

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: KL360E

Anne Lise Villumsen

---

Flyktingestrømmen og utfordringer for  
helsevesenet

Migration of refugees and challenges for  
the health care system

---

Dato: 14.05.2018

Totalt antall sider: 65

## **Innholdsfortegnelse**

Innholdsfortegnelse .....	i
Sammendrag .....	1
Summary .....	2
Forord .....	3
KAPITTEL 1: INNTRODUKSJON OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	4
KAPITTEL 2: METODE OG EMPIRISK TILFANG .....	6
2.1 Kvalitativ forskning.....	6
2.2 Valg av forskningsmetode og valg av utvalg .....	8
2.3 Snøballmetoden .....	9
2.4 Ett skritt fram og to skritt tilbake .....	12
2.5 Tilfang .....	13
2.6 Sentrale begreper .....	14
KAPITTEL 3: FLYKTNINGERS HELSE VED FLUKT TIL NORGE .....	16
3.1 Flyktingeleirer i Afrika og Midtøsten .....	17
3.2 Manglende vaksinasjonsprogram .....	21
3.3 Reisen over Middelhavet.....	22
3.4 På grensen til Europa.....	25
3.5 Ankomst Norge .....	30
3.6 Norske asylmottak .....	30
3.7 Fylke, kommune og primærhelsetjeneste .....	33
3.8 Spesialisthelsetjeneste .....	35
KAPITTEL 4: DISKUSJON OG VIKTIGE TEORETISKE TEMA .....	38
KAPITTEL 5: KONKLUSJON OG VIDERE ARBEID .....	59
REFERANSER .....	61

## **Sammendrag**

Masteroppgaven er avsluttende kapittel på et masterstudium i samfunnsikkerhet og kriseledelse ved Nord Universitet. Oppgaven har tatt utgangspunkt i flyktingestrømmen i 2015, hvor jeg har valgt å undersøke på hvilken måte denne reelt eller potensielt utgjorde en folkehelsekrise for Norge. I tillegg har jeg sett på hvilke organisatoriske utfordringer man opplever ved mottak av flyktninger, på hvilken måte flyktingestrømmen kan utgjøre en krise for helsevesenet, samt på hvilken måte mottak av flyktninger kan være en helsemessig risiko.

Ved migrasjon av mennesker på grunn av for eksempel krig eller katastrofer, vil mennesker forflytte seg fra områder hvor sykdommer er utbredte og endemiske, til områder hvor disse sykdommene ikke er vanlige. På denne måten vil sykdommene forflytte seg, og man vil også ta med nye sykdommer på veien. I flyktingeleirer bor mennesker tett, under dårlige sanitære forhold og med manglende helsehjelp. Her er smitteveien kort fra menneske til menneske. Vaksinasjonsprogram i krigsrammede områder kan være nærmest ikke eksisterende slik som i Syria, noe som skaper grobunn for at gamle sykdommer som til vanlig er begrenset ved vaksinasjon, kan blomstre på nytt. Sykdomsbildet i flyktingeleirer i Midtøsten og i Afrika er bredt og det ses sykdommer som er alvorlige og potensielt dødelige.

Jeg har valgt en kvalitativ forskningsmetode, hvor jeg har sett på flyktingers helse ved flukt til Norge. Av kilder har jeg brukt fagartikler, samt samtaler med mennesker som har møtt flyktninger gjennom sitt arbeid blant annet i Middelhavet og ved norske asylmottak. For å danne meg et bilde av situasjonen i Norge, har jeg snakket med mennesker i ulike posisjoner, deriblant fra Fylkesmannen, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det var store organisatoriske utfordringer da Norge skulle ta i mot mange flyktninger samtidig, særlig knyttet til registrering og screening for tuberkulose. Spesielt var det problemer i forhold til logistikk, samordning og uklare ansvarsforhold. Det er tidligere laget utredninger i forhold til mottak av flyktninger (NOU 2000:24), og mye av det som ble bemerket som svakheter skjedde slik som skissert. For å forsøke å forstå hvorfor ting faller sammen når man skal gjøre noe som er utenfor vanlig rutinearbeid har jeg blant annet valgt å bruke kompleksitetsteori. Det ble ingen epidemi i Norge som følge av flyktingestrømmen, men migrasjon av mennesker er kilde til sykdomsspredning, og jeg sitter igjen med en følelse av at det var en god andel flaks som gjorde at det gikk så bra som det gjorde. Feltet jeg har sett på er relativt utforsket og jeg har ønsket å kaste lys på noe som jeg synes er viktig og interessant.

## **Summary**

This research project finishes my Masterdegree in Societal Security and Crisis Management at Nord University. The research is based upon the migration of refugees towards Europe and Norway in 2015. I have chosen to look at how migration of refugees could be a potential or real public health crisis for Norway. In addition to this I have looked at the organisational challenges that was experienced with the admission of refugees, and how migration of refugees can be a healthrisk, and a crisis for the healthcare system.

War and catastrophes are some of the reasons people migrate. Migration from areas where diseases are common and endemic, into areas where they are not. On their route of travelling, they will also experience new diseases in endemic areas which they will bring further along. In refugee camps, people live very close, in poor health- and sanitary conditions. Under these circumstances the route for transmission of disease is very short and fast. Vaccination programs in war-zones like Syria, is almost non-existent, and can lead to reestablishment of diseases which are usually extinguished due to vaccination. The diversity of diseases seen in refugee camps in the Middle East and Africa are broad, and some of them are serious and potentially lethal.

I have chosen a qualitative way of research where I have looked at the health status of refugees travelling towards Norway. My sources are scientific articles and conversations with professionals who met refugees through their work, in for example the Mediterranean Sea and at refugee shelters. To get a view of the situation in Norway I have also spoken to people who work at the county governors office (Fylkesmannen), in primary health care and in hospitals.

The admission of refugees to Norway led to considerable organisational challenges, especially in the areas of registration and screening for tuberculosis. The challenges were especially noticeable in logistics, coordination and lines of responsibility. Investigations have previous been done to map what kind of problems one would expect to meet with admission of refugees (NOU 2000:24), and many of the problems that were foreseen actually happened. To make an understanding of why things collapse when we meet problems that are out of the ordinary routine tasks, I have among other sources used theory from complexity thinking. In Norway we did not experience an epidemic of disease due to the migration of refugees, but migration itself is a source of spreading of disease, and I think a bit of luck helped us through. There has not been made a lot of research in this area, and by this project I hope to bring some light into a field which I find interesting and important.

## **Forord**

Denne masteroppgaven er gjennomført ved Nord Universitet og avslutter en mastergrad i Samfunnssikkerhet og kriseledelse. Arbeidet med masteroppgaven har foregått mellom oktober 2016 og mai 2018.

Flere personer har bidratt gjennom prosessen, og jeg har funnet stor inspirasjon i forelesere under studietiden. Først og fremst vil jeg takke alle som har tatt seg tid til å snakke med meg om temaet jeg skriver om, og som har bidratt med sine egne erfaringer og sine synspunkt. Uten disse menneskene ville det blitt umulig for meg å skrive denne oppgaven. Jeg vil også takke min veileder Stig Ole Johannessen for uvurderlig hjelp underveis, og hans evne til å stimulere og inspirere til nye ideer og ny tankegang når jeg har stått fast. Sist men ikke minst vil jeg takke min fantastiske familie som har laget tid og rom for at jeg skal få lov til å jobbe med dette studiet og denne oppgaven, da timeplanen for lengst er stappfull.

## KAPITTEL 1: INNTRODUKSJON OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Jeg er utdannet lege og interessert i folkehelse. Denne masteroppgaven er siste steg på veien, og det avsluttende kapittelet av et masterstudium i samfunnssikkerhet og kriseledelse. For å bli tatt opp på dette studiet måtte søkeren, i tillegg til faglige kvalifikasjoner, ha tidligere relevant erfaring. I denne oppgaven ønsker jeg å bruke min medisinske kunnskap og min erfaring som hjelpemiddel til å undersøke et komplekst tema. Jeg vil studere hvordan man møter organisatoriske utfordringer ved mottak av migranter og flyktninger, og da spesielt fra et helsemessig ståsted. Jeg ønsker å se på sykdomsbildet i flyktningepopulasjoner, og se på om det er fare for sykdomsspredning og fare for å utvikle epidemier. For å studere dette har jeg tatt utgangspunkt i flyktningestrømmen som kom til Norge i 2015.

Da jeg begynte studiet på høsten i 2015 var flyktningestrømmen i gang for fullt. De aller fleste lot seg nok påvirke av dette på en eller annen måte, meg inkludert. Sykdommer finner nye smitteveier og smittemåter, akkurat slik som mennesker finner nye reiseruter og reisemåter.

Hvis mange mennesker oppholder seg på samme sted, for eksempel i en skole, en barnehage, et fly eller en militærleir, da er smitteveien kort fra menneske til menneske. Men i store deler av verden har trange institusjoner og tette lokaler gode sanitære forhold med rent vann og kloakkanlegg, og mennesker som oppholder seg der er vaksinerte, har relativt god helse og god ernæringsstatus. Hvis man forandrer settingen til en flyktningeleir blir situasjonen brått en helt annen. Mange flyktningeleirer har dårlige sanitære forhold og mennesker som oppholder seg der har ofte reist langt, er slitne, kanskje syke, og mange er ikke vaksinerte. Mattilførselen er ofte sparsom, og vann går stort sett med til drikke og ikke til personlig hygiene.

Det som skjer langt unna oss her i Norge, virker på mange måter veldig fjernt. Både borgerkrigen i Syria, flyktningeleirer i Afrika, nærmest anarki i Libya, og så videre. Alt dette ser vi jo gjennom media, men angår det oss egentlig? Er dette noe vi må ta stilling til, eller kan vi bare klikke oss videre til neste tv-kanal eller sette på Netflix for en ny episode av noe litt hyggeligere? Men så plutselig sto de her og banket på døra til staten Norge, migranter og flyktninger i flokk. Vi hadde jo planlagt at vi skulle ta imot kun x antall flyktninger, men så kom det jo dobbelt så mange. Og da de hadde gått hele veien gjennom Europa og endelig var framme hos oss, så kunne vi ikke lenger se en annen vei, men vi måtte faktisk gjøre noe. Og noen av oss måtte gjøre mye.

Vi måtte håndtere situasjonen, men det virket nærmest som vi hadde sovet i timen. Vi liker vel å tro at vi er god til å planlegge og systematisere, både som enkeltpersoner i privatlivet og i arbeidslivet, og vi er vel god på samarbeid og samordning både som folk og stat, både fra nede på gulvet og oppover i hierarkiet. Men vi er vel kanskje best til å gjøre dette så lenge problemstillingen og utfordringen er innenfor de rammene vi hadde tenkt, slik at det lar seg løse på den måten vi er vant til, gjerne ved hjelp av rutiner og planverk.

Krise er et ord som ofte brukes i norske og utenlandske medier, og også et ord som kanskje blir misbrukt og kanskje til slutt oppbrukt. Mennesker på flukt er ikke noe nytt, og bilder fra flyktningleirer og katastrofeområder er nærmest en del av vårt daglige nyhetsbilde. I 2015 innvandret over 49000 mennesker uten nordisk statsborgerskap til Norge. Innvandring på grunn av arbeid gikk mest ned, og innvandring på grunn av flukt gikk mest opp, hvor det var en kraftig økning av flyktninger fra Syria (Statistisk sentralbyrå, 2016).

I oktober 2015 uttalte professor John Ashton, president for Storbritannias fakultet for folkehelse, at Syria sto ovenfor en folkehelsekatastrofe. På grunn av kollaps i landets helsevesen og svært dårlige sanitære forhold, oppsto det en optimal grobunn for spredning av smittsomme sykdommer. Det ble bekreftet utbrudd av tyfus, svært alvorlige tilfeller av diaré, kjøttetende bakterier, polio, tuberkulose, leverbetennelse og flere andre sykdommer. Flere av disse smittede menneskene flyktet fra Syria. Ashton mente at en slik folkehelsekatastrofe utgjorde en trussel for Europa og andre land, og at risikoen for utvikling av nye arter av fugleinfluenta kunne sette i gang en pandemi (Merrick, 2015).

Mottak av mange mennesker på flukt faller innenfor flere ansvarsområder, og lar seg ikke enkelt kategorisere, slik at man kan børste støv av en gammel handlingsplan eller finne fram en bruksanvisning fra en skuff, som guider deg gjennom steg for steg. Det er utfordrende og vanskelig å ta imot så mange mennesker samtidig, både fordi det er *mennesker* vi snakker om og ikke ting, og i tillegg er det vi som *mennesker*, og ikke maskiner, som skal samarbeide og organisere oss slik at vi klarer å håndtere det på best mulig måte. Men hvorfor faller ting fra hverandre når vi skal håndtere noe som vi ikke har håndtert tidligere?

Jeg begynte i forbindelse med flyktningestrømmen å spekulere på om vi egentlig har kontroll på hvilke sykdommer som kommer inn til Norge. Jeg tror at det er økt fare for utvikling av sykdomsutbrudd og epidemier i en flyktningleir, og således tror jeg at det vil det være økt fare for smittespredning til populasjoner dit smittede mennesker reiser til.

Da vi hadde eksamen i organisasjon og ledelse første semester på dette studiet, var oppgaven å se på en organisasjon som var påvirket av flyktingestrømmen. Jeg valgte da å se på min hjemkommune som organisasjon. I den forbindelse snakket jeg med flere mennesker som var involvert i mottak av flyktinger og fikk et innblikk i hvilke utfordringer de sto ovenfor. I Norge er det pålagt at alle flyktinger som kommer til landet må screenes for tuberkulosesmitte, men å sjekke så mange mennesker samtidig ga store organisatoriske utfordringer. Jeg ønsker i denne masteroppgaven å se videre på temaet, men i et større perspektiv. Det overordnede forskningsspørsmålet for masteroppgaven er

*På hvilken måte utgjorde flyktingestrømmen i 2015 reelt eller potensielt en folkehelsekrise for Norge?*

I tillegg har jeg valgt et par spørsmål for å utdype hovedspørsmålet.

- 1. På hvilken måte kan mottak av flyktinger være en helsemessig risiko?*
- 2. På hvilken måte kan flyktingestrømmen tolkes som en krise for helsevesenet?*

## **KAPITTEL 2: METODE OG EMPIRISK TILFANG**

I metodekapittelet vil jeg presentere hvordan jeg fikk fram for å undersøke spørsmålene i masteroppgaven.

### ***2.1 Kvalitativ forskning***

Når man forsker på samfunnsfenomener og mennesker står kvantitativ og kvalitativ forskning fram som to forskjellige tilnærminger som man kan bruke for å innhente informasjon som trengs for å belyse et tema. I enkelte studier vil begge metodene være nødvendige for å gi et godt nok bilde av et emne, men ikke alle studier egner seg til både kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvalitativ forskning skiller seg fra kvantitativ forskning ved at man i kvalitativ forskning vektlegger forståelse, nærhet til objektet med en åpen interaksjon og ofte data i form av tekst. I kvantitativ forskning leter man ofte etter en forklaring, jobber med større avstand til det man forsker på, og dataene består ofte av tall. I kvalitativ forskning vil måten man går fram på ofte være utforskende og induktiv, mens i kvantitativ forskning vil metoden være basert på hypoteser, teorier og være deduktiv. I begge tilnærminger er man opptatt av «informantenes opplevelse og meningsdanning» (Tjora, 2013, s. 18) og deres syn og



forståelse av ulike hendelser og situasjoner, men i tillegg bærer kvalitativ forskning preg av kreativitet og nytenkning (Tjora, 2013, s. 18-19).

Noe som også kjennetegner kvalitativ forskning er at både forskningsprosessen og analysen begynner umiddelbart og pågår simultant gjennom hele forskningen, «ongoing analysis» (Nilssen, 2014, s. 25). I tillegg kan forskningen ta en ny vri og fortsette i en annen kurs enn det man hadde tenkt i utgangspunktet, «emergent design» (Nilssen, 2014, s. 25). I kvalitativ forskning begynner prosessen ofte med noen hovedspørsmål som ligger til grunn for forskningen, og etter hvert som prosessen beveger seg framover blir disse spørsmålene mer nøyaktig formulert. Veien blir litt til mens man går, og det kan derfor bli nødvendig å endre design på studien underveis i prosessen. I tillegg har bakgrunnen til forskeren mye å si for valg av forskningsprosjekt, prosess og forståelse. Bakgrunn, både når det kommer til tidligere erfaringer og lært kunnskap har en innvirkning på forskeren, og hjelper forskeren med å tolke, analysere og forstå forskningsmaterialet. Nilssen skriver at i kvalitativ forskning er forskeren kjent med sin subjektivitet og bakgrunn, og har derfor en forforståelse som dras med inn i forskningen. Det er også viktig at forskeren redegjør for sin forforståelse ved presentasjon av et forskningsprosjekt (Nilssen, 2014, s. 25-27).

Som del av min forforståelse er min bakgrunn og oppvekst. Jeg er født og oppvokst i Norge under trygge omgivelser og jeg har aldri vært nødt til å flykte fra mitt land. Jeg har gått på norsk grunnskole og videregående skole, og så flyttet jeg til utlandet for å studere medisin. På medisinstudiet møtte jeg mennesker fra hele verden, også mennesker som hadde vokst opp i områder hvor det hadde vært og hvor det er uroligheter og krig. Jeg har også studert sammen mennesker og har venner som har vært soldater og hjelpepersonell under krig og katastrofer. Da jeg er utdannet lege har jeg kunnskap om medisin, sykdommer og deriblant smittsomme sykdommer. Dette er kunnskap som for meg har vært svært nyttig, spesielt med tanke på gjennomgang av medisinske artikler for eksempel om mennesker i flyktningeleirer og artikler om vaksinasjonsprogram og lignende. Jeg har også møtt mennesker som har flyktet til Norge i mitt arbeid som lege og privat.

Enkelte mener at kvantitativ forskning er mer objektiv enn kvalitativ forskning, fordi denne typen forskning er basert på tall og at ulike forskere således vil komme fram til de samme resultatene basert på de samme tallene. Men også i kvantitativ forskning må resultatene analyseres for å gi mening, og da er det forskerens tolkning av resultatene som kommer fram. I tillegg vil selve materialet som ga grunnlaget for analysen også være basert på forskerens

subjektive interesse. I kvalitativ forskning er man også, som i kvantitativ forskning opptatt av informantenes mening og opplevelse, og å undersøke andre menneskers synspunkt. Således kan man si at begge tilnærminger inneholder både subjektive og objektive nyanser og at den ene ikke er overordnet den andre (Tjora, 2013, s. 22-24).

## **2.2 Valg av forskningsmetode og valg av utvalg**

Hvorfor man velger den ene metoden framfor den andre er ofte av praktiske hensyn, hvilke ressurser man har til rådighet og hva som skal undersøkes. Noe man ofte tenker på tidlig i prosessen knyttet til metodevalg er hvilken tilgang man har på informanter og hvor sannsynlig det er at man får mulighet til å kommunisere med disse. I tillegg kan spørsmål omkring etiske problemstillinger komme fram, dette kan være for eksempel hvis man driver med forskning og bruk av opplysninger som er taushetsbelagte, for eksempel i helsevesenet. Hvis forskeren har god tilgang på relevante kontaktpersoner kan man likevel oppnå gode resultater og innhenting av data selv om utgangspunktet ikke er optimalt tilrettelagt. Tid er også et aspekt som kommer fram ved valg av forskningsmetode. Dette er både tid som forskeren bruker på å planlegge og gjennomføre intervjuer og samtaler, men også for informanten som bruker tid på å snakke med forskeren. I tillegg er analyse av intervjuene svært tidkrevende i seg selv. Hvordan man er som person, om man er ekstrovert eller introvert vil også ha betydning for valg av metode, og om man velger å tolke data eller snakke med andre mennesker. Tjora beskriver to strategier for å klare å avgrense et prosjekt, og at dette kan være gjennom utvalg av kasustikker eller hendelser, eller ved et «kriterieutvalg» (Tjora, 2013, s. 34), hvor man inviterer enkelte mennesker til intervju eller samtale basert på hvilke kvaliteter de har. Utvalg basert på kriterier eller kvaliteter gjøres blant annet fordi man ønsker et reflektert syn på temaet som man forsker på. Man velger da ikke ut tilfeldige mennesker i en befolkning for å gjøre en kartlegging av befolkningen (surveystudier). Mennesker som er valgt ut ved kriterieutvalg kan ha dobbeltroller i en studie, både ved å representere seg selv og ved å representere et syn, en gruppe eller en posisjon. Når man bruker kasustikker som grunnlag for en studie vil dette i seg selv naturlig avgrense hva som undersøkes og hvem som er aktuelle å snakke med. I en slik form for studie kan man bruke mange måter å innhente informasjon både gjennom intervjuer, dokumenter, artikler eller ved bruk av flere av disse sammen. Tjora hevder at ved bruk av «strategisk valgte caser og kriterieutvalg kan man skape større sammenhengende analyser i prosjekter som utvikler seg over tid» (Tjora, 2013, s. 39). (Tjora, 2013, s. 30-39, s. 145-146).

«Å finne en forskbar enhet er en utfordring når målet er å oppnå forståelse av kompliserte situasjoner» (Nilssen, 2014, s. 28). Det finnes ingen mal for hvordan man skal drive kvalitativ forskning og man trenger både å holde ting i system, men man trenger også kreativitet, både for å komme i gang, drive prosessen framover og for å komme i mål (Nilssen, 2014, s. 28-29).

Mitt utvalg av mennesker å snakke med er både avgrenset av hendelse og av kriterier. Hendelsen, eller kasuistikken jeg er interessert i å belyse er flyktningestrømmen som kom til Norge i 2015, og de organisatoriske utfordringene spesielt innenfor helse som denne ga. Med dette utgangspunktet avgrenser kasuistikken seg selv i stor grad. Menneskene som jeg har vært interessert i å snakke med er mennesker som kan gi meg et bilde på hvordan de opplevde situasjonen. Jeg har ønsket å snakke med mennesker i ulike posisjoner, både mennesker som møtte flyktninger utenfor Norge og etter ankomst til Norge. Jeg har vært på jakt etter deres synspunkt, opplevelser og deres meninger om organisatoriske utfordringer og andre utfordringer omkring situasjonen. Med min bakgrunn fra helsevesenet har jeg brukt dette som en inngangsbillett for å oppnå kontakt med forskjellige mennesker. Jeg har valgt å se på min bakgrunn som en fordel og har brukt det for det det er verdt, og jeg vet ikke om jeg ville vært i stand til å oppnå kontakt med alle disse menneskene uten min bakgrunn som helsepersonell.

### **2.3 Snøballmetoden**

Denne typen metode «brukes for å beskrive en utvalgsmetodikk hvor man begynner med et lite utvalg («førstekontakter»), som gradvis vokser ved at forskerne får tips til nye informanter fra førstekontaktene. Utvalget eser ut som en snøball, som blir større etter hvert som den ruller» (Tjora, 2013, s.151). En slik type metode blir ofte brukt i studier hvor veien ikke kan kartlegges og planlegges fra begynnelsen av, og ved studier hvor man skal forske på noe som er ukjent og uutforsket. En slik type studiemetodikk har flere vanskeligheter, både når det kommer til å finne den første viktige kontakten som kan lede en videre på veien, til å klare å få nok informanter, og å klare å holde tråden i en metode som kan virke noe kaotisk og tilfeldig underveis. Ethiske dilemmaer er også fremtredende ved bruk av en slik metode fordi informanter kan angi hverandre, og det kan være utfordrende å skjule informantens identitet og bevare anonymiteten. Det er også forskerens ansvar å ikke forårsake følelsesmessige vanskeligheter for den som intervjues og informere at informanten har mulighet til å avslutte samtalen når som helst. Det er svært viktig at man opprettholder tilliten mellom forskeren og informanten. Forskeren har også et ansvar for å ikke gi ut uheldige opplysninger om informantene som kan gi konsekvenser for informantene i framtiden, dette er spesielt viktig ved bruk av sitater i presentasjon av forskningen. Hvis forskningen dreier seg om temaer som

kan være sensitive kan det også være problematisk å rekruttere mennesker som er interessert i å delta. At rekrutteringen kan være vanskelig og at man derfor kan ende opp med et snevert utvalg kan også gjøre at studiens troverdighet blir svekket. I enkelte studier, spesielt i «offentlige eller halvoffentlige rom finnes muligheten for mer spontan rekruttering av informanter, særlig i kombinasjon med observasjonsstudier. Ikke minst er det spennende å bruke av *spontane fokuserte intervjuer* hvor man «på stedet» inviterer folk til å delta i intervjuer, som deretter gjøres på direkten (Tjora, 2013, s. 157)». Denne metodikken synes jeg passer godt til hvordan jeg selv gikk fram, og hvor flere av mine samtaler plutselig fant sted, og skjedde fortløpende etter som jeg møtte personer som fanget min interesse og som kunne være interessant for mitt forskningsprosjekt. (Tjora, 2013, s. 151-161).

Temaet i denne masteroppgaven synes å være relativt utforsket og uavklart. Muligheten for å kunne være kreativ og velge min egen vei var mulig. Helt i begynnelsen brukte jeg en god del tid på å lete etter relevant informasjon i bøker og på internett. Å gjennomgå artikler og lese faglitteratur er slik som vi medisinere er opplært i å løse en oppgave. Jeg satt tidlig helt fast i gamle mønstre og syntes at det var utfordrende at jeg ikke hadde noen plan eller struktur, og jeg syntes det var vanskelig å komme i gang med selve arbeidet. Men da dette skulle være en kvalitativ forskning, og da jeg er en utadvendt person, som liker å møte nye mennesker, så skjønnte jeg at jeg måtte bruke mine kommunikasjonsferdigheter og faktisk snakke med andre mennesker. Oppgaven jeg har valgt er vid og stor og jeg synes den var vanskelig å avgrense, og jeg hadde store problemer med å finne ut hvor i alle dager jeg skulle begynne, og hvem jeg skulle snakke med. Tjora bruker begrepet «metodisk kreativitet» (Tjora, 2013, s. 14), og beskriver enkelte kvalitative forskningsmetoder som for lite kreative og at de «ofte kan lede forskere og studenter inn i retning av svært standardiserte opplegg som i noen grad kan forsvares med utgangspunkt i metodelitteraturen, men som er lite sensitive overfor spesielle kontekstuelle forhold» (Tjora, 2013, s. 14). «Metodevalget må reflektere det man faktisk ønsker å finne ut» (Tjora, 2013, s.15).

Jeg visste ikke helt hvor jeg skulle begynne, men ønsket å snakke med mennesker som hadde vært i kontakt med flykninger i sitt arbeid. På tv kan man nærmest daglig se flere humanitære organisasjoner som jobber i sult og katastrofeområder og også i områder hvor mennesker er på flukt. Jeg tok telefonen fatt og forsøkte å komme i kontakt med noen humanitære organisasjoner i Norge. Dette var lettere sagt enn gjort, men tilslutt fikk jeg napp og fikk avtalt et møte med en som har jobbet i en humanitær organisasjon fra Norge. I den andre enden ønsket jeg å lære meg mer om smitte og hvordan Norge håndterer smitteutbrudd på et

overordnet nivå, og de helsemessige oppgavene ved mottak av flyktninger. Her klarte jeg også etter mange telefoner å få avtalt et møte. Så første del av oppgaven min ble et slags feltarbeid for å kartlegge territorium, hvor jeg reiste til hovedstaden og fikk møtt noen fra en humanitær organisasjon og en person som jobber med folkehelse.

Som tidligere beskrevet er mitt arbeid basert på et kriterieutvalg hvor jeg har valgt å snakke med personer som kan belyse temaet jeg er interessert i, og hjelpe meg med å oppnå en større forståelse av for meg et uoversiktlig område. Alle disse personene har forskjellige roller, forskjellige yrker og ulik bakgrunn. Noen av de jeg har snakket med jobber innenfor helse, og noen har også samme utdanning som meg, men ikke alle. Samtalene med menneskene som har samme utdanning som meg har gått lettere for min del, da vi har hatt samme forforståelse for enkelte ting, og da spesielt helsemessige problemstillinger. Flere av menneskene jeg har snakket med har ikke samme utdanning for meg og jeg har syntes det har vært veldig spennende å høre deres meninger og synspunkter på flyktningestrømmen. Fordi utgangspunktet for samtalene har vært svært ulikt alt etter hvilken vedkommende sin rolle var under flyktningestrømmen, har jeg ikke kunnet benytte meg av standardiserte intervjuer eller intervjuguiden. Da jeg ikke har benyttet meg av dette har jeg heller ikke kunnet gjøre analyser av intervjuene og kunnet sammenligne svar på spørsmål slik man ofte gjør under enkelte klassiske kvalitative studier. Jeg vurderte å bruke utstyr for å ta opp samtalene, men valgte å ikke bruke dette. Grunnen til dette er både fordi det stiller store krav i forhold til anonymisering, er svært tidkrevende i forhold til analyse i etterkant, og at jeg gjorde mange samtaler over telefon. Mange av samtalene ble også til ad hoc, da jeg møtte mennesker som jeg syntes var interessant i forhold til min oppgave, og som kunne tilføre noe og gi meg kunnskap og informasjon som jeg manglet. Samtalene ble til litt på sparket og jeg hadde da ikke tid til forberedelser, men måtte bare improvisere og utnytte situasjonen jeg plutselig sto i. Hvis jeg da hadde blyant og papir tok jeg notater fortløpende, og hvis jeg ikke hadde dette tilgjengelig så noterte jeg meg stikkord i etterkant. Jeg forsøkte også å skrive ned mine egne tanker om enkelte temaer en tid i etterkant av samtalene for å kunne bruke disse som inspirasjon under arbeidet. Jeg vil heller ikke si at jeg har gjort intervjuer, men heller har snakket med mennesker og hatt samtaler. Av den grunn ønsker jeg ikke å kalle menneskene jeg har snakket med som intervjuobjekter, men heller henviser til dem som informanter eller til mennesker som jeg har snakket med.

## ***2.4 Ett skritt fram og to skritt tilbake***

I kvalitativ forskning går man som nevnt inn med en forforståelse, og man bruker seg selv som redskap for å klare å gjennomføre forskningen. Ved at man bruker seg selv har man muligheten til å velge hvor mye materiale som skal innsamles, og man kan selv avgjøre hva som er av betydning for forskningen. Det at man bruker seg selv som redskap har sine fordeler men også sine ulemper for forskningen. Man er begrenset av å være menneskelig og ikke en datamaskin, og kan således ta feil valg, og gjøre vurderinger som ikke er optimale. Man kan også feiltolke andre menneskers syn, og man kan også lede samtalene inn i feil retning og gå glipp av viktig informasjon. Kommunikasjon og evnen til å kommunisere er svært viktig i kvalitativ forskning. Det er viktig at det skapes tillit mellom forskeren og menneskene som forskeren kommuniserer med, både på grunn av mellommenneskelige relasjoner, men også fordi forskeren da vil kunne få et godt og fyldig materiale å jobbe videre med. Under forskningsprosessen jakter man på elementer som betyr noe for forskningen og noe som gir forståelse. Men selv om man har den opprinnelige problemstillingen eller hypotesen i bakhodet, må man være klar for at ting kan snu og ta en annen retning enn man hadde planlagt for. Nilssen sammenligner kvalitativ forskning med detektivarbeid, hvor både forskeren og detektiven må se på materialet om og om igjen for å komme litt videre, og prosessen i seg selv kan føles som en tålmodighetsprøve og være svært tidkrevende (Nilssen, 2014, s. 28-33).

Ifølge Tjora preges forskning ofte av kaos, rot og mangel på kontroll, selv med «en slags lineær modell for kvalitativ forskning, «*den stegvis-deduktive induktive metoden*» (Tjora, 2013, s. 42). Man har ofte mange ting som skjer samtidig og ikke i gitt rekkefølge slik man kanskje kunne ønsket seg. Ofte går ikke samtaler som planlagt, man får ikke tak i alle de man hadde ønsket å snakke med, og man må ofte endre retning underveis. Man lærer seg under forskningen å improvisere og justere seg slik at man kommer videre og kanskje i mål til slutt (Tjora, 2013, s. 42-43).

Flere ganger under prosessen har jeg stått fast, og syntes at jeg har brukt lang tid på å ikke finne ut noen ting. Det har følt som at jeg har gått bakover og ikke framover, før det plutselig har gått litt framover igjen. Jeg husker ikke helt ordlyden, men jeg tror budskapet fra min veileder var at det var ikke bare det å oppnå et resultat for forskningen som var det viktige, men også selve forskningsprosessen i seg selv. Han sammenlignet mitt valg av forskningstema med å bevege seg i et mørkt rom, hvor min oppgave var å lyse med

lommelykt i de krokene jeg selv ønsket å se noe uten nødvendigvis å skulle opplyse hele rommet. Disse ordene har jeg prøvd å bruke som en rettesnor under prosessen.

Oppgaven kan slik sees som en begynnelse av et videre arbeid, hvor jeg ønsker å utforske noen spørsmål som jeg mener kan være et bidrag til et viktig og interessant tema, som er uavklart. Jeg har valgt å gjøre dette for å kaste litt lys på noe, som i neste omgang kan føre til videre forskning.

## **2.5 Tilfang**

Empiri stammer fra det greske ordet *empeiria*, og betyr «innsikt vunnet gjennom erfaring» (Det Norske Akademis ordbok, 2016). I dette kapittelet vil jeg først fortelle litt om hvor jeg har hentet informasjon fra. Deretter vil jeg forsøke å videreformidle samtalene jeg har hatt og budskapet fra samtalene, med mine egne ord.

For å få et inntrykk av hvordan livet i flyktningeleirene i Afrika og Midtøsten har jeg måttet benytte meg av litteraturstudier. I tillegg har jeg snakket med mennesker som har jobbet i flyktningeleirer. Jeg har snakket med profesjonelle som har jobbet på fartøy som patruljerte i Middelhavet og plukket opp tusentalls av migranter. Jeg har også snakket med frivillige som var tilstede for å hjelpe flyktninger på strendene i Hellas. I tillegg har jeg snakket med mennesker som møtte migranter på gata gjennom sin jobb, og til slutt har jeg snakket med flere som har jobbet med mottak av flyktninger etter ankomst til Norge. Det er personer som har vært involvert i organisering av store flyktningmottak, og andre som jobber på fylkesnivå, i kommunene, og i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten på sykehus.

Tilfanget mitt av mennesker er preget av min yrkesbakgrunn, og jeg forsøkt å gjøre dette for å få en forståelse og et bilde av hvordan situasjonen ble opplevd. Samtalene jeg har hatt med disse menneskene er preget av det jeg har vært interessert i å få vite, hvor jeg har forsøkt å fokusere på utfordringene de sto ovenfor. Samtalene blir ikke gjengitt ordrett, men jeg har valgt å fremheve det jeg syntes var relevant, uten å forsøke å skjule noe som kunne vært relevant. Slik som Johannessen skriver er forskning en dynamisk prosess hvor det er rom for kreativitet og nyanser, og hvor prosessen kan sammenlignes med en etterforskningsprosess. Fortellingene og samtalene kan bli fortalt på mange måter og fra forskjellig ståsted, med få eller mange detaljer, og man kan velge å fremheve eller nedtone enkelte aspekt. (Johannessen, 2017, s. 9). Jeg har valgt å fortelle samtalene på den måten som jeg best tror de setter lys på det jeg synes er viktig.

## **2.6 Sentrale begreper**

Jeg ønsker innledningsvis å gjøre rede for noen sentrale begreper for at oppgaven lettere skal la seg følge for leseren, og for å vise hva jeg selv legger i begrepene.

**Migrant:** Migrasjon forekommer av flere forskjellige årsaker, og kan være både ufrivillig og av fri vilje. Arbeid kan være en grunn til at mennesker frivillig migrerer. Flukt på grunn av katastrofer eller konflikt kan være grunn til ufrivillig migrasjon. Man skiller også mellom lovlige migranter som har en gyldig oppholdstillatelse i et annet land, og irregulære migranter som oppholder seg i landet uten gyldig tillatelse. En ulovlig migrant er et menneske som er offer for menneskehandel eller -smugling (FN-sambandet, 2018).

**Flyktning:** En person som oppfyller kravene til å få beskyttelse (asyl) i Norge. Kriteriene for å få oppholdstillatelse som flyktning i Norge fylles hvis personen har en reell frykt for forfølgelse på grunn av sin hudfarge, etniske opprinnelse, nasjonalitet, religiøse tro, eller politiske oppfatning. Kriteriene fylles også hvis personen står i virkelig fare for tortur, dødsstraff eller annen nedverdiggende eller umenneskelig behandling eller straff hvis de må reise tilbake til sitt hjemland (Utlendingsdirektoratet, 2018).

**Kvoteflyktning:** En kvoteflyktning eller en overføringsflyktning er en person som er registrert som flyktning hos FNs Høykommissær for flyktninger, men som overflyttes til et tredje land fordi de ikke kan tilbys et varig opphold i det landet de befinner seg i. Mange flyktninger opplever det umulig å dra tilbake til sitt hjemland, eller å bli integrert i det landet som de oppholder seg i. UDI avgjør hvem som får komme til Norge, etter at FNs Høykommissær for flyktninger har fremmet en søknad (Utlendingsdirektoratet, 2018).

**Asylsøker:** Når en person har søkt om beskyttelse i Norge, uten at søknaden er ferdig behandlet kalles personen en asylsøker (Utlendingsdirektoratet, 2018).

**Asylmottak:** I Norge har man ulike typer asylmottak. Fra 2015 ble det opprettet en ny ordning med Ankomstsentre hvor asylsøkere ble registrert hos politiet og i UDIs asylmottakssystem, hvor det ble gjort obligatoriske undersøkelser i forhold til helse og tuberkulosescreening og hvor søkeren fikk informasjon om videre søknadsprosess. Etter noen dager flytter søkeren videre til omsorgssenter hvis søkeren er under 15 år, og til et transittmottak hvis man er over 15 år. Ett transittmottak er et sted hvor søkeren bor i en midlertidig periode før videre reise til privat bolig, ut av Norge eller til et ordinært mottak. For mindreårige mellom 15 og 18 år som er enslige finnes det egne transittmottak.



Ordinære mottak er mottak hvor asylsøkere flyttes etter intervju hos UDI, og hvor søkeren bor i påvente av søknadsbehandling. I tillegg finnes integreringsmottak som laget for familier og voksne som allerede har fått oppholdstillatelse, eller hvor det er overveiende mulighet for å få oppholdstillatelse. På slike mottak tilbyr kommunen et opplegg som beboerne må forplikte seg til å følge. For søkere med særskilte psykiske- eller fysiske behov for hjelp finnes tilrettelagte avdelinger. Dette er frivillige avdelinger, som spesielt er ment for asylsøkere med plager av psykisk karakter, men som ikke er så plaget at det kreves behandling (Utlendingsdirektoratet, 2018).

**Endemisk:** Den kontinuerlige tilstedeværelsen av en spesifikk sykdom som finnes i en populasjon eller et geografisk område til enhver tid. Dette er ofte ikke det ønskede sykdomsnivået, men det forventede sykdomsnivået. Dette begrepet er i motsetning til sporadisk forekomst av en sykdom. Ved sporadisk forekomst gjelder det sjeldnere sykdommer som man ikke forventer i populasjonen eller som forekommer sjelden, for eksempel rabies eller polio. Slike sporadiske tilfeller fører ofte til videre epidemiologisk etterforskning. Når man har en kontinuerlig høy forekomst av en sykdom i en populasjon kalles det hyperendemisk (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

**Epidemi:** Ved en epidemi får man en plutselig økning i sykdomsforekomsten i forhold til hva som er forventet i en spesifikk populasjon og i ett spesifikt område. Ved et sykdomsutbrudd er det også en økt sykdomsforekomst, men dette begrepet brukes oftere om et mer begrenset geografisk område enn en epidemi (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

**Pandemi:** Når en epidemi sprer seg over flere land eller kontinent kalles det en pandemi (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

**Krise:** Kriser defineres på ulike måter i ulike bøker. Jeg har valgt å hente definisjoner utfra pensumlitteratur i tidligere fag på masterstudiet. En krise er en situasjon som utgjør en alvorlig trussel mot liv, personlig sikkerhet eller interesser, og stiller så store krav at organisasjonens ressurser og rutiner ikke er tilstrekkelige. Situasjonen er alvorlig og består ofte av flere hendelser som skjer samtidig. Krisesituasjoner er ofte preget av stor usikkerhet, de eskalerer fort og det er begrenset informasjon om situasjonen (Weisæth, Kjeserud, 2014, s. 21-24). Kriser blir ofte definert utfra årsak, og kan således være både menneskeskapt og naturskapt. Hva som er årsak til krisen påvirker om det er mulig å forebygge krisen, og hvordan den håndteres (Fimreite, Lango, Lægred & Rykkja 2014, s. 13-14). Aarset refererer til Seymour og Moore (2000) når han bruker begrepene kobrakrise og pytonkrise. Kobrakrise

er en krisesituasjon som skjer plutselig, mens en pytonkrise er en krise som kommer snikende og bygger seg opp fra en bagatell (Aarset 2010, s. 20).

**Katastrofe:** Det er vanskelig å finne litteratur som skiller kriser og katastrofer definisjonsmessig. Min tolkning er at en krise er mindre i omfang og mer avgrensbar enn en katastrofe. Ved en katastrofe har man også ofte flere sammenfallende hendelser med store ødeleggelser, hvor nødetatene ikke klarer å møte behovet i initieringsfasen. I artikkelen «Understanding Katrina» er temaet kriser og katastrofer og deriblant naturkatastrofer. Her skriver de at i en katastrofe vil ofte også hjelpearbeid og nødetater være rammet av katastrofen og derfor ikke ha mulighet til å hjelpe de rammede (Quarantelli, 2006). Fimreite et. al. skriver at kriser skiller seg fra katastrofer ved at sistnevnte oppfattes å ha et negativt eller dårlig utfall, og at når man bruker begrepet katastrofe sier man noe om krisens utfall (Fimreite et. al, 2014, s. 15).

**Frontex:** Frontex er forkortet fra det franske ordet *frontières extérieures* og betyr yttergrenser, og ble opprettet i 2004 og er et av EUs organ som organiserer samarbeid omkring vakt hold av yttergrensene til EU, og at Schengen-avtalen gjennomføres. Alle EU land er med i Frontex, i tillegg er Storbritannia, Irland, Island, Liechtenstein og Norge deltakere. Frontex har blant annet ansvar for risikovurderinger, og retur av mennesker som på ulovlig vis har kommet til Europa og ikke fått godkjent asyl (Fagerlund Knudsen & Gabrielsen Jumbert, 2016).

### **KAPITTEL 3: FLYKTINGERS HELSE VED FLUKT TIL NORGE**

Når mye informasjon skal videreformidles kan det være vanskelig å holde tråden og klare å følge med forfatterens tanker og drøftinger. For å gjøre dette så uproblematisk som mulig både for meg selv og for leseren, har jeg valgt å presentere mine funn og observasjoner som tidslinje. Tidslinjen er en reise som begynner der migrantene reiste fra, være det Afrika eller Midtøsten, videre over Middelhavet, gjennom Europa til Norge og til slutt til en kommune i Norge. Jeg har valgt å undersøke disse forskjellige punktene på reisen for å danne meg et bilde av helsetilstanden og sykdomsbildet som menneskene hadde der de reiste fra, og hvilket sykdomsbilde de hadde da de ankom Norge.

### ***3.1 Flyktningeleirer i Afrika og Midtøsten***

For å få et bilde av helsetilstanden til mennesker på flukt, og mennesker som oppholder seg i flyktningeleirer i Afrika og Midtøsten har jeg benyttet meg av ulike fagartikler som kilder.

I 2016 ble det publiserte Du og medarbeidere en artikkel om sykdomsbildet i Syria og i andre nordafrikanske land med fokus på smittsomme sykdommer og infeksjoner. I denne artikkelen skriver de om hvordan enkelte tidligere smittsomme sykdommer blomstrer på nytt under nye omstendigheter og de kaller disse sykdommene for neglisjerte smittsomme sykdommer. En av disse sykdommene er Leishmaniasis som i Syria har vært endemisk i over tjue år (Du, Hotez, Al-Salem & Acousta-Serrano, 2016).

Leishmaniasis er en sykdom forårsaket av en parasitt, og både mennesker og dyr kan være bærere av denne parasitten. Parasitten spres ved bitt fra sandfluer, og den kan også sjeldnere smitte fra menneske til menneske, eller ved bruk av urene sprøyter. Leishmaniasis har to hovedtyper, hvor den ene typen påvirker huden med sår dannelse som ofte er lokalisert i ansiktet, som kan vokse inn i gane og nese. Den andre typen påvirker indre organer, og kan føre til forstørrede lymfeknuter, forstørret milt og forstørret lever samt føre til feber, avmagring og blodmangel. Den siste kan ha lang inkubasjonstid på flere måneder før sykdommen bryter ut (Folkehelseinstituttet, 2015).

Leishmaniasis er sjelden dødelig men kan føre til store sjenerende arr som kan føre psykiske problemer, deriblant angst og depresjon, og som kan ha betydning for livskvaliteten til den som er smittet. I Syria så man i 2008 en oppblomstring av sykdommen, etter at den lenge hadde blitt holdt i sjakk av insektdrepende midler, men spredte seg etter hvert videre til tross for dette. Noe av grunnen til sykdomsspredningen var økonomisk betinget, da mennesker migrerte fra landsbygda inn til byer og forsteder. Ved fortetning ble det dårligere sanitære forhold både med tanke på kloakk og søppelhåndtering, og mindre mulighet til å opprettholde god hygiene samt mindre bruk av insektsspray. Etter at borgerkrigen brøt ut ble det i 2011 registrert ytterligere tilfeller, også i områder som man ikke trodde var rammet, samt i tilgrensende områder i Midtøsten (Du et. al, 2016).

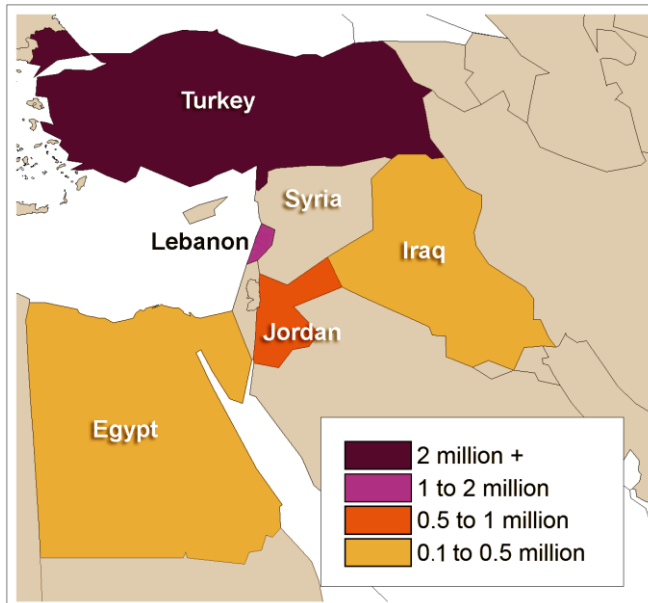
Væpnede konflikter kan føre til sykdomsutbrudd, spesielt av slike neglisjerte smittsomme sykdommer. Hovedgrunnene til dette er at infrastrukturen i helsevesenet kollapser, og at store folkemengder flytter på seg. Når folk migrerer utsettes de for nye sykdommer i nye endemiske områder, eller tar med seg sykdommer inn i områder som ikke tidligere har denne sykdommen. I tillegg fører kaos og ustabilitet ofte til dårlige sanitære forhold, dårlig hygiene

og dårlige levekår, noe som igjen øker risikoen for rask smitteoverføring. Eksempler på dette har man blant annet sett i Kongo med store katastrofale utbrudd av Kolera, eller av en type Leishmaniasis i Sudan. I tillegg vil faktorer som avskoging, ukontrollert urbanisering og forflytning av mennesker være risikofaktorer for ytterligere sykdomsspredning. I Vest Afrika så vi ifølge forfatterne hvordan alle disse faktorene til sammen skapte grobunn og lagde *den perfekte storm*, og førte til Ebolavirus epidemien i 2014-2015. Borgerkrigen i Syria har vist samme type kaos som det man så i Vest-Afrika at førte til utbrudd av Ebola virus epidemien (Du et al, 2016).

Ebola er et virus som fører til svært alvorlig sykdom med stor dødelighet hos mennesker. Sykdommen kan smitte fra dyr til mennesker og fra menneske til menneske, hvor det ofte er mennesker som er i nær kontakt med den syke som blir smittet, som nære familiemedlemmer eller helsearbeidere. Måten sykdommen sprer seg er at man kommer i kontakt med kroppsvæsker fra smittede personer, også via dråper eller sprut fra for eksempel blod. Luftsmitte er ikke dokumentert som smittemåte. Man er ikke smittsom i inkubasjonstiden, men heller etter at sykdommen har brutt ut og ofte i forbindelse med blødning. Sykdommen er også smittsom etter døden, og ritualer i forbindelse med begravelser har vist seg å være kilde for smitte. Etter at viruset har kommet inn i kroppen begynner det å formere seg og angriper kroppens celler deriblant kroppens immunforsvar. Flere organer i kroppen rammes, og kan svikte etter hvert, og noen pasienter får både indre og ytre blødninger. I begynnelsen av forløpet kan sykdommen ligne på mange andre sykdommer og det kan være vanskelig å stille diagnosen tidlig. Det ble første gang beskrevet utbrudd av sykdommen i 1976, og det har etter dette blitt beskrevet flere utbrudd, spesielt i Sentral-Afrika. I mars 2014 brøt det ut en større epidemi av ebola i Guinea. I april samme år erklærte verdens helseorganisasjon situasjonen som en folkehelsekrise som kunne få internasjonale konsekvenser. Arbeidet med å stoppe epidemien ble igangsatt sent men det ble etter hvert lagt inn massiv støtte fra flere land. Totalt ble det bekreftet over 28000 smittede og over 11000 døde. Flere hjelpearbeidere ble smittet, sannsynligvis da de jobbet med svært syke pasienter sent i sykdomsforløpet. Enkelte av disse hjelpearbeiderne kom fra Europa, også en fra Norge. Guinea var det siste av de landene i Afrika med smitte som ble erklært som smittefritt i desember 2015 (Folkehelseinstituttet, 2016).

I Syria er infrastrukturen til helsevesenet nærmest ikke-eksisterende, og flere millioner av mennesker har flyttet innad i Syria og flere millioner av mennesker har flyktet fra Syria gjennom Midtøsten, Nord-Afrika og til Europa. De fleste av Syrerne som har flyktet befinner

seg i flyktningeleirer i Irak, Tyrkia, Libanon, Jordan og Egypt. Figuren nedenfor viser hvor de fleste syrere befinner seg.



Den enorme migrasjonen av mennesker har ført til vesentlige mangler for mennesker både i Syria og utenfor Syria. Mennesker i Syria har rapportert mangel på blant annet hygieneartikler, helsehjelp, mat, vann, bosted og utdanning. Migranter utenfor Syria bor ofte i overfylte flyktningeleirer, under blikktak eller i telt, hvor det er svært dårlige sanitære forhold med mangel på hygieneartikler, mat, elektrisitet og helsehjelp. Du og medforfattere skriver at flyktningekrisen er den største siden andre verdenskrig. På grunn av at situasjonen er så dårlig både i Syria og utenfor Syria og preget av kaos og dårlige sanitære- og hygieniske forhold, har det blitt rapportert en oppblomstring av sykdommer som polio, meslinger, hepatitt A og tuberkulose, og som tidligere nevnt Leishmaniasis. Situasjonen er liknende i Nord-Afrika hvor mange mennesker migrerer mellom ulike land i Nord-Afrika, med dårlige avfallssystem og dårlige sanitære forhold som kan skape grobunn og føre til utbrudd av sykdommer (Du et al, 2016).

Hotez og medforfattere skrev i 2012 en artikkel om neglisjerte smittsomme sykdommer i Nord-Afrika og Midtøsten hvor Yemen og Egypt er noen av de fattigste landene og hvor det har blitt rapportert flest utbrudd av slike sykdommer. Blant disse sykdommene er det flere parasittsykdommer deriblant Leishmaniasis. Økt forekomst av andre sykdommer som spedalskhet har blitt rapportert. Spedalskhet er forårsaket av Lepra-basillen, og er en sykdom som angriper hud og nerver. Sykdommen kan behandles men kan gi kroniske følger. Andre sykdommer som for eksempel Trakom, en smittsom sykdom som fører til blindhet har blitt

rapportert. Enkelte andre, sjeldnere men alvorlige sykdommer som Denguefeber, Alkhumra hemorragic feber og Rift Valley feber er endemiske i enkelte land som i Saudi-Arabia. Disse spres gjennom mygg eller flått, og kan i enkelte tilfeller føre til svært alvorlig sykdom og død ved blødning fra indre organer slik som Ebolaviruset. Konflikter og migrasjon av mennesker og dyr er faktorer som predisponerer til spredning av slike sykdommer, og det er behov for overvåkning og bruk av ulike preventive tiltak som for eksempel vaksinerer for å forhindre sykdomsspredning og for å oppnå eliminering (Hotez, Faviola & Fenwick, 2012).

Selv om man kan avgrense de geografiske grensene hvor konflikter finner sted, og hvor borgerkrigen i Syria befinner seg, kan ikke helsemessige kriser avgrenses på samme måte med eksakte grenser på et kart. På grunn av kollaps i infrastruktur og helsevesen vil det være kontinuerlig bevegelse av flyktninger, og da også sykdommer fra Syria til nabolandene Libanon, Jordan og Irak på grunn av den lange konflikten. Mange sykdommer slik som tidligere nevnte; tyfus, hepatitt, hjernehinnebetennelse, skabb og lus fortsetter å påvirke en utsatt populasjon av mennesker. Denne situasjonen vil fortsette helt til en global og vesentlig innsats gjøres for å få bukt med situasjonen.



Bilde av et Syrisk barn i en Libanesisk flyktningleir. Barnet har flere hudsr forårsaket av Leishmaniasis (courtesy of Dr. Ibrahim Khalifeh), (Shahara & Kanj, 2014).

### ***3.2 Manglende vaksinasjonsprogram***

I Norge har vi et vaksinasjonsprogram som beskytter mot mange, og potensielt dødelige sykdommer. Vaksinasjonsprogrammet er frivillig, men alle i Norge har rett på vaksinasjon. Blant sykdommene som det vaksineres mot er for eksempel polio og meslinger, som i dag er nærmest utryddet i Norge.

Meslinger er forårsaket av et virus, som tidligere var svært fryktet da det førte til høy barnedødelighet. Gjennom historien har det vært flere store meslingeepidemier i verden, også i Norden og i Norge. Sykdommen tar seg som feber, utslett, hoste og rennende nese, hvor noen få også utvikler en infeksjon av hjernevevet med hjernebetennelse som kan føre til hjerneskade, og i verste fall være dødelig. På 60-tallet ble det utviklet en vaksine som førte til stor reduksjon av sykdommen, men til tross for dette er sykdommen endemisk i flere land i Europa. Verdens helseorganisasjon har som målsetting at sykdommen skal være utryddet i store områder innen 2020. Meslinger er en type sykdom som skal meldes ved smitte, og i fjor ble det meldt om over 14000 tilfeller i Europa, og hvor 30 smittede pasienter døde.

Hovedvekten av smittede var lokalisert i Romania, Tyskland og også land som grenser til Middelhavet, både i Italia og Hellas. De smittede menneskene i disse landene har av forskjellige årsaker hatt lav dekning av vaksinasjon og i tillegg er dette mennesker som er på reise både nasjonalt og internasjonalt av ulike årsaker. Selv om meslinger er nærmest utryddet i Norge kan det oppstå sporadiske utbrudd hvor personer har blitt smittet i utlandet, og som igjen viderefører smitten til uvaksinerte barn innenlands. Slike utbrudd kan blant annet finne sted blant flyktninger i asylmottak (Folkehelseinstituttet, 2018).

I 2014 ble det rapportert at mer enn 7000 mennesker i Syria var smittet av meslinger. Grunnen til denne smitten var den pågående borgerkrigen som hadde ført til kollaps i helsevesenet, og et nærmest ikke-eksisterende vaksinasjonsprogram. Mange syrere var på flukt og bodde da som nå, under svært tette og dårlige sanitære forhold. Dette fører til kort smittevei og gjør at sykdommen kan bryte ut hos flere mennesker samtidig i epidemier. Små barn er mest utsatt for smitte, og i tillegg mest sårbar, men vaksinasjon beskytter vanligvis livet ut. Leger uten grenser forsøkte i nordlige deler av Syria å gjennomføre vaksinasjoner for å hindre smittespredning, hvor mange titusentalls mennesker ble vaksinert for å redusere ytterligere smitte. Men på grunn av krigen var det store logistiske vanskeligheter med å få levert vaksinen slik at folk kunne bli vaksinert. I tillegg var det vanskelig å få utført

vaksinasjonen, da folk forsøkte å unngå å lage store køer i fare for å tiltrekke seg oppmerksomhet fra lufta, noe som kunne føre til luftangrep (Oneale, 2014).

### ***3.3 Reisen over Middelhavet***

Under flyktingestrømmen i 2015 var Frontex involvert i Middelhavet med flere fartøy tilstede fra ulike land. I tillegg var det fartøy tilstede fra lokale kystvakter både utenfor Italia, Hellas og Spania. Av andre fartøy som var tilstede var også aktører fra ulike humanitære organisasjoner representert. Norge var også representert med fartøy tilstede i flere operasjoner, både utenfor Libya og Italia og utenfor Hellas.

For Norges del hadde det gjennom flere år vært planlagt for, og lagt arbeid til grunn for å ha et maritimt bidrag til Frontex. Dette bidraget ble iverksatt under flyktingestrømmen i 2015. Fra regjeringen kom det et oppdrag til politidirektoratet hvor det skriftlige oppdraget var å patruljere grensen mot Europa og Schengen, men hvor det mellom linjene var et oppdrag for å berge menneskeliv, og hvor det også endte opp med å bli et redningsoppdrag.

På grunn av nedskjæringer i oljenæringen var det flere rederi som hadde fartøy som på den tiden var uten oppdrag. Et av fartøyene som Norge brukte til oppdrag i Middelhavet var til vanlig brukt som supplybåt i oljenæringen. Denne ble omgjort slik at den kunne fungere på oppdrag i Middelhavet. Noen av kravene var at båten måtte kunne romme mange mennesker på en gang, og i tillegg til å kunne fungere operasjonelt. Alt nødvendig utstyr ble fylt på båten i Norge, men utstyr som mat, vann og pledd ble fylt opp lokalt etter hvert som båten gikk tom. Båten seilte under norsk flagg og var således regnet som norsk jord. Den ene båten skulle patruljere utenfor territorialgrensen til Libya i sør og samarbeidet med lokale myndigheter i Italia. Under de årene som denne ene båten var tilstede plukket den opp nesten 20000 migranter.

Av mannskap som var ombord i disse båtene var det sivilt mannskap som allerede jobbet ombord på båten, personell fra forsvaret og kystvakten representert på grunn av deres erfaring med oppsyn og redning til sjøs. Norsk politi var om bord med myndighet og hadde det operasjonelle ansvaret, hvor ett av målene var å avdekke bakmenn som var involvert i menneskesmugling. Av helsepersonell var det både sykepleiere, sanitetspersonell og lege ombord. I tillegg var det en til to liaisoner fra Italia ombord da Italia var vertsnasjon.

Før mannskapet reiste ut hadde de samtale med psykolog hvor de hadde gjennomgang av symptomer av ulike tilstander, for eksempel stress og post traumatisk stress syndrom. De fikk også beskjed av psykolog at det var naturlig å reagere følelsesmessig under slike oppdrag.



Etter hvert endt oppdrag om bord hadde de debriefing. Debriefingen gikk både på praktiske ting som kunne endres eller gjøres bedre, men også på følelser og mellommenneskelige relasjoner. Etter særlig tunge oppdrag fikk mannskapet ombord tilbud om å snakke med lege, styrkesjef eller annet egnet personell. Etter endt siste tokt eller oppdrag hadde de på nytt debriefing og gjennomgang med psykolog før hjemreise.

Båten kunne romme mange mennesker, men det var satt et tak på cirka 800 på grunn av sikkerhet, selv om det i noen tilfeller var rundt 1000 mennesker om bord. De fleste migrantene som ble plukket opp reiste ut fra Libya og hadde kommet til Libya fra lenger sør i Afrika, Saudi Arabia og noen få kom fra Sri Lanka. Det var ikke så mange migranter fra Syria som reiste via Libya. Hvilke årsaker disse menneskene hadde for å migrere varierte.

For å forhindre smitte om bord ble det holdt et strengt regime. Det ble fulgt retningslinjer utarbeidet i samarbeid med lege ombord og smitteoverlege ved et av de største sykehusene i Norge. Personalet ombord ble først anbefalt å bruke tette smittedrakter for å forhindre smitte. Dette viste seg å være vanskelig da det ble svært varmt og enkelte av personalet ikke klarte å arbeide på grunn av dette. Etter hvert gikk de over til lettere drakter på kroppen, solbriller som beskyttet øynene mot sol og dråpesmitte, maske foran munn og nese og hansker. Videre ble båten soneinndelt, hvor rød sone ble betraktet som en uren sone. I denne sonen ble migrantene tatt ombord og måtte oppholde seg. Det var en egen mindre sone for de som var syke. Enkelte migranter hadde blant annet tuberkulose og disse fikk da på seg munnbind og ble isolert fra de andre, for å forhindre videre smitteoverføring. De hadde også en *bufferzone* hvor de fraktet utstyr gjennom, og en grønn sone som var ansett som ren. Det var strenge regler for forflytting mellom uren og ren sone. Etter at de hadde fått om bord levende migranter på babord side og i rød sone, plukket de opp eventuelt døde migranter på styrbord side. Bakerst på båten var det en egen sone som var skjult for migrantene på båten hvor de oppbevarte lik i en kjølecontainer. Dette var gjort av menneskelige hensyn slik at migrantene ikke skulle se på området hvor de døde menneskene ble plassert, da det kunne være familiemedlemmer, venner eller andre kjente av migrantene blant de avdøde.

Alle som kom om bord i båten ble registrert med eventuelle papirer som de hadde på seg. De som var død ble registrert ved hjelp av fingeravtrykk, bilder av særskilte kjennetegn på kroppen, registrering av kjønn, etnisitet og DNA prøver. Resultatene ble videresendt til kripas som kunne videresende og gjøre søk i EU og utover EU. Ved hvert endt oppdrag ble hele båten vasket ned og rensset med klor før neste oppdrag. Etter det første oppdraget fant

mannskapet en rekke identitetspapirer ombord fra migranter som hadde forsøkt å kvitte seg med dette på overfarten. Papirene var forsøkt skjult inni blant annet sprekker i gulvet på båten. Etter denne hendelsen ble rutinene forandret og de beslagla deretter alle papirer ved ankomst ombord. Dette var spesielt med tanke på å finne og avdekke eventuelle tilretteleggere eller bakmenn som var en del av menneskesmuglingen over Middelhavet.

De fleste som ble plukket opp var menn, men også flere kvinner og barn ble plukket opp. De eldste var mellom 60 og 70 år gamle, og de yngste ble født på turen over Middelhavet. De fleste reiste alene, men noen få reiste som par eller som foreldre og barn. Det var enkelte tragiske tilfeller hvor mødre hadde omkommet på overfarten, enten på grunn av utmattelse, sykdom eller forgiftning, og barnet som da var igjen i båten var plutselig foreldreløs. Båtene migrantene reiste i over Middelhavet var gummibåter, gummiflåter eller gamle trebåter. Mange av båtene hadde et slags tak eller dekke over, og det var svært trangt i båten. Noen båter hadde motorer hvor det ble lekkasje av eksos under dette dekket som kunne føre til kullosforgiftning. Fordi det var så trangt hadde man ikke mulighet til å forflytte seg i båten og måtte gjøre sitt fornødne der man satt. Det var også mennesker som døde på reisen over Middelhavet før de ble plukket opp. I ett tilfelle var det nærmere tjue døde i en av båtene. Disse menneskene lå da stablet lag på lag oppå hverandre i kjølen på en båt, og det ble antatt at de var død som følge av kullosforgiftning eller surstoffmangel. De norske båtene plukket også opp døde mennesker fra havet. Videre ble migrantene transportert til forskjellige havnebyer i Italia, alt etter hvor det var kapasitet.

Hvor lenge migrantene hadde vært på reise varierte fra ett døgn til ei uke, og helsetilstanden til de som kom ombord varierte også utfra hvor lenge de hadde vært på reise. Da migrantene kom over på den norske båten ble de sjekket av mannskapet ombord. De fikk da en nød rasjon med mat som besto av næringsrik kjeks og vannflasker med vann. Vannflaskene måtte de spare på og de kunne få påfyll etter hvert som de ble tomme. Noen migranter framsto som utslitte, dehydrerte, mens andre framsto bare som tørste og var ellers i fin form. I tillegg fikk de utlevert pledd. Svært mange, nærmest alle som kom ombord hadde skabb. Det var også tilfeller av andre sykdommer som tuberkulose ombord. Fordi personalet fulgte nøye retningslinjer med tanke på smitte, var det ikke tilfeller av sykdom blant mannskapet om bord, foruten sjøsyke.

Humanitære organisasjoner hadde også båter som opererte i Middelhavet, også nært grensen til enkelte land deriblant Libya. Det var tilfeller hvor mannskapet fra Frontex måtte bistå humanitære organisasjoner da det brøt ut farlige situasjoner.

### ***3.4 På grensen til Europa***

Flere mennesker reiste som frivillige ned til Europa og spesielt Hellas for å hjelpe til på strendene da migrantene kom i land etter overfarten på Middelhavet. Dette tror jeg selv skjedde mye på grunn av mediernes makt og bildene som ble sendt derfra og nådde oss også i Norge. Jeg husker selv at det ble opprettet grupper på sosiale medier hvor det ble startet innsamlingsaksjoner av alt mulig, fra klær til leker, babyutstyr og mat som skulle fraktes nedover Europa til migrantene. Flere mennesker tok seg fri fra jobb for å reise sammen med denne transporten av utstyr, men også for å være tilstede på strendene i Hellas der enkelte av migrantene kom i land. De som var tilstede var der av varierende lengde. En av de som jeg snakket med er aktiv lokalt for flyktninger, og reiste ned for å ta imot migranter på strendene, og var i Hellas i ei uke. I løpet av denne uka var hun tilstede da flere båter kom i land.

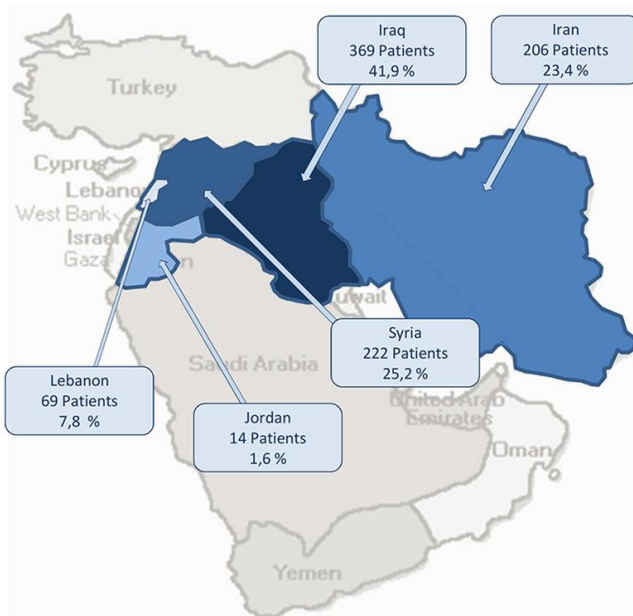
Hun fortalte at de kunne se over til Tyrkia og hørte mange forskjellige historier om hva migrantene opplevde før de fikk dratt derfra. Migrantene fortalte blant annet at det tyrkiske grensepolitiet ikke ville at de skulle gå ombord i båtene. For å forhindre folk i å gå ombord var det tilfeller hvor de kastet kokende vann over hendene på migrantene slik at de ikke skulle kunne klare overfarten, og heller måtte søke medisinsk hjelp lokalt. Hvis de nådde den andre siden ble de møtt av flere frivillige mennesker på strendene i Hellas. Det varierte hvilken helsetilstand migrantene var i. Noen framsto som utslitte, dehydrerte og medtatte, mens andre var i grei form.

I en artikkel av Pfortmueller og medarbeidere fra 2016, gjøres det rede for hvilke helseproblemer asylsøkerne som oppsøkte et akuttmottak i Sveits hadde. Materialet er basert på pasienter som kom til akuttmottaket i en periode på 2,5 år. Akuttmottaket behandler årlig mer enn 40000 pasienter, hvor 2,25% av disse er flyktninger. Sveits er et land som Norge ofte sammenligner seg med, og jeg tror derfor denne artikkelen er relevant for mitt prosjekt.

Målet med artikkelen var å lage et overblikk over de akutte og kroniske helseproblemene som asylsøkere fra Midtøsten har, med hovedfokus på asylsøkere fra Syria.

Totalt ble 880 flyktninger inkludert i studien, hvor 71% var menn og 29% var kvinner, og hvor median alder var 34 år. Forfatterne skriver at mer enn 43,3 millioner mennesker er på

flukt på grunn av krig, konflikter som ligner krig, politisk- eller etnisk undertrykkelse. Antallet asylsøknader som EU mottar har i løpet av de siste tjue årene økt fra 15000 per år til mer enn 300000 per år. Fordi asylsøkere kommer fra land med konflikter og fordi deres reisevei er hasardiøs er deres sykdomsbilde svært forskjellig fra det generelle sykdomsbildet i det landet hvor de søker asyl.



Borgerkrigen i Syria har blitt en av de verste humanitære krisene i dette århundret med mer enn 2,9 millioner syrere på flukt, 115000 skadde og 575000 døde i løpet av et år mellom 2015 og 2016. Det rapporteres av humanitære organisasjoner om for lite mat, grufulle hygieniske tilstander og utilstrekkelig medisinsk hjelp i flyktningeleirene. I Sveits dekker staten nødvendig helsehjelp under søknadsprosessen for asyl, og alle asylsøkere kan få gratis hjelp hos fastlege, men det gjøres ikke generell helsesjekk av asylsøkerne. Selv om det har vært stor bekymring internasjonalt fra helsepersonell vedrørende helsetilstanden til flyktninger i Midtøsten, er det liten kunnskap omkring dette området.

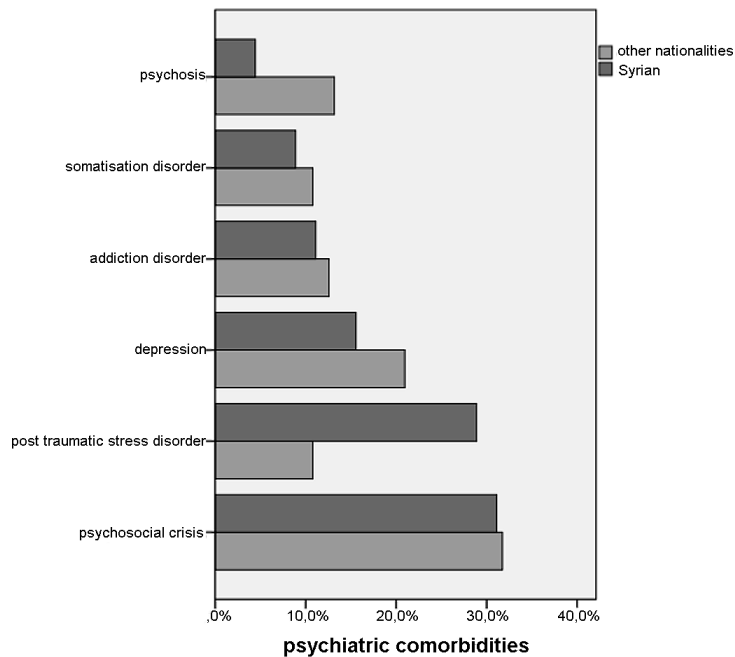
Den vanligste grunnen til å oppsøke akuttmottaket var kirurgisk (43,3%), etterfulgt av medisinsk (36,5%) og psykiatrisk (15,6%). Hos pasientene med kirurgisk problemstilling var de fleste på grunn av skader eller traumer, og over en tredjedel av disse var voldsrelaterte. Hos pasientene med medisinsk problemstilling var akutte infeksjoner det vanligste, etterfulgt av neurologiske problemer og mageplager.

Mange av pasientene hadde også kroniske plager av ukjent årsak. Disse plagene varierte ikke i forhold til hvilket land de kom fra. Disse kroniske plagene kunne være magerelaterte, kroniske muskel- og skjelettsmerter eller kronisk hodepine. Pasientene fra Syria var vesentlig yngre sammenlignet med andre flyktningepasienter. Utover dette var det ikke vesentlige forskjeller, hverken til hvilken type traume de var utsatt for eller hvilke kroniske lidelser de hadde.

	Overall N	(%)	Syrian N (%)	non-Syrian N (%)	p value
	880	(100)	222 (25.2)	658 (74.8)	
male	625	(71.0)	156 (70.0)	469 (71.2)	0.77
female	255	(29.0)	66 (30.0)	189 (28.9)	
age (median, range, 95% CI)	34 (16–84)		33 (12.94, 31.7–35.8)	37 (11.59, 35.9–37.7)	0.0001
<b>Country of Origin</b>					
Iraq	369	(41.9)			
Iran	206	(23.4)			
Jordan	14	(1.6)			
Lebanon	69	(7.8)			
Syria	222	(25.2)			
<b>Reason for ED Presentation</b>					
					0.28
medical	321	(36.5)	73 (32.8)	248 (37.6)	
surgical	381	(43.3)	106 (47.7)	275 (41.7)	
psychiatric	137	(15.6)	35 (15.7)	102 (15.5)	
other (ENT, gynaecological, dermatological)	41	(4.6)	8 (3.6)	41 (6.2)	
<b>Mean count of Comorbidities (SD, range)</b>					
Total Count of Patients with Comorbidities	322	(36.7)			
<b>Type of Comorbidity</b>					
					0.37
chronic medical condition of unclear significance	89	(10.2)	25 (11.2)	64 (9.7)	
psychiatric	211	(24.0)	45 (20.2)	166 (25.2)	
infectious	22	(2.5)	9 (4.1)	15 (2.3)	
<b>Charlson Co-Morbidity Index (mean, SD, 95% CI)</b>					
	0.18 (0.68)		0.2 (0.95, 0.08–0.33)	0.18 (0.55, 0.13–0.22)	
<b>Hospitalisation rate</b>					
	74	(8.4)	19 (8.6)	55 (8.4)	0.69
<b>Readmission to ED during study period</b>					
	472	(53.8)	119 (53.6)	354 (53.7)	0.92

doi:10.1371/journal.pone.0148196.t002

For de forskjellige psykiatriske lidelsene vises det til figuren nedenfor. Det ble rapportert signifikant antall flere pasienter med posttraumatisk stresslidelse og alkoholproblemer hos pasienter fra Syria sammenlignet med de andre landene.



De fleste pasientene i studien var unge menn i 20- og 30 årene, og dette er typisk for asylsøkere spesielt fra Midtøsten og Afrika uten at man med sikkerhet kan si hvorfor. Man har spekulert i om unge menn er bedre fysisk utrustet til å klare den harde reisen sammenlignet med kvinner, og man har også spekulert i om menn først søker asyl for seg selv, for deretter å søke beskyttelse for sin familie. I tillegg har man vurdert om religiøs bakgrunn kan være en årsak som gjør at ikke kvinner har lov til å reise alene.

I studien var det få pasienter med komorbiditet, altså en ekstra sykdom i tillegg til den sykdommen de søkte hjelp for i utgangspunktet. Dette blir forklart med at det var en relativt ung pasientgruppe, hvor hjertesykdom og kreftsykdom ikke er så vanlig. Det var dog en god del pasienter med psykiatrisk komorbiditet, hvor mange kom fra krigssoner, og hvor post traumatisk stress syndrom var det vanligste. Forfatterne mener at det er tre hovedgrunner til at pasientene utviklet denne lidelsen. For det første opplever asylsøkere traumatiske hendelser som fengsling, tortur og det å miste nære mennesker i sitt liv. For det andre er det en stor påkjenning å leve i usikkerhet og under dårlige levekår. For det tredje kan det være traumatisk å tilpasse seg til et nytt liv og en ny kultur, hvor man ofte lever isolert, i fattigdom og ofte møter intoleranse og rasisme. Det siste kan gjøre at symptomene på post traumatisk stress lidelse blir enda mer fremtredende og verre.

I tillegg beskriver forfatterne at flere pasienter har såkalt *Bodily Distress Syndrome*, direkte oversatt blir dette kroppslig engstelses syndrom. Her har pasientene kroppslige symptomer som for eksempel konsentrasjonsvansker, hodepine, hukommelsesvansker og lignende, og

hvor disse symptomene ikke lar seg forklare av andre sykdommer. Pasientgruppen hadde mer av denne typen symptomer sammenlignet med andre pasienter.

Avslutningsvis skriver forfatterne at det finnes svært få studier innenfor dette feltet og at denne studien er den første som fokuserer på helse blant asylsøkere fra Midtøsten og spesielt fra Syria. Nesten alle tidligere studier er utført i flyktningeleirer og konsentrerer seg mer på spesifikke sykdommer. I denne studien fant man ingen store forskjeller mellom asylsøkere fra Syria og andre land, men man fant en yngre pasientgruppe fra Syria sammenlignet med de andre landene i Midtøsten, og pasientene fra Syria ble ofte diagnostisert med posttraumatisk stress syndrom og de var oftere avhengig av alkohol. Forfatterne skriver at både akutte- og kroniske helseproblemer ofte er relatert til det å være asylsøker i seg selv, ofte under dårlige levevilkår, ofte isolert, under psykisk stress, og i tillegg er det kulturforskjeller som er tellende og ikke hvilken opprinnelig nasjonalitet de har (Pfortmueller, Schwetlick, Mueller, Lehmann & Exadaktylos, 2016).

En mindre artikkel av Ciervo og medforfattere fra Italia, publisert i 2016 beskriver en type febersykdom hos unge afrikanske migranter som kom til Italia via flyktningeleirer i Libya. Denne febersykdommen er forårsaket av bakterien *Borrelia Recurrentis* og smittes gjennom bitt fra lus.

Symptomer på sykdommen er plutselig feber, frysninger, muskel- og leddsmerter og kvalme, og i tillegg kan man få utslett. Tegn på dårlig prognose er gulsott, endring i oppførsel og mentale symptomer, uttalt blødning og hjerterytmeforstyrrelser. Mellom 1919 og 1923 var det en epidemi i Russland og Øst-Europa som førte til 13 millioner tilfeller med 5 millioner dødsfall. I dag ses sykdomsutbrudd sør for Sahara, spesielt i flyktningeleirer og i krigsområder. Utbrudd av sykdommen kan være svært alvorlig, med en dødelighetsrate på 30-70% hvis den ikke behandles (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Sykdommen var et stort helseproblem under første- og andre verdenskrig spesielt i Nord-Afrika og i Øst-Europa. Risikofaktorer for å utvikle en epidemi av denne sykdommen er dårlige levekår som ved krig, hungersnød og i flyktningeleirer slik som det ses ved Afrikas Horn. Forfatterne skriver om tre unge gutter i alderen 13-17 år som kom til Italia i samme tidsrom, men som ikke hadde hatt kontakt med hverandre. Alle ble innlagt på sykehus og måtte ha behandling med kraftig antibiotika i 10-15 dager. Alle hadde samme type symptomer som feber, leddsmerter, forvirring, lave blodplater og forhøyde leverprøver. Det er i tillegg

rapportert flere tilfeller av samme sykdom i Nederland, Tyskland og Sveits. Økt migrasjon fra ressursfattige land og områder med krig og nød lager nye reiseruter og veier for spredning av sykdommer som spres ved hjelp av for eksempel lus. De tre unge guttene kom alle fra Somalia men hadde ikke vært i kontakt med hverandre og hadde reist gjennom flere land i Afrika før de kom til Libya og til Middelhavet. Man vet ikke hvor de ble smittet men det er tenkelig at det skjedde i Somalia eller et naboland siden sykdommen er endemisk i dette området. Det er også trolig at flere migranter er smittet, og dette er en økende sykdom blant migranter og flyktninger. Hvis man har pasienter fra Afrikas horn som har oppholdt seg i flyktningeleir bør man tenke på diagnosen, og man bør også forbedre hygiene- og helseforholdene for mennesker i flyktningeleirer (Ciervo, Mancini, Bernardo, Giammanco, Vitale, Dones, Fasciana, Quartaro, Mazzola & Rezza, 2016).

Disse to artiklene som jeg har valgt, fremhever at sykdomsbildet er bredt og sykdommene er mange flere og mer variert enn det man er vant til å se og behandle i Europa og Norge.

### ***3.5 Ankomst Norge***

Norge mottok også en andel av flyktninger og migranter, og mange flere enn vi hadde planlagt å motta. Migrantene kom til Norge via to ruter, både i Sør-Norge og i Finnmark. Migrantene som ankom Norge i sør kom både via buss, bil og tog. Det var vanlig at migrantene tok kontakt med nærmeste politibil eller lignende på gata for å så bli henvist videre til politi eller legevakt. Over grensen fra Russland til Finnmark kom migranter i alle aldre til fots eller på sykkel. Disse menneskene var antakeligvis blitt busset eller kjørt i bil helt til kort avstand før grensen. På grunn av svært økt trykk på personalet som jobbet i Finnmark ble det mobilisert politi fra hele landet, også nyutdannede politibetjenter. Mobilisering av personell gikk fort, men opplæringen var ikke optimal og resulterte derfor i noe dårlig arbeid med registrering.

### ***3.6 Norske asylmottak***

I Norge ble det opprettet et ankomstsenter i Østfold i oktober 2015 og et tilsvarende ankomstsenter i Finnmark i november 2015. Dette var for mange av migrantene det første stoppet.

I Oslo var det et stadig problem da det samlet seg større og større mengder av mennesker i registreringskø. UDI hadde snakket om å etablere et ankomstsenter siden 1997 uten at noe hadde skjedd, og selv om man var klar over flyktningestrømmen var planleggingen nærmest ikkeeksisterende. Da det så ble høyaktuelt i 2015, og man måtte gjøre noe fort ble det gjort



befaringer rundt Osloområdet, og det ble tipset om et bygg nærme grensa til E6. Eieren av bygget ble kontaktet og kommunen ble involvert. På få uker ble det som et samarbeid mellom UDI, sivilforsvaret, politiet og DSB satt opp telt. 16. oktober åpnet ankomstsenteret og tok daglig mot 100-300 asylsøkere. På kort tid ble Oslo tømt for asylsøkere som da var «overalt» i Oslo i påvente av registrering. Grunnen for at det ble opphopning av mennesker i kø for registrering var at det var lang ventetid for å komme fram i køen på grunn av mange mennesker, og at det tok tid for å få verifisert personalia, samt at det var tidkrevende å få fylt ut asylsøknaden. Det var antatt at dette skulle ta 48 timer, men det tok mye lengre tid.

Ankomstsenteret hadde senger til om lag 1000 mennesker, men det var flere mennesker der ved flere tilfeller. Senteret var delt i ulike soner, blant annet ankomstsone, bagasjesone, politisone, sone for klær og sone for telt. De fleste flyktningene kom fra Italia som Norge hadde en avtale med. Mange derfra var opprinnelig fra Eritrea, og flyktninger som kom fra Hellas var fra Syria. Mange av de som kom hadde vært i flyktningeleir tidligere, og noen var blitt syke der de hadde vært tidligere. Enkelte ble også gjenforenet med familien etter å ha vært lenge på flukt. Mange hadde kommet til Norge til fots, og for mange visste man ikke på hvilken måte de hadde kommet seg hit. De fleste ble plukket opp av politiet på blant annet togstasjoner og busstasjoner.

Til sammen hadde ankomstsenteret 20 årsverk, med blant annet lege og helsesøster. Det ble gjort screening i forhold til helse ved ankomst på senteret. Mange hadde falt ut av vaksinasjonsprogram, eller kom fra land med ikkeeksisterende vaksinasjonsprogram. Helsesøster vaksinerte barn som ikke tidligere var vaksinert, og barn og voksne som ikke hadde fått påfyll på enkelte vaksiner som for eksempel vaksine mot meslinger, kuma og rødehunder ble revaksinert. Mennesker som også ble ansett for å være i risiko for å bli smittet ble også vaksinert. Det ble også gitt tilbud om vaksine mot poliovirus. Enkelte ble også vaksinert i såkalte transittmottak som de ble sendt til.

Det var store utfordringer knyttet til helsesjekk og screening av pasienter, spesielt i forhold til tuberkulose. Denne screeningen ble gjennomført med samarbeid både med laboratorium i Fredrikstad og Moss. Etter hvert fikk de en egen mobil stasjon for screening ved ankomstsenteret. Ved prøve med såkalt Igra prøve for tuberkulose, varierte lengden på svartiden fra kort til lang tid. Flere var positive for tuberkulosesmitte, og hvis de var positive, altså smittebærende var det viktig å få svaret fort ut. Da man mottok dette svaret kunne migrantene for lengst være spredt utover det ganske land, i alt fra hytter til hotell eller til et

transittmottak eller ordinært mottak. Det var da vanskelig å vite hvor de hadde flyttet, og det ble den ansvarlige kommunelegen i den enkelte kommunen som migranten hadde flyttet til, som fikk ansvar for å følge opp tuberkulosesvaret videre.

I hvilken forfatning migrantene var ved ankomst varierte. Mange var slitne, virket medtatte og var underernærte. Mange trengte medisiner og mange hadde vært utsatt for traumatiske hendelser. Anslagsvis trengte cirka 30% å ha kontakt med helsetjenesten av forskjellige grunner. Blant de vanligste årsakene var at mange led av post traumatisk stress lidelse, torturskader og i tillegg var mange gravide og trengte oppfølging i forhold til svangerskapet. De hadde et tilfelle hvor det kom en full buss av migranter som var smittet med influensa. Disse var da preget av nedsatt allmenntilstand og hadde feber. Migrantene som var smittet ble isolert fra de andre og det ble i samråd med sykehus tatt prøver for å verifisere influensasmitten.

Å jobbe på mottaket i Østfold ble beskrevet som veldig spennende spesielt i forhold til at det var et nytt arbeidsfelt. Opplevelsen ble beskrevet som «*et kontrollert kaos*» hvor man var avhengig av godt samarbeid med mennesker innad i mottaket og utad mot andre mottak, kommuner og øvrige samarbeidspartnere.

I Finnmark ble det også opprettet et liknende ankomstsenter i november 2015. Til sammen var det 600 plasser på senteret og anslått oppholdstid på senteret skulle være to døgn. På denne tiden skulle migrantene registreres av politi og UDI og få utført tuberkulosescreening. I en situasjonsrapport i uke 47 og uke 48 fra Fylkesmannen i Finnmark beskrives situasjonen som følger. Det var da en generell nedgang i asylsøkere over Storskog grensestasjon fra nesten 800 uka før, til like i underkant av 500 uka etter. Det ble også sett en nedgang i søkere fra Syria, som ble antatt fordi Russland hadde sluttet å innvilge turistvisum til Syrere. De fleste søkerne var fra Afghanistan, Iran, Irak og Pakistan og det var også flere barn. I løpet av den siste tiden var det blitt gitt flere bekymringsmeldinger til Fylkesmannen som omhandlet barn og smittevern, og det ble foretatt befarings av Fylkesmann og barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Det var da 115 barn ved senteret, og noen hadde vært der i over en uke. Da befaringsen var ferdig ble det bestemt at det skulle plasseres barnevernfaglig personale ved ankomstsenteret umiddelbart. Hygieneforholdene ved senteret ble også sett på som dårlige og det ble gitt beskjed om problemer med logistikken ved senteret spesielt fra helsepersonell. Det hadde

vært vanskeligheter med IT-systemet som skulle ivareta rask registrering og drift, helseundersøkelse og utdeling av nødvendig utstyr til beboerne.

Senteret åpnet to uker i forveien, og hadde «*innkjøringsproblemer*». Fylkeslegen- og fylkesmannen i Finnmark viderefremidlet bekymringene om senteret skriftlig til sentrale myndigheter, herunder direktører i DSB, helsedirektoratet, barne-, og ungdoms- og familiedirektoratet og til direktør i UDI. Driftsoperatøren og UDI økte sine ressurser i senteret for å forsøke å bedre noen av problemene.

Enkelte ting skulle være forbedret slik som tuberkuloseundersøkelsen, hvor alle skulle få gjort røntgenundersøkelse på sykehuset. Myndighetene innenfor helse og Utlendingsdirektoratet skulle samarbeide og forsøke å legge til rette for at svarene på tuberkuloseprøvene skulle være klare før søkeren ble sendt videre fra ankomstsenteret. I forhold til de elektroniske systemene var det fremdeles vanskeligheter, da UDI-systemet og helsesystemet ikke var koblet sammen, og da det elektroniske systemet som skulle følge søkeren hadde store mangler (Fylkesmannen i Finnmark, 2015).

### **3.7 Fylke, kommune og primærhelsetjeneste**

Jeg har snakket med flere som jobber hos fylkesmannen i noen av Norges fylker som opplevde å ta imot flere migranter til sitt fylke. De har fortalt meg om hvordan de opplevde situasjonen og hvordan de håndterte den. De beskriver situasjonen som uoversiktlig, og sa at den kom som kastet på dem, og at det hele skjedde brått uten mulighet for særlige forberedelser i forkant. De beskriver også at situasjonen virket for dem nærmest uventet på sentrale myndigheter.

Det ble bestemt at fylket skulle ta imot flere hundre migranter, og at dette var nært forstående. Meningen var at fylket skulle huse migrantene i et såkalt transittmottak hvor de skulle være i cirka tre måneder, hvoretter de skulle kanaliseres videre til ulike kommuner. Helt fra begynnelsen var det store uklarheter i forhold til hvem som hadde ansvaret for koordinering, logistikk og det generelle ansvaret for ivaretagelse av migrantene, og de beskriver manglende informasjon og rapportering fra Utlendingsdirektoratet (UDI). Hvis de forsøkte å ta kontakt med UDI var det svært begrenset med råd å få. Det var også uklart hvem som hadde ansvar for ivaretagelsen av migrantenes helse, og om de da skulle forholde seg til UDI eller helsedirektoratet. Etter at det ble bestemt at fylket skulle ta imot flere hundre migranter på kort tid, ble det satt krisestab. Grunnen til at de betraktet situasjonen som en

krise var at det ga store utfordringer for fylket og kommunene å ta imot så store mengder hjemløse mennesker på kort tid.

Videre forteller de at migrantene ofte kom på ugunstige tidspunkt på døgnet. Det var nærmest uten forvarsel at det kom fulle busser eller drosjer med migranter midt på natta. Det var da også store drosjeregninger som fulgte med. Migrantene manglet basale ting som klær, sko, hygieneartikler og selvfølgelig mat og vann, men mobiltelefon hadde imidlertid alle. I en av kommunene tømte de et høyfjellshotell som da var ledig på grunn av lavsesong, og i tillegg ble det brukt andre hoteller som midlertidig bolig.

Ved ankomst gjorde de registrering og screening av migrantene. De forteller at den utspørringen og screeningen som hadde blitt gjort ved ankomstsentrene var svært overfladisk. I forhold til helse var det som nevnt mye forvirring og uklarheter omkring hvem som hadde ansvaret. Tidlig i forløpet var det snakk om at UDI skulle ha ansvaret og koordinere tuberkulose screeningen, mens det kom andre beskjeder fra helsedirektoratet. På grunn av denne usikkerheten ble det brukt mye tid på å få tak i nødvendig informasjon, og dette gjorde at hver kommune organiserte ting på sin egen måte. Kommunene med kommunelegene ble ansvarlige for at screening og helsesjekk ble utført. Det var vanskelig å få tak i svar på resultater på tuberkulosescreeningen, og svar på om dette i det hele tatt var gjort. Noe av grunnen til kommunikasjonsproblemene var at migrantene ikke hadde fått tildelt såkalte D-nummer som er nødvendig for å bli registrert i elektroniske helsejournalssystemer. Hvis de da hadde fått positive svar på tuberkuloseprøvene kunne det være utfordrende å finne migranten som svaret tilhørte.

De forteller om ett tilfelle hvor de hadde organisert busstransport til mange migranter for at de skulle få utført tuberkulosescreening ved et lokalt sykehus. Det var da blitt organisert med ekstra personell på jobb som skulle jobbe overtid på sykehuset slik at dette ikke skulle gå utover den vanlige driften, og dette var personell både fra røntgenavdelingen og bioingeniører fra laboratoriet som skulle ta prøver. Da alt dette var organisert og migrantene var på vei fikk de plutselig kontrabeskjed fra UDI om at dette skulle UDI organisere og de måtte avlyse transporten. Senere viste det seg at de måtte gjennomføre dette likevel, men måtte da planlegge alt en gang til.

Migrantene skulle også ha en generell helsesjekk, og det varierte fra kommune til kommune hvor fort dette ble utført. I noen kommuner kastet de seg rundt og fikk ting unnagjort, mens i andre tok det lenger tid. I begynnelsen var det snakk om at migrantene skulle være kortvarig

ved mottakene, men så gikk det fort lang tid og oppholdet ble gjerne måneder langt. Det var ingen plass å sende de videre til, og andre kommuner hadde ikke kapasitet til å motta folk. Av helsemessige utfordringer var det flere tilfeller av skabb, og det var mange som var engstelige for skabb. Sykepleiere på kommunenes legekontor behandlet blant annet sårskader, mens leger tok seg av mer alvorlige ting. Generelt var inntrykket at migrantene som kom til kommunene var ganske spreke og friske.

Det var ikke bare innenfor helse at det var problematisk å motta så mange mennesker til kommunene, men også i forhold til barnehager og skoler. Barna skulle komme i gang med skolegang så fort som mulig, men de hadde ikke noen ekstra lærere som gikk ledig uten jobb og som de kunne bruke, og de fikk heller ikke ekstra ressurser til å dekke lønnskostnader. De fikk heller ikke tildelt ressurser innenfor helse for å løse alle de nye oppgavene som fulgte med mottak av migranter, og de forteller at det stadig var behov for omstillinger.

Alle kommuner bør ha et flyktingeteam, noe som alle kommuner i dette fylket hadde. Fylkesmannen gjennomførte ukentlige møter hvor de gikk gjennom situasjonen. De hadde telefonmøter og videokonferanser oppover med offentlige myndigheter, og også møter med kommunene. De brukte også media for å gi ut informasjon om situasjonen da dette var nødvendig. I dette fylket hadde de en egen risiko- og sårbarhetsanalyse i forhold til mottak av flyktninger, men det er noe usikkert hvor mye denne ble brukt. De forteller at de nok heller forholdt seg til vanlige rutiner og prosedyrer som ellers brukes i en krise.

Fylket har også en egen plan hvis det skulle bryte ut en epidemi eller en pandemi. Da svineinfluensaepidemien herjet satt de også ned krisestab på samme møte. Det ble da også holdt ukentlige møter med video- og telefonkonferanser med sentrale aktører. De forteller at det var mye engstelse i helsedirektoratet over omfanget av epidemien, og at de ikke visste hvor lenge situasjonen kom til å vare. Fordi dette var uklart var de nødt til å kalle folk tilbake fra sommerferie for å jobbe.

### ***3.8 Spesialisthelsetjeneste***

Jeg har snakket med mennesker som jobber i norske sykehus om hvordan de opplevde flyktingestrømmen, og om hvordan vi generelt jobber under en epidemi, og hvordan de jobbet under svineinfluensaen. Til slutt tar jeg med noen egne observasjoner omkring selvmord blant asylsøkere.

Ved truende situasjoner eller ved utbrudd av epidemier eller ved katastrofer har sykehuset planer for hvordan man skal håndtere dette. Det er en egen beredskapsgruppe i helseforetaket

som koordinerer arbeidsoppgavene mellom de ulike sykehusene ved en slik situasjon, og avtaler møter for å holde oversikten. Det utarbeides også rapporter underveis. I denne gruppen sitter blant annet direktører, leger og andre nøkkelpersoner fra de største avdelingene. som kan omorganisere enkelte avdelinger slik at man kan motta og behandle mange mennesker på kort tid. I tillegg vil man redusere på vanlig drift som for eksempel poliklinikk og planlagte operasjoner, slik at personell frigjøres til å kunne hjelpe til under en krise.

De forteller at under flyktningestrømmen ble det gjort et såkalt dugnadsarbeid for å ta unna arbeidsmengden slik at det ikke skulle gå utover den vanlige driften på sykehuset. Det er fra tidligere laget avtaler mellom HR avdelingen og arbeidstakerorganisasjonen slik at man kunne bruke eget personell utover vanlig arbeidstid under en krise. Hvilket personell man har bruk for vil variere i forhold til hvilken type situasjon man står ovenfor. Er det en krise i forbindelse med for eksempel en flystyrte vil man ha behov for blant annet kirurger og operasjonssykepleiere, eller er det utbrudd av en smittsom sykdom er det blant andre infeksjonsmedisinere, indremedisinere, sykepleiere og laboratoriepersonell som man har bruk for. Under flyktningestrømmen var det spesielt personell fra røntgenavdelinger og laboratoriemedisin som man hadde bruk for. Man prøvde å være i forkant og se hvor man trengte ekstra personale. Så i tillegg til å bruke eget personale ekstra på jobb, ble det også innenfor helseforetakene flyttet på personell fra ett sykehus til et annet, for å hjelpe der trykket var størst, blant annet i Finnmark. Det bemerkes også fra sykehusene at det var stor usikkerhet omkring hvilke pasienter som var smittet med tuberkulose, og hvor mange som var smittet. Fordi det var problemer med registrering og personnummer og såkalte D-nummer som tidligere nevnt, var det problemer i forhold til helsejournalssystemet. Når en pasient blir innlagt i sykehus kan man få et slags hjelpenummer. Dette gjør at man kan registrere pasienten i journalssystemet, men dette gjør også at pasienten kan bli registrert med forskjellige nummer på forskjellige sykehus da svært få av helsejournalssystemene snakker sammen. Det gjør det også vanskelig å finne tidligere informasjon om en pasient fordi det er vanskelig å søke pasienten opp i systemet. Derfor var det mange diskusjoner om hvor vidt pasientlistene stemte i forhold til personalia og smittestatus.

De fleste ble screenet for tuberkulose på ankomstsenteret eller i transittmottak, og ved mistanke om smitteførende sykdom skulle de legges inn i sykehus. På det aktuelle sykehuset som jeg har snakket med har de to luftsmitteisolat som er egnet for tuberkulose da dette er dråpesmitte. Slike isolat har strenge krav, blant annet eget ventilasjonssystem. Ved smitte skal pasienten være isolert 14 dager etter oppstart av behandling. Ved mottak av flyktninger

oppstår det ofte kommunikasjonsproblem på grunn av språk, og da vedkommende ikke skjønner hvorfor de blir isolert, da de ofte ikke har så mye symptomer på smitte selv om de har en smitteførende sykdom. Etter hvert kan de få den videre behandlingen hjemme. Behandlingen skal ofte fortsette i et halvt år, og det er svært viktig at den gjennomføres. Hvis man oppnår en god relasjon, og er sikker på at pasienten tar medisinen, har man brukt eksempel videosamtale hvor pasienten tar medisinen hjemme mens lege eller sykepleier ser på fra sykehuset. Hvis dette ikke er gjennomførbart kan man bruke hjemmesykepleier. Fordi dette er snakk om mange pasienter og at det er en smittsom og potensielt farlig sykdom, har sykehusene ofte en egen tuberkulosekoordinator som koordinerer behandlingen og sørger for at behandling og oppfølging gjennomføres.

Generelt ved en epidemi eller ved utbrudd av smittsomme sykdommer vil man forsøke å holde folk hjemme og ikke legge de inn i sykehus hvis det ikke er nødvendig. Man vil hele tiden forsøke å håndtere problemet på lavest mulig nivå, og ikke koble inn spesialisthelsetjenesten hvis det ikke er nødvendig. Dette gjør man for å forsøke å ikke spre smitten, og heller ikke overbelaste sykehuset. Tiltak som kan gjøres da for å hjelpe til i distriktene er for eksempel at sykehuspersonell reiser ut til kommunene og sykehjem for å gjøre tilsyn og hjelpe til. Det blir brukt vanlige smitteregimer på sykehuset under en epidemi, hvor smittede pasienter blir isolert og man forsøker å begrense smitten. Hvis to pasienter har samme type smitte kan disse også isoleres på samme rom. Hvis man er nødt til å ta imot store mengder mennesker kan man evakuere deler av sykehuset og legge pasienter inn på andre avdelinger, eller å midlertidig åpne nedlagte institusjoner i kommunen eller fylket. Sivlforsvaret har også mulighet til å hjelpe til med materiell og utstyr, og kan sette opp midlertidige feltsykehus hvis det skulle være nødvendig.

Ved svineinfluensaen ble det opprettet en egen prøvestasjon på sykehuset hvor pasienter kunne teste seg. Dette ble gjort for å lette på trykket som legekantorene opplevde ute i kommunene. Under svineinfluensaen reiste også leger fra medisinsk avdeling ut i kommunene for å hjelpe til. Sykehuset har en epidemiplan og pandemiplan som de bruker til å hjelpe seg med i slike tilfeller. Det ble satt krisestab på sykehuset under svineinfluensaen, og det ble holdt møter med personell fra de avdelingene som var involvert i denne pasientgruppen. Det samme skjedde under Ebolaepidemien. Her ble det også holdt møter for hvordan man skulle håndtere eventuelle smittede pasienter og for å kartlegge hvilken type beredskap og hvilken kapasitet man hadde. I tillegg bruker sykehuset media for å få sendt ut felles informasjon.

Gjennom mitt eget arbeid som lege ved et av Norges sykehus, har jeg kjennskap til at enkelte asylsøkere tar sitt eget liv. Hvorvidt selvmord blant asylsøkere utgjør en større prosentandel enn øvrige selvmord i populasjonen, det vet jeg ikke.

Det er rapportert om psykisk sykdom, deriblant posttraumatisk stress syndrom hos asylsøkere og også om selvmordsfare og selvmord, men det er vanskelig å finne artikler og eksakte tall på dette emnet. I 2017 ble det publisert en artikkel basert på en spørreundersøkelse som ble sendt ut til 80 asylmottak i Norge. 43 av mottakene svarte på undersøkelsen hvor det ble spurt om selvmord og selvmordsforsøk i en periode på fire år. Av mottakslederne rapporterte 60 prosent at de hadde opplevd selvmordsforsøk av beboerne, og 28 prosent rapporterte at de hadde opplevd selvmordsforsøk mellom to til fire ganger. Tre av mottakene meldte at de hadde opplevd selvmord. Det er utfordringer knyttet til rapportering av selvmord blant asylsøkere blant annet fordi de ikke er registrert i Folkehelseregisteret, og på grunn av at skjemaet hvor man rapporterer dødsfall ikke gir rom for slike opplysninger. Dødsårsaksregisteret uttaler at på grunn av disse vanskelighetene er det ikke usannsynlig at det er mørketall omkring denne statistikken (Campo, Strøm & Danielsen, 2017).

#### **KAPITTEL 4: DISKUSJON OG VIKTIGE TEORETISKE TEMA**

I dette kapitlet har jeg valgt å fremlegge teori som jeg synes er relevant for å belyse spørsmålene og temaet. Fra samtalene jeg har hatt og fagartiklene jeg har lest, kommer det fram flere utfordringer, hvor mange av disse omhandler organisering og koordinering. Jeg har derfor valgt teori som omhandler organisasjoner og praksiser, og da emnet er komplekst har jeg også valgt noe teori om kompleksitetstenkning. I tillegg vil jeg gjøre rede for relevante begreper for oppgaven og problemstillingen, deriblant sårbarhet, risiko, kriseforløp og krisehåndtering.

Ved utfordrende situasjoner, dynamiske hendelser og kriser er koordinering et nøkkelord. Når man samtidig skal opprettholde normal drift, og i tillegg være kreativ og finne nye løsninger og arbeidsmetoder, og det i tillegg er mange mennesker involvert, som til vanlig ikke er vant til å samarbeide, da blir koordinering en utfordring. Når noe er komplekst kan det karakteriseres ved at det er selvorganiserende, framvoksende, uforutsigbart og ikke-lineært (Johannessen, s. 6, 2017). Virkeligheten er kompleks, og passer ofte ikke inn med det man hadde planlagt eller tenkt på forhånd. Slik som ved flyktingestrømmen til Norge, da det ble bestemt at vi bare skulle motta x antall mennesker, men så kom det mange flere enn hva vi



hadde planlagt for, og de kom flere samtidig enn hva vi hadde tenkt, og på forskjellige steder i Norge. Da passer plutselig ikke virkeligheten inn med planverket, og da blir det vanskelig for oss å håndtere- og koordinere situasjonen. I tillegg var det ikke bare én organisasjon som skulle motta disse menneskene, men flere organisasjoner som var nødt til å samarbeide, deriblant helsevesen, politi og UDI. Og alle disse organisasjonene som var involvert har forskjellige måter å praktisere på. Politiet i Oslo har nok ikke samme praksis som politiet i Telemark, og likeledes med helsevesen og Fylkesmann og alle de andre involverte. Selv om det er ett helsevesen og ett politi, er det forskjellige mennesker som jobber i forskjellige mindre organisasjoner på forskjellige lokalisasjoner over det ganske land, og som igjen skal samarbeide med andre mennesker innenfor egen organisasjon og utenfor egen organisasjon.

Johannessen skriver at ifølge kompleksitetsteorien kan organisasjoner forstås som selvorganiserende prosesser som er bygd på grunnlag av kommunikasjonstemaer som igjen er koordinert og styrt av mennesker (Johannessen, s. 52, 2017). Dette er en annerledes forståelse enn den som er «mainstream».

I min søken etter litteratur om flyktninger, smitte og mulige epidemier så kom jeg over Willochs NOU, «Et sårbart samfunn» som kom ut i 2000, og som har gjort et utredningsarbeid for å kartlegge samfunnets sårbarhet og beredskap. Her defineres risiko som «en funksjon av sannsynligheten for mulige uønskede hendelser og konsekvensene av disse» (NOU 2000:24, s. 21). Ved risiko er det fare for tap av verdier som er viktige for oss. Slike verdier kan eksempelvis være gjennomføring av kritiske tjenester i samfunnet, økonomiske verdier, miljø, helse og liv. Sårbarheten i samfunnet er «et uttrykk for de problemer et system vil få med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet» (NOU 2000:24, s.21). For å kunne verne om innbyggernes sikkerhet må man ha en kunnskap om hvilke trusler og farer som finnes, men dette er en nærmest umulig oppgave, da man ikke kan vite til enhver tid hva som truer samfunnet. Man kan i noen tilfeller beregne risiko matematisk hvis det foreligger data med frekvens for hendelser, for eksempel ulykker innenfor trafikk, mens for andre hendelser er dette svært vanskelig som for eksempel ved krig. Ved krig eller atomulykker vil konsekvensene være «så alvorlige at man må bygge opp en god beredskap. Dette må bygge på mer kvalitativ risikovurdering» (NOU 2000:24, s. 21).

Myndigheter og store organisasjoner har ofte systemer og metoder for å kartlegge sårbarhet, risikoer og oppdage tidlige kriser. Men selv hvor intrikate disse systemene er så er det ofte to

faktorer som hindrer de i å fungere optimalt. Den første faktoren er normalisering av risikoen. I en risiko- og sårbarhetsanalyse vil noen feil eller hendelser bli sett på som så små at de ikke vil kvalifisere som en reell risiko. Det man ofte glemmer er at ting ofte baller på seg, og at små feil noen ganger vokser seg store. Man har også en tendens til å tenke at dette skjer ikke med oss, og utelukker dermed at det kan utgjøre en reell risiko. Den andre faktoren er at fordi man allerede har kartlagt alle sannsynlige kriser og scenarier, så har man ikke fantasi til å forestille seg mindre sannsynlige og utenkelige scenarier. Når man da er så opptatt og fokusert på å løse problemer for å forhindre tidlige forventede kriser, kan man stå i fare for å avfeie tidlige varseltegn på mer usannsynlige kriser (Boin, Hart, Stern & Sundelius, 2013, s. 24-25).

I Norge førte flyktningestrømmen i 2015 til mottak av flyktninger som igjen førte til et økt trykk på Norges ressurser, herunder spesielt i helsevesenet. På grunn av stor pågang i forhold til screening i forhold til tuberkulosesmitte ble det brukt ressurser både i asylmottakene, i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten for å få dette gjennomført. Dette var ressurser i form av personell til registrering, ekstra personell på jobb til å foreta screeningen, personell til transport av mennesker til og fra undersøkelsene og personell til oppfølging av resultatene. Disse ekstraoppgavene kan tenkes å ha gått utover normal drift, eller tilsidesatt planlagte undersøkelser som heller ville vært prioritert hvis det ikke hadde vært for denne situasjonen. Personell fra fylkesmannen betraktet situasjonen som en krise fordi det ga store utfordringer for fylket og kommunene å ta imot så store mengder hjemløse mennesker på så kort tid.

*«Flere situasjoner kan tenkes å forårsake masseflukt av mennesker til Norge, som krig, borgerkrig, forfølgelse av mennesker med annen politisk eller religiøs overbevisning, stor sosial nød, omfattende natur- eller miljøkatastrofer eller epidemier» (NOU 2000:24, s. 156).* Dette sitatet er vel så tidsriktig i dag som for 18 år siden. Videre står det at en tilstrømning av mange mennesker på flukt på kort tid, vil være utfordrende for myndighetene. Flyktingene vil tenkes å komme inn til Norge over Østlandet eller i Finnmark. I Willochs NOU fra 2000 beregnes det utfra 50000 flyktninger til Norge ilt ett år. I forhold til ansvarsforhold står det at det er den sektor som har ansvaret til daglig som har ansvaret under en krise. Justisdepartementet har ikke samordningsansvar for det sivile arbeidet innenfor beredskap, men det er kommunal- og regionaldepartementet som har koordineringsansvar og det overordnede ansvaret for mottak av mennesker på flukt. Utlendingsdirektoratet har ansvar for

å legge til rette for et tilstrekkelig antall mottaksplasser til flyktninger og mennesker som søker asyl (NOU 2000:24, s. 156).

Departementet for sosial- og helse er ansvarlig for plasser for mennesker som har behov for medisinsk behandling eller oppfølging. Det er også flere aktuelle departementer og sentrale instanser som nevnes som er involvert, heriblant Forsvarsdepartementet, Justisdepartementet og Statens helsetilsyn. Det er fastsatte regler for hvordan flyktninger skal håndteres fra de ankommer landet, og det er politimesteren som har dette ansvaret både på lokalt nivå og regionalt nivå. Dette innebærer grensekontroll, stasjoner for å samle mennesker nær landegrensen, transport fra grensen til transittmottak og registrering. Fylkesmennene er ansvarlig for å planlegge for mottak av flyktninger, ved å ta slike situasjoner med i sine risiko- og sårbarhetsanalyser. Det er den enkelte kommunes ansvar å gi flyktningene tilbud om helsetjeneste, og denne helsetjenesten inkluderer en førstegangsundersøkelse. Det er fylkeskommunen som har ansvar for drift av ambulanser og sykehus og kan bestemme over bruk av disse. Beredskap i forhold til transport skal ivaretas av samferdselsjefen. Myndighetene har i tillegg som oppgave å hente inn nødvendig hjelp fra frivillige hjelpeorganisasjoner, sivilforsvar og forsvar (NOU 2000:24, s. 156).

I 1996 ble det utarbeidet en plan for mottak av mange flyktninger, og planen omfatter registrering, mat, opphold og transport. En førsteundersøkelse for å kartlegge helse er lovpålagt, i tillegg til avhør og registrering. Disse undersøkelsene skjer i tiden mens flyktningene oppholder seg i transittmottak, eller i ankomstsenter som tilkom i 2015. Deretter transporteres flyktningene videre til andre mottak hvor de blir i kortere eller lengre tid til asylsøknaden har blitt vurdert. Det står i kapittelet om massetilstrømming av flyktninger i Willochs NOU fra 2000, at Norge ikke har kapasitet til å ta imot 50000 flyktninger på kort tid, og at man antakelig ikke vil klare å få gjennomført registrering og førstegangsundersøkelse av helsetilstand i et transittmottak. Videre står det at utlendingsdirektoratet selv har gjort en vurdering hvor de mener at det kan etableres 30000 plasser i løpet av ett år, med 1500 plasser maksimalt per uke, men at de basert på erfaring mener at etablering av mer enn 1000 plasser per uke er svært vanskelig å få til. Forsvarets lokaliteter og eventuelle telt i Norge vil være en mulighet for innkvartering, ellers må man forhandle pris på det åpne markedet. Ved innkvartering av flyktninger kan dette by på problemer, da Folkeretten krever at det skilles mellom militære mål og sivile personer i krigstid, men også i fredssituasjoner er dette aktuelt. Under Kosovokrisen opplevde Norge en økt trussel i form av terror og sabotasje, da man vurderte å innkvartere flyktninger i

Forsvarets leire. Av hensyn til smittevern anbefales det også at flyktninger ikke holdes for lenge sammen i tette leire, men heller spres (NOU 2000: 24, s. 156-158).

Det ble bemerket flere svakheter i planverket. Det ble blant annet påpekt at Norge, og spesielt utlendingsdirektoratet i Norge ikke har kapasitet til å ta imot flere enn 50000 flyktninger i løpet av et år. Det er i det hele tatt usikkerhet i forhold til hvor mange man har kapasitet til å ta imot. Ved en stor ulykke i for eksempel nordlige Russland, eller ved en epidemi, kan det tenkes at det ukentlige tallet på antall flyktninger overskrider 1500 per uke, og det er i det hele tatt tidsaspektet som synes å være det mest kritiske. Det ble også påpekt andre svakheter, blant annet uklare ansvarsforhold mellom viktige aktører innenfor beredskap og samordning ved en tilstrømning av mange flyktninger. Dette gjelder uklarheter både i forhold til planlegging av mottak av flyktninger og i forhold til det operative ansvaret. I tillegg ble det påpekt en manglende statusoversikt innenfor området, noe som blant annet begrunnes med uklare ansvarsforhold. Det finnes ingen oversikt over hva andre etater enn sin egen har tatt høyde for og hva de andre etatene er forberedt til. Dette gjelder blant annet i forhold til beredskap innenfor helse ved mottak av mange flyktninger, både på lokalt nivå men også på nasjonalt nivå. De ulike aktørene både lokalt og regionalt har fått ulik grad av oppdrag for å planlegge for slike scenarier. Det er avdekket generelt for dårlig planlegging når det kommer til mottak av mange flyktninger. Det ble konkludert med at i forhold til beredskap er det behov for koordinering av de ulike etatene innenfor dette området. Man må plassere ansvaret for samordning, og ansvaret for samordning av planlegging og forberedelser. I tillegg må noen ha ansvaret for samordning på et operativt nivå. Utvalget foreslo at politiet burde ha ansvaret for samordning slik de har til vanlig, men det bemerkes at ved store masser av mennesker som kommer i løpet av en kort periode, vil de sentrale myndigheter måtte ta ansvaret, og i så fall må det være et departement som har ansvaret for planlegging og samordning. Utvalget foreslo at ansvarslinjene måtte bli mye klarere både innenfor planlegging og det operative (NOU 2000:24, s. 159-160).

Jeg ble overrasket over at flyktningestrømmen som vi opplevde i 2015 faktisk var både skissert og overveid som et av punktene på en liste over potensielle scenarier og risikoer i utredningen. Det var til og med beskrevet i detalj hvor mange flyktninger vi kunne motta, og hvilke reiseruter de ville ta og hvor de ville ankomme i Norge. Det ble beskrevet flere svakheter som var avdekket, blant annet at UDI ikke ville ha kapasitet til å registrere mange flyktninger, og spesielt ikke mange flyktninger på kort tid. I tillegg ble det beskrevet uklare ansvarsforhold ved mottak av flyktninger, svakheter i forhold til planlegging ved mottak av

flyktninger og problemer med samordning. Alt som var beskrevet og tenkt på, skjedde nesten slik som skissert og fryktet, selv om vi allerede hadde tenkt på det på forhånd. Og for mange av de som var involvert gjennom sitt arbeid, virket det som at flyktningestrømmen til Norge kom som en overraskelse på myndighetene.

I tillegg sto det i utredningen, slik jeg selv tenkte, at det var en potensiell risiko for smitteoverføring fordi flyktninger og migranter utgjør en sårbar populasjon som står i større fare for sykdom på grunn av sanitære og helsemessige forhold.

Den optimismen som regjerte på 1980-tallet hvor man hadde håp om å utrydde mange smittsomme sykdommer ga seg etter blant annet HIV/AIDS epidemien. Sykdommer som tidligere var nærmest utryddet har kommet på banen igjen, blant annet tuberkulose og kolera, og nye virus og infeksjoner blir stadig identifisert som ebolavirus og nye typer hepatittvirus. Spredning av smittsomme sykdommer er ikke bare på grunn av nye virus og bakterier, men også på grunn av globalisering i form av reiser og handel samt at mange mennesker velger å ikke vaksinere seg, eller ikke har muligheten til å vaksinere seg, og at man bruker for mye og feilaktig bruk av antibiotika slik at man skaper resistens. Smitteoverførsel kan skje på flere måter; direkte kontakt, smitte ved kontakt med insekter eller dyr, og smitte gjennom luft eller dråper. Ved dråpesmitte smittes det gjerne ved at viruspartikler eller bakterier forflyttes gjennom hoste eller dråper over korte avstander. Ved luftbåren smitte kan smittepartiklene holde seg svevende i lufta over flere meter. Eksempler på luftbåren smitte er influensavirus som forekommer årlig, vannkopper, tuberkulose og meslinger. For å beregne konsekvensene for samfunnet ved smitte av en sykdom, er dette avhengig av hvor alvorlig sykdommen er, altså hvor høy dødelighet den har, og hvor smittsom den er. Influensa er svært smittsom, men få mennesker dør av influensa. Ebola er derimot svært alvorlig, men middels smittsom. Innenfor smittevern er Helsedepartementet den øverste ansvarlige, og arbeid innenfor smittevern reguleres av smittevernloven. I følge denne loven skal hver kommune ha en plan for smittevern både under normale omstendigheter og ved krise. Fylkeskommunene har ansvar for å kunne tilby å isolere smittede personer og tilby behandling i sykehus. Myndighetene har også et ansvar innenfor smittevern. Folkehelseinstituttet har ansvar for å overvåke smittsomme sykdommer, noe som gjøres via et meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). De har også ansvar for å ha nok vaksiner i beredskap, samt ansvar for å kunne bistå med laboratorieundersøkelse og rådgivning (NOU 2000:24, s. 106-107). Under flyktningestrømmen ble det ved mottakene i Norge oppdaget at flere ikke var vaksinerte i det

hele tatt, eller bare delvis vaksinerte. Det ble gitt vaksiner til de som trengte det, ved ankomstsentre eller i transittmottak for å forhindre smitte.

Man bruker ikke bare ordene epidemi og pandemi om smittsomme sykdommer, men også om andre sykdommer med høy forekomst i en populasjon. Det mest aktuelle er sykdommer med et hurtig smitteforløp, men man bruker også disse begrepene om sykdommer med lengre forløp, for eksempel AIDS. Influensa kommer hvert eneste år, og viruset muterer hvert år. Influensa kan spre seg svært fort, og kan forårsake smitte over hele verden og utvikle seg til en pandemi. Willoch og hans utvalg skriver at flyktninger kan ta med seg smitte. Det er viktig å vite hvilke sykdommer og hvilken smitte mennesker som kommer har, hvor de har vært underveis mens de var på flukt, og hvilke sykdommer de har vært eksponert for (NOU 2000:24, s. 107-108). «Når folketettheten øker, blir det flere kontakter mellom smittede og usmittede, altså lettere vei for smittestoffene. Epidemifaren øker spesielt for sykdommer som overføres gjennom luften (NOU 2000:24, s. 108)». I Norge er det pålagt med tuberkulosescreening og en helsesjekk, men det screenes ikke rutinemessig for andre sykdommer. Da jeg gjennomgikk fagartiklene fra flyktningeleirene og ved akuttmottak og sykehus i Europa, så var bredden- og spekteret av sykdommer mye større enn hva jeg trodde i utgangspunktet.

Boin og medforfattere har sett på kriseforløp og krisehåndtering. Offentlige ledere og mennesker som har et særskilt ansvar i samfunnet og skal beskytte samfunnet mot kriser, må være tilstede i alle krisens stadier. Først i inkubasjonsfasen, deretter når selve krisen begynner, og i tiden etter krisen. Forfatterne beskriver videre at lederskapet som skal utøves i kriseforløpet også kan deles i fem ulike faser; kriseerkjennelse, krisebeslutning, krisekommunikasjon, kriseavslutning og kriselærdom. Kriser kan utvikle seg sakte og snikende, eller komme kastende over oss på et øyeblikk, og utvikle seg fort i løpet av minutter til få timer. Et eksempel på en slik hurtig krise er for eksempel bomben som gikk av i regjeringskvartalet i Oslo, eller terrorhandlingen på Utøya i 2011 (Johannesen, 2017). Flyktningestrømmen mot Europa var noe som utviklet seg over tid, i alle fall før den nådde Norges grenser.

Når man ser tilbake på en krise, er det noen ganger uforståelig at man ikke klarte å se alle de små varselsignalene, som etter krisen synes å være så tydelige. Signalene er vanligvis tilstede på flere steder i organisasjonen, men de som styrer skuta klarer ikke å pusle alle signalene sammen før det er for sent. Dette kan være av mange grunner, blant annet på grunn av

kommunikasjonsproblemer. Informasjon kommer inn i et system på forskjellige steder, og deles rett og slett ikke der den hadde vært nødvendig. Deling av informasjon, og samarbeid blir mer komplekst jo flere organisasjoner som er involvert. I Norge var det mange organisasjoner og departement som ble involvert av flyktingestrømmen. Når mange er involvert kan det oppstå uklarheter omkring ansvarsforhold og hvem som har hovedansvaret. Kanskje dette var noe av grunnen til at noe av beslutningstakingen virket forsinket under flyktingestrømmen. I kriser er det ofte slik at varselsignalene ikke blir sett, og for sen agering på farer er ofte det som driver en hendelse mot en kritisk terskel. Det kan være lett i ettertid å se det man burde ha sett, men det er vanskelig å skille reelle kriser fra et hav av trusler. Når en krise er et faktum må ofte vanskelige- og alvorlige beslutninger tas, og dette skal ofte gjøres på manglende informasjon og på kort tid (Boin et. al, 2013, s. 18-36).

Organisasjoner lager planverk og forsøker å ha kontroll ved en eventuell krisesituasjon, men når krisen kommer og planene ikke virker, kreves det ofte nye og bedre planer og nytt og bedre lederskap. Men i virkeligheten har kvaliteten på en kriserespons og utfallet på krisen lite å gjøre med planleggingen på forhånd. En sikker og effektiv respons i en krisesituasjon kan ikke tvinges fram, men vokser nok heller fram naturlig. Beslutningstaking er ikke en lineær prosess hvor man begynner på den ene siden og kommer ut på den andre. Ledere er viktige i en beslutningstakingsprosess, men ikke for å bestemme alene, men heller for å tilrettelegge og koordinere prosessen. I en krise vil det ofte skje en selvorganisering hvor man kommer fram til en avgjørelse (Boin et. al, 2014, s. 64-65).

I tillegg til at organisasjoner skal utrede risiko så må organisasjonen også vurdere situasjonen underveis, noe som kan gjøres ved å bruke blant annet tilsyn som et virkemiddel. Under flyktingestrømmen ble det gjort tilsyn av Fylkesmannen blant annet ved ankomstsenteret i Finnmark. Her ble det vurdert at det var flere barn enn forventet ved mottaket, og at man trengte personell innenfor barnevern tilstede. Det ble også meldt om problemer med registrering og i forhold til det elektroniske journalsystemet, det siste som forutsett av Willoch og medarbeidere.

Media spiller en stor rolle i kriser og utfordrende situasjoner. Under flyktingestrømmen hadde media en sentral rolle både ved å dekke det som skjedde nasjonalt og internasjonalt. Kommunikasjon er noe som skjer under hele hendelsesforløpet, og kommunikasjon, som kriser er som nevnt ingen lineær prosess (Coombs, 2015, s. 127-128). I en krisesituasjon krever befolkningen svar på hva som foregår. Kommunikasjon først og fremst med de

menneskene som er berørt av krisen, og deretter kommunikasjon med befolkningen for øvrig er viktig (Fimreite et. al, 2014, s. 16). I denne prosessen er det krevende for organisasjonen å gi de opplysninger som skal til for å skape en forståelse fra folket da man ofte ikke har det hele og fulle bildet av situasjonen umiddelbart. Man sliter ofte med rådata så store som fjell som består av rykter, rapporter og bilder, og bare det å forvandle dette materialet til et bilde som avspeiler sannheten er i seg selv en stor oppgave. Når noe kommuniseres som en forklaring av situasjonen, er det viktig å få befolkningen med seg slik at befolkningen aksepterer de beslutningene som har blitt tatt. Hvis dette ikke lykkes, kan det være med på å gjøre krisen større enn den allerede er (Boin et. al, 2014 s. 12-13).

Media er også en viktig del av kriser, spesielt når krisen skal avsluttes og skyldspørsmålet skal avgjøres. I media kan ofte små hendelser gjøres større, og blåses ut av proporsjoner eller legges lokk på og karakteriseres som skjebnen eller uflaks (Brändström & Kuipers, 2003, s. 282). Organisasjoner har ikke råd til å være i en krise for alltid, ting må tilbake til normalen før eller senere, men det er viktig at man ikke avslutter krisen for tidlig, da dette i seg selv kan føre til kritikk og manglende forståelse fra publikum og beskyldninger for at man har forsøkt å maskere sannheten, eller tilbakeholde informasjon (Boin et. al, 2013, s. 14). For at det i det hele tatt skal bli noe etterspill og fordeling av skyld, må hendelsen i seg selv være mer enn en vanlig hendelse, og den bør kvalifisere som en krise. I Norge virket det for meg, som at et av de største problemene var omfanget av flyktningene som kom til Norge. Det ble ikke direkte utlevert skyld for dette, men det ble satt i gang tiltak for å redusere inntaket av flyktninger til Norge og tiltak for å få sendt ut flyktninger fra Norge for å bli kvitt problemet. I Norge opplevde jeg selv at det ble en debatt i både tradisjonelle medier og på sosiale medier, mellom de som var for at flyktningene skulle få være i Norge, og de som var imot. Ved politiske kriser brytes ofte problemer ned i flere biter, hvor hver og en bit kan representere separate hendelser som blir betraktet og drøftet til forskjellige tidspunkt og i ulike fora. Når en krise ikke har blitt håndtert optimalt vil ofte de som har hatt styringen forsøke å legge skylden på noen andre, når de ser at det begynner å gå dårlig. Dette er ofte ikke så gjennomtenkt i utgangspunktet, men mer en refleks for å berge seg selv. Etter hvert når det kommer til spørsmål som for eksempel om noen skal fratse sin stilling, er det ofte strategiske- og velgjenntemte valg som ligger til grunn for at dette skjer. Disse valgene må forsvares og forklares innad i organisasjonen og også utad til publikum, og med dette er det viktig å bevare et godt ettermæle for de involverte (Brändström & Kuipers, 2003, s. 302-305).



Noen ganger er det slik at man kan ha mulighet til å forutse en krise, i alle fall kan det være lett å se alle disse små signalene i etterpåklokskapen. Borgerkrigen i Syria, nærmest anarki i Libya og flyktningestrømmen over Middelhavet, alt dette er gårdagens nyheter, og hadde blitt servert oss gjennom media i lang tid. Det kan virke som vi kanskje ikke så alvorret i situasjonen, eller på hvilken måte krisen ville berøre oss. Kanskje kan man bli nummen av alle inntrykkene på skjermen, og tenke at dette skjer jo ikke oss. Men disse krisene berørte oss da flyktningestrømmen kom til Norge. Selv om kanskje ikke flyktningestrømmen i seg selv kan karakteriseres som en krise for Norge, så er det lett i etterpåklokskapen å se alle tegnene, som tydet på at flyktningestrømmen på et tidspunkt kom til å nå Norge. Og beslutningsevnen vedrørende mobilisering av mennesker for å hjelpe til med registrering og etablering av ankomstsenter, og selve beslutningstakingen og koordineringen med alle ting som skal falle på plass i det store puslespillet; alt virker å ha vært litt forsinket. Kommunikasjon er også noe som har vært mangelfull i forbindelse med flyktningestrømmen, for eksempel kommunikasjon mellom sentrale myndigheter og fylke og kommune.

*«Logistikk og verdikjedeleddelse kan generelt defineres som koordinering av og samspill mellom mennesker, teknologi, finansielle ressurser og det naturlige miljø» (Johannessen & Solem, 2007, s.15).*

Johannessen og Solem har i sin bok logistikkorganisasjoner skrevet om blant annet forsyningskjeder og strategier i forhold til logistikk. Logistikk er et viktig tema også når det kommer til forsyning av helsetjenester og forsyning av tjenester man ikke har planlagt for i en krisesituasjon. Forståelsen av ordet logistikk brukes også i humanitære forbindelser. I slike sammenhenger er det mye som skal anskaffes og kjøpes inn, fra mat, klær, legemidler, og i tillegg skal disse varene transporteres og viderefordes. Det er også behov for penger for at det skal kunne skje noe overhodet. Ved humanitære kriser er det ikke bare materielle ting som skal kjøpes inn og fordeles, men også mennesker som skal transporteres og plasseres, både mennesker på flukt og mennesker som kommer for å hjelpe til i en humanitær krise. Enkelte ressurser som helsepersonell er noe man kan telle over, og vite hvor mange man har tilgjengelig til enhver tid. Frivillige mennesker, både uorganisert, og organisert i organisasjoner er også ressurser som man kan få stor bruk for blant annet i humanitære kriser, men som man ikke alltid kan vite hvor mange man har tilgjengelig da man trenger dem. Marianne Jahre har jobbet med kriselogistikk i humanitære kriser, og har blant annet skrevet om hvor viktig det er at logistikken fungerer, blant annet i forhold til å ha lagre med nødvendig utstyr og mat tilgjengelig slik at man raskest mulig kan yte hjelp. Hun skriver at

organisasjoner tenderer til å lagre utstyr på forskjellige steder for å være klar ved kriser og katastrofer, i tillegg ha midler tilgjengelig som ikke er øremerket, og mat av typen tørrmat og lignende for å opprettholde fleksibilitet, slik at samme utstyr kan brukes på flere steder (Jahre, s. 93).

Logistikk er ikke et begrep som bare brukes i visse sammenhenger eller i enkelte situasjoner, men heller «knyttet til utfordringer, muligheter og forståelse for samhandlings- og koordineringsfenomener» (Johannessen & Solem, 2007, s. 26. Logistikk handler om hvordan en ting, være det en medisin, en ytelse, eller informasjon som beveger seg fra utgangspunktet til målet, og også tilbake igjen (Johannessen & Solem, 2007, s. 26-32). Under mottak av flyktningene og organiseringen av ankomstsentrene var logistikk et viktig tema. Det gjaldt både i forhold til at det skulle skje en etablering av disse mottakene på kort tid, og materiell skulle skaffes til veie, både utstyr, senger, samt klær og mat. IKT, registrering og elektroniske journaler har vært et gjennomgående tema som en av de største utfordringene, og logistikk innebærer også å skaffe elektroniske hjelpemidler på kort tid, og systemer som fungerer optimalt. Fordi dette ikke fungerte gikk man i enkelte tilfeller tilbake til å føre personopplysninger for hånd med papir og penn, for å prøve å opprettholde en oversikt over hvem som var screenet for tuberkulose og hvem som ikke var det.

Under kriser eller krig skal landets behov for tjenester og varer dekkes, og forsyne både den sivile befolkningen og forsvaret. I følge forsyningsloven kan Regjeringen bruke landets evne slik at nødvendig produksjon og transport blir gjort, og i forbindelse med dette er det viktig med et samarbeid mellom det sivile og det militære. På grunn av økt bruk av utenlandske firmaer og lagre, og mindre bruk av lagring av varer nasjonalt, kan dette by på utfordringer under en krise. Man har gått over fra en detaljert planlegging vedrørende forsyning til en «just in time» (NOU 2000:24, s. 89) utvikling, med reduksjon i lagre, noe som er utfordrende, spesielt under kriser. Ved hindret forsyning av legemidler utgjør dette en risiko, og kan skje i fredstid likesom i krigstid. Naturhendelser, naturkatastrofer, teknisk svikt eller innenfor områder av produksjonen er eksempler på hendelser som kan skje i fredstid. Økt etterspørsel av medisiner, for eksempel ved en epidemi kan også skje, og også være på grunn av problemer med transport og logistikk. I Norge har vi begrenset produksjon av medisinsk utstyr og medisiner, for eksempel antibiotika, og vi er således helt avhengige av andre land, og god logistikk for å få dekket vårt behov, ikke minst under en krise. Under Golfkrigen hadde flere allierte land avtaler med legemiddelfirmaer for produksjon av legemidler som behøves under akutte situasjoner og katastrofer (NOU 2000:24, s. 89). På grunn av dette var

medisin for å gi bedøvelse og narkose ikke tilgjengelig for Norge. Det trenger ikke å være langvarige brudd i levering av nødvendige legemidler og utstyr til Norge, før man vil få problemer med å behandle pasienter. Fordi Norges befolkning er relativt liten sammenlignet med andre land, kan det hende at det norske markedet ikke vil bli prioritert i en nødhjelpssituasjon, og Nord-Norge vil være spesielt utsatt ved forsyninger i en nødsituasjon. Norge har derfor siden på midten av 1980-tallet rustet opp med telt som kan fungere som kirurgiske enheter med senger og medisinsk utstyr, noe av grunnen til dette er at Norge har svært lite egenproduksjon av denne type materiale. Med aggregater og telt kan dette fungere for å bistå i nødhjelpssituasjoner også i andre land, og utstyret ble blant annet brukt i Kosovo i 1999 (NOU 2000:24, s. 88-93).

Flyktingestrømmen dabbet av på et tidspunkt til Norge men det er fremdeles mange flyktninger her. Som vi så ble det ingen epidemi, og kanskje var det ingen stor fare for det akkurat i Norge. Det jeg ble overrasket over da jeg leste artiklene om helse blant flyktingene som ble undersøkt ved akuttmottaket i Sveits, var at mange av disse hadde psykiske lidelser og posttraumatisk stress syndrom, til tross for at de utgjorde en såpass ung populasjon. Så selv om flyktingestrømmen er avsluttet til Norge, så har man jo fått mange nye mennesker hit, med sin bagasje med seg, som også inkluderer traumer og erfaringer, så nissen er liksom med på lasset. Selv om man flytter til et nytt land, med ny kultur og med nytt håp, så skal man integreres og passe inn. Dette i seg selv kan være utfordrende, og igjen føre til nye psykiske symptomer. I tillegg vil faktorer som det å bli isolert i et asylmottak, eller isolert fordi man ikke blir integrert, samt leve i usikkerhet i påvente av svar på asylsøknad, være faktorer som kan spille inn og være med på retraumatisering og forverring av psykiske symptomer. Mange av disse menneskene trenger oppfølging og hjelp, noe som kan være vanskelig blant annet på grunn av kommunikasjonsproblemer med forskjellig bakgrunn, språk og kultur.

Selv om flyktingestrømmen kanskje ikke utgjorde noen krise i seg selv for Norge, så var det helt klart en krise for flyktingene. Det er en krise å være på flukt, og en krise å oppholde seg i flyktingeleir. For de som dro over Middelhavet var det også en krise, og jeg vil tro at det må ha gjort sterke inntrykk på mange av de som var på arbeid på fartøyene, og på de mange frivillige som var på strendene i Hellas. Hvis det hadde brutt ut en epidemi i Norge, hvor vi hadde fått problemer med å finne smittekilder, problemer med isolering, vaksinerings og organisering, da kunne det også ha utviklet seg til en helsemessig krise i Norge.

Reisen til en migrant eller flyktning fra sitt hjemland, enten det var fra Afrika eller fra Midtøsten, har mange likhetstrekk. Da jeg gjennomgikk artikler for å få et inntrykk av sykdomsbildet i flyktningeleirer, da forsto jeg at det var mange flere sykdommer, og et bredere spekter av sykdommer enn hva jeg trodde i utgangspunktet. Ved migrasjon av folk og dyr, da flytter mennesker fra områder hvor sykdommer er endemiske og utbredte, til områder der disse sykdommene ikke er tilstedeværende, og de tar da med seg disse sykdommene til nye populasjoner dit reisen går. Ved migrasjon vil også mennesker plukke med seg nye sykdommer på veien, som de igjen vil kunne føre videre. I flyktningeleirer er det beskrevet svært dårlige sanitære forhold hvor mesteparten av vann går med til drikke, og ikke til hygiene. I tillegg er mennesker som oppholder seg i flyktningeleirer ofte slitne, kanskje syke og det er mangel på medisiner og medisinsk hjelp. Krigs- og konfliktrammede områder med dårlige sanitære forhold, dårlig helse, sammen med migrasjon skaper grobunn for sykdomsutvikling og det Du og medforfatterne beskrev som den perfekte storm (2016), hvor ebola-epidemien i Afrika dras fram som et eksempel på dette.

Over Middelhavet var det flere mennesker som døde på overfarten på grunn av blant annet kvelning og kullosforgiftning, før de ble plukket opp av fartøyene til Frontex. I tillegg var det flere mennesker som var syke på overfarten og måtte isoleres for å unngå smittespredning.

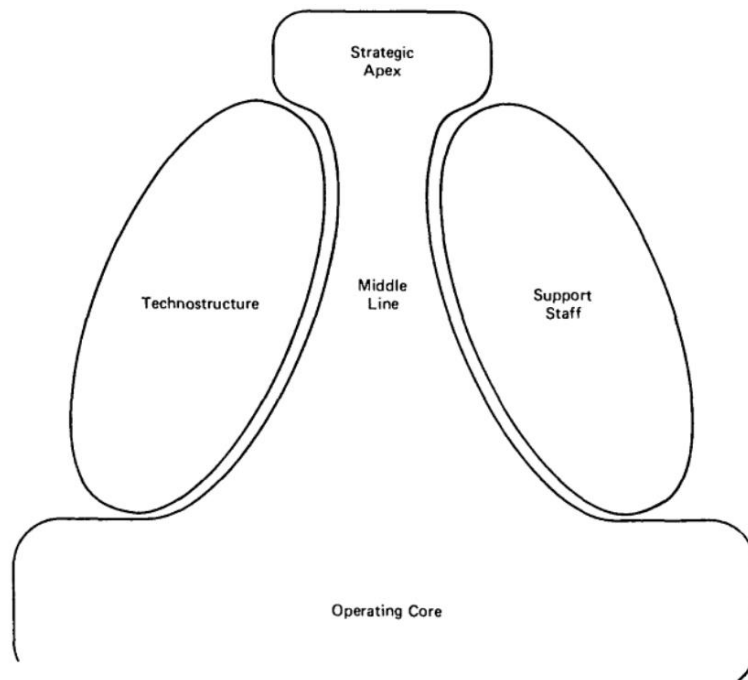
I Syria var vaksinasjonsprogrammet nærmest ikke-eksisterende på grunn av borgerkrigen og kollaps i helsevesenet, noe som førte til at sykdommer som tidligere var tilnærmet utryddet, fikk mulighet til å blomstre på nytt. Når vaksinasjonsprogram svikter av ulike årsaker enten mennesker ikke ønsker å vaksinere seg, eller man ikke har muligheten til å vaksinere seg, vil slik sykdomsoppblomstring være mulig. Sykdommer som for eksempel meslinger som i verste fall kan føre til død, og hvor barna er de mest sårbare, var lenge svært fryktet i Norge, men er nå nærmest utryddet her, får gjennom manglende vaksinasjon mulighet til å komme tilbake og utgjøre en trussel. Og de som smittes av sykdommen vil kanskje være de svakeste, som kanskje ikke har mulighet til å vaksinere seg på grunn av for eksempel svikt i immunforsvaret eller annen underliggende sykdom.

Fra Europa tok jeg med to artikler hvor den ene beskriver sykdomsutbredelse blant flyktninger som oppsøker et akuttmottak i Sveits, og den andre beskriver tre gutter som blir innlagt i Italia med en alvorlig febersykdom (*Borrelia Recurrentis*), som er potensielt dødelig uten antibiotikabehandling. Disse guttene hadde oppholdt seg i flyktningeleirer, men hadde ikke hatt kontakt med hverandre. Denne bakterien smitter ved hjelp av lus, som bærer

bakterien med seg fra person til person. De fleste av flyktningene som ble plukket opp i Middelhavet hadde skabb, og mange ved norske asylmottak hadde også skabb. Grunnen til at jeg har valgt å ta med så mange forskjellige sykdommer, er fordi jeg tror at mangfoldet av sykdommer er mye større enn hva vi er klar over, og jeg vet ikke om vi ville evnet å tenke på alle disse ulike sykdommene hvis disse pasientene hadde presentert seg i et hvilket som helst akuttmottak i Norge.

Flyktningene som kom til Norge viste seg å ikke være like syke som det som ble beskrevet i flyktningeleirene i Midtøsten og i Afrika. Sykdomsbildet og populasjonen av mennesker er nok ikke tilsvarende, ved avreisested og ved ankomststed i Norge. I den ene artikkelen fra Sveits angis det at en stor del av populasjonen som reiste var unge menn, noe som kanskje også er representativt for de som kom til Norge, og kanskje var disse blant de sterkeste som klarte å komme seg hele veien hit. Det er rapportert tilfeller med influensasmitte på asylmottak her, men det ble ingen stor sykdomsepidemi i Norge. Men jeg sitter igjen med en følelse av at det egentlig var litt flaks, at det ikke ble noen epidemi her. Og jeg vet fremdeles ikke om vi egentlig har kontroll på hvilke sykdommer som kommer inn til landet vårt, da det eneste vi screener for rutinemessig er tuberkulose. Og hvis det skulle brutt ut en stor epidemi i Norge, da er jeg usikker på hvordan vi ville klart å håndtere dette, spesielt en epidemi hvor det trengs å isolere mange mennesker.

Det var store organisatoriske utfordringer da vi skulle motta flyktningene i Norge, blant annet i forhold til screening av tuberkulose. Ankomstsentrene i Finnmark og Østfold ble opprettet på kort tid, og begge hadde som beskrevet «innkjøringsproblemer». Det var problemer i forhold til at flyktningene ikke hadde fått personnummer, eller såkalte D-nummer som gjorde det vanskelig i forhold til registrering. Det varierte også hvor lenge flyktningene oppholdt seg på ankomstsentrene, og det varierte hvor lenge de oppholdt seg i transittmottak. Da de kom til transittmottakene var det usikkerhet om hvorvidt de allerede var screenet for tuberkulose, eller om dette skulle gjøres her. Det var også stor forvirring om hvem som hadde det øverste ansvaret, om det var UDI eller helsedepartementet, og hvem som hadde koordineringsansvaret. Ved samtalene jeg hadde blant annet med personale fra Fylkesmannen ble denne usikkerheten omkring ansvar beskrevet, og da kommer jeg til å tenke på Mintzbergs modell (Mintzberg, 1979) om ledelse og makt som er beskrevet hierarkisk.



Mintzberg skrev i 1979 en artikkel om organisasjonsstruktur og hvordan organisasjoner fungerer. Han skriver at organisasjoner ofte blir analysert med et tverrsnitt, hvor man plukker de ulike delene i en organisasjon fra hverandre og studerer delene hver for seg, mens man heller burde studere delene sammen. For å forstå organisasjoners struktur må man først vite hvilke deler en organisasjon består av. Den operative kjernen nederst består av alle de ansatte som gjør selve jobben eller produksjonen. Det strategiske apeks består av toppledelsen i organisasjonen og deres støttemedlemmer. Mellomlinjen består av mellomledere som sitter mellom den operative kjernen og toppledelsen. Teknostrukturen består av analytikere og planleggere som sitter utenfor selve produksjonen, og støtteansatte til organisasjonen består av personer som indirekte hjelper organisasjonen. For å få alle disse enhetene til å jobbe sammen, må det skje en koordinering eller en samordning. Et eksempel som jeg nevnte tidligere var når det ble planlagt busstransport for å gjøre screening av mange flyktninger ved et sykehus, og det var innkalt ekstra personell til å gjøre denne screeningen på overtid. Når alt dette var klart, fikk de plutselig kontrabeskjed fra UDI om at det var de som skulle koordinere screeningen så alt måtte avlyses. Senere viste det seg at de måtte gjøre dette likevel, men da måtte de også planlegge alt på nytt. Johannessen skriver at man ved bruk av hierarkier forsøker å klargjøre ansvaret fra toppen og nedover i et system, men når det oppstår kriser i operative organisasjoner, så vil ansvaret og makten spre seg i flere retninger og dimensjoner. For de menneskene som jobber nederst på gulvet, og som er involvert der krisen utspiller seg, vil de ofte mangle overblikket, og ikke se det formelle hierarkiet. Mens de som sitter på

toppen og skal styre hierarkiet, vil forsøke å innskrenke aktiviteten til de som jobber på gulvet for å bevare hierarkiet (Johannesen, 2017, s. 145).

I helsevesenet, enten det er på et stort eller lite sykehus, ei avdeling, eller et legekontor, så består også disse av forskjellige deler og med forskjellige ønsker og ulik makt og beslutningstaking. Leger i helsevesenet arbeider nok etter det som Mintzberg beskriver som et «*Profesjonelt byråkrati*». De arbeider innenfor den operative kjernen, og ønsker minst mulig innflytelse og innblanding fra toppledelse, mellomledelse og analytikere. Når de lykkes arbeider de autonomt innenfor sitt område, og koordinering skjer som følge av standardisering etter egenskaper. For å kunne arbeide profesjonelt er de avhengig av å tilegne seg kunnskap utenfor organisasjonen. Hvis organisasjonen er strukturert i forskjellige konstellasjoner, hvor makten er selektivt fordelt, og man står fritt til å koordinere og justere seg alt etter hva som kreves av situasjonen, vil det utvikles et «*adhokrati*» (Mintzberg, 1979, s. 322-329).

I Norge under flyktningestrømmen i 2015 virker det til å ha vært manglende kommunikasjon mellom toppledelse og den operasjonelle kjerne om på hvilken måte man faktisk skulle håndtere utfordringen, som var å motta, huse, registrere og ivareta mange flere flyktninger enn vi hadde tenkt. I tillegg var det mangel på koordinering og samordning. Fimreite et. al. skriver om samordning, og utfordringer med samordning innenfor samfunnsikkerhetsfeltet. De skriver at man teoretisk skiller mellom horisontal- og vertikal samordning (Christensen og Lægreid 2008, Bouckaert, Peters & Verhoest 2010). Horisontal samordning er samordning for eksempel mellom politiske områder eller sektorer som er på likt nivå. Dette kan for eksempel være samordning av politikk innenfor helse eller landbruk. Med vertikal samordning menes det samordning mellom ulike nivåer, mellom kommune og fylke eller direktorat og departement. Negativ samordning (Mayntz og Scharpf 1975, Scharpf 1994) er også et begrep som brukes, hvor det beskrives at «ønsket om å samordne ofte er større enn viljen til å bli samordnet» (Fimreite et. al, 2014, s. 23) og det skrives at «alle er for samordning så lenge det ikke berører ens egen organisasjon» (Fimreite et. al, 2014, s. 24). Spesialisering og spesialiseringsprinsipper er også begreper som forfatterne Fimreite et. al. diskuterer. Horisontal spesialisering er hvordan ulike oppgaver blir adskilt ved hjelp av organisasjonsstrukturer. Spesialiseringer i et forvaltningsapparat (Gulick 1937) kan deles etter oppgaver eller formål, etter prosesser, etter klienter eller målgrupper og etter territorium eller geografi. Horisontal spesialisering kan innebære deling av organisasjoner på samme nivå for eksempel av et direktorat eller et departement. I vertikal spesialisering fordeler man ansvaret på, og oppgavene på forskjellige nivåer i et hierarki, for eksempel

direktorat og departement. I kriser blir det ofte diskusjoner knyttet til hvor ansvaret hører hjemme innenfor nivåer og sektorer (Fimreite et. al, 2014, s. 23-25).

Slik som beskrevet er samordning utfordrende, spesielt når samordningen strekker seg over flere departement, organisasjoner og både i horisontal og vertikal retning, og man skal prøve å få til en flernivåstyring. Men mye av problemet når man skal løse denne typen utfordringer er kanskje at her passer ikke virkeligheten inn med planverket, og da faller ting sammen, selv om vi har tenkt på både samordning og flernivåstyring i teorien. Fordi for meg høres flernivåstyring, eller styring og ledelse på flere nivåer, utrolig praktisk og fint ut i teorien. I dette begrepet legges det at grensene blir mer uklare mellom forskjellige nivåer, mellom nasjonalt nivå og for eksempel EU, mellom kommune og stat og mellom privat og offentlig sektor. Det blir en «økende gjensidig avhengighet» (Fimreite et. al, 2014, s. 26) mellom ulike aktører på ulike nivåer i samfunnet. Flernivåstyring er særlig aktuelt i forbindelse med kriser, og man ser at hendelser og kriser som skjer på ett sted, kan få konsekvenser for håndtering et annet sted og på flere nivåer. I flyktningsstrømmen fikk det som skjedde langt unna oss, store konsekvenser helt på kommunenivå i Norge. Kompleksiteten øker fordi flernivåstyring stiller vanlige, hierarkiske styringsformer ovenfor utmaninger. Å analysere fra et flernivåperspektiv er særlig relevant innenfor organisering og krisehåndtering for samfunnssikkerhet (Rykkja, 2008). Dette perspektivet kommer i tillegg til styring utfra tradisjonelt hierarki, med tilskudd som nettverksamarbeid, og styring og samarbeid både horisontalt på samme nivå og vertikalt samarbeid mellom ulike nivåer som for eksempel mellom myndigheter utenfor nasjonen og nasjonen (Fimreite et. al. 2014, s. 25-26).

Likevel, når vi skal gjøre noe som ikke er forutsigbart eller rutinepreget, så passer ofte ikke planen lenger og da oppstår det fort kaos. Ved mottak av mange flyktninger samtidig i Norge oppsto det også et slags kaos hvor man mistet oversikten over hvem som hadde gjort hva. Man fikk registreringsproblemer, IKT problemer, logistikkproblemer og kommunikasjonsproblemer. I følge Johannesen mangler det forklaringer forankret i teorien på hvorfor det oppstår slik uforutsigbarhet i organisasjoner som er hierarkisk sammensatt i forskjellige nivåer med ansvar og hierarkier, som skal forhindre akkurat denne uforutsigbarheten (Johannesen, 2018). Og jeg skjønner ikke hvorfor vi bruker så mye tid og energi på å lage utredninger, planverk og risiko- og sårbarhetsanalyser, hvis vi kanskje ikke har tenkt å bruke dem likevel, eller hvis de uansett ikke virker når vi trenger dem.



Under flyktningestrømmen virker det for meg som at alle har sittet på sin egen tue, i sin egen kommune og løst utfordringene på best mulig måte, uten å snakke med hverandre. Og det virker som kommunikasjonen fra myndighetene og ned til kommunenivå, der utfordringene omkring mottak av flyktningene utspant seg var nærmest fraværende. Leger er vant til å arbeide autonomt og vant til å måtte løse oppgavene sine selv, og kanskje ikke de flinkeste til å spørre om hjelp. Mintzberg har skrevet om adhokrati (Mintzberg, 1979), som optimalt sett skal være et knirkefritt, sofistikert samarbeid mellom eksperter og spesialister som samarbeider horisontalt, eller på samme nivå. Disse ekspertene settes ofte sammen i mindre team eller grupper og makten blir fordelt deretter. Denne typen organisering er den minst tradisjonelle, og den viser utgitte linjer og organisasjonskart for hvordan makten og beslutningstakingen skal fordeles og utøves. Adhokrati kan deles i to typer, operativt adhokrati og administrativt adhokrati. I operativt adhokrati, er det de som utøver tjenesten som noen ganger må ty til kreative og innovative løsninger for å få løst et uvanlig problem. I et operativt adhokrati opprettes det ofte multidisiplinære grupper for å få løst et spesielt problem, hvor alle arbeider mot det felles målet som er å løse problemet. Her er det ingen klare skiller mellom planlegging og utøvelse, og dette skjer gjerne under samme prosess. I et administrativt adhokrati er det et klart skille mellom det administrative og det operative. Her er den operative delen ofte standardisert og det er den administrative delen som fungerer som et adhokrati, dette er for eksempel innenfor romfart. I et adhokrati vil man ha en mindre synlig strategisk aspekt, fordi strategien i prosjektarbeid i et adhokrati ikke kommer ovenfra, men blir til underveis av mange ad hoc løsninger (Mintzberg, 1979, s. 336-337).

Johannessen skriver i kapittel 1 i sin bok om politiledelse at problemet med denne modellen er at man her tror at organisasjoner kan drives som maskiner og styres hierarkisk. Han skriver at Weber var «skeptisk til hvordan byråkratiets inntog begrenset naturlig menneskelig utfoldelse. Han formulerte det slik at byråkratiet hadde fanget mennesket i et jernbur» (Johannessen, 2015, s.2). Man har ofte den oppfatning at man i organisasjoner kan skille kulturen fra strukturen i en organisasjon, og at «kulturen skal skje innenfor strukturen» (Johannessen, 2015, s. 2), slik som i et slags jernbur. Denne formen for tenkning om byråkratiet har blitt kritisert fordi det ikke er egnet til uforutsigbare hendelser og forandringer, slik som virkeligheten er, men heller passer best til svært rolige og uforanderlige tilstander. «Paradokset med den byråkratiske praksisen er at den virker stabiliserende i organisasjoner og samfunn samtidig som den gjør dette ved å legge en kvelende demper på kreativ menneskelig aktivitet» (Johannessen, 2015, s. 2). Boka er skrevet om politiledelse men det kan dras

sammenligninger inn i helsevesenet. Helsevesenet består av mange organisasjoner med både fysiske ulikheter i lokalisasjon og arbeidsområde, men innenfor alle disse forskjellige organisasjonene arbeider det mennesker. Bortsett fra at mange av disse menneskene har samme utdanning, og kan ha lignende arbeidserfaring, er alle disse menneskene svært forskjellige, med forskjellige erfaringer, forutsetninger, mål og motivasjon. Helsevesenet har mange oppgaver som er stabile og rutinemessige, men også oppgaver som krever kreativitet og nytenkning. Det er også utfordringer til hvordan man skal arbeide sammen, koordinere og samordne seg når man støter på nye oppgaver, og utfordrende oppgaver, og spesielt i kriser. Johannessen skriver om hvordan det oppstår spenninger i politiet mellom «operativ praksis og akademisk praksis» (Johannessen, 2015, s. 4). Mennesker med akademisk bakgrunn er ofte autonome og vant til å arbeide selvstendig, og med relativt frie tøyler, uten at ledere eller andre fra toppsjikt eller på gulvet blander seg inn (Johannessen, 2015, s. 4). Dette er for meg svært sammenfallende med leger, og måten leger arbeider på. Vi er vant til å arbeide selvstendig, og opplært til å løse problemene selv. Man kan arbeide i mindre grupper og gi stafettpinnen videre, for så å ta den tilbake igjen etter hviletid. Ved nye utfordringer er vi er vel ikke så god til å tenke utenfor boksen, men vi kan vel til nøds spørre en annen kollega om hjelp, og vi er vel kanskje ikke spesielt god på det operative, som går utover det rutinemessige operative arbeidet som det faktisk kreves at vi utfører i vårt daglige virke.

I kriseteam, enten det er på operativt- eller taktisk nivå, så kan gruppedynamikken og selve prosessen for å ta en beslutning eller løse et problem fungere godt, hvis forholdene ligger til rette. I organisasjoner der kriser er tilbakevendende er det større sjanse for at man håndterer krisen bedre. Hvis mennesker innad i organisasjonen og utad fra ulike organisasjoner kjenner hverandre og stoler på hverandre er det større sjanse for å lykkes. Man må i det minste forsøke å unngå konkurranse, rivalisering og konflikt innad i en gruppe som skal løse et problem, og heller fokusere på å løse problemet. I mange krisesituasjoner tas ikke beslutningen av en enkelt leder, eller av en gruppe seniorkonsulenter med mest erfaring, men de kommer fra flere steder i et nettverk. I tillegg finnes beslutningsvegring eller det å velge å ikke ta en avgjørelse eller å ikke agere (Boin et. al, 2014, s. 49-51). Politi og forsvar er noen av de etatene som er vant til å arbeide i kriser, på operativt nivå. Kanskje dette er noe av grunnen for at oppgaven de var satt til å gjøre i Middelhavet ble løst på en bra måte.

Leger, som enkelte andre yrkesgrupper i samfunnet kan bli beordret til å jobbe ekstra under kriser og spesielle situasjoner. Det ble et stort merarbeid og trykk på enkelte leger ute i kommunene i Norge under flyktningestrømmen, og her var det kanskje ikke så mange andre

man kunne spørre om hjelp. Da blir det en utfordring å skulle opprettholde normal drift, og i tillegg gjøre helseundersøkelser og koordinere screening av x antall nye flyktninger i kommunen. I krisesituasjoner makter man nok å gjøre det lille ekstra i en liten periode fordi man vet at det trengs, og i tillegg så vet man at en slags normaltilstand vil etter hvert komme. Men hvis situasjonen drar ut over lang tid, da kan dette bli krevende når mye av arbeidsbyrden faller på enkeltpersoner.

I en artikkel for regjeringen om kobbernett og bredbåndsutbygging skrives det at «*NRK kåret i 2004 «dugnad» til Norges nasjonalord. Det er kanskje ikke så merkelig – dugnad er et positivt ladet ord som beskriver et felles utført og vanligvis ulønnet arbeid av verdi for fellesskapet. I Norge finnes det lange tradisjoner for dugnadsarbeid» (Nexia International, 2011)*. I Norge er det tradisjon for dugnadsarbeid spesielt innenfor fritidsaktiviteter og idrett, og spesielt for barn. Jeg har selv deltatt i dugnad både som barn og som forelder, men jeg klarer ikke å la være å dra sammenligninger til arbeidslivet, og kanskje spesielt til det å arbeide som lege. Leger har en plikt til å hjelpe hvis man for eksempel kommer til et skadested, også utenfor sin egen arbeidstid. Og hvis det skjer uventede hendelser og man trenger ekstra hjelp er folk generelt villig til å hjelpe.

Ved Utøya i 2010, vet jeg at det var mange leger som meldte at de kunne hjelpe til, selv om de da ikke var pliktig til å gjøre dette i akkurat denne sammenhengen. Hvis noe skjer så føler vi det kanskje dels som en plikt gjennom legeeden, og som en slags ytelse til fellesskapet og dugnadsånden at man vil hjelpe til. Helsevesenet fikk veldig mye skryt for måten de håndterte situasjonen da de både måtte transportere mange skadde, og håndtere mange skadde i sykehus i forbindelse med Utøya. Men det er ikke sikkert det ville gått like bra hvis det samme scenarioet hadde utspilt seg en annen plass i Norge, og ikke i direkte nærhet til Norges største traumemottak, og kanskje eneste traumemottak som til vanlig håndterer denne typen skader. I tillegg var det tett med andre sykehus omkring som kunne avlaste, og ta de mindre alvorlige skadene. Selv om det selvfølgelig var svært mange flere mennesker og skader som skulle håndteres, så var det faktisk den samme typen jobb som skulle utføres, som disse menneskene gjør til vanlig, men i større skala og sammenheng. Så selv om Utøya var en krise, så var en del av arbeidet som ble utført, rutinemessig for helsevesenet.

Men dugnad er nok ikke bare et eget norsk fenomen, men et menneskelig fenomen. Man vil jo heldigvis som oftest hjelpe andre mennesker som trenger hjelp, hvis man har mulighet til å hjelpe. Under flyktningestrømmen var det flere som viste denne typen dugnadsvilje, både

innenfor helsevesenet, men også innenfor andre arbeidsområder. Mange mennesker kom på samme tid, og man hadde ikke stående rom og klær og mat klar for disse menneskene. Det ble da satt i sving store krefter for å få mobilisert midler slik at vi kunne ta vare på alle menneskene som kom, og at disse fikk den helsemessige hjelpen som de behøvde. Man har både formell hjelp i form av staten og det offentlige, hvor det skjer en form for dugnadsånd hvor det jobbes ut over vanlig arbeidstid. I enkelte yrker som i helsevesenet, kan man bli beordret til å jobbe ekstra i spesielle situasjoner og kriser. Men dette er jo ofte situasjoner som går fort over. Hvis situasjonen strekker seg over lang tid kan det nok bli vanskelig å tvinge mennesker til å være ekstra på jobb i lange perioder. I tillegg til denne formelle ekstra hjelpen som ytes fra staten er det også en uformell beredskap som folk yter, men som man ikke har den samme oversikten over. Dette er for eksempel de frivillige organisasjonene som yter hjelp blant annet i kriser og nødsituasjoner. Dette er en type beredskap og hjelp som er svært viktig, men som man ikke kan beordre eller egentlig regne med i den totale pakken av hjelp. Enkeltmennesker og grupper organiserer også hjelpetiltak i nødsituasjoner på forskjellige måter. Dette er også en slags skjult ressurs som er svært viktig, men som man ikke kan regne med, og tvinge til å mobilisere seg. Jeg undrer om denne dugnadsånden har mye av æren for at man har en slik innsatsvilje og evne til å mobilisere når det butter imot. Og da undrer jeg samtidig hva som hadde skjedd hvis en slik dugnadsånd ikke hadde eksistert under flyktningsstrømmen.

Under flyktningsstrømmen var det innenfor flere sektorer behov for å mobilisere folk og krefter på kort tid. Da det ble jo bestemt at Norge skulle sende ut fartøy til Middelhavet ble ting organisert på kort tid, personell ble flyttet fra et sted til et annet og ting ble gjort. På båten virket det som det var stor evne til å være løsningsorientert, selv om det her også var innkjøringsproblemer. Som for eksempel at i begynnelsen ble ikke papirene til migrantene konfiskert, og da viste det seg at mange migranter forsøkte å kvitte seg med papirer på overfarten, dette var en av flere ting som ble justert underveis. Kanskje noe av grunnen til at det fungerte så bra på fartøyene var at det var politi og forsvar som sto for organisering og koordinering, og at de som jobber i disse yrkene faktisk kommer fra operative virksomheter og gjerne er mer løsningsorienterte enn i mange andre organisasjoner. Og selv om de skulle gjøre en ny type jobb, på en ny plass, så var det fremdeles med politimyndighet, og i tillegg var de var med i planleggingen av prosjektet og fartøyet fra begynnelsen.

Når krisen er over og man har fått samlet alle tråder, ser man ofte sammenhenger man ikke klarte å se i den akutte fasen, og i ettertid er det lett å være klok og ha meninger om hva man

burde ha gjort i den aktuelle situasjonen. Kriser kan brukes til å ta lærdom av, for å trene og være forberedt til framtidige lignende situasjoner. I virkeligheten er det ikke slik at man utnytter kriselæringspotensialet, og kriselæring er en av de mest underutviklede områdene innenfor kriseberedskap (Boin et al, 2013, s. 14-15). Jeg håper at man kan forsøke å dra noe lærdom av de utfordringene man møtte ved flyktingestrømmen, slik man burde gjøre ved kriser, selv om flyktingestrømmen ikke direkte utgjorde noen krise for Norge i seg selv.

## **KAPITTEL 5: KONKLUSJON OG VIDERE ARBEID**

Det overordnede spørsmålet for oppgaven var på hvilken måte flyktingestrømmen i 2015 reelt eller potensielt utgjorde en folkehelsekrise for Norge.

Migrasjon av mennesker, og mennesker på flukt søker til nye steder, via nye reiseruter hvor mennesker reiser fra områder hvor en sykdom er utbredt eller endemisk, til områder hvor sykdommen ikke er tilstede. Da vil sykdommen spres til nye områder, og i tillegg vil andre sykdommer kunne bli plukket opp på veien. Migrasjon på grunn av humanitære kriser, sult og krig er situasjoner hvor mennesker er i nød, ofte medtatte, slitne og kanskje syke.

Vaksinasjonsprogram kan være nærmest ikkeeksisterende og gi grobunn til at utryddede sykdommer blomstrer på nytt. I Afrika har man sett eksempler på denne typen problematikk, med uroligheter, krig og migrasjon som ved Ebola epidemien (Du et al, 2016).

I dag og under flyktingestrømmen i 2015 var det svært mange mennesker som oppholdt seg i flyktingeleirer i både Midtøsten og i nord Afrika, under dårlige sanitære forhold og manglende helsehjelp. Mange av disse flyktet, og opplevde en hasardiøs reise blant annet over Middelhavet hvor flere døde. I Europa så man oppblomstring av sykdommer som meslinger på grunn av manglende vaksinerings, samt mange typer infeksjoner som man til vanlig ikke ser her. Sykdomsspekteret er svært bredt og mangfoldig, i forhold til det man vanligvis ser i Norge og Europa, og her i landet er tuberkulose det eneste vi rutinemessig screener for i dag.

Endel av disse flyktingene kom til Norge, men den populasjonen som kom hit var nok ikke tilsvarende populasjonen i flyktingeleirene i Midtøsten og Afrika. De som kom til Norge var nok blant de sterkeste, og det ble ingen epidemi i Norge. Likevel sitter jeg igjen med en følelse av at det var en god andel flaks som gjorde at det ikke ble noen epidemi. Migrasjon og flyktingestrømmer utgjør en risiko for sykdomsutvikling og for eventuelle epidemier,

spesielt på grunn av tette boforhold både i flyktningeleirer og i asylmottak med varierende helsetilbud og sanitære forhold. Hvis det derimot hadde brutt ut en epidemi av for eksempel fugleinfluensa i Europa, da kunne dette utgjort både en risiko for Norge og vært kilde til en folkehelsekrise.

I Norge opplevde vi store organisatoriske utfordringer i forhold til mottak, registrering, og screening av flyktningene. Utfordringene var særlig merkbare innenfor koordinering, kommunikasjon, samordning og logistikk, hvor IKT og elektroniske journalsystemer som ikke fungerte var et stort problem. Innenfor helsevesenet var det særlig innenfor screening av tuberkulosesmitte at problemene var tydelige, hvor man til dels mistet oversikten over hvem som var screenet og hvem som ikke var screenet, og til hvilket asylmottak de hadde flyttet. Det var også utfordringer knyttet til uklare ansvarsforhold fra myndighetene, og herunder også hvem som hadde ansvaret for screening av flyktningene. Ved samtaler med enkelte fylkesleger kom det fram at de betraktet situasjonen som en krise fordi det ga store utfordringer for fylket og kommunene å ta imot så store mengder hjemløse mennesker på kort tid. Helsevesenet generelt opplevde nok ikke flyktningestrømmen som en krise, men for enkelte kommuner som fikk et stort trykk med mange ekstra pasienter, som skulle ha obligatorisk screening og helsesjekk, kan nok dette ha blitt opplevd som en utfordrende situasjon, og for noen kanskje også en krise.

Med denne oppgaven har jeg valgt å se på et tema som jeg selv finner svært tankevekkende og som jeg mener er svært aktuelt, tidsriktig og som kan berøre mange av oss. Jeg har medisinsk kunnskap med meg inn i denne oppgaven som min forforståelse, men jeg hadde ingen kunnskap om flyktninger og sykdommer i flyktningepopulasjoner. Jeg hadde heller ingen kunnskap om flyktningeleirer, Frontex, organisering av asylmottak eller psykisk helse blant flyktninger. Det var en betydelig andel av flyktningene som hadde psykiske problemer, og dette er sykdommer som krever mye behandling, oppfølging og ressurser. Som tidligere nevnt er det mulig at det er mørketall blant selvmord og dødsfall hos flyktninger. Alle disse punktene er ting som jeg gjerne kunne tenkt meg og gått i dybden på, men det er utenfor rekkevidden av denne oppgaven. Jeg håper at kanskje fordi jeg har kastet litt lys på noe som er relativt utforsket men samtidig svært viktig, så kan noen andre forske videre på liknende temaer som også omhandler folkehelse, mottak- og oppfølging av flyktninger.

## REFERANSER

- Aarset, M. (2010). *Kriseledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Boin, A. Hart, P. Stern, E & Sundelius B. (2013). *The Politics of Crisis Management, Public Leadership under Pressure*. Croydon: Cambridge University Press.
- Brändström, A & Kuipers, S. (2003). From 'Normal Incidents' to Political Crises: Understanding the Selective Politicization of Policy Failures. *Government and opposition*, 2003 (38), s. 279-305. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1477-7053.t01-1-00016>
- Campo, C. Strøm, J & Danielsen, D. (2017). Over halvparten av asylmottak har opplevd selvmordsforsøk. Hentet fra <http://journalen.oslomet.no/innenriks/2017/03/over-halvparten-av-mottak-forteller-de-har-opplevd-selvmordsforsok>
- Centers for Disease and Prevention. (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition. An introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/opphss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Louse-borne relapsing fever*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/relapsing-fever/resources/louse.html>.
- Ciervo, A. Mancini, F. Bernardo, F.D. Giammanco, A. Vitale, G. Dones, P. Fasciana, T. Quartaro, P. Mazzola, G. Rezza, G. Louseborne Relapsing Fever in Young Migrants, Sicily, Italy, July–September 2015. *Emerging infectious diseases*, 2016 (1), s. 152-153. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4696720/>
- Coombs, W.T. (2015). *Ongoing Crisis Communication, Planning, Managing and Responding*. Florida: Sage Publications Inc.
- Det norske akademis ordbok, (2016). *Empiri*. Hentet fra <https://www.naob.no/ordbok/empiri>.
- Du, R. Hotez, P.J. Al-Salem, W.S & Acosta-Serrano, A. (2016). Old World Cutaneous Leishmaniasis and Refugee Crises in the Middle East and North Africa. *Plos Neglected Tropical Diseases* 2016 (5) Hentet fra <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004545>
- Erikson-Zetterquist, U. Kalling, T. Styhre, A & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Fagerlund Knudsen, O & Gabrielsen Jumbert, M. (2016). *Frontex*. Hentet fra <https://snl.no/Frontex>.
- Fimreite, A.L. Lango, P. Lægreid, P & Rykkja, L.H (2014). *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- FN-sambandet. (2018). *Befolkning, migrasjon og urbanisering*. Hentet fra <http://www.fn.no/Tema/Befolkning/Migrasjon>.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Leishmaniasis – veileder for helsepersonell*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/leishmaniasis---veileder-for-helsep/#om-leishmaniasis>.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Meslinger (morbilli) – veileder for helsepersonell*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/meslinger-morbilli---veileder-for-h/#om-meslinger>.

- Folkehelseinstituttet. (2016). *Om ebolaviruset, Ebolaveilederen*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/ebolaveilederen/>.
- Fylkesmannen i Finnmark. (2015). *Fylkesmannen i Finnmarks situasjonsrapport uke 47/48*. Hentet fra <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Asyls%C3%B8kere%20Oog%20flyktninger/Fylkesmannen%20i%20Finnmarks%20situasjonsrapport%20uke%2047-48.pdf>
- Hotez, P.J. Savioli, L & Fenwick, A. (2012). Neglected tropical diseases of the Middle East and North Africa: review of their prevalence, distribution, and opportunities for control. *Plos Neglected Tropical Diseases*, 2012 (2). Hentet fra <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0001475>
- Jahre, M (2017). Humanitarian supply chain strategies – a review of how actors mitigate supply chain risks. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, 2017 (2), s. 82-101.
- Johannessen, S.O & Solem, O. (2007). *Logistikkorganisasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, S.O. (2015). Kapittel 1 Å forstå politiet som organisasjons- og ledelsespraksiser. Kapittel 12 Beslutningstaking og organisasjonsdynamikk i operative nettverk. Fra hierarkisk ledelse til dynamisk strategisk respons. *Politiledelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Johannessen, S.O. (2017). *Strategies, leadership and complexiy in crisis and emergency operations*. New York: Routledge.
- Merrick, J. (2015, 3.oktober). Syria crisis: Typhoid and hepatitis spreads around region as refugees flee. *Independent*. Hentet fra <http://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/syria-crisis-typhoid-and-hepatitis-spreads-around-region-as-refugees-flee-a6678541.html>
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, 1980(3), s. 322-341.
- Nexia International. (2011). *Bredbånd på dugnad*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/vedlegg/rega/rapporter/bredband\\_p\\_a\\_dugnad.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/vedlegg/rega/rapporter/bredband_p_a_dugnad.pdf).
- Nilssen, V. (2014). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2000:24. (2000). *Et sårbart samfunn*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Oneale, L. (2014). *Measles Epidemic in Syria and the Failing Vaccination Program*. Hentet fra <http://guardianlv.com/2014/02/measles-epidemic-in-syria-and-the-failing-vaccination-program/>
- Pfortmueller, C.A. Schwetlick, M. Mueller, T. Lehmann, B. Exadaktylos, K.A. (2016). Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? *Plos One* 2016 (2). Hentet fra <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148196>.



- Quarantelli, E.L. (2006). *Catastrophes are Different from Disasters: Some Implications for Crisis Planning and Managing Drawn from Katrina*. Hentet fra <http://understandingkatrina.ssrc.org/Quarantelli/>
- Shahara, S.L & Kanj, S.S. (2014). War and Infectious Diseases: Challenges of the Syrian Civil War. *Plos Pathogens*, 2014, (10). Hentet fra <http://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1004438>
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *Innvandrere etter innvandringsgrunn*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn>.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Utlendingsdirektoratet. (2018). *Ord og begreper*. Hentet fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/flyktning/>. <https://www.udi.no/ord-og-begreper/asylmottak-ulike-typer/>. <https://www.udi.no/ord-og-begreper/asylsoker/>. <https://www.udi.no/ord-og-begreper/overforingsflyktninger/>.