnose, død eller emigrasjon fra Norge. Hoved utfall: Finnes det <u>etniske forskjeller</u> i cancer-insidens i Norge? Viktige konfundierende faktorer Alderen til innmigranter da denne gruppen har en lavere gjennomsnittsalder sammenlignet med norskfødde. Høy insidens av lunge- og magekreft hos mannlige innmigranter fra Øst-Europa. Høy insidens av leverkreft hos innmigranter fra lav-inntektsland.	<p>(Høyere prevalens av hepatitt i lav-inntektsland.)?</p> <p>(Dårligere tobakko-kontroll i Øst-Europa.)?</p> <p>Statistiske metoder</p> <p>Alder-standardisert insidenstrate (ASR) og 95 % konfidensintervall for opphavsregion for innmigranter og norskfødde.</p> <p>Standardisert insidenstratio (SIRs) for å sammenligne innmigrantgruppene med resten av populasjonen</p>	
Total kreftinsidens var lavere hos innmigranter sammenlignet med norskfødde.			
Innlektisland hadde lik kreftbelastning sammenlignet med norskfødde (livsstilsrelatert kreft).			
Innlektisland hadde lik kreftbelastning sammenlignet med norskfødde (livsstilsrelatert kreft).			
Høy insidens av lunge- og magekreft hos mannlige innmigranter fra Øst-Europa.			
Høy insidens av leverkreft hos innmigranter fra lav-inntektsland.			
Ettersom innmigranter utgjør en signifikant og økende andel av populasjonen i mange høy-inntektsland, kan monitoring av deres kreft-rate og helsebehov indikere omfanget av risikoreduksjon vha. offentlige helseprogrammer.			
Norge	Land		
Ar data innsamling			
1990-2012			

<p>Referanse: Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway. Kirsti V Hjerkind, Samera A Qureshi, Bjørn Møller, Elisabete Weiderpass, Dennis Deapen, Bernadette Kumar og Giske Ursin.</p>		<p>Studiedesign: Kohortestudie</p>	
<p>Formål</p>		<p>Grade - kvalitet: Høy</p>	
<p>Materiale og metode</p>		<p>Diskusjon/kommentarer/sjekkliste</p>	
<p>Undersøke kreftinsidensen hos innmigrantgrupper i Norge.</p>	<p>Populasjon: 5,508,429 norskfødde og 850,008 innvandrere.</p> <p>Kohorter: Individer ble fulgt fra fødsel (norskfødde) eller fra innvandringsdato (innvandrere) til kreftdiagnose, død eller emigrasjon fra Norge.</p>	<p>Hovedfunn</p> <p>Between exposed/unexposed: Rate/proportion/ratio/rate difference Blant 850,008 innvandrere: - 9,158 menn og 10,334 kvinner utviklet kreft. Blant 5,508,429 norskfødde: - 263,316 menn og 235,020 kvinner utviklet kreft.</p> <p>Høyest insidens av bryst- og kolorektalcancer blant norskfødde og andre høy-inntektsland. Høyere insidens av andre krefttyper hos innvandrere fra lav-inntektsland.</p> <p>Høyest insidens av lungekreft hos mannlige innvandrere fra Øst-Europa, samt høyest insidens av magekreft hos kvinnelige og mannlige innvandrere fra Øst-Europa.</p> <p>Høyest insidens av levercancer hos innvandrere fra lav-inntektsland.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formålet klart formulert? <i>Klart formulert.</i> Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) <i>Nei, gruppene er selektert fra land fra hele verden, ikke bare fra for eksempel et land.</i> Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias) * Noe sammenliknbare, men ratio mellom mann og kvinne varierte merkbart mellom landene. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? * <i>Delvis, men innvandrere er i større grad yngre og representerer kanskje ikke hvordan kreftinsidensen er for sin eldre befolkningsgruppe.</i> Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (<u>Classification bias</u>) ** Er den som vurderte resultatene (endepunkt- ene) blindet for gruppetilhørighet? ** Var studien prospektiv? <i>Ja. Populasjonen ble fulgt over tid.</i> Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (<u>Attrition bias/follow-up-bias</u>) <i>Ja, registrere som ble brukt gir god oversikt for oppfølging.</i> Er det utført fratfallsanalyser? (Eval. attrition bias) <i>Nei.</i> Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? <i>Ja, populasjonen fulgt over så lang tid som nødvendig.</i> Er det tatt hensyn til viktige konfundrende faktorer i design/ gjennomføring/analyser? <i>Nei, se «Støtteri» nedderfor.</i> Tror du på resultatene? <ul style="list-style-type: none"> Bradford Hills criteria (time sequence, dose-response-gradient, biological plausibility, consistency,...) <i>Ja, pålitelige registre og tilstrekkelig med oppfølging over tid.</i>
<p>Konklusjon</p> <p>Total kreftinsidens var lavere hos innvandrere sammenlignet med norskfødde.</p> <p>Innvandrere fra høy-inntektsland hadde lik kreftbelastning sammenlignet med norskfødde (livsstilsrelatert kreft).</p> <p>Høy insidens av lunge- og magekreft hos mannlige innvandrere fra Øst-Europa.</p> <p>Høy insidens av leverkreft hos innvandrere fra lav-inntektsland.</p> <p>Ettersom innvandrere utgjør en signifikant og økende andel av populasjonen i mange høy-inntektsland, kan monitorering av deres kreft-rate og helsebehov inkludere omfanget av risikoreduksjon vha. offentlige helseprogrammer.</p>	<p>Hoved utfall: Finnes det etniske forskjeller i cancer-insidens i Norge?</p> <p>Viktige konfundrende faktorer Alderen til innvandrere da denne gruppen har en lavere gjennomsnittsalder sammenlignet med norskfødde. (Høyere prevalens av hepatitt i lav-inntektsland.)? (Dårligere tobakko-kontroll i Øst-Europa.)?</p> <p>Statistiske metoder Alder-standardisert insidensrate (ASR) og 95 % konfidensintervall for opphavsregion for innvandrere og norskfødde. Standardisert insidensratio (SIRs) for å sammenligne innvandrergruppene med resten av populasjonen</p>	<p>How strong is the association (RR)? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater».</p> <p>What is the absolute risk reduction (ARR)? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater».</p> <p>CI (wide/narrow) - Brukt 95 % KI i artikkelen.</p> <p>Dose-response? - Ikke grunnlag for å vurdere dette ut fra «Resultater».</p> <p>Bifunn Høy insidens av cervix-cancer hos kvinner født i Norge og andre nordiske land sammenlignet med de fleste innvandrert-gruppene.</p>	<p>Land</p> <p>Norge</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>1990-2012</p>