
Da bakdøra til Europa sto åpen

KRONIKK

ANNE METTE ASFELDT

anne.mette.asfeldt@unn.no

Anne Mette Asfeldt (f. 1966) er ph.d. og spesialist i infeksjonssykdommer.

Hun arbeider som rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset ved Kompetansesenter i smittevern Helse Nord, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DRUDE LIND BRATLIEN

Drude Lind Bratlien (f. 1968) er fastlege, smittevernlege og assisterende kommuneoverlege i Sør-Varanger.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANITA BREKKEN

Anita Brekken (f. 1964) er hygienesykepleier og tuberkulosekoordinator ved Senter for fag, forskning og samhandling, Finnmarkssykehuset, Klinikk Kirkenes.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NINA ALETTE WIKAN

Nina Alette Wikan (f. 1969) er smittevernsykepleier mot kommunehelsetjenesten ved Senter for fag, forskning og samhandling, Finnmarkssykehuset.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TONE OVESEN

Tone Ovesen (f. 1975) er sykepleier, helsesøster og regional tuberkulosekoordinator ved Kompetansesenter i smittevern Helse Nord, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KIRSTEN GRAVNINGEN

Kirsten Gravningen (f. 1961) er ph.d. og spesialist i allmennmedisin og i medisinsk mikrobiologi. Hun er regional smittevernoverlege ved Kompetansesenter i smittevern Helse Nord, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mer enn 5 000 asylsøkere krysset grensen fra Russland til Norge høsten 2015. Det fikk stor betydning for Kirkenes by med 10 000 innbyggere og et av landets minste sykehus. Hvordan opplevde helsetjenesten i Sør-Varanger kommune og ved Kirkenes sykehus utfordringene med å sikre tuberkulosekontroll og smittevern i asylmottak og sykehus i en slik ekstraordinær situasjon?

Norge har en 196 kilometer lang grense mot Russland på 69 grader nord. På russisk side er det langs hele grensen et gjerde som overvåkes. Storskog grensestasjon er eneste mulighet for å krysse grensen. Kirkenes er grenseby med Russland i øst og Finland i sør. Mot nord ligger Barentshavet og mot vest resten av Finnmark – tynt befolket, med 500 km til «nabosykehuset» i Hammerfest.

Sør-Varanger kommune og befolkningen i Kirkenes har opp gjennom historien opplevd ulike sider av naboskapet med Russland. Det har rommet både gleden over russernes frigjøring under den annen verdenskrig og utryggheten under den kalde krigen. De siste tiårene har naboskapet vært preget av stadig mer samarbeid over grensen.

Ruten gjennom Russland

Da de første asylsøkerne kom over grensen fra Russland i 2015, ble de sendt direkte til ankomstmottak sørpå. Helsetjenesten i Finnmark ble ikke involvert.

Da reiseruten gjennom Russland til Norge ble kjent, økte strømmen av asylsøkere. Politistasjonssjef Hans Møllebakken i Kirkenes kalte dette «fast track to Schengen» i *Tidsskrift for helsesøstre* (1). Han beskrev hvordan asylsøkerne kunne komme seg fra Damaskus til Kirkenes på 48 timer, først

med fly til Murmansk, deretter med bil og sykkel ad velorganiserte reiseruter. Dette fikk oppmerksomhet i internasjonale medier og i sosiale medier som var lett tilgjengelige for flyktninger på utkikk etter en trygg destinasjon.

I september 2015 kom det asylsøkere hver dag, og i oktober/november toppet det seg med inntil 200 personer daglig. I alt 46 nasjoner var representert, hvorav de tre største gruppene var syrere (30,7 %), afghanere (39,7 %) og irakere (7,2 %) (1). De mange asylsøkerne førte til at Sør-Varanger kommune kontaktet Utlendingsdirektoratet (UDI) 4. september, og uken etter gikk partene i dialog om å opprette et transittmottak, og Fjellhallen transittmottak ble en realitet.

Mottak av flyktninger er ikke nytt for Sør-Varanger. Fjellhallen er en idrettshall, men også et tilfluktsrom fra den kalde krigen. Da Berlin-muren falt i 1989, vurderte staten at det kunne komme en strøm av russiske migranter over grensen, og det ble utarbeidet beredskapsplaner for et scenario med 3 000 migranter i uken. De kom aldri. Beredskapsplanene ble derimot brukt under Balkan-krigen, hvor en luftbro fra Skopje til Kirkenes brakte 950 kosovoalbanere til flyktningmottak i Fjellhallen. Sør-Varanger kommune kunne derfor hente planer for flyktningmottak i sine arkiver.

De første asylsøkerne ble mottatt i Fjellhallen 24. september 2015. Sør-Varanger kommune og Kirkenes sykehus ble satt i kriseberedskap og fikk daglige meldinger om asylankomster fra politiet. Fra 24. september til 30. november passerte 4 994 asylsøkere den russisk-norske grensen. Grensepolitiet mottok 29. november ny instruks fra Justis- og beredskapsdepartementet og kunne avvise personer uten gyldig visum. Fra 30. november ble det brått slutt på asylankomster over Storskog.

Fjellhallen og Ankomstsenter Finnmark

I løpet av én uke etablerte kommunen et velfungerende mottak med sengeplass til 150–200 personer i Fjellhallen. Det ble gjort en rekke tiltak for å ivareta godt smittevern. Alle ansatte og nyankomne asylsøkere fikk grundig opplæring i håndhygiene før de fikk gå inn i hallen. Det ble informert om toalett hygiene, og det var høy standard for renhold, spesielt av toalett og bad (fig 1). Garderober i kjelleren ble brukt som isolater ved for eksempel oppkast eller diaré. Økt strøm av asylsøkere og få mottaksplasser i andre kommuner medførte at kapasiteten i Fjellhallen raskt ble overskredet, og en rekke overnattingssteder i Sør-Varanger ble tatt i bruk.



Figur 1 Informasjon om toalettshygiene i asylmottak i Sør-Varanger

Da Fjellhallen ble for liten, bygde Utlendingsdirektoratet om en tidligere militærforlegning til «Ankomstsenter Finnmark», hvor inntil 350 asylsøkere kunne bli tatt imot daglig. Driften av senteret ble satt ut til en privat aktør, og fra 11. november ble alle asylsøkere tatt imot der. Kommunal smittevernlege ga en rekke smittevernfaglige innspill til bygging og drift av ankomstsenteret, hvorav mange ble fulgt, bl.a. ble det bygd egne isolater.

Tuberkulosekontroll

Asylsøkere til Norge skal gjennomgå rutinemessig tuberkulosekontroll. Sør-Varanger kommune og Kirkenes sykehus hadde veletablerte prosedyrer for dette, men det store omfanget av kontroller krevde nye logistiske løsninger.

I nasjonal tuberkuloseveileder anbefalte man høsten 2015 at barn < 15 år skulle undersøkes med blodprøve (Interferon Gamma Release Assay, IGRA-test). Voksne i alderen 15–35 år skulle undersøkes med både IGRA-test og

lungerøntgen, og voksne > 35 år kun med lungerøntgen, som skulle granskes raskt for å avdekke smitteførende lungetuberkulose hvor umiddelbar innleggelse i sykehus er påkrevd (2). Folkehelseinstituttet tilpasset tuberkuloseveilederen ved å gi mulighet for å utsette IGRA-testen hos voksne og utelate testen hos dem fra lavprevalente land.

Kommunehelsetjenesten har ansvar for å henvise personer til tuberkulosekontroll og følge opp resultatet, mens det er spesialisthelsetjenestens ansvar å gjennomføre undersøkelsene. Sør-Varanger kommune satte inn betydelige ekstraressurser for å løse sine oppgaver. Ved Kirkenes sykehus etablerte man systemer for å undersøke inntil 100 personer daglig med røntgenbilde og blodprøve, en mangedobling av vanlig aktivitet ved medisinsk serviceavdeling.

Hovedparten av tuberkuloseundersøkelsene ble gjort ettermiddag og kveld. Asylsøkerne ble ført gjennom en sideinngang til røntgenavdelingen, hvor også blodprøver ble tatt. Frekvensen av renhold ble økt, og det ble informert om håndhygiene på venterommet, både med illustrasjoner og av medfølgende tolk.

Det ble tatt 659 IGRA-tester, 3 072 lungerøntgenbilder og gjort obligatorisk tuberkuloseundersøkelse av totalt 3 708 asylsøkere. Det meste av jobben ble gjort på overtid, og etter hvert med hjelp av innleide ressurser for gransking av røntgenbilder. Parallelt med dette var det hele tiden vanlig drift ved sykehuset.

I starten ble det tatt lungerøntgen og IGRA-test av alle voksne, men fra 29. oktober besluttet kommunal smittevernlege, i samarbeid med tuberkulosekoordinator ved sykehuset, det regionale kompetansesenteret i smittevern og Folkehelseinstituttet, å utsette IGRA-testing av voksne til neste mottakskommune, primært fordi det var vanskelig å videreformidle prøvesvar.

MRSA-screening

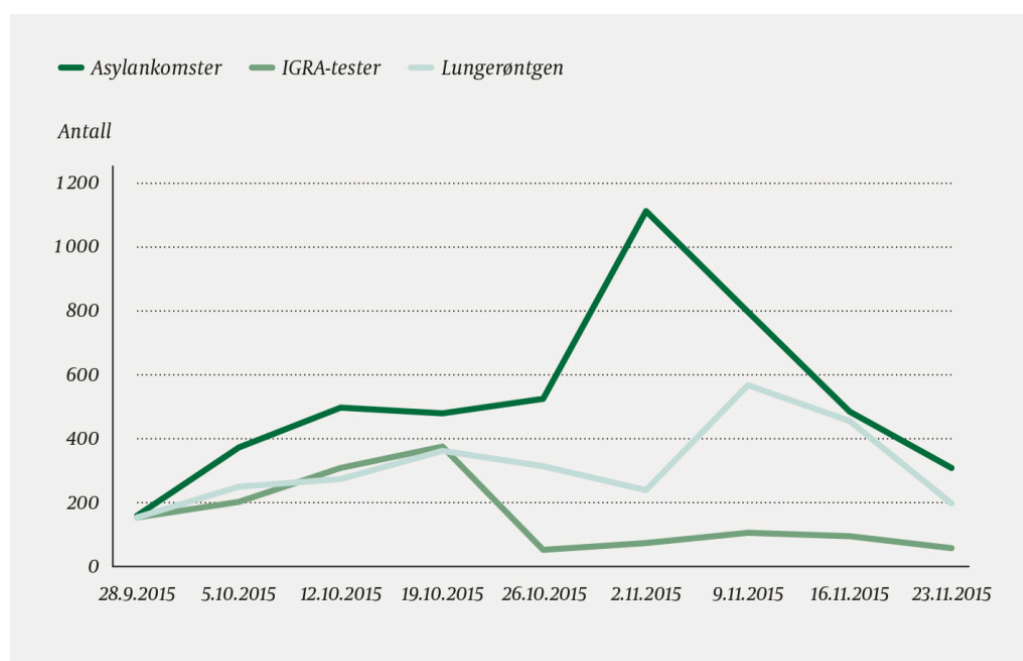
Mange asylsøkere kom fra land med høy forekomst av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). De hadde bodd under trange forhold, og noen hadde vært innlagt ved sykehus. De fylte derfor kriteriene for MRSA-screening før undersøkelse og innleggelse i norske sykehus i henhold til MRSA-veilederen fra Folkehelseinstituttet.

Screening før tuberkuloseundersøkelsen var ikke mulig, og vi verdsatte derfor at Folkehelseinstituttet presiserte at godt basalt smittevern anbefales ved håndtering av pasienter med mistenkt bærerskap av multiresistente bakterier ved enkle polikliniske konsultasjoner. Totalt 27 asylsøkere ble innlagt i sykehuset av forskjellige årsaker, og alle ble isolert og MRSA-screenet. Dette utgjorde 69 isolatdøgn på to måneder i et sykehus med tre kontaktsmitteisolater.

Hastverk er lastverk

Utlendingsdirektoratet hadde ansvaret for å sende asylsøkere videre, men det var problematisk å finne mottaksplasser i andre kommuner, og det ble derfor stadig flere asylsøkere i Sør-Varanger. Etter tre ukers drift i Fjellhallen ble det kritisk mangel på plasser, og da muligheten bød seg, sendte politi og Utlendingsdirektoratet asylsøkere videre i stor hast.

I alt 1 286 asylsøkere forlot Sør-Varanger før de fikk gjort tuberkulosekontroll, selv om sykehuset la til rette for dette innen to døgn etter ankomst (fig 2). Det var helger hvor kommunehelsetjenesten hadde forberedt flere hundre henvisninger, og sykehuset var bemannet med ekstrapersonell. På kort varsel ble likevel undersøkelsene avlyst fordi Utlendingsdirektoratet sendte nyankomne asylsøkere videre, fremfor dem som allerede hadde gjennomgått tuberkulosekontroll.



Figur 2 Antall asylankomster over Storskog og tuberkulosekontroll ved Kirkenes sykehus

Forsinket lungerøntgenundersøkelse fikk konsekvenser. Asylsøkerne satt inntil 24 timer i buss på vei til asylmottak rundt i Nord-Norge. Flere busser kjørte i lag, og det var ikke registrert hvilke asylsøkere som kjørte med hvilke busser. For de nye mottakskommunene krevde det mye tid og detektivarbeid å kartlegge hvilke asylsøkere som hadde gjennomgått tuberkulosekontroll. Navnelistene over meldte asylsøkere til mottakskommunen stemte ikke nødvendigvis overens med dem som faktisk kom.

To tilfeller av smitteførende tuberkulose ble påvist ved andre sykehus i Helse Nord blant asylsøkere som var transportert videre fra Sør-Varanger. Disse to asylsøkerne hadde hatt tett kontakt med mange personer på asylmottaket og under bussreisen, hvilket medførte smitteoppsporing blant 140 personer. Dette kunne vært unngått hvis man hadde tatt seg tid å gjøre tuberkulosekontrollen ferdig i Kirkenes.

Hva fant vi, og hva lærte vi?

Latent tuberkulose

Totalt 13 % av alle IGRA-testene var positive. Det er vesentlig lavere enn det globale estimatet som anslår at cirka en tredel av jordens befolkning er smittet av tuberkulose (3). Vi mangler representative data for latent tuberkulose i den norske befolkningen. En studie av tuberkuloseeksponerte helsearbeidere fra 2013 viste positiv IGRA-test hos 3,4 % (4), antagelig høyere enn i normalbefolkningen som er mindre eksponert. Mindre enn 1 % (8 av 910) barn i alderen 0–15 år fikk påvist latent tuberkulose og startet forebyggende behandling.

Aktiv tuberkulose

Fire voksne asylsøkere fikk påvist lungetuberkulose: én ved Kirkenes sykehus og tre ved andre sykehus i Nord-Norge. Det tilsvarer en prevalens på 80 per 100 000, og er godt over grensen på 40 per 100 000 som regnes for høy forekomst. Én hadde tuberkulosestamme som var resistent mot både isoniazid og pyrazinamid.

Resistente bakterier

Blant asylsøkere innlagt ved Kirkenes sykehus var 15 % MRSA-positive (4 av 27), en betydelig høyere prevalens enn i den norske befolkningen (5).

Andre smittsomme sykdommer

«Smitteisolatene» i Fjellhallen og Vestleiren ble benyttet flere ganger for enkelttilfeller av oppkast og diaré, og man unngikk utbrudd av smittsom sykdom i hallen hvor 150–200 personer til enhver tid bodde svært tett.

Samarbeid

Sør-Varanger kommune og Kirkenes sykehus viste en betydelig omstillingsevne og sterkt engasjement i en utfordrende situasjon. Helsetjenesten omrokkerte og tøyde egne ressurser med utstrakt bruk av overtid, slik at det ikke fikk større konsekvenser for øvrige funksjoner.

Det var fra tidligere et godt samarbeid mellom kommunal smittevernlege, smittevernpersonell, tuberkulosekoordinator ved sykehus, regionalt kompetansesenter i smittevern og Folkehelseinstituttet. Det høstet man frukt av i denne ekstraordinære situasjonen. Mellom helsetjenesten og andre aktører (Utlendingsdirektoratet og politi) var det ikke alltid forståelse for hverandres synspunkter. Omfanget av denne utfordringen ble undervurdert for lenge både lokalt og av sentrale myndigheter.

Informasjonsflyt eller informasjonsobstipasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) reviderte i 2010 den norske tuberkulosekontrollen som ble beskrevet som et eksempel til etterfølgelse. Det var kun én viktig anmerkning, nemlig behovet for bedre informasjonsflyt mellom aktører i helsevesenet for å sikre oppfølging av pasientene, noe som ikke hadde bedret seg til høsten 2015.

I slutten av november 2015 sto det ni tykke ringpermer med prøvesvar hos kommunens helsetjeneste i Vestleiren som ikke kunne videresendes, fordi det var ukjent hvor asylsøkerne hadde tatt veien. Bare Utlendingsdirektoratet hadde informasjon om asylsøkernes neste oppholdssted, og vår erfaring var at de ikke delte dette med helsetjenesten. Anmerkningen fra Verdens helseorganisasjon om dårlig informasjonsflyt mellom aktører i tuberkulosekontrollen i Norge, var mer aktuell enn noen gang. Kommunikasjonsproblemene medførte forsinket utredning, to store smitteoppsporinger og dobbelttrekvirering av prøver i den nye ankomstkommunen.

Hva skjer videre?

Helsedirektoratet har nå tilrettelagt bedre for at helsepersonell kan spore hvor asylsøkere oppholder seg, slik at helsetjenesten som utfører tuberkuloseundersøkelsen, kan videreformidle prøvesvar. Innhenting av prøvesvar på asylsøkere som kommer til en ny kommune, er fortsatt vanskelig. Med bakgrunn fra erfaringene i Finnmark ser vi behovet for et sentralt register for resultater av tuberkulosekontroll av asylsøkere.

Asyltrafikken over grensen ved Storskog har stoppet helt opp, men tuberkulosekoordinator ved Kirkenes sykehus og kommunehelsetjenesten i Sør-Varanger får fortsatt henvendelser fra tuberkulosekoordinatorer, helsesøstre og leger rundt i landet med spørsmål om resultatet av tuberkuloseundersøkelser utført i Kirkenes.

I Kirkenes ble det atter en gang klart at naboskap til Russland fordrer dialog, samarbeid og beredskap både over grensen og i egne rekker.

Vi takker Solbjørg Mikkola, leder for flyktningetjenesten i Sør-Varanger, for bidrag med tall for aktivitet i flyktningetjenesten.

LITTERATUR

1. Møllebakken H. Fast track to Schengen. Tidsskrift for helsesøstre 2017; 2: 26–28.
2. Folkehelseinstituttet. Tuberkuloseveilederen.
<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/> (27.11.2017).

3. Folkehelseinstituttet. Smittevernveilederen. Tuberkulose. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/tuberkulose/> (27.11.2017).
 4. Gran G, Aßmus J, Dyrhol-Riise AM. Screening for latent tuberculosis in Norwegian health care workers: high frequency of discordant tuberculin skin test positive and interferon-gamma release assay negative results. *BMC Public Health* 2013; 13: 353. [PubMed][CrossRef]
 5. Olsen K, Sangvik M, Simonsen GS et al. Prevalence and population structure of *Staphylococcus aureus* nasal carriage in healthcare workers in a general population. The Tromsø Staph and Skin Study. *Epidemiol Infect* 2013; 141: 143 - 52. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 19. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0928
Mottatt 26.10.2017, første revisjon innsendt 24.11.2017, godkjent 15.12.2017.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juli 2026.