

Forord

Det norske samfunnet og befolkningen er gjennom globalisering og innvandring fra ulike deler av verden og nye ekteskapsmønstre blitt stadig mer sammensatt og mangfoldig. Selv om mye også er likt blant ulike etniske og kulturelle grupper, har mange innvandrere en noe annen helsesituasjon, forekomst av sykdommer og forståelse av hva sykdom er. Helsetjenesten skal yte likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av deres kulturbakgrunn, tro og tilhørighet. Samtidig kan både språkproblemer og kulturelle ulikheter vanskeliggjøre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og gjøre det utfordrende for helsepersonell å yte gode helsetjenester. En spesiell utfordring ligger i at ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsårsaker er avgjørende for hvordan en person forholder seg til helse, sykdom og ulike helseplager. For mange innvandrere fra ikke-vestlige land kan den norske sykdomsforståelsen avvike så vidt mye fra deres egen forståelse, at behandlingen vanskelig kan gis uten at behandler har kjennskap til pasientens bakgrunn. Dermed står helsepersonellet overfor store utfordringer: Hvordan behandle en person likeverdig med en annen, når forståelsen av grunnleggende sykdomsbegreper, symptomer og bruk av medisiner, kan variere sterkt fra det man er vant til å behandle? Hvordan nærme seg kulturregulerte og eventuelt tabubelagte områder, uten å krenke pasientens grunnleggende krav til respekt og verdighet?

I rapporten belyses at problemene må løses med tiltak på flere nivåer; *Helsetjenesten* må tilrettelegges bedre for et flerkulturelt samfunn gjennom tolketjenester, mer tilrettelegging i sykehus og på legekontorer, og tilgjengelig informasjon på et språk ulike pasientgrupper forstår. *Helsepersonell* trenger økt kunnskap om særegne utfordringer i sykdom og helse for ulike befolkningsgrupper, kunnskap om ulik forståelse av sykdom og helse og den betydning dette har for pasientens møte med helsetjenesten. Dette er viktig bakgrunnskunnskap når pasienter skal mottas som individer og behandles uavhengig av kulturell og etnisk bakgrunn. *Pasientene* trenger økt kunnskap om helsetjenesten gjennom lett tilgjengelig flerspråklig informasjon. Mange innvandrere opplever høye terskler inn til helsetjenesten da de har lite kunnskap om helsetjenesten, hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, hvem som kan henvise og hva det er mulig å få hjelp til.

Denne rapporten er et resultat av et felles faglig løft i Legeforeningen, og jeg retter stor takk til referansegruppens medlemmer og Legeforeningens sekretariat. Videre vil jeg takke foreningens avdelinger for verdifulle innspill, og Legeforeningens sekretariat for organiseringen og det redaksjonelle arbeidet knyttet til rapporten. I forbindelse med arbeidet ble det avholdt en arbeidskonferanse om ikke-vestlige innvandrere i september 2007 i Oslo med til sammen rundt 50 deltakere. Deltagere var personer egnet til å utdype forståelsen av problemstillinger knyttet til helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Mange har også bidratt underveis. Dette har vært til stor nytte i arbeidet med statusrapporten.

Legeforeningen ønsker med rapporten å rette oppmerksomheten mot en gruppe som trenger å bli bedre ivaretatt i helsetjenesten. Rapporten kommer med en rekke forslag til tiltak. Med dette håper Legeforeningen å bidra til at ikke-vestlige innvandrere får et likeverdig helsetilbud.



Torunn Janbu
President

Innhold

Legeforeningens 10-punktsprogram for en bedre helsetjeneste for ikke-vestlige innvandrere	3
1 Likeverdige helsetjenester til en mangfoldig befolkning	6
Innledning	6
Om innvandrere i Norge	6
Sykdom- og symptombilde hos ikke-vestlige innvandrere	7
Migrasjon og møtet med et nytt samfunn	8
Helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere	11
Språk og kommunikasjon	14
Særlige utfordringer	17
Oppsummering	20
2 Bruk av tolk	21
3 Særlige forhold knyttet til asylsøkere og flyktninger	23
4 Psykisk helse	28
5 Somatisk helse	30
6 Reproduktiv helse	32
7 Kjønnsmestelse	35
8 Barn og unge	42
9 Smittsomme sykdommer	48
10 Alvorlig traumatiserte flyktninger og asylsøkere	51
11 Helsehjelp til papirløse innvandrere	53
Referanser	57

Legeforeningens 10-punktsprogram for en bedre helsetjeneste for ikke-vestlige innvandrere

1. Likt rett til helsetjenester – også for ikke vestlige innvandrere

Helsetjenesten skal yte likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av deres kulturbakgrunn, tro og tilhørighet.

- Likt tilbud sikrer ikke alltid et likeverdig tilbud; Helsetjenesten må styrkes og tilrettelegges slik at også ikke-vestlige innvandrerpasienter sikres et likeverdig tilbud.
- Sykehus, legekontor og andre medisinske møteplasser må være tilrettelagt for innvandrerpasienter.
- Et økende antall eldre med innvandrerbakgrunn vil få behov for omsorgstjenester. Dette er brukere som representerer en stor variasjon i forhold til språklig og kulturell bakgrunn, og botid her i landet. Helse- og omsorgstjenester må i fremtiden dimensjoneres og organiseres også med tanke på eldre, ikke vestlige innvandrere.
- Helsestasjonene må styrkes som sentral møteplass med innvandrerpasienter for målrettet forebyggende arbeid fra de aktuelle aldersgrupper.

2. Kunnskap om innvandreres sykdomsmønster, helse- og sykdomsforståelse må økes i alle ledd i helsetjenesten

Selv om mye er likt på tvers av etniske grupper, har mange innvandrere ofte en annen forekomst av sykdommer og en annen forståelse av hva sykdom er. Et faglig kunnskapsløft er nødvendig for at pasientens møte med helsetjenesten skal bli best mulig.

- Det må lages en kunnskapsportal for helsepersonell som inneholder lett tilgjengelig og oppdatert kunnskap om land, helse og kultur.

- Kunnskap om forskjellige etniske gruppers sykdomsmønster og helse- og sykdomsforståelse må inngå i grunn-, etter- og videreutdanningen for leger.
- Forskning må styrkes for å kartlegge risikofaktorer for sykdom slik at dette kan danne grunnlag for målrettet forebyggende arbeid.
- Forskning omkring faktorer som kan påvirke i møtet mellom den ikke-vestlige pasienten og behandleren må styrkes.

3. Styrking av tolketjenester og lett tilgjengelig flerspråklig og brukervennlig informasjon er nødvendig

Studier har vist at språkbarrierer mellom innvandrere og behandlingspersonell utgjør en risiko for feil eller uheldige hendelser i behandlingen, og fører til at mange innvandrere har lite kjennskap til helsetjenesten.

- Det må lages en kunnskapsportal til ikke-vestlige innvandrere som inneholder flerspråklig og brukervennlig informasjon om helse, helsetjenester og regelverk.
- Informasjonsmateriell for ikke-vestlige innvandrere må gjøres lettere tilgjengelig.
- Tolkebruk må integreres som en naturlig del av helsetjenesten.
- Utdanningen av tolker må bedres og tolkene må ha god kunnskap om det medisinske fagområdet.
- Det må innføres en finansiering av tolkede konsultasjoner i sykehus og poliklinikker som er uavhengig av driftsbudsjett og som tar hensyn til konsultasjonens lengde.

4. Større åpenhet og aksept for psykisk sykdom

Det synes å være et betydelig underforbruk av psykiatriske tjenester blant ikke-vestlige innvandrere. Mange ikke-vestlige innvandrere kommer fra land hvor behandlingstilbud for psykiske lidelser avviker fra tilbudet de vil kunne møte i Norge, eller hvor det å ha en psykisk lidelse er belagt med skam og tabu.

- Kunnskap om transkulturell psykiatri bør styrkes i alle ledd i helsetjenesten.
- Større grad av åpenhet og brukermedvirkning er viktig for å bedre helsetjenesten til innvandrere med psykiske lidelser.
- Helsetjenesten må sammen med innvandrer-miljøene selv arbeide for avstigmatisering av psykisk sykdom.
- Dagens psykiske helsevern må dimensjoneres slik at flyktninger og asylsøkere får den helsehjelp de har behov for.

5. Faglig god svangerskapsomsorg

Flertallet av nyankomne immigranter er unge voksne, og mange av dem vil få sitt første møte med norsk helsevesen i forbindelse med svangerskap og fødsel. Ikke-vestlige kvinner kan ha en annen risikoprofil i svangerskapet og vil ofte ha behov for mer omfattende medisinsk oppfølging.

- Svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten må styrkes med individuell rådgivning og grupperådgivning fra fastleger og jordmødre med hensyn til særlige risikofaktorer hos ikke-vestlige innvandrerkvinner.
- Fødselshjelperne må ha kompetanse om særlige risikofaktorer knyttet til svangerskap og fødsel hos ikke-vestlige innvandrerkvinner.

6. Hjelp til kvinner som er kjønnslemlestet – aktiv motarbeiding av kjønnslemlestelse

Innvandringsmønsteret til Norge siste 25 år har medført at norsk helsevesen ikke sjelden møter kvinner som er omskåret. Kjønnslemlestelse har alvorlige medisinske konsekvenser, både på kort og lang sikt, og både fysisk og psykisk. Risikoen øker med omskjæringens omfang.

- Kjønnslemlestelse av jenter er et grovt overgrep og må motarbeides.
- Kvinner som allerede er omskåret må få best mulig behandling. Dette er også et viktig tiltak i arbeidet med forebygging av kjønnslemlestelse.
- Tvangsmessig underlivsundersøkelse frarådes. Dette vil virke mot sin hensikt i arbeidet mot kjønnslemlestelse.
- Ulike typer kontrakter eller avtaler om rutinemessige undersøkelser kan i visse tilfeller virke forebyggende, og Legeforeningen støtter slike tiltak.

7. Særlig oppmerksomhet mot barn og unge

Det er i barne- og ungdomsårene at grunnlaget for livsstil og somatisk og mental helse i voksen alder legges. Arbeid med barn og unge gir derfor gode muligheter for å forebygge senere problemer. Innvandrerbarn og -ungdom er en heterogen gruppe med ulike helseproblemer, avhengig av migrasjonsårsak, etnisk bakgrunn og sosiale, psykiske og genetiske faktorer. Flyktningbarn utgjør en særlig risikogruppe for psykososiale problemer, og har ofte behov for profesjonell hjelp fra helsevesenet.

- Helsefremmende og forebyggende helsearbeid rettet mot barn og unge er avgjørende for å sikre god fysisk og psykisk helse blant innvandrere. Kompetanse og bemanning ved helsestasjoner og skolehelsetjeneste må styrkes og samarbeidet med fastlegen bedres.

- Terskelen for å oppsøke fastlegen for ungdom må senkes. Aldersgrensen for fritak for egenandeler må heves til 20 år.
- Det må utvikles en strategi for mer fysisk aktivitet, bedre kosthold og god helse som er rettet mot innvandrerbarn og -ungdom.
- Kapasitet og kunnskap i barne- og ungdomspsykiatrien om innvandrerbarn og -ungdom må styrkes.
- Barn på asylmottak og enslige mindreårige flyktninger må prioriteres i psykiske helsetjenester.
- Lavterskeltilbud om seksuell helse er særlig viktig for innvandrerungdom. Mange problemstillinger er særegne for disse gruppene, og det er behov for opplysningsarbeid om seksualitet, prevensjon mv.

8. Styrket rådgiving om vaksinasjon og oppfølging av alvorlige smittsomme sykdommer

Ikke-vestlige innvandrere har økt risiko for alvorlig smittsomme sykdommer og forekomsten samvarierer med forekomst i hjemlandet. Barn av ikke-vestlige innvandrere må som andre norske barn vaksineres før reise, også til foreldrenes opprinnelsesland.

- Rådgiving om vaksiner, medikamentell profylakse og hygieniske tiltak ved reiser til opprinnelseslandet må styrkes.
- Hiv-omsorgen må organiseres bedre og samordnes med tuberkuloseomsorgen. Alle gravide immigranter og immigranter fra land sør for Sahara bør tilbys hiv- og hepatitt B-test samtidig med at de testes for tuberkulose. Dette bør også gjelde i familiegjenforeningssaker.
- Helsepersonell på transitt- og asylmottak må gis bedre faglig oppdatering både når det gjelder hiv, hepatitt, tuberkulose og andre aktuelle smittsomme sykdommer.

9. Behandlingstilbudet til alvorlig traumatiserte flyktninger og asylsøkere må styrkes

Flyktninger og asylsøkere har ofte opplevd svært belastende hendelser før ankomst til Norge. Livstruende situasjoner som følge av krig eller organisert vold, atskillelse fra nær familie, å ha vært vitne til eller ofre for tortur er ikke uvanlig, og fører til økt sykdomsrisiko.

- Det kliniske behandlingstilbudet for personer som har gjennomgått tortur og krigstraumatiserte flyktninger er underdimensjonert og må styrkes.
- Råd og veiledning fra kvalifisert spesialist til helsepersonell som behandler personer som har gjennomgått tortur og krigstraumatiserte må styrkes og gjøres lettere tilgjengelig.

10. Klargjøring av papirløse innvandre- res rett til helsehjelp

Mange personer med ulik nasjonalitet lever i skjul i Norge. Det er i dag uklart hva slags ytelser helsetjenesten kan og skal gi til personer som oppholder seg ulovlig i landet.

- Myndighetene må sørge for at personer uten lovlig opphold kan få dekket sitt behov for nødvendige helsetjenester, også utover øyeblikkelig hjelp.
- Barn som er papirløse innvandrere er en særlig utsatt gruppe. Hvor langt retten til helsehjelp og behandling strekker seg for papirløse innvandrerbarn må avklares.
- Den aktuelle gruppen må gjøres kjent med sine rettigheter, herunder om helsepersonells taushetsplikt og helsevesenets organisering generelt.
- Det må etableres praktiske ordninger for hvordan gruppen skal få tilgang til relevant helsehjelp og medisiner.

1 Likeverdige helsetjenester til en mangfoldig befolkning



Innledning

Innvandrere i Norge kommer fra en rekke land, og er en svært sammensatt gruppe. Det er forskjeller mellom ulike nasjonalitetsgrupper når det gjelder kulturelle og sosiale forhold i opprinnelseslandet, hvilken samfunnsgruppe den enkelte tilhørte i opprinnelseslandet, botid i Norge og hvordan de blir møtt i Norge (1). Vi har likevel valgt å dele innvandrerguppen inn i to hovedkategorier; vestlige og ikke-vestlige.¹ Vestlige innvandrere er oftest relativt like majoritetsbefolkningen i Norge om man ser på ulike sosioøkonomiske og kulturelle faktorer. Ikke-vestlige immigranter er i seg selv en svært heterogen gruppe med betydelig variasjon innad. Likevel er dette ofte et hensiktsmessig skille når man skal se på innvandreres helse og behov for helsetjenester (4).

Sosialantropologen Marianne Gullestad har skrevet om forestillinger og assosiasjoner knyttet til begrepet "innvandrere" i Norge (5). Ordet "innvandrere" skal betegne alle som kommer fra steder utenfor Norge, begrenses i praksis til underforstått å betegne mennesker som oppfattes synlige forskjellige. Men heller ikke de prototypiske kjennetegnene er de samme over hele landet. For eksempel er "innvandreren" i Oslo gjerne ufaglært, muslim og pakistaner, mens det i Finnmark er en tamil og buddhist eller en ortodoks russer. I Kristiansand er "innvandreren" vietnameser og katolikk.

¹ Det eksisterer i liten grad verdinøytrale ord (2). Sammenhengen ordene benyttes i gir dem som oftest et positivt eller negativt innhold. Betegnelsen ikke-vestlig er i utgangspunktet en statistisk kategori benyttet av Statistisk Sentralbyrå (SSB) for å beskrive personer med bakgrunn fra land i Asia med Tyrkia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika og Øst-Europa. (3) Betegnelsen kan oppfattes som verdiladd, og Legeföreningen har merket seg at SSBs begrepsbruk på området er under revisjon. Legeföreningen har søkt etter andre alternative betegnelser, men valgt å benytte betegnelsen ikke-vestlig.

Om innvandrere i Norge

Innvandrerbefolkningen består av personer med to utenlandsfødte foreldre; førstegenerasjonsinnvandrere som har innvandret til Norge, og personer som er født i Norge med to foreldre som er født i utlandet (3). Innvandrere kan oppdeles i arbeidsinnvandrere, flyktninger, asylsøkere samt familieegjenforente. Disse stiller på mange felter likt, særlig etter noen års opphold i landet, men på andre felter kan det fortsatt være svært avgjørende hvilke premisser de kom til landet på (8). Flyktninger er de som ifølge Utlendingsdirektoratets flyktningregister har flyktningstatus og har fått oppholdstillatelse i Norge. Asylsøkere er personer som på egen hånd og uanmeldt er kommet til landet og ber om asyl. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er endelig avgjort. Mange asylsøkere er flyktninger, men har ikke status som kvoteflyktninger (18). Også asylsøkere vil i mange tilfeller ha et reelt beskyttelsesbehov. For mange forhold vil rapporten omtale innvandrerbefolkningen under ett. For andre forhold vil rapporten konsentrere seg kun om flyktninger og/eller asylsøkere, da vil dette fremgå.

Totalbefolkningen i Norge ved inngangen til 2008 var på 4 737 400 personer (3). Innvandrerbefolkningen utgjorde 415 000, eller 8,9 % av totalbefolkningen. 47 % av disse har norsk statsborgerskap. Av disse var 54 000 fra nordiske land (13 %), 80 000 fra Øst-Europa (19 %), 230 000 fra Asia, Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika (55 %) og 51 000 fra andre Vest-Europeiske land, Oceania og USA. Av innvandrerbefolkningen på 415 000 er 341 800 førstegenerasjons innvandrere, og 73 500 er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre. Innvandrerbefolkningen fra ikke-vestlige land utgjør 6,6 % av totalbefolkningen.

Det ble innført stopp i arbeidsinnvandring i 1975. Halvparten av førstegenerasjons innvandrere fra ikke-vestlige land er etter den tid kommet til landet som flyktninger. Med EU-utvidelsen opplevde man en markant økning av arbeidsinnvandrere

fra Øst-Europa. Av dem som innvandet mellom 1990-2005 er 72 % fortsatt bosatt i landet. De som kommer til landet i relasjon til utdanning og jobb, er også de som gjerne flytter ut igjen etter hvert. Flyktninger og familieinnvandrere blir gjerne værende (80 %) i landet.

Det er flere unge i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen ellers og betraktelig lavere andel eldre. Nær halvparten av alle innvandrere er under 30 år, mens bare en drøy tredjedel av befolkningen uten innvandrerbakgrunn er under 30 år. Blant afrikanere er nær 6 av 10 under 30 år. Av Oslos ca. 131 000 innvandrere er for eksempel 50 000 barn i alder 0-17 år. Det er store forskjeller i bosettingsmønsteret. En betydelig del av innvandrerbefolkningen (31,5 %) bor i Oslo, hvor ikke-vestlige innvandrere utgjør noe under 20 % av bybefolkningen totalt. Det er også store forskjeller i bosettingsmønsteret internt i Oslo. I Drammen, Askim og enkelte Akershus-kommuner utgjør ikke-vestlige innvandrere over 10 % av befolkningen.

I alt 15 innvandrergrupper talte flere enn 10 000 personer per 1.1. 2007. Personer med pakistansk innvandrerbakgrunn utgjør den største enkeltgruppen med over 28 278 personer, etterfulgt av svensker (24 527), irakere (21 4180), somaliere (19 656) og dansker (19 090).

Sykdoms- og symptombilde hos ikke-vestlige innvandrere

Det er en høyere forekomst av alvorlige infeksjonssykdommer blant innvandrere fra Afrika og Asia sammenlignet med befolkningen for øvrig, og den gjenspeiler forekomsten i hjemlandet. Mange innvandrerbarn besøker foreldrenes tidligere hjemland en eller flere ganger, til dels med lange opphold hos familie, og disse barna kan uten rett vaksinasjon bli smittet av infeksjonssykdommer barnevaksinasjonsprogrammet i Norge rimeligvis ikke beskytter mot. Utbrudd av

sykdommer som på grunn av barnevaksinasjonsprogrammet sjelden forekommer i Norge, kan forekomme på asylmottak. Det er en relativt stor forekomst av en rekke ortopediske tilstander som krever helsehjelp, disse kan skyldes skudd- eller mineskader, feiltilheling av brudd eller følgetilstander etter poliomyelitt eller dårlig ernæring, hofteladdsdysplasi eller ubehandlet klumpfot (19). Forekomsten skyldes i stor grad at det ikke har eksistert behandlingstilbud i hjemlandet, eller at man ikke har hatt økonomi til å nyttiggjøre seg et eventuelt slikt tilbud.

Innvandrerpasienter kan ofte ha sammensatte problemer, hvor fortid som flyktning eller andre belastende erfaringer gir ekstra utfordringer når man skal finne seg tilrette som minoritet i et nytt land (20). Alder ved ankomst, oppholdstid, arbeid, bolig, ulike påkjenninger og brutte eller opprettholdte bånd til venner og familie i hjemlandet, har betydning for sykdomsutvikling. Det er videre slik at jo lengre oppholdstiden er, jo større er risikoen for varig sykdom. Sykdomskurven stiger brattere med alderen hos innvandrere enn hos majoritetsbefolkningen, og det synes å gå dårligere med dem når de først er blitt syke (21).

Flere svenske undersøkelser viser at innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika har dårligere helse enn den etnisk svenske befolkningen (23). Studier i Norge basert på HUBRO-undersøkelsen, tyder på at ikke-vestlige innvandrere har dårligere selvrapportert helse enn befolkningen for øvrig (4). En norsk undersøkelse har likevel vist at yngre, ikke-vestlige innvandrere i mindre grad rapporterer om langvarige sykdommer enn tilsvarende aldersgruppe i majoritetsbefolkningen, mens situasjonen er omvendt for middelaldrende og eldre (23). Det er rimelig å anta at det er stor likhet mellom norske og svenske forhold både når det gjelder majoritetsbefolkningens helse, tilgang på helsetjenester og innvandringen fra ikke-vestlige land. Også undersøkelser fra andre land viser at innvandrere skårer lavere på helsestatus enn

majoritetsbefolkningen. I Norge er det tidligere vist at andelen uførepensjonerte er langt høyere blant visse grupper ikke-vestlige innvandrere enn i befolkningen for øvrig (24).

Generelt er levekårene i Norge for ikke-vestlige innvandrere dårligere enn for majoritetsbefolkningen. Ikke-vestlige innvandrere er overrepresentert i statistikken over arbeidsledige og uførepensjonerte, i yrker med lav status og dårlig lønn, og i lavinntektshushold med dårlig boligstandard (15, 22). Også her er det betydelige forskjeller mellom innvandrere fra ulike opprinnelsesland, og internt innenfor hver enkelt landgruppe (22). Kunnskap innhentet på aggregert nivå kan ikke brukes som fasit i møtet med den enkelte pasient. Faktorer på gruppe- og samfunnsnivå påvirker likevel det enkelte menneske i ulik grad og kan bidra til å forklare den individuelle pasients situasjon og helseplager.

Migrasjon og møtet med et nytt samfunn

De offentlige helsetjenestene i Norge skal gi et helsetilbud til innvandrere på lik linje med befolkningen for øvrig (6). Møtet mellom pasient og lege er sentralt for å kunne gi god helsehjelp til pasienten (7). En viktig side ved dette møtet er å skape trygghet og tillit slik at pasienten kan stole på at legen både kan sitt fag og bryr seg om pasienten. God kommunikasjon med pasienten er viktig for sikker diagnostikk og riktig behandling. For å gjøre en god vurdering av videre utredning og behandling, må legen også søke kunnskap om pasientens livssituasjon. God kommunikasjon forutsetter foruten nok tid, også at legene er seg bevisst hvordan en travel hverdag kan gå ut over kvaliteten på kommunikasjonen mellom lege og pasient. Dette gjelder særlig hvis pasienten i utgangspunktet er i en sårbar situasjon.

Teoretisk kan konsultasjonssituasjonen på legekantoret til en viss grad sies å gjenskape og opprettholde et ulikt maktforhold mellom mino-

ritet og majoritet (8). Ulik kulturell, språklig eller etnisk bakgrunn mellom pasient og lege kan gi grunnlag for misforståelser eller på annen måte legge hindringer i veien for adekvat behandling (9, 10). Dette stiller helsevesenet overfor betydelige utfordringer – hvor både en svært selvstendig og informert majoritet skal lyttes til og gis medvirkning i betydelig grad, samtidig som ulike minoritetsgrupper vil kunne ha behov for betydelig hjelp og bistand for selv å kunne nyttiggjøre sine pasientrettigheter.

Kultur og kulturkunnskap

Kultur er en kompleks helhet bestående både av kunnskap, trosformer, kunst, moral, lovverk, og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vanner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn (11). Enklere sagt; kultur er et sett av oppfatninger, verdier og normer som deles av flere (8). Vår kultur påvirker hvordan vi tolker hendelser og tillegger våre opplevelser mening. Kultur er ikke en statisk størrelse, men i stadig endring. Kulturelle prosesser er ofte forskjellige innen samme etniske eller sosiale gruppe som følge av individenes ulike alder, kjønn, politisk tilhørighet, klasse, religion og personlighet. Helsepersonell er også bærere av en egen kultur som kommer særlig tydelig til uttrykk i medisinske institusjoner (12). Ens egen kultur og hvordan denne påvirker vil ofte være mindre synlig for en selv og ofte bli tatt for gitt. En diskusjon av kulturforskjeller kan være problematisk hvis dette ikke ses i lys av hvem som har makt og kan definere premissene (8).

Kulturelle generaliseringer kan tildekke problemet

"A medical anthropologist is asked by a pediatrician in California to consult in the care of a Mexican man who is HIV positive. The man's wife had died of AIDS one year ago. He has a four-year-old son who is HIV positive, but he has not been bringing the child in regularly for care. The explanation given by the clinicians assumed that the problem turned on a radically different cultural understanding. What the anthropologist found, though, was to the contrary. This man had a near complete understanding of HIV/AIDS and its treatment—largely through the support of a local nonprofit organization aimed at supporting Mexican-American patients with HIV. However, he was a very-low-paid bus driver, often working late-night shifts, and he had no time to take his son to the clinic to receive care for him as regularly as his doctors requested. His failure to attend was not because of cultural differences, but rather his practical, socioeconomic situation. Talking with him and taking into account his "local world" were more useful than positing radically different Mexican health beliefs." (12)

Kulturkunnskap setter helsepersonell i stand til å stille de rette spørsmålene og kunne få en god dialog med pasienten (13). Det gir mulighet for god innsikt i pasientens situasjon, som et individ som også er preget av sin kultur.

Migrasjon og kunnskap om migrasjonsprosesser

Migrasjon kan innebære nye muligheter, men også sorg og savn av det man forlot. I en migrasjonsprosess vil man gå gjennom ulike faser som påvirker den enkeltes evne til både å ta inn det nye og til å beskytte seg for å ta vare på egen identitet. Migrasjon og påfølgende minoritetsposisjon i et nytt samfunn vil ofte gi økt risiko for somatiske og psykiske lidelser (14, 15). Migrasjon medfører tap av sosiale kontakter og økonomisk status og mye av det som inngir trygghet og bekreftelse av egen identitet og verdi. Hvor den enkelte pasient befinner seg i migrasjonsprosessens faser kan ha praktiske konsekvenser for hvordan behandlingstilbudet bør legges opp (8, 13).

Spesielt for flyktninger vil det være en stor utfordring å skulle håndtere ettervirkninger av menneskerettighetsbrudd og ulike typer traumatisering samtidig som man skal tilpasse seg en ny kultur. Ettervirkninger av traumer, som posttraumatisk stresslidelse/depresjon/angst, gir nedsatt initiativ, konsentrasjon og vanskeliggjør tilpasningsprosessen og språklæringen.

Livsløpsperspektivet

Innvandrere og flyktninger har ofte tatt eller blitt tvunget til å ta dramatiske livsvalg. I stedet for å vandre på oppgatte stier, har de kastet seg ut i det ukjente. Det å finne en mening i tilværelsen er sentralt for alle mennesker. For mennesker som har migrert kan det bli særlig viktig å finne verdimeisige holdepunkter, kort og godt hva en ønsker med livet. Eksistensielle valg som å få barn, eller ikke å få barn, graviditet, fødsel og barneoppdragelse berører de mest grunnleggende forhold i livet, og for innvandrere blir det ofte en forsterket opplevelse av dramatiske livsvalg. Sykdom og helseproblemer kan forsterke slike eksistensielle spørsmål ytterligere. Egne verdier sett i lys av det som oppleves som vertslandets verdier er ofte et tema; for noen kan det føre til at verdiene fra hjemlandet tillegges en særlig sterk vekt. Evne

og mulighet til å tilegne seg vertslandets språk vil også påvirkes, og for noen vil det å lære majoritetens språk oppleves truende på identitet og eget livsprosjekt. Dette kan ha store konsekvenser for hvordan man oppdrar egne barn, idet mange ønsker at barna skal videreføre hjemlandets verdier. Barn og unge vil på sin side oppleve å leve i to (eller flere) kulturer. Det kan være en berikelse og gi stimulans og toleranse, men det kan også gi rivninger, særlig dersom barn opplever de to kulturene som fiendtlige i forhold til hverandre.

Seksualitet spiller en sentral rolle i livet. Kultur gir sterke føringer for hvordan seksualitet uttrykkes og leves ut. Hvis livet man ønsker å leve divergerer fra den kultur man har tilknytning til kan det få dramatiske konsekvenser – i ytterste konsekvens med voldelige utløp.

Homofili er forbudt i en rekke land, særlig i tredje verden, endog med dødsstraff. Det er kontroversielt i ulike religioner, og er et tabu i mange miljøer. Samtidig forekommer homofili i alle land og i alle folkegrupper. For unge homofile innvandrere som strever med å finne ut av hva som er deres legning kan holdningene i innvandremiljø være en tilleggsbelastning. Dersom legningen blir kjent, kan den av andre bli sett på som et forræderi; at vedkommende har sveket sin egen bakgrunn og blitt ”for norsk”.

De eldres rolle og omsorgen for gamle som ikke kan klare seg selv, varierer mellom ulike kulturer. Det er mange steder en plikt å ta hånd om familiens eldre. Å ta imot tilbud om sykehjem eller omsorgstjenester kan derfor være stigmatiserende og oppleves som en tilkortkommenhet fra den generasjon som forventes å ta seg av de eldre. Men i en situasjon der begge partene i et ekteskap må arbeide utenfor hjemmet for å få økonomien til å gå rundt, vil det ofte ikke være kapasitet til den tradisjonelle eldreomsorgen innen familien. Det krever stor tilpasning fra alle parter.

Diskriminering og institusjonell rasisme

I forlengelsen av spørsmålet om likeverdige tjenester til ikke-vestlige innvandrere kan det være naturlig å stille spørsmålet om det forekommer en systematisk diskriminering av enkelte grupper.

”Rasisme” vekker mange følelser, og i stor grad rettes fokus mot den åpenbare og vulgære formen. Det må være et åpenbart mål at rasisme ikke skal finne sted i helsevesenet. Samtidig uttrykkes i flere studier at rasisme også kan ses som avstand (8, 13). Den kan oppstå ved tilbaketrekking og ved at helsepersonell diskvalifiserer seg selv, hvilket medfører at pasienter ikke får nytte godt av faglig kunnskap.

”Jeg vil så gjerne hjelpe, men jeg kjenner ikke den kulturen, så jeg kan ikke gjøre noen ting», har jeg hørt mine kolleger si. Men når setter vi som kriterium at vi skal skjønne alt om en person? Hvorfor tror vi at forskjellene er så overskyggende at fagkunnskap og erfaring plutselig ikke er gyldig? Denne opplevelsen av en kløft, en uoverstigelig barriere, kan jo også ses på som en måte å skyve pasienten fra seg, i alle fall kan det ha samme virkning.” (13)

Det er viktig at vi som helsepersonell våger å ta opp og stille spørsmål ved egne holdninger og atferd og om mer skjulte former for rasisme kan være tilstede i systemet. På individnivå, i møtet mellom den enkelte behandler og pasient, kan det være tale om diskriminering. Institusjonell rasisme forekommer i den grad en systematisk diskriminering av enkelte grupper på bakgrunn av for eksempel hudfarge finner sted (8).

”Er det slik at helsevesenet kollektivt mislykkes i å gi gode og profesjonelle tjenester til pasienter på grunn av pasientens hudfarge, kultur eller etniske opprinnelse? Hvis ja, i hvilken grad reflekteres dette i prosesser, holdninger og atferd? Kan det kalles diskriminering? Diskriminering kan skje ved tankeløshet, uvitenhet, fordommer eller rasebaserte stereotypier. Da debatten om slike spørsmål var oppe Storbritannia, var det vanskelig for mange leger (og annet hel-

sepersonell) å holde oppmerksomheten på systemet og organisasjonen, og mange følte seg personlig angrepet som om de var rasister [16]. I en drøfting av institusjonell rasisme i norsk helsevesen, må vi derfor holde fast på et systemperspektiv.”(17)

Legeforeningen ser behovet for en kontinuerlig årvåkenhet omkring disse utfordringene, og er enig i betydningen av den tilnærming som her skisseres.

Helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere

Sammenhengen mellom helse, etnisitet, og sosioøkonomisk posisjon er kompleks (22). Vi ser blant innvandrere både et overforbruk og underforbruk av helsetjenester sammenlignet med befolkningen for øvrig (26). Erfaringen er at mange innvandrere med stort behov for legehjelp ikke søker lege (20). Årsakene til dette er mangfoldige og kan ligge i alt fra kulturelt betingete forskjeller i opplevelse av sykdom til manglende kjennskap til norsk helsetjeneste. Utsettelse, benekting eller forsøk på å takle sykdommen på egen hånd kan være andre grunner til dette. Frykt for visse sykdommer, sykdommer forbundet med skam og frykt for å miste kontroll ligger gjerne til grunn når folk benekter at de er syke eller forsøker å takle tilstanden selv. De stadig økende egenandeler ved kontakt med helsevesenet svekker også økonomisk vanskeligstiltes muligheter til å bruke helsetjenester når de trenger det (14, 25).

Det er en sentral utfordring for helsetjenesten at de viktigste arenaene for helsefremmende og forebyggende arbeid ligger utenfor helsesektoren, samtidig som resultatene av mangelfull forebygging og helseskadelig atferd ofte havner på helsetjenestens bord. Bedring av levekår vil bidra til å minske sosial ulikhet i helse mellom minoritets- og majoritetsbefolkningen.

Manglende kjennskap hos innvandrere til helsetjenesten

Oppbyggingen av helsevesenet, og for så vidt øvrige deler av den norske velferdsstaten, er ofte lite kjent for innvandrere. Mange innvandrere vil ikke ha tilstrekkelig kjennskap til hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, hvem som kan henvise og hva det er mulig å få hjelp til. Mange kommer fra samfunn hvor storfamilien representerer det sosiale sikkerhetsnettet. Det vil ta noe tid å lære hvordan man skal manøvrere rett i sitt nye land. Dette gjelder også hvilke ”skjulte” kulturelle koder som gjelder for å fremstille troverdig sykdomsatferd (8). Troverdig sykdomsatferd har et smalt spekter, også når det ikke er tale om kulturforskjeller eller migrasjonsproblematikk (13).

Det er klare kulturelle forskjeller i hvordan sykdommer forstås og beskrives. Det er for eksempel av stor praktisk betydning for konsultasjonen hvilke forventninger pasienter og deres pårørende har til undersøkelse og behandling (13). Innvandrerpasienter kan være ukjent med brukermedvirkning og dialog mellom lege og pasient om behandlingsstrategier. Mange er vant til at leger fremstår med en langt sterkere autoritet enn hva som er vanlig i Norge. Det kan derfor være vanskelig å forstå når legen blir involverende og spør: ”Hva tror du selv”. Det synes mer hensiktsmessig i slike situasjoner med spørsmål knyttet til hva

pasienten selv har gjort med sykdommen eller helseplagene. Å oppsøke lege er ikke det første man gjør når man blir syk, man foretar først sine egne vurderinger, konsulterer andre og prøver det man har gjort ved lignende tilfeller tidligere. Slike spørsmål gir en god inngang til å få vite hva pasienten selv oppfatter som årsaken til sykdommen.

En del kommer fra kulturer hvor "legeshopping" er vanlig. Det vil si at de oppsøker flere leger før de bestemmer seg for hvem de vil gå til med sitt aktuelle problem. De kan være vant til en utstrakt bruk av legemidler, og tilsvarende lite av "vente og se det an" (8). Timeavtaler kan være relativt ukjent. For disse pasientene handler det ofte om at man kan kontakte helsetjenesten når som helst, gitt at klinikken er åpen (19). Taushetsplikt og konfidensialitet kan også være fremmedartede begreper.

Ulik forståelse av symptomer og sykdommer

Normalitetsbegrepet er forskjellig i ulike kulturer. Mange sykdommer/lidelser er universelle og generaliserbare ved at man finner symptomer og atferd som er felles på tvers av kulturer. Andre sykdommer kan bare forstås ut fra den enkeltes kultur, uttrykksmåte, selvforståelse og egne premisser. Sykdomsforståelsen vil derfor lett kunne være ulik når behandler og pasient har ulik kulturell bakgrunn (8, 19, 27). Sykdomsforståelsen kan også være betydelig forskjellig blant innvandrere og grupper av innvandrere, avhengig av utdanningsnivå og om de kommer fra by eller landsbygd. Utdanningsnivå og forskjeller mellom by- og landssamfunn vil være langt mer avgjørende enn hvilket land personen kommer fra (8, 19). Man sier ofte at "in-group differences" er større enn "between-group differences".

Lokalisering av smerte kan variere mellom ulike grupper og kulturer:

"I vår kultur er det nødvendig å kunne lokalisere en smerte, og gjøre det nokså presist, for å bli tatt alvorlig. Allmennsymptomer og diffuse smerter har derimot liten gjennomslagskraft. En del av de asiatiske pasienter jeg har hatt, har vært vant til at generelle symptomer og klager over smerter som ikke lokaliseres nøye, blir tatt alvorlig. Hos oss står de altså i fare for å bli sett på som naive og umodne." (8)

Å få diagnose og behandling kan ses på som behandlingsritualer som legitimerer pasientens plager og gir følelsen av å være tatt på alvor (8). Noen pasienter kan sterkt signalisere sine plager med fakter, ordbruk og tonefall når de oppsøker legene. En slik kommunisering av helseplager er ikke like vanlig hos andre, og kan oppfattes som at pasientene overdriver, fordi formen er uvant. Det kan være en utfordring å forstå hva pasientene egentlig mener, og hvor syke de i realiteten er. Ulik sykdomsforståelse kan føre til at lege og pasient snakker forbi hverandre, slik at pasienten ikke føler seg forstått eller hjulpet. Når pasienter ikke føler at de møter tilstrekkelig forståelse for sin oppfatning av egne plager og sykdom, vil dette kunne øke muligheten for at de ikke ønsker å følge behandlingen.

Parallele oppfatninger av en sykdomsårsak er vanlig blant asiatiske pasienter (13). En undersøkelse av årsaksbegreper og helseatferd i en indisk landsby fant at flere forklaringer var vanlige og hadde betydning for helseatferd; balanse mellom hete og kulde, hekseri, det onde øye, påvirkning fra universet og onde ånder (10). Tilsvarende årsaksforklaringer kan gjenfinnes i en rekke ulike kulturer og synes å ha betydelig utbredelse.

”Et slikt mangfold av modeller for helseforståelse kan betegnes medisinsk pluralisme og tillater kulturelt tilpassede behandlings- og forebyggingsmetoder. (...) Dette understreker nødvendigheten av å respektere pasientens forståelse for å oppnå godt samarbeid og god etterlevelse av legens råd og tiltak.” (10)

Behandlingen av ikke-vestlige innvandrere for psykiske lidelser vil kunne være annerledes og mer tidkrevende enn behandlingen av tilsvarende lidelser hos majoritetsbefolkningen. I blant er lidelsene alvorligere, man vil ofte måtte arbeide med tolk og det tar tid å komme frem til en mest mulig felles forståelse av sykdommens egenart, behandling og oppfølging (28).

Helsetjenesten møter ikke sjelden pasienter med mange ”vondter”. Plagene fremstilles som diffuse, og kan ha mange forskjellige årsaker. Somatisering, at psykiske plager ofte forstås og uttrykkes som et fysisk problem synes utbredt på tvers av kulturer (8, 19, 29, 30). Mange kommer fra land hvor behandlingstilbud for psykiske lidelser avviker fra tilbudet de vil kunne møte i Norge, eller hvor psykiske lidelser er belagt med skam og tabu. Dette kan forhindre eller utsette at pasient eller pårørende oppsøker legehjelp. Det er utfordrende å skille mellom ”vondter”, somatisering av psykiske plager og samtidig utelukkende alvorlige somatiske og psykiatriske sykdommer. Psykososiale faktorer vil påvirke situasjonen hvor legens oppgave blir å kunne se helheten i pasientens situasjon (31). Dette er ikke lett og kommunikasjonen blir ofte satt på en hard prøve.

Ulikt syn på bruk og ulik effekt av legemidler

Erfaringsmessig kan det være en utfordring at innvandrerpasienter ikke følger foreskrevet bruk av legemidler (32). Noen har en urealistisk stor tro på at medisiner umiddelbart kan lindre eller fjerne alle plager. Noen tar erfaringsmessig ikke medisinerne de dagene de føler seg bedre, og noen inntar mer enn foreskrevet. Foruten at legemiddelinformasjonen må forstås, vil pasientens tillit

til lege være viktig for å bedre etterlevelsen av behandlingen. Å ta hensyn til pasientens sykdomsforståelse antas også å bedre forutsetningene for å oppnå god etterlevelse. Det er derfor av stor betydning å etablere tillit mellom pasient og behandler. En del pasienter har tro på naturmedisin/tradisjonell medisin, og oppgir ikke spontant hvilken behandling de bruker. Det kan være nyttig og tidvis nødvendig og viktig å vite hvilke andre medisiner og behandlinger pasienten tar, inklusive folkemedisin og naturmedisin.

Genetiske variasjoner forekommer innen alle folkegrupper. Noen befolkningsgrupper vil derfor reagere annerledes på psykofarmaka. Hyppige kontroller og serummålinger ved slik behandling vil være viktige for å kunne korrigere dosene ved tegn på sterke bivirkninger eller ingen effekt av medikamentene (32). En sakte opptrapping av dosen øker sjansen for at bivirkningene blir mindre.

Språk og kommunikasjon

Alle grupper av befolkningen skal ha tilbud om likeverdige helsetjenester. Samtidig kan språkproblemer og kulturelle ulikheter komplisere kommunikasjonen og gjøre det utfordrende å yte gode helsetjenester.

En studie av 71 minoritetsspråklige pasienters erfaringer ved Ullevål sykehus viste at kommunikasjonen mellom innvandrere og behandlingspersonell var så mangelfull at den utgjorde en konstant risiko i behandlingen (33). Kommunikasjonsproblemene knyttes til språklige og kulturelle forskjeller mellom pasient og personale. Utover faren for misforståelser med umiddelbare medisinske konsekvenser, medførte dårlig kommunikasjon unødig utrygghet hos pasienten og utilstrekkelig omsorg i bredere forstand.

Språkproblemer og kulturforskjeller vil kunne gjøre en del pasienter innen denne gruppen utfordrende å arbeide med. En tro på at møtet med innvandrerpasienter er spesielt krevende, vil i seg selv kunne bidra til å skape større avstand mellom helsearbeider og pasient (20). Innvandrere kan for lett bli satt i kategorien "brysomme pasienter" (34). Det er derfor viktig å "arbeide for å øke forståelse og identifikasjon mellom helsepersonell og de ulike brukergruppene, slik at opplevelse av fremmedhet kan vike plassen for nysgjerrighet og innlevelse" (35).

Hvordan møte pasienten?

Kommunikasjonen har konsekvenser for sykdomsforståelse, tidsbruk og gjennomføring av konsultasjonene, og i siste instans for effekt av behandling. I møtet mellom den ikke-vestlige pasient og den "norske" lege fremstår kommunikasjon ofte som en kritisk faktor (9). Det er viktig å lage en plan for konsultasjonen. Mange senere misforståelser, forventningsgap, konflikter og sammenbrudd i kommunikasjonen kan unngås ved tydelighet i roller og behandlingsforløp. Det kan derfor være viktig å bruke god tid på første konsultasjon for å få kunnskap om pasientens bakgrunn, hvor lenge pasienten har vært i Norge, familiær situasjon, familiær disposisjon, skolegang, arbeide og tidligere sykdommer.

Informasjon er grunnlaget for kommunikasjon. God kommunikasjon er nødvendig for at pasientene skal ta aktivt del i behandlingen og oppfølgingen av den. Hvis informasjonen fra legen skal ha nytteverdi, må den tilpasses den enkelte pasient. Den må gis slik at den blir forstått. Det er en utfordring at noen pasienter ofte nikker og sier ja for å være høflige, men uten at de nødvendigvis har forstått innholdet i informasjonen. Helsepersonell bør om nødvendig avklare at informasjonen er forstått ved å stille kontrollspørsmål. Når det gjelder skriftlig informasjonsmaterieell finnes dette kun i varierende grad på ikke-vestlige språk,

og utarbeidelse av informasjonsmaterieell må styrkes for ikke-vestlige innvandrere. Samtidig må det også tas høyde for at det er stor variasjon i utdanningsnivå i denne gruppen.

Undersøkelser har vist at behandlere opplever et stort behov for kompetanseheving når det gjelder krysskulturell kommunikasjon og kulturforståelse mer generelt (36-38). Kontinuitet i pasient- og behandlerrelasjonen er viktig i denne sammenheng. En undersøkelse med sørsiasatiske og kaukasiske diabetikere i Storbritannia viste utfordringer med å nå like godt frem med helseinformasjon til de asiatiske pasientene som til de andre (39). En kanadisk studie har vist at helsearbeidere oppnådde bedre resultater hvis de tok hensyn til den kulturelle konteksten når de drev forebyggende arbeid blant immigrantkvinner fra India (40).

Er det kultur eller personlighetsforstyrrelse?

*"Another danger is that overemphasis on cultural difference can lead to the mistaken idea that if we can only identify the cultural root of the problem, it can be resolved. The situation is usually much more complicated. For example, in her influential book, *The Spirit Catches You and You Fall Down*, Ann Fadiman shows that while inattention to culturally important factors creates havoc in the care of a young Hmong patient with epilepsy, once the cultural issues are addressed, there is still no easy resolution [41]. Instead, a whole new series of questions is raised." (12)*

I sykdomsutredning må man ha et helhetlig perspektiv for ikke å overse viktige elementer. Der som man ikke har innsikt i de forskjellige kulturelle forhold, kan disse forvirre og gjøre symptom bildet uklart og føre til upresis diagnostikk. Ikke sjelden møter man tilstander/ problemstillinger

som vi tradisjonelt sjelden møter i norsk medisin. Infeksjonssykdommer, mulige hjerneskader grunnet infeksjoner, under- og feilernæring og skader etter kuler, granater og landminer er eksempler. Kulturen kan bli en kamuflasje for psykiske lidelser, men må heller ikke overses ut fra intensjonen om at "alle skal behandles likt". Innvandrere skal ha det samme helsetilbudet som andre, men de kan trenge noe i tillegg; at behandleren besitter tilstrekkelig kulturkunnskap i sin kontakt og arbeid med mennesker fra andre kulturer.

Det er viktig at man tør å stille spørsmål som er medisinsk viktige. Flyktninger som kan ha vært utsatt for tortur eller overgrep i hjemlandet forteller ikke nødvendigvis om dette til sin norske lege, og legen spør ofte heller ikke. Mange av pasientens helseplager har å gjøre med belastninger og tap, og det vil være vanskelig å få god innsikt i dette uten å stille spørsmål. Hvis legen tar seg tid til å spørre og flyktningen gis anledning til å fortelle sin historie, vil dette igjen kunne styrke tilliten mellom pasient og lege. Dette vil kunne ha en ikke ubetydelig forebyggende dimensjon. Det har derfor vært anbefalt at fastleger med flyktninger og asylsøkere på sin liste finner tid til å lytte til pasientens samlede livshistorie, og at dette helst bør skje utenom de gangene pasienten oppsøker legen for et konkret helseproblem. Dette vil skape både gjensidig tillit og åpne for mer målrettede konsultasjoner i fremtiden (42). Det er også viktig at pasienter som har gått igjennom traumer slipper å gjenta sin historie unødvendig.

Noen innvandrere, spesielt flyktninger, har opplevd å måtte flykte eller reise fra "alt"; bolig, arbeid, utdannelse, viktige familiemedlemmer og andre man er sterkt knyttet til m.m. *"Traumatisering kan defineres som psykisk stress av så overveldende karakter at den rammede personen opplever total avmakt med sammenbrudd av evne til mestring"* (19). Negative forhold i vertslandet kan bidra til å vedlikeholde eller forsterke opplevelsen av maktesløshet gjennom langvarig opphold

i asylmottak, langvarig arbeidsledighet og separasjon fra og uvisshet om familie.

Tid som kritisk faktor

Det tar generelt noe lenger tid å gjennomføre en tilfredsstillende konsultasjon med ikke-vestlige innvandrere enn til norske pasienter, og hovedårsaken til dette er knyttet til språk og kommunikasjon (33, 43). Det er derfor viktig at konsultasjonen planlegges på forhånd og at tidsbruken struktureres godt under konsultasjonen. Når lege og pasient ikke snakker samme språk, vil informasjonsutvekslingen nødvendigvis ta lenger tid, med og uten tolk. Spesielt er det viktig at tolk benyttes ved vanskelige/sensitive budskap. Man kan unngå misforståelser og det vil være tidsbesparende. Legeforeningen mener kvalifisert tolk i dag benyttes i for liten grad i helsevesenet.

Fastleger får ekstra kompensasjon for lange konsultasjoner, og for konsultasjoner der tolk må benyttes. Slike incentiver har betydning for å oppnå riktig kvalitet og innretning, og styrking av incentivene må fortløpende vurderes. Refusjonsordninger som gjør det ulønnsomt å bruke lenger tid på eller samarbeide med andre tjenester for de som har behov for dette, vil generelt gå ut over svake grupper, slik som en del innvandrerpasienter (26). I spesialisthelsetjenesten er takst for langvarig konsultasjon i prinsippet begrenset til formidlig av alvorlige diagnoser og samtale omkring dødsfall, og oppleves lite brukbart for andre tidkrevende konsultasjoner

Når kommunikasjonen svikter

Det vil inntreffe situasjoner hvor kommunikasjonen svikter eller sporer av til stor frustrasjon både for pasient og behandler (8). Kommunikasjon er en tosidig prosess hvor både lege og pasient kan bidra til at den svikter, men der legen har et klart ansvar. Legen har kanskje ikke i tilstrekkelig grad lagt til rette for god kommunikasjon

ved for eksempel å sørge for tolk eller sette seg inni pasientens kulturelle bakgrunn. En forventning fra legens side om at innvandrerpasienter er spesielt krevende vil kunne vanskeliggjøre kommunikasjonen. Opplevelse av at pasienten er urimelig og kravstor, eller at man kanskje har gjort en dårlig jobb som lege, kan føre til en ubehagelig konfrontasjon og behov for å starte på nytt. Pasienten kan komme for sent, ikke respektere at legen av tidsmessige årsaker må avgrense problemstillingen, ha med seg alle barna inn under konsultasjonen og forvente at de undersøkes samtidig med mye uro. Videre kan pasienten signalisere den oppfatning at han ville helst gå til en lege fra hjemlandet, men må ”nøye seg” med en norsk lege. Pasienten som er aktivt krevende med forutbestemte forestillinger og forventninger til hva legen skal gjøre, eller motsatt den helt passive pasienten med forventninger om at legen skal overta alt ansvar, er ikke uvanlig. I tillegg kan det dukke opp pasienter som gir legen et inntrykk av at man søker å oppnå økonomiske eller andre fordeler ved å fremvise symptomer på sykdom. Det er ofte ikke lett for legen å skille mellom på den ene siden forsøk på å oppnå en illegitim fordel, og på den andre siden en legitim utprøving av et system pasienten ikke har forutsetninger for å forstå.

I situasjoner hvor kommunikasjonen har sviktet, er det viktig å stoppe opp og se om det kan la seg gjøre å komme i en forhandlingssituasjon. Forhandling og kompromissvilje er da viktig, samtidig må tydelighet på egne faglige grenser stå helt sentralt. Legen må se hva man realistisk kan tilby pasienten under de gitte forutsetninger; tidsmessig, ut fra aktuelt helseproblem, tilgjengelig tolkehjelp, egen kompetanse samt de muligheter man har for veiledning og støtte.

Tilrettelegging av helsetjenester

Det bør i utgangspunktet ikke være noe som heter ”innvandrervennlig” legekontor eller sykehus,

av den grunn at alle legekontorer må og skal være ”pasientvennlige”. Noen tanker vedrørende generelle innretninger og spesielle hensyn kan likevel beskrives.

Studier og brukerundersøkelser har vist at innvandrere og etniske minoriteter jevnt over har mindre utbytte av sykehusbehandling enn pasienter fra den etniske majoriteten. Et pilotprosjekt i EU, ”Migrant Friendly Hospitals”, har munnet ut i en strategi for bedre sykehustjenester for innvandrere². Ved å gjøre sykehustjenestene bedre for innvandrere, er tanken at man også vil bli bedre til å møte alle pasienter gjennom økt tilpasning av tjenestene og bedre kommunikasjon med pasientene. Sykehus i flere land, blant annet Norge, arbeider nå med å overføre erfaringer og implementere tiltak foreslått i etterkant av prosjektet. Strategien tar utgangspunkt i å kartlegge holdninger, behov og praktiske og økonomiske prioriteringer på sykehusene, både i den sentrale ledelsen, blant avdelingsledere og helsepersonellet for øvrig. Når sykehusets reelle situasjon er kjent, kan det innrettes tiltak for å bedre praksisen. Bedre tolkebruk, imøtekommende svangerskapsomsorg og økt kulturkompetanse blant ansatte er prioriterte områder i sykehus som deltar i dette.

På legekantoret kan man også tenke seg tilrettelegging etter først å ha foretatt en vurdering av den konkrete pasientpopulasjonen. Å til enhver tid å ha tilgjengelig pasientinformasjon tilpasset de språkgrupper man oftest møter kan være nyttig både for pasient og lege. Gode rutiner for bruk av tolketjenester er videre sentralt. Generelt bør man prøve å innrette resepsjonen slik at pasientene mest mulig uforstyrret kan fremføre sitt ærend. Muligheter for å innrette kontoret med en form for ”samtalebord” slik at legen flytter seg fra

² Det vises til prosjektets nettsider for nærmere informasjon om prosjektet, www.mfh-eu.net/public/home. I Norge arbeider Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse, NAKMI, med å bygge opp et nettverk innen helseforetakene slik at erfaringer fra prosjektet kan bringes videre.

dataskjermen til samtalebordet under konsultasjonen kan også vurderes. Erfaringer fra allmennleger tyder på at pasientene opplever slike tiltak som positive.

Innvandrerer som leger og annet helsepersonell

Kommunikasjon på norsk mellom ikke-vestlig innvandrere og helsearbeider som selv er innvandrere og med mangelfulle norskkunnskaper kan være en utfordring. Med et stort innslag innvandrere i norsk helsetjeneste vil slike situasjoner kunne oppstå, med sjanse for dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Tolk vil ikke alltid kunne bøte på dårlig kommunikasjon i slike tilfelle.

Et ikke ubetydelig antall innvandrere arbeider for øvrig som leger og annet helsepersonell. Legeforeningen har kun oversikt over medlemmenes statsborgerskap i sine registre, og kan derfor ikke si noe sikkert om antallet leger med innvandringsbakgrunn. Ser man på statsborgerskap er antallet utenlandske leger økende både for leger fra EU-land og for leger fra land utenfor EU. Leger som har fått sin medisinske utdanning utenfor Norge vil kunne ha behov for språkopplæring, slik at pasientene kan få god behandling og disse legene kan få utnyttet sin kompetanse fullt ut. Leger som har utdannelsen fra ikke-vestlige land som ønsker å praktisere profesjonen sin i Norge har mulighet til dette ved å få norsk godkjenning av utdannelsen sin. Dette gjøres i regi av Det Medisinske Fakultetet, Universitetet i Oslo. I denne forbindelse gis også kurs og eksamen i norsk språk. Legeforeningen tilbyr også et tilrettelagt kurs for utenlandske leger.

Det er viktig, både av hensyn til pasientene og til helsepersonellet, at godkjennings- og eksamensordningene bidrar til å sikre at leger og annet helsepersonell innehar tilstrekkelige faglige og språklige kvalifikasjoner for å kunne utføre sitt arbeid.

Særlige utfordringer

Kjønns- og maktforhold

Mange innvandrere kommer fra kjønnssegregerte samfunn der kvinner og menn går på ulike skoler, har ulike typer arbeidsoppgaver og så videre. Denne kjønnsbalansen bringer de ofte med seg til sitt nye hjemland.

Når ektefeller eller andre følgespersoner snakker på vegne av pasienten, kan dette vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom lege og pasient. Eksempelvis kan det være flere grunner til at mannen er med, han kan være omsorgsfull eller bistå fordi kvinnen ikke kan norsk. Problemet oppstår når han (eller en annen pårørende) er med for å hindre at kvinnen skal ta selvstendige beslutninger (for eksempel abort), eller at kvinnen kan komme til å gi opplysninger som kan være skadelig for resten av (stor)familien.

Den norske kulturen innebærer en større grad av likhet mellom kjønnsrollene enn en del andre samfunn (11). For begge kjønn vil det å møte en annen kjønnskultur være en utfordring. For noen innvandrere vil møtet med et samfunn der kvinner har relativt mye makt, kombinert med eget tap av sosial posisjon, kunne medføre sinne og følelse av avmakt. For mange menn kommer tap av status som mann i tillegg til andre tap (arbeid, sosial status, tilhørighet, nettverk, familie, eiendom, hjemland). For kvinner vil for eksempel tap av det nære kvinnenettverket og beskyttelsen dette ga kunne oppleves problematisk og føre til ensomhet (95). I følge Primærmedisinsk verksted lever mange innvandrerkvinner så isolert fra samfunnet at de blir syke (44). Kvinner er særlig utsatt for isolasjon ved at de kan bli utstøtt fra sine sosiale nettverk og miljøer etter skilsmisse.

Kulturforskjeller

En kvinne fortalte at i hjemlandet ville konflikten med mannen ha vært forsøkt løst i storfamilien med tilhengere på hver side. ”Her i Norge er det bare fire vegger”, som hun sa. Hvordan kan vi som leger best støtte opp om pasienter som opplever vold i ekteskapet eller i andre relasjoner?

Graden av sosial integrasjon blant ikke-vestlige innvandrere synes for øvrig å innvirke ulikt på menns og kvinners psykiske helse (45). Sosial integrasjon er forbundet med god psykisk helse hos menn, men ikke hos kvinner. For kvinner viser en ny studie som bruker data fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) at sosial integrasjon snarere gir en økt risiko for psykiske plager. En mulig årsak til forskjellene mellom menn og kvinner er at integrasjon i større grad utfordrer innarbeidede kjønnsroller hos kvinner. Det kan lede til normkonflikt, truet selvfølelse og/eller tap i følelsen av identitet. Studien viser til at en stor del av kvinnens liv i ikke-vestlige land ofte er begrenset til familien, og at dette bryter sterkt med den norske kvinnerollen. Sosial integrasjon synes i mindre grad å utfordre tradisjonelle mannlige kjønnsroller. En annen grunn til at sosial integrasjon for ikke-vestlige kvinner bidrar til psykiske plager, kan være at de i en del tilfeller utsettes for negative sanksjoner hvis de søker kontakt med det norske samfunn. Det må på samme tid antas betydelige variasjoner mellom ulike ikke-vestlige land når det gjelder ovennevnte forhold, men det var ikke nevnte studie egnet til belyse.

Vold i nære relasjoner

Undersøkelser viser at vold mot kvinner i nære relasjoner er et alvorlig samfunnsproblem, men det er fortsatt slik at mange ikke kontakter hjelpeapparatet (46). Kvinner som rapporterte vold fra partner

hadde oftere selvmordstanker, depresjon, angst og posttraumatiske stressymptomer enn andre kvinner (47). Å være offer for vold øker risikoen for psykiske plager som depresjon og angst. Kvinner som har vært utsatt for fysisk vold, har ikke bare mer psykiske plager, men også oftere fysiske plager og sykdommer (48). Volden er generelt tabubelagt, mange voldsutsatte kan oppleve at de ikke har så mange utveier. For eksempel er det generelt en større utfordring for en tyrkisk eller pakistansk kvinne å skulle seg enn for en norsk, blant annet siden de kan ha dårligere utsikter til å klare seg alene i storsamfunnet. Voldsutsatte utenlandske kvinner som er gift med norske menn vil frykte å måtte reise fra landet. Denne gruppen kvinner synes i stor grad å ha levd isolert og mangler sosialt nettverk og kunnskap om egne rettigheter. Både utenlandske og norske kvinner som oppsøker krisesentrene er oftere enn kvinner generelt uten yrkestilknytning og er dermed i større grad økonomisk avhengige av andre (49).

Årsakene til vold er mange. Frustrerte ekte-menn uten jobb, avslag på trygdeytelser, familiekonflikter i mange varianter, æresbegreper, forventninger til familien fra familie i hjemlandet, rusmisbruk, ensomhet, mistriivsel, sjalusi, oppvekstkonflikter med barna og kulturelle tradisjoner som kolliderer. Arrangerte ekteskap hvor en part er inngiftet uten egne relasjoner til norsk eller vestlig kultur vil kunne by på betydelige utfordringer.

Hvert år oppsøker rundt 1900 kvinner med 1500 barn krisesentrene for overnatting (49). I 2005 hadde 45 % av kvinnene med barn. I 2001 hadde 32 % av disse kvinnene utenlandsk opprinnelse mot 56 % i 2006. Prosentdelen er altså høy og stigende. I samme periode var samlet antall kvinner omtrent uendret. 95 % av de utenlandske kritesenterbrukerne kommer fra ikke-vestlige land. De har flere og mer omfattende problemer og trenger derfor hjelp fra flere instanser. Flere har med barn, og antall barn er høyere enn hos brukere med norsk opprinnelse. Over halvparten har ingen eller svært begrensede norskkunnskaper, få

har tilknytning til arbeidslivet og de har sjeldnere egne inntekter. De utenlandske kvinnene bor også på sentrene i lengre tid. Barna som kommer inn, er preget av volden og kan ha atferdsproblemer.

Risikoen for å bli utsatt for grov vold fra egne foreldre henger sammen med familiens levekår (50). Risikoen ser ut til å være betydelig høyere for unge med foreldre med innvandrerbakgrunn, enten foreldrene kommer fra vestlige (12 %) eller ikke-vestlige (17 %) land, enn for unge med norske foreldre (4 %).

Kulturell forståelse av alvorlig sykdom og død

Alvorlig sykdom og forestående død hos ikke-vestlige pasienter fordrer en særlig lydhørhet overfor pasientens og pårørendes ønsker og behov (19). Pårørende bør antagelig lyttes til i større utstrekning enn hva som ellers er vanlig. I en del miljøer er idealet at familien skal beskytte pasienten mot informasjon som kan frata håpet. Det er en oppfatning blant sterkt religiøse mennesker i mange ulike kulturer at Gud styrer utfallet av sykdommen. Dersom helsepersonell klart gir uttrykk for at de kjenner utgangen av sykdommen, kan det i et slikt perspektiv skapes uoverensstemmelser med pasienten og pårørende.

Ved å inkludere og rådspørre kan helsepersonell bidra til at pasienten får en verdig død, samt at de pårørende kan leve videre med tapet på en god måte. Samtidig som lydhørhet overfor pårørende skal vektlegges, er det viktig at pasientens ønsker og spørsmål fortsatt står i sentrum. Ritualer etter at døden har inntrådt og i forbindelse med begravelse er betydningsfulle i alle samfunn og kulturer (19). Dersom familien har bestemt at kroppen skal gravlegges i et annet land, kan dette kreve en viss beredskap ved sykehuset. Det må legges til rette for at innvandrerfamilier kan følge egne ritualer så langt dette er mulig. På enkelte sykehus, som for eksempel Ullevål sykehus, synes det nå å være gode rutiner for å imøtekomme slike behov. Sykehuset

har visningsrom for likskuer, og rommet er innredet slik at pårørende selv har mulighet til å vaske og svøpe inn avdøde. Ved andre sykehus må dette gjøres enten på rommet hvor pasienten har ligget eller i lite egnede lokaler ved patologiske avdelinger.

Oppsummering

Alle som arbeider i helsevesenet skal kunne behandle pasienter uavhengig av pasientens kulturelle og etniske bakgrunn. Pasienten skal mottas som individ og ikke som medlem av en gruppe. Vi må likevel erkjenne at et likt tilbud til alle ikke alltid sikrer et likeverdig tilbud.

Det norske samfunn og befolkningens sammensetning er i endring og er blitt mer mangfoldig. Ulike nasjonaliteter skaper variasjon og bredde i vårt samfunn – og samtidig nye oppgaver.

Legeforeningen anbefaler i hovedsak likevel ikke særordninger for ikke-vestlige innvandrere som gruppe. Om innvandrere mottar dårligere hjelp, kan det være at det er tjenestetilbudet generelt som er mangelfullt og må forbedres. Ofte vil tilbudet kunne bedres ved å sikre tilstrekkelig kompetanse og oppmerksomhet for ulike gruppers bakgrunn, utfordringer og behov som er annerledes enn de leger og annet helsepersonell vanligvis er kjent med. Samtidig må vi erkjenne at det for visse mindre grupper av innvandrere vil kunne være et behov for mer særskilte tilpasninger. Legeforeningen ser at slike behov kan gjøre seg gjeldende for blant annet personer som har gjennomgått tortur. For å styrke komplisert behandling av personer som har gjennomgått tortur bør det for eksempel opprettes kliniske kompetansetilbud som et tredjelinjetilbud i spesialisthelsetjenesten.

Statusrapporten tar naturlig nok for seg områder som krever ekstra innsats. Dette fordrer et fokus

på forskjeller mellom ikke-vestlige innvandrere og befolkningen for øvrig. Det er på samme tid viktig å fremheve at det også finnes mange likheter mellom gruppene, og at mye av behandlingen ikke nødvendigvis vil kreve tilrettelegging utover det som i dag gis den øvrige befolkningen på bakgrunn av blant annet alder, språk, evner og helse.

Ser man overordnet på helsetjenestene til ikke-vestlige innvandrere fremstår det som særlig viktig å sikre tilstrekkelig kompetanse og oppmerksomhet for ulike gruppers utfordringer innenfor det etablerte systemet av helsetjenester. Dette fordrer et faglig løft. Det er nødvendig å øke kunnskapen og kompetansen om innvandreres sykdommer, symptomer og helse i alle ledd i helsetjenesten. En kunnskapsportal som inneholder lett tilgjengelig og oppdatert kunnskap om land og religion, informasjon om helsetilstand, utbredte sykdommer og sannsynlige erfaringer før ankomst til Norge til bruk for helsepersonell ville kunne være et nyttig tiltak. Kunnskap om innvandrerhelse, herunder flyktninghelse, bør inngå som en obligatorisk del av utdanningen. Dette gjelder også utdanning og kurs i regi av Legeforeningen. Legeforeningen tror slike tiltak over tid både vil bidra til å gjøre helsetjenester for utsatte grupper mer tilgjengelig og til å bygge solid kompetanse bredt i helsetjenesten. Helsetjenesten må oppfordres til å tilrettelegge sine tjenester slik at de ivaretar minoritetspasienter på en god måte.

2 Bruk av tolk

2

Det er en lovfestet pasientrettighet å få forståelig informasjon om sin helsetilstand og helsehjelpen som ytes. For å gi forvarlig helsehjelp vil det som regel være en forutsetning at lege og pasient kan kommunisere muntlig. Informasjon som gis til pasienten skal tilpasses vedkommendes individuelle behov, herunder også språk (51). Når lege og pasient ikke snakker samme språk, vil det kunne være behov for tolk. Tolkning er overføring av muntlige ytringer mellom to språk; budskapet til den som yrer seg skal formidles slik at dette kan forstås av den andre samtaleparten (52).

Det synes klart at kvalifisert tolk benyttes i for liten utstrekning i helsevesenet (19, 33, 53, 54). Tilgjengeligheten på tolk og kvaliteten av tolker varierer i for stor grad. Det er et stort behov flere tolker og for kompetanseheving og forbedring av tolkeutdannelsen. God kommunikasjon mellom lege og pasient kan forutsette bruk av kvalifisert tolk. Dette blir særlig synlig når samtalen utvikler seg mot å omhandle mer enn helt enkle forhold.

Det er få brukerundersøkelser i Norge om bruk av tolk. I en undersøkelse fra Ullevål sykehus etterlyste pasientene tolk oftere enn de fikk tilbud om dette (33). Både fastleger og pasienter synes å foretrekke profesjonell tolk (55). Likevel er det relativt utbredt å benytte familie og venner til erstatning for profesjonell tolk (19, 52, 53, 55). Selv om familien kjenner pasienten og kan oversette, er dette ikke en form for optimal tolking. En profesjonell tolk er å foretrekke. "Familietolken" faller ofte ut av tolkerollen og kan "ta over" kommunikasjonen for pasienten. I tillegg må pårørende gis anledning til å være pårørende. Det viser seg at barn ofte tolker for familien. Barn skal ikke involveres i foreldres og familiens sykdommer, og skal ikke risikere å måtte formidle alvorlige beskjeder om helse spørsmål.

God kommunikasjon mellom lege og pasient kan forutsette bruk av kvalifisert tolk. Tolk benyttes i for liten utstrekning i helsevesenet i dag.

Manglende bruk av profesjonell tolk kan skyldes flere faktorer: For få tilgjengelige tolker, varierende kvalitet, økonomi eller behandlerens eller pasientens motstand mot bruk av tolk. I akutte situasjoner vil det ikke alltid være anledning til å ha tolk til stede, da må man benytte andre mulige løsninger. Familiemedlemmer kan da være eneste mulighet for tolkehjelp. I en slik situasjon kan behovet for kommunikasjon med pasienten også være mer begrenset.

Forutsetninger for å skape god kommunikasjon vil kunne falle bort om ikke tolk benyttes, og behandlingskvaliteten vil da kunne forringes. God tid er helt nødvendig i samtaler med tolk og generelt ved første konsultasjon. Selv om pasienten tilsynelatende snakker tilstrekkelig godt norsk, kan tolk være viktig siden språkkunnskapene ofte kommer til kort likevel. Bruk av tolk er tidkrevende, og for å få et best mulig resultat forutsettes erfaring og trening.

Tilgjengeligheten av kvalifiserte tolker har lenge vært dårlig mange steder i landet. Tilgjengelighet ved planlagte konsultasjoner synes noe bedret, men tilgjengeligheten vil variere med språket (55). At reisetid ikke dekkes for tolker som betalt arbeid, har også innvirkning på tilgjengeligheten. Taushetsplikt kan for mange være et fremmed begrep. Det er mange steder små forhold hvor alle kjenner alle og tolken kommer fra samme miljø, og dette kan skape vansker ved samtaler om sensitive emner. Ved behov for anonymitet kan telefontolkning benyttes. Psykiske problemer, seksualitet og kjønnsykdommer kan være eksempler. Ved store geografiske avstander kan telefontolkning også være aktuelt, og det kan være nødvendig når det haster.

Ved telefontolkning mister man kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon (52). I psykiatrien vil derfor tilstedeværende tolk være en forutsetning for godt faglig arbeid. God telefontolkning er i mange situasjoner likevel å foretrekke fremfor dårlig kvalitet på tilstedeværende tolk.

Kvaliteten på tolketjenester varierer, og dårlig kvalitet kan forringe konsultasjonen (55). Ikke sjelden kan det synes som man ikke har gode nok systemer for å kvalitetssikre tolkene man ansetter. Manglende kvalitet relaterer seg både til svake språklige ferdigheter hos en del tolker og til at tolkene mangler kjennskap til medisinske ord og uttrykk. Noen bringer også inn egne sykdommer under tolkingen, noen oversetter det de tror pasienten mener, mens andre kan fremstå negativt innstilt mot pasienten for eksempel som følge av interne motsetninger i deres felles miljø. Desto større kompleksitet i pasientens sykdomsbilde, desto større er faren for at tolkens manglende ferdigheter forringer kommunikasjonen.

Offentlige instanser som trenger tolk for å utføre sine oppgaver, må i praksis bestille og betale for tjenesten selv. Utgifter til tolk ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten og hos avtalespesialister dekkes av kommunen. Den tolketakst som følger av Normaltariffen er bare ment å dekke den ekstra tiden som normalt går med til konsultasjoner med tolk. Når det etableres et statlig mottak, får vertskommunen statlig tilskudd, vertskommunekompensasjon, som blant annet skal dekke utgifter kommunen har til tolketjenester i forbindelse med mottaket. Utgifter til tolk i forbindelse med undersøkelse og behandling i sykehus og offentlige klinikker dekkes over institusjonenes driftsbudsjetter, og er ikke en egen takst i poliklinikketakstene. I en presset økonomisk situasjon kan bruk av tolk lett ende som innsparingspost på driftsbudsjettet. Siden tolkebruk under konsultasjon tar noe lengre tid enn en normal konsultasjon, kan dette særlig gjelde når man i en slik sammenheng ser hen til produktivitetsmål som antall konsultasjoner.

Det kan oppleves situasjoner hvor pasienten ikke ønsker eller føler behov for tolk, men hvor kommunikasjonen viser seg å bli utilstrekkelig. Her må behandlingskvaliteten veie tyngst. En fornuftig tilnærming kan være å løse det umiddelbare problem, og samtidig sette opp en ny time hvor tolk bestilles. Fagfolks moralske eller ideologiske holdninger om at innvandrere må lære majoritetsspråket raskere, kan heller ikke utelukkes som årsak til at tolk noen ganger ikke bestilles (53, 55).

Legeforeningen er opptatt av at helsetjenesten er seg det udekkede tolkebehovet bevisst, og gjør mer bruk av profesjonell tolk der man ser det er behov. Det er behov for tolker med god kjennskap til medisinske ord og uttrykk. Manglende bruk av kvalifisert tolk kan ha alvorlige følger som feildiagnostisering og underdiagnostisering, feilmedisinering og hindring av mulighet for formidling av andre opplysninger fra pasienten som vold i nære relasjoner eller frykt og usikkerhet (26). Psykiatrien har språk som verktøy for å diagnostisere og behandle pasienter (56). Tolken må kunne formidle om pasienten snakker usammenhengende, og også kulturforskjeller kan spille inn. Noen kan for eksempel si ja når de blir spurt om de hører stemmer, men dette kan skyldes at man innen deres kultur har et annet forhold til forfedre, eller at de hører noen gå forbi i gangen.

Legeforeningen mener

- Tolkebruk må integreres som naturlig del av helsetjenesten.
- Utdanningen av tolker må bedres og tolker må ha tilstrekkelig kunnskap tilpasset det medisinske fagområdet.
- Det må innføres en finansiering av tolkede konsultasjoner i sykehus og poliklinikker som er uavhengig av driftsbudsjett og som tar hensyn til konsultasjonens lengde.

3 Særlige forhold knyttet til asylsøkere og flyktninger

3

I Danmark pågikk det høsten 2007 en debatt om forholdene i danske asylmottak muliggjør forsvarelig legearbeid. En undersøkelse av asylbarn i danske asylmottak konkluderer med at atferdsproblemer og emosjonelle problemer er svært utbredt (57). Den danske legeforeningen har vurdert forholdene i mottakene og konkludert med at oppholdstiden er for lang og at særlig muligheter for å oppdage psykiske lidelser hos barna må bedres (58). Flyktninger og asylsøkere skal være likestilt med norske borgere på de aller fleste områder som gjelder helsetjenester (59), men det er gode grunner til å anta at helsetjenestene til flyktninger og asylsøkere heller ikke i Norge fungerer i den utstrekning som forutsatt (60).

Lovverk

Kommunene skal etter § 1-1 i kommunehelsetjenesteloven (61) sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Det er derfor kommunene som har primæransvaret for at flyktninger og asylsøkere gis forsvarlige helsetjenester, og som må organisere egne tjenester og nødvendig samarbeid med den øvrige helsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal etter § 2-1 i spesialisthelsetjenesteloven (62) sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehus tjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste.

I 2007 fikk i overkant av 1300 overføringsflyktninger innvilget opphold i Norge. Det var flere menn enn kvinner blant overføringsflyktningene som kom til Norge i 2007. Barn utgjorde 43 % av overføringsflyktningene. Om lag 6500 personer søkte om asyl i Norge i 2007. 58 % av de 5000 som fikk sin asylsøknad behandlet i 2007, fikk innvilget oppholdstillatelse. Flyktninger bosettes direkte i kommunene, og kommunen skal påse tuberkulosekontroll samt relevant helseundersøkelse med utgangspunkt i opprinnelsesland. Asylsøkere innkvarteres på transittmottak og i ordinære mottak før eventuell bosetting i kommune. Ved utgangen av 2007 var det 7600 beboere i mottak. 36 % av disse var kvinner. Barn utgjorde 27 % av beboerne i mottak.

Helsetjenester i transittfasen

Rett etter ankomst til Norge innkvarteres asylsøkere enten på Tanum transittmottak i Bærum kommune eller på Lier transittmottak i Lier kommune, der de oppholder seg i 3-5 dager før de flyttes videre til et annet transittmottak. Tanum og Lier er såkalte ankomsttransitter der asylsøkeren blir registrert hos politiet, fyller ut egenerklæring til Utlendingsdirektoratet og blir undersøkt for tuberkulose. Etter registrering og undersøkelse fordeles asylsøkerne til avlastningstransittene, så til ordinært mottak. Oppholdstid i transitt er i snitt tre uker (59).

Helsetjenestetilbudet skal ha fokus på å fange opp umiddelbart behandlingstrengende sykdommer/tilstander, gjennomføre tuberkuloseundersøkelse (63, 64) og vurdere om kjente helsemessige forhold tilsier spesielle hensyn ved plassering i mottak. Personer med behov for særskilt medisinsk oppfølging etter transittfasen skal overføres til mottak tilrettelagt for dette.

Helsetjenester under opphold i ordinært mottak

Etter opphold i transittmottak overføres asylsøkere til ordinære mottak. Dette er botilbud som gjelder fra det er søkt om asyl og inntil vedkommende eventuelt har fått oppholdstillatelse og er bosatt i en kommune. Opphold i ordinært mottak kan vare i flere år.

Etter ankomst til ordinært mottak skal det gis tilbud om ytterligere helseundersøkelser. Helsepersonell bør gjøre en første vurdering av helse-tilstand og behov for behandling og/eller oppfølging, herunder både en somatisk undersøkelse og en foreløpig vurdering av psykisk helse. Helsetjenesten er ansvarlig for at det legges til rette for nødvendig medikamentbruk, og at nødvendig informasjon er forstått. Av Helsedirektoratets veileder (59) følger at så lenge det er uvisst om asylsøkeren får bli i landet, skal det ikke innledes langvarig behandling for mindre alvorlige tilstander, med mindre utsettelse av behandlingen kan anses å medføre risiko for vesentlig forringelse av helsetilstanden. En slik forståelse følger ikke direkte av forskrift om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer (65). I tilfeller hvor asylsøkeren oppholder seg i ordinært mottak i flere år er det grunn til å reise spørsmål ved om det er forsvarlig å avvente iverksetting av behandling, slik veilederen gir anvisning om.

Smittevern

Etter ankomst i mottak skal helsetjenesten kontrollere at lovpålagt tuberkuloseundersøkelse er utført og eventuelle nødvendige tiltak gjennomført. På bakgrunn av asylsøkerens opprinnelsesland, generelle almenntilstand og eventuelle symptomer, kan det være aktuelt å tilby undersøkelse for visse andre smittsomme sykdommer. Undersøkelsen må være saklig begrunnet, og informert samtykke må foreligge før testing gjennomføres. Undersøkelser som kan være aktuelle er hiv, syfilis, hepatitt B, tarmparasitter, schisto-

somiasis og meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA).

Det er vesentlig at smittevernarbeidet fungerer godt. Det er vist at asylsøkere og flyktninger som tester positivt etter ankomst, ikke følges godt nok opp verken når det gjelder hiv (66) eller tuberkulose (67). Hiv og tuberkulose har en del felles-trekk både når det gjelder smitte, behandling og resistensutvikling og kan med fordel koordineres bedre. Viktig i dette arbeidet er tuberkulosekoordinatorerne. Det er behov for bedre system for faglig oppdatering av helsepersonell på transitt- og asylmottak både når det gjelder hiv, hepatitt og tuberkulose. Fagansvaret for dette bør utvikles i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, helst som et samarbeid med spesialister i allmenntilstand, infeksjonsmedisin og lungemedisin.

En del asylsøkere har tidligere søkt om asyl i et annet europeisk land, og kan ha forflyttet seg over flere land. Dublin-konvensjonen og Dublin II-forordningen gir regler om hvilket medlemsland som er ansvarlig for å behandle søknader om asyl. Generelt skal asylsøknad behandles i det europeiske land hvor de først ble registrert som asylsøkere. Et ikke ubetydelig antall av disse kan ha hiv. For å sikre at disse personene i tilstrekkelig grad kan følges opp over landegrensene vil det være behov for enkelte grunnleggende opplysninger som når de ble smittet, når de startet med medisiner, om de har måttet slutte med noen med grunnet bivirkninger, CD4 og hiv-rna nivå samt tuberkulosestatus. Engelskspråklig hiv-journal med viktige basisopplysninger som kan følge disse pasientene bør derfor utformes.

Psykisk helse

En stor andel av flyktningene sliter med senvirkninger av krig, flukt, tortur og fengsling, og det er utbredt enighet om at underforbruket av psykiske helsetjenester er stort (68). Danske og britiske

studier tyder på at flyktninger med psykiske problemer behandles kortere og har færre kontakter med tjenestene enn majoritetsbefolkningen med sammenliknbare diagnoser (69). Generelt er det slik at desto lenger tid det tar før man lykkes med å komme inn i meningsfylte aktiviteter, desto mer frustrert blir man. Det er dokumentert at tiden i asyl skaper mentale helseproblemer (70-73). Dessverre blir i dag ikke-vestlige innvandrere henvist til spesialisthelsetjenesten ofte avvist, med den begrunnelse at det er for komplisert og at asylsøknaden er ikke avklart.

Asylmottak gir vanskelige rammer for barns oppvekst og utvikling. Barn på asylmottak, enten de er enslige mindreårige eller i følge med omsorgsperson(er), kan også ha betydelige individuelle behov.

”Det er bekymringsfullt når mange barnefamilier blir boende i flere år i mottak. Asylmottak gir dårlige rammebetingelser for barns oppvekst. Over tid skaper dette en uverdigg situasjon.” Forskningsleder Berit Berg, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU til Vårt land 31. mars 2008.

Sterke kroniske smerter ledsager posttraumatiske stressforstyrrelser hos traumatiserte flyktninger, og oppmerksomhet om begge lidelser synes nødvendig i undersøkelse og behandling (74). Flyktningers bakgrunnshistorie, smerteplager og posttraumatisk symptomatologi må kartlegges når disse søker behandling. Samarbeid mellom flere disipliner i rehabilitering av traumatiserte flyktninger, synes også hensiktsmessig.

Det synes å være behov for en mer grundig vurdering av psykisk helse hos nyankomne flyktninger og asylsøkere. Lege eller psykolog må i større grad inn og vurdere om det skal gis behandling.

Behandlingstilbudet til asylsøkere med så vidt alvorlige psykiske lidelser at de er blitt plassert på egne forsterkede avdelinger i mottak er evaluert (60). Evalueringen viser at disse asylsøkerne får for dårlig oppfølging og må vente i lang tid på psykisk helsehjelp.

Asylsøkeres rett til å stå på liste hos fastlege

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a om pasientrettigheter i fastlegeordningen at enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale etter § 1-3 annet ledd nr. 1. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden. Asylsøkere og deres familiemedlemmer skal være medlemmer av folketrygden (med unntak for ytelser etter noen angitte kapitler/ bestemmelser) fra det tidspunkt det er søkt om asyl.

”Asylsøkere som oppholder seg i landet mens asylsøknaden behandles, vil ofte kunne ha behov for det allmenne tilbudet fastlegeordningen innebærer. Derfor gis også asylsøkere og deres familie rett til å stå på liste hos fastlege, når de er medlem av folketrygden etter forskrift om trygdedekning for asylsøkere av 15. april 1997 nr. 315” (75). Av forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 3 fremgår videre at: ”Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos fastlege. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. Rett til å stå på liste hos fastlege har også asylsøkere og deres familiemedlemmer når de er medlem av folketrygden, jf. forskrift av 15. april 1997 nr. 315 om trygdefusjon for asylsøkere og deres familiemedlemmer” (76).

Sosial- og helsedirektoratet mener det kan være uhensiktsmessig å fordele beboere i mottak på lister hos fastleger utenfor mottaket (59). For beboere i mottak vil fritt valg av fastlege i realiteten sjelden bygge på god informasjon om legene, og ved bosetting i annen kommune vil de likevel måtte bytte fastlege. Det kreves kompetanse for å følge opp asylsøkere, og erfaringer har vist at dette best ivaretas ved å knytte en eller flere leger til mottaket. Det har derfor vært trukket frem som en mulig god løsning at kommunen organiserer allmennlegetjeneste til asylsøkere som allmennmedisinsk offentlig legearbeid etter avtale med legene i kommunen. Det er likevel usikkert om en slik organisering er i samsvar med lovens forutsetning om at asylsøkere omfattes av fastlegeordningen og har rett til å stå på liste på vanlig måte (8).

Helsetjenester etter bosetting i kommune

Obligatorisk tuberkuloseundersøkelse må gjennomføres for personer som kommer direkte til kommunen for familiegjenforening eller som overføringsflyktninger. For flyktninger skal tuberkuloseundersøkelsen være gjennomført innen fjorten dager etter innreise. Familiegjenforente til flyktninger skal undersøkes så snart som mulig etter ankomst. Erfaring viser at det er lavt frivillig oppmøte (59). Det er derfor viktig at kommunellegen, eventuelt annet personell i kommunehelsetjenesten, tar kontakt med personer som ikke innen rimelig tid møter frem på eget initiativ, slik at undersøkelsen blir foretatt.

En undersøkelse av en gruppe flyktninger kort tid etter bosetting i kommunene, viste at de som hadde vært utsatt for fysisk vold eller tortur eller var blitt tvunget til å skilles fra familien, hadde mest plager (77). Slike negative livshendelser kan føre til økt sårbarhet, og er forbundet med økt sykdomsrisiko. Vanlige symptomer er søvn- og konsentrasjonsvansker, irritabilitet, ulike smertetilstander eller depresjoner. Slike multibelastende

situasjoner kan også gjøre at enkelte asylsøkere med barn kan få vansker med å makte en rolle som god omsorgsperson. Mange asylsøkerbarn kan leve svært lenge under slike forhold, og dette kan få alvorlige konsekvenser for barnets utvikling (19).

Tilbud om fastlege må gis så snart som mulig etter bosetting i kommune, slik at tidlig kontakt med fastlegen kan etableres. Det bør tilbys legekonsultasjon tilpasset den enkeltes bakgrunn og behov. Dette bør omfatte gjennomgang av helse-tjenestetilbud den enkelte har fått under opphold i mottak. Oppmerksomhet må rettes mot både somatiske og psykososiale problemer.

Legeforeningen har mottatt tilbakemeldinger om at til tross for asylsøkeres rett til å komme på en fastlegeliste tidlig, kompliseres dette av at det kan ta svært lang tid for asylsøkere å få tildelt såkalt D-nummer. D-nummer kreves imidlertid for oppføring på en fastlegeliste, og tildeles av NAV etter søknad. Det er naturlig nok vanskelig for nyankomne asylsøkere å finne fram i det norske systemet, noe som forsinker søknad om D-nummer. Av hensyn til nyankomne asylsøkere bør det vurderes om tildelingsrutinene kan endres slik at D-nummer kan tildeles raskere enn i dag. En mulighet kan være at asylsøkere tildeles et D-nummer av politiet samtidig med at de blir tildelt ID-nummer. Dette vil kreve et samarbeid mellom Politiets utlendingsenhet, Folkeregistret og NAV.

Introduksjonsprogrammet tar sikte på å gi grunnleggende ferdigheter i norsk samt innsikt i norsk samfunnsliv, og alle kommuner som bosetter flyktninger³ har plikt til å tilby dette. Innholdet skal tilpasses den enkelte ut fra bakgrunn, forutsetninger og behov, er obligatorisk og forutsetter

³ Rett og plikt til deltakelse omfatter nyankomne overføringsflyktninger, personer som har fått innvilget asyl samt familiegjenforente, jf lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven) § 2

deltagelse på full tid. Det er derfor av betydning at det ved eventuelt behov for sykmelding er dialog mellom lege og kommunens ansvarlige for deltakernes oppfølging av programmet.

Asylsøkeres rett til individuell plan

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en plan for sitt behandlingsopplegg jf. pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3 a. I den øvrige helseovngivningen er helsetjenesten i slike tilfeller pålagt en plikt til å utarbeide en individuell plan for den enkelte uavhengig av om det er satt frem krav om dette. Individuell plan vil kunne være aktuelt for en del asylsøkere.

Rett til en individuell plan betyr at asylsøkere, ved behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til en plan som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, og som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler. Krav på individuell plan gir ikke asylsøkeren et ubetinget rettskrav på bestemte tjenester, men den vil være et viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes.

Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Planen skal bl.a. opplyse om hva slags behandling pasienten kan forventes å få, når behandlingen skal gis, hvem som har ansvar for de ulike tiltakene og hvem som har ansvar for å koordinere arbeidet med den individuelle planen. Planen skal også synliggjøre pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder og er ment som et verktøy for å forbedre koordineringen mellom blant annet kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten.

Legeforeningen mener

- Helsepersonell som er tilknyttet transitt- og asylmottak må gis bedre faglig oppdatering både når det gjelder hiv, hepatitt, tuberkulose og andre aktuelle smittsomme sykdommer.
- Helsetjenestetilbudet i transittmottak må fange opp umiddelbart behandlingstrenende sykdommer/ tilstander. Personer som har behov for særskilt medisinsk oppfølging etter transittfasen må overføres til mottak der det ligger til rette for slik oppfølging.
- Hiv og tuberkulose har en del fellestrekk og kan med fordel koordineres bedre. Tuberkulosekoordinatorene må gis en sentral rolle i dette arbeidet.
- Engelskspråklig hiv-journal som kan følge hiv-positive Dublin-asylanter bør utformes.
- Tilgangen til legetjenester ved mange asylmottak må bedres.
- På grunn av de helsemessige konsekvensene må gjennomsnittlig oppholdstid ved asylmottak kortes betraktelig ned.
- Psykisk helse hos nyankomne flyktninger og asylsøkere må vurderes grundigere. Lege eller psykolog må i større grad inn og vurdere behov for videre utredning og behandling.
- Barn på asylmottak og enslige mindreårige flyktninger må prioriteres i psykiske helsetjenester.
- Asylsøkere har rett til å stå på fastlegeliste, men retten kompliseres av tidkrevende tildelingsrutiner for såkalt D-nummer. Myndighetene må vurdere om slik tildeling kan gjøres raskere enn i dag.

4 Psykisk helse

En rekke studier i ulike land har vist at de som tar vare på egen kulturell bakgrunn, samtidig med at de prøver å tilpasse seg sitt nye hjemland, klarer seg best. De som trekker seg tilbake fra det norske storsamfunnet, eller som assimileres inn i det norske storsamfunnet uten å ta vare på egne kulturtradisjoner, har flest psykiske helseproblemer (22). En undersøkelse blant innbyggere i Oslo, viste at forekomsten av psykiske plager er over dobbelt så høy blant innvandrere fra middel- og lavinntektsland enn innvandrere fra høyinntektsland og norskfødte (26, 78). De vanligste psykiske plagene var depresjon og angst. Et sentralt funn i internasjonale undersøkelser er en høyere forekomst av psykoser blant innvandrere fra fattige ikke-vestlige land (73). En studie av innleggelse ved en avdeling innen akutt psykisk helsevern i Oslo viste ikke flere innleggelse blant ikke-vestlige innvandrere, men de var sykere ved innleggelsestidspunktet (80). Blant innlagte innvandrere var det flere yngre menn, noe som sannsynligvis skyldes befolkningsprofilen. De hadde også færre rusproblemer. Tvang ble brukt i tre fjerdedeler av innvandrerguppen, mot omtrent halvparten for de øvrige pasientene. En annen undersøkelse har vist at asylsøkere har betydelig høyere risiko for innleggelse ved psykiatrisk sengeavdeling enn andre innvandrere og majoritetsbefolkningen (81). Ved tvungen innleggelse må det gis god og forståelig informasjon. Tilfeller hvor pasienten oppfatter feil og tror han/hun skal i fengsel er meget uheldig.

Flyktninger antas å være mest utsatt for psykiske lidelser (28). Forhold som bidrar til å øke risikoen er traumatiske opplevelser i hjemlandet, under selve flukten, og i mottakerlandet. Langvarig opphold i asylmottak kan være en risikofaktor, i tillegg til andre typer belastninger som stress, sorgreaksjoner ved tap som er lidet, "Cultural bereavement" (82) og konsekvenser av diskriminering og rasisme. Generelt skapes også følelse av avmakt gjennom å oppholde seg i et land der man ikke kjenner seg hjemme eller velkommen,

og denne avmaktfølelsen kan gi risiko for å utvikle psykiske lidelser.

Samtidig antas det å være et betydelig underforbruk av psykiatriske tjenester blant ikke-vestlige innvandrere. Man kan tenke seg tre filtre mellom psykiatrisk lidelse i samfunnet og mentale helseproblemer henvist til spesialisthelsetjeneste (83). Det er "illness behavior", (symptom- og sykdomsattferd), konsultasjonsfilteret (hvordan problemet framstilles av pasienten og blir forstått av legen) og henvisningsfilteret (bestemt av pasientens/familiens og også legens tanker om mentale lidelser og behandling av disse). Foruten disse filtrerene vil også kapasitetsproblemer innen psykisk helsevern bidra til å forklare mangelfulle helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere med psykiske lidelser.

Normalitetsbegrepet er forskjellig i ulike kulturer. En del sykdommer er universelle og generaliserbare ved at symptomer og atferd er felles på tvers av kulturer. Andre sykdommer kan bare forstås ut fra forståelse av den enkeltes kultur, uttrykksmåte og selvforståelse. Mange kommer fra land hvor behandlingstilbud for psykiske lidelser avviker fra tilbudet de vil kunne møte i Norge, eller hvor det å ha en psykisk lidelse er belagt med skam og tabu. Utredning og behandling påvirkes ved at hjelp søkes for sent. Forståelse av ulike kulturelle uttrykksformer for stress ("cultural idioms of distress") er nødvendig for diagnostikk (29, 30). Somatisering, at psykiske lidelser ofte forstås, eller i det minste uttrykkes, som et fysisk problem synes utbredt på tvers av kulturer (11, 8, 29, 30). Plagene er ofte fra muskel-skjelett systemet og fremstilles som diffuse. Legen må utelukke alvorlige somatiske og psykiatriske sykdommer, ha psykososiale årsaker i tankene og prøve å se hele pasienten (31).

Spesialisthelsetjenesten oppleves av fastleger som lite tilgjengelig både ved henvisning av pasienter med psykiske lidelser og som veileder (84). Be-

handlingstilbudet synes lite fleksibelt, og for eksempel gruppebehandling avslås ofte på grunn av språkmessige årsaker. Mangelfullt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten plasserer ofte fastlegen alene med behandlingen av til dels meget kompliserte sykdomsbilder. En kanadisk studie har kartlagt tre faktorer som kan forklare innvandreres underforbruk av psykiatriske spesialisthelsetjenester:

”First, there was a perceived overwillingness of doctors to rely on pharmaceutical medications as interventions. Second, participants perceived a dismissive attitude and lack of time from physicians in previous encounters that deterred their use of current health service. Third, many participants reported a belief in the curative power of nonmedical interventions, most notably God and to a lesser extent, traditional folk medicine” (85).

Behandlingen av ikke-vestlige innvandrere vil ofte kunne være annerledes og mer tidkrevende enn behandlingen av tilsvarende psykiske lidelser hos majoritetsbefolkningen. Et helhetlig perspektiv er viktig i sykdomsutredningen. Tolk må uansett ofte benyttes og det tar tid å komme frem til en mest mulig felles forståelse av sykdommens egenart, behandling og oppfølging (28). Behovet for å utvikle et familieperspektiv er tydelig når man står overfor en del av disse pasientene. Et konsultasjonstilbud, ”cultural consultation”, til helsetjenesten i første- og andrelinjen basert på telefonkonsultasjon, når det dreier seg om pasienter og problemstillinger som involverer ikke-norsk kultur (ikke-vestlig) bør vurderes etablert. Konsultasjonstilbudet bør gis av en gruppe satt sammen av fagfolk med bred kompetanse i transkulturell psykiatri, som helsepersonell kan rådspørre om kliniske problemstillinger (86).

Det må tas hensyn til pasientens forståelse av sin sykdom og behandlingsoalternativer. Pasienter med tro på tradisjonell behandling, vil kunne ha mange tanker om psykisk sykdom og psykofarmaka. I visse kulturer finns det tro om ubalanse i livskraftene som årsak til sykdom, og den kan bli korrigert kun gjennom å involvere de adekvate motkreftene eller rituell oppfyllelse av religiøs forpliktelse. I mange minoritetsmiljøer er tabuer knyttet til psykisk helse (26). Å skape åpenhet og aksept for psykiske sykdommer er utfordrende. For å lykkes må innvandrer miljøene selv og helsetjenesten arbeide sammen for avstigmatisering av psykisk sykdom.

Legeforeningen mener

- Kunnskap om transkulturell psykiatri bør styrkes i alle ledd i helsetjenesten.
- Større grad av åpenhet og brukermedvirkning er viktig for å bedre helsetjenesten til innvandrere med psykiske lidelser.
- Lov om psykisk helsevern må gjøres tilgjengelig på flere språk slik at minoritetspasienter lettere kan gis informasjon om sine rettigheter. Pasientenes reelle mulighet til å klage på en innleggelse begrenses i dag.
- Helsetjenesten må sammen med innvandrer miljøene selv arbeide for avstigmatisering av psykisk sykdom.
- Dagens psykiske helsevern må dimensjoneres slik at flyktninger og asylsøkere får den helsehjelp de har behov for.
- Spesialisthelsetjenesten må gjøres mer tilgjengelig for innvandrere.
- Det kliniske behandlingstilbudet for personer som har gjennomgått tortur og krigstraumatiserte flyktninger er underdimensjonert og må styrkes.
- Det er behov for å styrke råd og veiledning til helsepersonell som behandler personer som har gjennomgått tortur og krigstraumatiserte.

Livsstil og helse

Ikke-vestlige innvandrere har en høyere forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer enn majoritetsbefolkningen med blant annet en dramatisk økning av diabetes II og hjerte- og karsykdommer (4). Ikke-vestlige innvandrere deler langt på vei sin somatiske sykdomsprofil med fattige deler av majoritetsbefolkningen (22).

Tall tyder på at ikke-vestlige innvandrere i gjennomsnitt er mindre fysisk aktive enn befolkningen ellers (22). Især gjelder dette kvinner. Når det gjelder røykevaner, ser vi tydelige kjønnsforskjeller. Innvandrerkvinner fra Sri Lanka, Pakistan og Vietnam røyker langt mindre enn norske kvinner. På den annen side røyker langt flere tyrkiske enn norske menn, og røykeforekomsten er også relativt høy blant mannlige innvandrere fra Iran, Vietnam og Pakistan (87). Ikke-vestlige innvandrere synes i mindre grad enn nordmenn å ha gått over til sunnere matvarer, og foretrekker for eksempel helmelk og sukkerholdig brus i sterkere grad enn nordmenn (87). Innvandrere fra Pakistan og Sri Lanka har i gjennomsnitt den minst gunstige lipidprofilen, med lavere nivå av det gunstige HDL-kolesterolet og høyere nivå av triglyserider. Prevalensen av fedme er tredoblet siden 1980 i mange land i Europa. Norge følger den internasjonale trenden. Blant menn har 14 % fedme, blant kvinner 11,6 %. Forekomsten av fedme blant innvandrere i aldersgruppen 40-45 år er undersøkt i Oslo. Den varierer mellom personer fra ulike hjemland. Blant de etniske gruppene er det først og fremst innvandrere fra Tyrkia og Pakistan som har fedme; om lag 25 % av mennene og 40-50 % av kvinnene. Enkelte land, som Sri Lanka og Pakistan, utpeker seg også med høyere forekomst av midjefedme/bukfedme, som er knyttet til økt risiko for type 2 diabetes (88). Hos voksne er overvekt og fedme klart relatert til helserisiko. Risikoen øker ved stigende grad av fedme og fremfor alt ved bukfedme.

Fedme er den viktigste årsaken til type 2 diabetes. I Oslo viste MoRo-undersøkelsen (Mosjon på Romsås) at diabetes forekom særlig ofte blant innvandrere fra India, Pakistan og Sri Lanka (87). Blant innvandrere i alderen 30-59 år var forekomsten av diabetes 27,5 % for hos kvinner fra Sør-Asia og 14,3 % blant menn fra Sør-Asia. Tilsvarende tall i samme aldersgruppe for vestlige kvinner var 2,9 % og for menn 5,9 %. Arvelige anlegg sammen med risikofaktorene overvekt og lite fysisk aktivitet står sentralt i utviklingen av type 2 diabetes. Interessant nok synes sosioøkonomiske faktorer å ha ulik betydning for risiko for type 2 diabetes hos nordmenn og innvandrere fra det indiske subkontinent. For nordmenn øker risikoen ved lav utdanning og lav inntekt, mens høy inntekt synes å være en høyere risikofaktor enn lav inntekt for disse innvandrerne (87). Type 2 diabetes kan føre til alvorlige følgetilstander. Menn med diabetes har 2-4 ganger økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon. Kvinner har 3-5 ganger økt risiko. Nedsatt syn og nyresvikt er andre alvorlige følgesykdommer. Belastningene for den enkelte og for samfunnet er store.

Det er viktig at helsepersonell er seg sin egen kulturforståelse bevisst i møte med pasienter. Møtet mellom innvandrer og behandlingsapparatet vil kunne preges av kulturelle, sosiale og økonomiske forskjeller som vil kunne danne barrierer og hemme tilgangen til helsehjelp. Utfordringene vil kunne virke sammen, og slik også forsterke hverandre. Også for majoritetsbefolkningen i Norge ser man en økende ulikhet i helse, der de med høyere utdanning og inntekt generelt har en mer helsefremmende atferd (slutter å røyke, trener mer, spiser sunnere, drikker mer kontrollert), mens de med lav utdanning og inntekt har en mer helsebelastende atferd (mer fysisk inaktive, spiser mer usunn mat, røyker mer). For store deler av de ikke-vestlige innvandrerne står vi overfor mange av de samme helseproblemene og forbygging utfordringene som vi gjør overfor de mindre privilegerte deler av majoritetsbefolkningen.

Legeforeningen etterlyser en strategi for fysisk aktivitet, kosthold og helse som tydelig treffer innvandrere. Ved utarbeidelsen av en strategi bør det i betydelig grad ses hen til de erfaringer og resultater man sitter igjen med etter MoRo-prosjektet (89). Mer kunnskap bør erverves gjennom forskning på gode forebyggende tiltak for barn og unge i de innvandrergupper hvor etnisitet bidrar til å øke forekomsten av overvekt, fedme og type 2 diabetes. Strategier for hvordan insulinresistens, dyslipidemier og type 2 diabetes skal kunne tidlig diagnostiseres hos unge mennesker i de risikoutsatte folkegruppene, bør utvikles og ha høy prioritet.

Sykdom og arbeid

Arbeidsløsheten er klart større for ikke-vestlige innvandrere (mellom 4 % og 12,5 % avhengig av landbakgrunn, mot 1,8 % blant befolkningen eksklusive førstegenerasjonsinnvandrere) (3). Høyest ligger førstegenerasjonsinnvandrere fra afrikanske land med 12,5 %. Det synes å være en sammenheng mellom arbeidsledighet og psykiske plager (90). Mange har tungt, dårlig betalt, fysisk arbeid (26). Fysisk tungt arbeid medfører slitasje, hyppigere sykmeldinger, langtidssykmeldinger og søknad om trygdeytelser. Arbeidsledighet og økonomisk trang kan få psykososiale følger. Manglende bruk av individuell plan kan tenkes særlig kritisk for nyankomne innvandrere. Manglende helhet i tilbudet og få kontaktpersoner kan gi frustrasjon og følelse av avmakt og oppgittethet. Når det gjelder langtidssykmeldte, søknad om trygdeytelser som medisinsk rehabilitering, yrkesrettet attføring og uføretrygd, er det erfaringsmessig ofte hensiktsmessig med tverrfaglige møter for å vurdere hva slags trygdeytelse som er aktuell og hvilke tiltak som bør settes i gang. Legeforeningen vil fremheve arbeidsmedisinerens og bedriftshelsetjenestens mulige bidrag gjennom å oppdage sykdom/lidelse i arbeidslivet. Disse kan igjen sette personen i kontakt med fastlege for videre medisinsk oppfølging.

Eldre ikke-vestlige innvandrere

Alders- og befolkningsutviklingen fører til at behovet for helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester vil øke generelt (91). Den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen i Norge er fortsatt preget av en høy andel unge voksne og en lav andel eldre, men antallet eldre vil i løpet av kommende årtier vokse mye (92). Dårligere levekår og manglende ressurser til å orientere seg i samfunnet har konsekvenser både for helse og behov for helse- og omsorgstjenester. Som gruppe er eldre innvandrere derfor trolig dårligere stilt (93). Dette er samtidig personer som representerer en stor variasjon i forhold til språklig og kulturell bakgrunn, og botid her i landet. Helse- og omsorgstjenester må i fremtiden dimensjoneres og organiseres også med tanke på eldre, ikke-vestlige innvandrere.

Legeforeningen mener

- Fastlegen har ansvar for individuelt forebyggende helsearbeid og må oppleves å være et lavterskeltilbud. Det er blant annet viktig at ungdom opp til 20 år fritas for egenandel.
- Det etterlyses en strategi for fysisk aktivitet, kosthold og helse som også er rettet mot ulike ikke-vestlige innvandrergupper.
- Helse- og omsorgstjenester må i fremtiden dimensjoneres og organiseres også med tanke på eldre, ikke-vestlige innvandrere.

6 Reproduktiv helse

God reproduktiv helse innebærer fysisk, mentalt og sosialt velvære i forhold til evne til å få barn, og å ha frihet til å ta og gjennomføre valg i forhold til dette (94, 95). Begrepet omfatter seksualitet, graviditet, fødsel, abort, prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer, infeksjoner, kreft og infertilitet.

Prevensjon, seksualopplysning og abort

Ikke-vestlige kvinner blir oftere gravide enn vestlige. Dette kan knyttes til ønske om å få barn og/eller mindre prevensjonsbruk, og kan igjen være knyttet til etnisk eller religiøs tilhørighet, men også til utdanning, kunnskap og inntekt (96). Prevensjonsveiledning må gis på kvinnens egne premisser. Ofte kan blødningsendringer som mange prevensjonsmetoder gir, være problematisk på grunn av religiøse og kulturelle oppfatninger av menstruasjonsblodet (97).

Det er behov for opplysningsarbeid om seksualitet, prevensjon mv. gjennom lavterskeltilbud. Fastlegen har en sentral rolle som lavterskeltilbud. Foruten fastlegene er helsestasjon for ungdom en viktig arena. Medisinernes seksualopplysning (MSO) har undervisningsgruppe innen såkalt tverrkulturell seksualitet (TS) som har drevet seksualopplysning for ikke-vestlig innvandrerdødsdom i Oslo fra 1991 (98, 99). Temaer som kjønnsroller, fordommer, holdninger til sex, grensesetting, overgrep, samt det å vokse opp i flere kulturer blir tatt opp. God kommunikasjon gjennom dialog og grupper synes viktigere for denne ungdomsgruppen enn for norske. Dette er virkningsfullt forebyggende arbeid, samtidig som kommende leger får kunnskap og forståelse.

Innvandrerkvinner var overrepresentert blant abortsøkende i Oslo på 90-tallet (96). Særlig høy forekomst fant man blant gifte asylsøkere over 30 år og eldre kvinner fra asiatiske land med flere barn (97). Ikke-vestlige kvinner er dessuten overrepresentert blant kvinner med abortbegjæring i

nemnd (100). Dette må likevel ses i sammenheng med opprinnelseslandets abortfrekvens, som i Vietnam og tidligere østblokk-land er svært høy (94). En studie (101) blant abortsøkende tenåringer i Sverige antar at ikke-bruk og det å slutte med prevensjon kan ha mer å gjøre med sosiodemografiske faktorer, som det at immigrantjentene i undersøkelsen i større grad enn de svenske var unge, fattige og lavt utdannede, enn med rent etniske årsaker.

Fruktbarhet

Både høy og lav alder, samt mange tidligere fødsler (102), øker risikoen for uheldig utfall i forbindelse med fødselen (103). Fruktbarhetsmønsteret i Norge og andre europeiske land er preget av at barnefødsler utsettes og av lave fødselsrater. Dette mener man blant annet skyldes kvinnens valgfrihet i reproduksjonsspørsmål, økende likestilling, samt økende velferd (103). Kvinner innvandret fra vestlige og ikke-vestlige land fikk i 1998 gjennomsnittlig henholdsvis 1,9 og 2,7 barn, mens total fertilitetsrate i Norge var 1,8. Ikke-vestlige kvinner i Norge nærmer seg norske fruktbarhetsmønstre etter hvert som de bor i landet (104, 105).

Svangerskap, fødsel og barseltid

Flertallet av nyankomne innvandrere er unge voksne, og mange av dem vil få sitt første møte med norsk helsevesen i forbindelse med svangerskap og fødsel (106). Dette er unike sjanser helsepersonell har til opplysnings- og informasjonsarbeid til kvinner som ikke tidligere har hatt mye direkte kontakt med helsevesenet. Ikke-vestlige kvinner har en annen risikoprofil i svangerskapet enn de vestlige. Kvinner med norsk opprinnelse hadde i 1991 høyere forekomst av "subjektivt besvær", bekkenløsning og "utmattelse" i svangerskapet enn pakistanske gravide kvinner (107). Alvorlig svangerskapskvalme (hyperemesis gravidarum) som medfører innleggelse er sjelden, men

det er en signifikant høyere risiko for denne tilstanden blant ikke-vestlige gravide kvinner i forhold til norske (107-9). Årsaken er ikke klarlagt, men kan ses som multifaktoriell (110, 111).

Svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten må styrkes. Fødselshjelperne må ha kompetanse om særlige risikofaktorer knyttet til svangerskap og fødsel hos ikke-vestlige innvandrerkvinner.

En del grupper av ikke-vestlige innvandrere, særlig fra Nord-Afrika og Sør-Asia har særlig høy risiko for utvikling av svangerskapsdiabetes og type 2 diabetes (107, 112). Veileder i Fødselshjelp fra Norsk Gynekologisk Forening (109) anbefaler glukose-belastningstest for alle gravide kvinner fra disse områdene så tidlig som mulig i svangerskapet og siden gjentatt i uke 28-30, hvis testen er negativ første gang. Kvinner fra ikke-vestlige land bør vies ekstra oppmerksomhet fordi de oftere lider av vitamin D-mangel, og i mindre grad følger rådene om perikonsepsjonelt inntak av folat (113, 114). Pakistanske kvinner er særlig utsatt for vitamin D-mangel under svangerskapet (115). Dette skyldes både lavere inntak og tilskudd i kost og mindre blottlegging av huden for sollys på grunn av tildekking. I neste omgang øker dette risikoen for at fosteret skal bli rammet av redusert fostervekst og av rakitt etter fødsel (97).

Man har funnet signifikant lavere nivå av jernnivåmarkøren ferritin hos gravide pakistanske kvinner enn vestlige (107). Noen spiser gjerne mindre jernholdig mat og bruker mer phytater i kost som hemmer jernabsorpsjonen (97). Spesielt vietnamesere synes å endre kostholdet etter ankomst til et mindre fullverdig. Blant ikke-vestlige innvandrerkvinner kan man som årsak til anemi også finne genetisk betingede arvelige bærertilstander av tilstander med skjøre røde blodlegemer som gir anemi, hemoglobinopatii som sigdcellean-

mi og thallassemi, malaria og innvollsormer (107). Man må ikke glemme at tilstander som man nærmest ikke lenger ser i Norge, som giktfeber og klaffekomplikasjoner, kan gi tildels alvorlige og uventede hjertekomplikasjoner på unge, tilsynelatende spreke kvinner fra ikke-vestlige land. Åpen lungetuberkulose kan manifestere seg sent i svangerskapet og kan kreve atskillig innsats for å unngå smitte i en fødeavdeling.

Det gjøres blant ikke-vestlige innvandrerkvinner færre fostervannsprøver på aldersindikasjon enn blant norske, men flere fostervannsprøver blant ikke-vestlige gravide kvinner under 37 år, på grunn av økt risiko for arvelige defekter og medfødte misdannelser, særlig blant kvinner av pakistansk opprinnelse (107). Tallene er varierende med hensyn til forekomst av for tidlig fødsel (116, 117). Intrauterin vekstretardasjon er en vanlig diagnose blant asiatiske gravide kvinner (107), men man kan ikke uten videre overføre norske fostervekstkurver til asiatiske kvinner, da disse kvinnene ofte er mindre enn norske kvinner. Signifikant flere innvandrere blir henvist på grunn av vekstretardasjon, spesielt mot slutten av svangerskapet.

Fødselen kan stille innvandrerkvinner overfor ekstra utfordringer (106). Til tross for den lave fysiske risiko som knytter seg til det å føde barn i norske sykehus, kan fødselen representere en potensiell kilde til psykososialt stress. Nyankomne immigranter kan være særlig utsatt. Foruten å møte et nytt og ukjent miljø, vil de kunne oppleve krysspess mellom tradisjonelt forventet praksis og råd som gis av helsepersonell. Selve fødselen kan oppleves som en eksistensiell krise (97). Kommunikasjonsproblemer og misforståelser kan også vanskeliggjøre omsorgen. Kun et fåtall innvandrerkvinner går på svangerskapskurs. De ledsages ofte av en kvinnelig slektning eller venn under fødselen, men ikke av mannen siden mange tradisjonelt ser på fødsel som et kvinneanliggende. Det kan også være stereotipe holdninger som gjør

at ikke-vestlige fedre lett oppfattes som en patriarkalsk hindring som står i veien for kontakten med den fødende (106). Mødre og svigermødre fra innvandremiljøer spiller en viktig rolle.

Innvandrere fra ikke-vestlige land synes mer utsatte for unødvendig bruk av medisinske intervensjoner, parallelt med et udekket behov for adekvate helsetjenester (106). Mange migrantgrupper har dobbelt så høy forekomst av keisersnitt (21-26 %) (kvinner fra India/ Sri Lanka, Filippinene, Somalia/ Eritrea, Chile/Brasil) enn landsgjennomsnittet på 13 % (1986-95), mens det gjøres færre keisersnitt (10 %) blant kvinner fra Vietnam (25). ”Trangt bekken”, langvarig fødsel og dårlig fosterlyd er de hyppigste indikasjonene for keisersnittene.

Svangerskaps- og fødselsomsorgen kan forbedres, særlig for ikke-vestlige kvinner (118). 31 % av 356 dødfødsler i Oslo og Akershus i 1998-2003 var blant ikke-vestlige kvinner. Dette er en overrepresentasjon. Man fant at ikke-vestlige kvinner hadde økt risiko for dødfødsel, dårlig svangerskapsomsorg ved at veksthemning ikke ble oppdaget eller håndtert på rett måte, samt mangelfull håndtering av fenomenet ”opphørte fosterbevegelser”. I tillegg ble det påvist svikt i fødselsomsorgen, hovedsakelig grunnet feiltolkning eller manglende tiltak ved tegn på problemer hos fosteret eller fremgang i fødselen. Hos nær halvparten av kvinnene var språkproblemer dokumentert, men tolk ble brukt i bare 29 % av disse tilfellene.

Ikke-vestlige kvinner fulgte også anbefalinger fra helsepersonell i mindre grad, ved ikke å følge svangerskapsprogrammet eller rådene gitt ved risikotilstander (118). I følge en svensk studie skyldtes 1 av 3 dødfødsler blant pasienter fra Afrikas horn ”pasientforsinkelse”, som forsinket kontakt med behandlingsapparatet (blant annet grunnet redsel for å bli forløst med keisersnitt) eller uteblivelse fra anbefalte kliniske kontrollrutiner (119). For å sikre likeverdig helsetilbud må det utarbeides kunnska-

sbaserte strategier basert på tverrfaglig forskning i forhold til flerkulturelle utfordringer (106).

Enkelte skikker kan oppfattes som eksotiske og bryssomme med tanke på hverdagsrutinene ved føde/barselavdelingene, det gjelder for eksempel i forhold til antall og tidspunkt for besøk, ernæring og hygiene etter fødsel som følger forestillinger om kulde-varme-balanse eller tro på beskyttende krefter. De eldre kvinnene forventes å tilby støtte og hjelp til nybakte mødre, som bør holde seg hjemme i en bestemt urenhetsperiode etter fødselen. Dette er tradisjoner som svekkes av migrasjon (106). Det er for øvrig stor variasjon i amming blant innvandrerkvinner, noen ammer i to uker, andre i to år. Ammeproblemer og ikke-optimale ammemønstre er registrert noe hyppigere hos ikke-vestlige kvinner (97, 120).

Legeforeningen mener

- Svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten må styrkes med individuell rådgivning og grupperådgivning fra fastleger og jordmødre med hensyn til særlige risikofaktorer hos ikke-vestlige innvandrerkvinner.
- Fødselshjelperne må ha kompetanse om særlige risikofaktorer knyttet til svangerskap og fødsel hos ikke-vestlige innvandrerkvinner.
- Lavterskeltilbud om seksuell helse er særlig viktig for innvandrerungdom.
- Egenandeler hos fastlegen må fjernes for ungdom opp til 20 år.
- Fastlegens sentrale rolle som lavterskeltilbud må tydeliggjøres og helsetilbudet til ungdom må styrkes, særlig i store byer. Ideelle lavterskeltilbud som tilbyr blant annet prevensjonsveiledning må sikres stabile rammevilkår.

7 Kjønnsllestelse

7

Kjønnsllestelse har alvorlige medisinske konsekvenser. Risikoen øker med omskjæringsens omfang.

Kjønnsllestelse eller kvinnelig omskjæring er en betegnelse som omfatter alle typer inngrep der ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis eller påføres annen skade, og hvor inngrepet foretas av andre grunner enn nødvendig medisinsk behandling (109). Det kan teoretisk skilles mellom tre hovedtyper av kvinnelig omskjæring etter inngrepets omfang: WHO type I, II og III. Såkalt sunna-prosedyre er et uklart begrep og kan bli benyttet om alle grader av omskjæring. De mildeste grader av omskjæring omfatter inngrep der deler av klitoris (=WHO type I) og noe av de indre kjønnslepper fjernes (WHO type II, kalles ofte eksisjon). WHO type III kalles ofte infibulasjon. Det er den mest omfattende formen og betegner inngrep som i tillegg til det som er nevnt over også omfatter fjerning eller kutting av de indre kjønnslepper, og innsiden av de ytre kjønnsleppene sys sammen slik at vaginalåpningen dekkes av et hudsegl. Noen ganger vil det bare være en snau centimeters åpning igjen, slik at urin og menstruasjonsblod kan slippe ut (121). Det er denne siste typen som gir mest plager på lang sikt, med de mest dramatiske konsekvensene for seksuallivet. Kvinner kan bli gravide selv med en liten åpning, og svangerskaps- og fødselsomsorgen er en utfordring. I de senere år kan det virke som om omskjæringsmønsteret har forandret seg fra mer radikalt til en mildere grad, det vil si at jenter omskåret i land som har tradisjon for infibulasjon får utført en WHO type I-II i stedet (122).

Kjønnsllestelse har alvorlige medisinske konsekvenser (121, 124). Risikoen øker med omskjæringsens omfang, selv om også type I kan gi risiko for livstruende blødning fra klitorisarterien. Infibulasjon kan blant annet gi akutte komplikasjoner som fryktelige smerter, blødning, urinretensjon, urinveisinfeksjon og sårinfeksjon

med utvikling av septisk sjokk. Det er ikke kjent hvor stor dødelighetsrisikoen er like etter inngrepet, men det er helt klart at en del jenter dør. Inngrepet gjøres ofte av legfolk og uten bedøvelse, og det kan oppstå skader på urinrør, blære, skjede, endetarm og kjertler. Brudd i kragebein, overarm eller lårbein kan inntreffe fordi jenta holdes med makt mens inngrepet pågår. Omskjærere i byene i Somalia bruker ofte lokalbedøvelse (122), men man antar at dette er vanskelig tilgjengelig når inngrepet gjøres på landsbygda. Faktisk er medikaliseringen av praksisen, dvs. at inngrepet gjøres av helsepersonell på sykehusene blant annet i Etiopia, et stort problem for å få bukt med omskjæring som fenomen. Smertene er beskrevet som svært sterke når bedøvelsen går ut. Det kan også være at det fjernes ekstra mye vev og sys ekstra stramt igjen når inngrepet utføres med bedøvelse. Verdens helseorganisasjon går sterkt imot at helsepersonell skal utføre noen former for omskjæring.

Kjønnsllestelse gir også senkomplikasjoner som blant annet sterke menstruasjonsmerter, langvarig smertefull vannlating, seksuelle problemer (som manglende orgasme, dyspareuni eller vanskeliggjort samleie), gjentatte urinveisinfeksjoner, bindevevssvulster og cyster i ytre kjønnsorgan, muligens også barnløshet og kronisk bekkeninfeksjon. Som følge av urene instrumenter finnes det ikke ubetydelig risiko for hepatitt B-infeksjon. Hiv-smitte kan overføres som følge av traumatiske samleier og ikke sjelden seksuelle overgrep, med traume mot en trang vaginalåpning, samt anale samleier. Infibulasjon (type III) har også betydning for barnefødsler og medfører økt risiko for fødselskomplikasjoner; vanskeliggjort fosterovervåking grunnet trang vaginalåpning, urinretensjon på grunn av problemer med kateterisering, høy andel keisersnitt (nødvendige og unødvendige), rifter og fisteldannelser til urinrør eller endetarm, lav apgarskåre på barnet og forøket perinatal dødelighet (121). Det er dessuten sterke indikasjoner for at omskjæring gir et

psykisk traume som den omskårne bærer med seg resten av livet. Dette kan gi episoder med "flashbacks" for eksempel i forbindelse med gynekologisk undersøkelse, svangerskap eller fødsel, og kan bli en ny traumatisk opplevelse for den omskårne kvinnen.

Innvandringsmønsteret til Norge siste 25 år har medført at norsk helsevesen ikke sjelden møter kvinner som er omskåret (103, 123). Det bor i dag ca. 10 000 omskårne kvinner i Norge, de fleste av disse har vært eller er infibulerte. Kjønnsllestelse er særlig utbredt i Afrika tvers over Sahel-beltet; fra Egypt og Sudan i nord til nordlige deler av Tanzania i sør og fra Somalia i øst til Senegal i vest, men det er store forskjeller i hvilken type omskjæring som tradisjonelt gjøres. I Somalia, Sudan, Eritrea, Etiopia, Mali og Sierra Leone har man antatt at over 80 % av den kvinnelige befolkningen er omskåret (124). Praksisen er knyttet til etnisk tilhørighet og geografisk område. Verdens helseorganisasjon anslår at ca. 100-140 millioner kvinner har vært utsatt for kjønnsllesting i en eller annen form (10-15% av disse er infibulert), og at omtrent to millioner jenter/kvinner årlig er i faresonen for å bli omskåret. Infibulasjon er sjelden i verden, men i Somalia har dette vært den vanligste omskjæringsformen og også den vi ser mest av i Norge.

Alderen på jentene som blir utsatt for kjønnsllestelse varierer betraktelig, fra nyfødt til under første fødsel. Type I gjøres gjerne tidlig, mens vanligste praksis er at infibulasjon foretas på småbarn/småskolebarn eller rett før puberteten. Blant somaliere som lever i eksil, antas at tidspunktet for inngrepet på jentebarna endres, og nå gjøres "når det passer" (122).

Kjønnsllestelse av jenter er et grovt overgrep og må motarbeides.

Behandlingstilbud

En ny studie tyder på at somaliske omskårne kvinner i Norge føler seg vel mottatt i det norske helsevesen (122), mens andre studier har funnet at det fortsatt er mye fortieelse og ukyndighet. Samtidig kan jordmødre, helsesøstre og leger oppleve emosjonelle, moralske og juridiske utfordringer (125). På initiativ fra Helsedirektoratet er det utpekt personer som skal ta hånd om og gi råd om medisinske komplikasjoner knyttet til omskjæring. Disse personene danner et nettverk, der siktemålet er å samle erfaring og bygge opp kompetanse.

Behandlingstilbudet for omskårne må være tilgjengelig og oppleves som et lavterskeltilbud. Kvinnenes terskel for å kontakte helsevesenet kan være høy, men andelen unge kvinner som ønsker åpnende operasjon har økt (121). Henvisningsgrunn er oftest smertefull og langvarig vannlating, samt problemer ved menstruasjon og samleie. Et åpnende inngrep kan lindre slike plager. Dessuten rapporteres henvendelser før en fødsel eller forestående giftermål. Inngrepet, som er kirurgisk sett lite, består i at det infibulerende seilet som dekker vaginalåpningen og urinrøret spaltes, hvorpå sårflatene sys sammen langs siden. Dette utføres i lokalbedøvelse, i spinalanestesi eller i en lett narkose, som dagkirurgi. For mange kvinner som er infibulert, kan et åpnende inngrep fremkalle sterke reaksjoner etter inngrepet (125). God informasjon før og etter operasjonen er viktig. Mange trenger bekreftelse på at de har valgt rett, og på at inngrepet er helsefremmende og ikke et uttrykk for manglende ærbarhet.

Graviditet kan inntreffe selv om kvinnen er tett infibulert, og dersom vedkommende kommer fra et land hvor slik omskjæring praktiseres, bør omskjæringsstatus kartlegges så nøye som mulig og noteres på helsekortet ved svangerskapskontroll. Fra et medisinsk synspunkt er det best at kvinnen er åpnet før hun blir gravid, det nest beste at hun åpnes i andre trimester av svangerskapet (121).

Dette gjør det lettere å overvåke fødselen på en god måte, og det kan forebygge keisersnitt. I de tilfeller der den infibulerte kvinnen ikke er åpnet før ved fødselstidspunktet, kan en nødløsning være å åpne rett før andre stadium av fødselen, og man bør diskutere med kvinnen om åpning skal skje selv om fødselen ender i keisersnitt. Infibulerte kvinner bør tilbys henvisning til aktuell kvinneklinikk for omskårne i helseregionen. Det er viktig å legge en plan for fødselen og for relevant smertelindring. Kvinnen skal også informeres om norsk lov, som forbyr igjensyng etter fødselen (126). De aller fleste vil se på dette som en fordel. En fødsel er også et relevant tidspunkt å ta opp spørsmålet om omskjæring av egne døtre.

Intervjuundersøkelse av holdninger til kjønnslemlestelse blant somaliere i Norge

Blant somaliske familier bosatt i Norge kan det nå synes å ha utviklet seg en skepsis til omskjæring (122). Skepsisen begrunnes hovedsaklig i egne erfaringer med inngrepet (smertefullt og komplikasjoner), opplysning (fra asylmottak, andre somaliere i Norge) om hvor skadelig denne praksisen er, ny religiøs overbevisning (de vet at infibulasjon ikke er foreskrevet av religionen eller islam), utdanning samt kunnskap om norsk lov. Enkelte somaliere i Norge mener at miljøene er såpass gjennomsluktige at rykter ville gått og man ville ha oppdaget om ”noen” skulle finne på å omskjære jentebarna sine. Antall eksiljenter som omskjæres i Somaliland utgjør bare en liten prosentdel av den totale mengden jenter som omskjæres der. Det har oppstått et rykte om at svært mange jenter bosatt i Norge har blitt omskåret i Somaliland de siste årene, men en forskningsmessig utført undersøkelse har ikke kunnet bekrefte disse ryktene.

Særlig om forebyggende arbeid mot kjønnslemlestelse

Mulighetene for forebygging av overgrep skjer ved at befolkningen har tillit til helsetjenesten og oppsøker helsetjenesten for helsehjelp, råd og veiledning (127), og at tiltakene og motivasjonen er til barnas og kvinnes beste (128). Tiltakene må ikke være av en slik art at barn blir holdt borte fra helsetjenesten. Foreldre må heller ikke unnlate å komme med et omskåret barn som har fått komplikasjoner etter inngrepet av redsel for straffeforfølgelse.

Personell på sykehus har en viktig forebyggende oppgave når de møter omskårne kvinner, ved å opplyse og påvirke de berørte parter, slik at overgrepene ikke gjentas i neste generasjon.

Kjønnslemlestelse har sitt utgangspunkt i kulturelle forestillinger, ofte ikledd folkereligøse oppfatninger. Arbeidet med å endre holdninger i de miljøene som utøver denne praksisen krever et langsiktig perspektiv. Som et ledd i daværende handlingsplan mot kjønnslemlestelse, ble det i 2001 opprettet et nasjonalt prosjekt for gjennomføring av tiltak i handlingsplanen, Omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring (OK-prosjektet). Prosjektets siktemål var å utvikle og prøve ut metoder for informasjons- og kunnskapstiltak (129). En evaluering av prosjektet viser at det gjennom sin kunnskapsproduksjon og spredning av denne har bidratt til å gjøre det offentlige bedre i stand til å sette temaet på dagsorden, heve kunnskapsnivået og utvikle prosedyrer og samarbeidsrelasjoner for å arbeide med dette spørsmålet (130). Det er viktig at langsiktige informasjons- og kunnskapstiltak videreføres.

Særlig om obligatorisk underlivsundersøkelse

Kjønnslemlestelse er et meget alvorlig overgrep mot dem som rammes, og det har vært diskutert politisk og i fagmiljøene om det bør foranledige obligatoriske underlivsundersøkelser for forebygging.

Spørsmål om kjønnslemlestelse er bare aktuelt for en meget liten gruppe jenter i Norge. Det har likevel vært foreslått at alle jenter skal undersøkes. Rådet for legeetikk, Norsk gynekologisk forening og Norsk Barnelegeforening har alle uttalt seg mot obligatorisk underlivsundersøkelse (131-133). Noen barn vil kunne oppleve undersøkelsen som uforståelig og nedverdiggende (128). Dette vil særlig være tilfellet dersom slike undersøkelser begrenses til kun å omfatte risikogruppen. Slik undersøkelse kan da uintendert pålegge jenter en etnisk identitet de ikke selv føler de har, siden det å være omskåret i stadig mindre grad er en del av etnisk identitet hos dem som er berørt. Det vil dermed kunne svekke en hel innvandrergroupes tillit til myndighetene (122). Hvis underlivsundersøkelser skal være en effektiv måte å forhindre kjønnslemlestelse på, må undersøkelsen gjentas ofte gjennom barneårene, 1-2 ganger i året, kanskje helt opp til 18 års alder. Det må også tas hensyn til at normalvariasjonen i jenters anatomi er stor.

Andre har tatt til orde for gjeninnføring av rutinemessig underlivsundersøkelse av jenter under henvisning til at slik undersøkelse generelt ikke oppleves traumatisk for små jenter, og derfor ikke er et holdbart argument mot slik undersøkelse (134). En generell screening vil kunne ha som hovedeffekt at vanlige helseproblemer i jenters underliv blir oppdaget tidligere, samt at legene blir mer fortrolige med og får mer kunnskap om denne delen av kroppen.

Obligatorisk underlivsundersøkelse synes da å ha som eneste begrunnelse å avskrekke foreldrene fra å få utført overgrepet og eventuelt straffeforfølge dem. Fordi man ikke tar tak i problemets årsak, vil heller ikke en helseundersøkelse alene være et effektivt virkemiddel for å bli kvitt kjønnslemlestelse. En omlegging av praksis på dette området vil også sette helsetjenesten i en helt ny rolle ved at man gjennom lov blir pålagt å undersøke jenter for å avdekke både medisinske og eventuelle kriminelle forhold, det vil si etter at overgrepet fak-

tisk har skjedd. Hvordan dette vil kunne påvirke mulighetene til å forebygge nye overgrep er usikkert. Kjønnslemlestelse må bekjempes gjennom informasjon og andre holdningsskapende tiltak, og med mer målrettede tiltak i de tilfeller der det er grunn til å tro at slike overgrep er planlagt eller gjennomført.

Holdningen til kjønnslemlestelse er i rask endring i de berørte gruppene. Nyere undersøkelser viser at mange tar avstand fra skikken, og at mange unnlater å få sine døtre kjønnslemlestet. Samtidig er kjønnslemlestelse et konfliktområde i mange familier, der noen presser på for å få det utført, mens andre er imot. Ulike typer kontrakter eller avtaler om rutinemessige undersøkelser kan i slike tilfeller antagelig virke forebyggende, idet helsepersonell kan støtte de i familien som ønsker at inngrepet ikke skal skje, og det kan være risikospillet for dem som ønsker at det skal gjennomføres. Legeforeningen støtter slike tiltak.

Rutinemessige, obligatoriske undersøkelser, forstått som undersøkelser utført om nødvendig med tvang, antas derimot å kunne virke mot sin hensikt, og anbefales derfor ikke av Legeforeningen.

Særlig om regelverket knyttet til kjønnslemlestelse

Alle former for kjønnslemlestelse av jenter er forbudt og utførelse av dette, samt medvirkning hertil, vil kunne gi grunnlag for både tilsynsreaksjoner og straff etter norsk lov, jf.

kjønnslemlestelsesloven (126), helsepersonelloven og straffeloven. Det er også straffbart å bidra til at kjønnslemlestelse utføres. Kjønnslemlestelse er straffbart også om det foretas utenfor Norge, dersom jenta har fast opphold i Norge.

Når helsepersonell kommer i kontakt med jenter som har vært, eller som det er grunn til å tro at vil bli utsatt for kjønnslemlestelse, aktualiseres spørsmålet om kommunikasjon av disse opplysningene til andre instanser. I utgangspunktet har helsepersonellet taushetsplikt, og kommunikasjon

med andre instanser må derfor skje på grunnlag av særskilt unntak fra denne.

Opplysningsplikter

Helsepersonell som får mistanke om at en pasient i nærmeste fremtid står i fare for å bli omskåret uavhengig av helsepersonellens innsats, har ikke bare en rett til å melde fra om dette til politiet eller barneverntjenesten i henhold til helsepersonelloven § 23 nr. 4, men også en plikt, jf. helsepersonelloven § 31. Helsepersonells plikt til å varsle politi for å avverge alvorlig skade på person omfatter enhver form for kjønnslemlestelse. I tillegg må omskjæring i mange tilfeller anses å være grov legemsbeskadigelse som rammes av straffeloven § 231. Straffeloven § 139 om meldeplikt ved fare for gjentakelse av alvorlige forbrytelser kan dermed også komme til anvendelse i disse situasjonene, men denne bestemmelsen har sine klare begrensninger. Bestemmelsen kan være aktuell der helsepersonell har opplysninger om at én eller flere søstre av en jente allerede er omskåret. Avvergelsesplikten etter helsepersonelloven § 31 har ikke som vilkår at det allerede er begått en slik handling.

Helsepersonell har videre en lovpålagt opplysningsplikt til barnevernet. Opplysningsplikten gjelder blant annet når det er grunn til å tro at en jente blir mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt, for eksempel kjønnslemlestelse. I forhold til kjønnslemlestelse vil den omfatte jenter som ikke kommer til nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling etter omskjæring. Det er tilstrekkelig med en begrunnet bekymring eller mistanke om at en jente kan bli utsatt for kjønnslemlestelse. Etter en konkret vurdering vil opplysningsplikten også kunne gjelde ved mistanke om at kjønnslemlestelse allerede er utført (135-7). Plikten til å gi barnevernet opplysninger går foran taushetsplikten. Den som gir opplysninger til barnevernet i henhold til opplysningsplikten, bryter altså ikke taushetsplikten.

Avvergelsesplikt etter kjønnslemlestelsesloven

Helsepersonell, yrkesutøvere og ansatte i barnehager, skoler, skolefritidsordninger, helse- og sosialtjenesten og trossamfunn samt forstandere og religiøse ledere i trossamfunn har plikt til å søke å avverge en kjønnslemlestelse, jf. kjønnslemlestelsesloven § 2. Dette kan oppnås på ulike måter. I mange tilfeller kan det være tilstrekkelig at legen tar forholdet opp med jentas foreldre. Det kan også gjøres ved å melde fra til barnevernet. Dersom det er fare for at kjønnslemlestelse vil skje i umiddelbar fremtid, bør saken meldes til politiet.

Helsepersonellet, yrkesutøveren eller den ansatte har avvergelsesplikt når det er begrunnet mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje. Det må foretas en konkret vurdering i den aktuelle situasjon. Det er altså ikke et krav at vedkommende positivt vet at det planlegges en kjønnslemlestelse. Tersken for kunnskap må således ikke legges for høyt. Selv om avvergelsesplikten i kjønnslemlestelsesloven bare gjelder helsepersonell og enkelte grupper yrkesutøvere/ansatte, kan også andre personer ha avvergelsesplikt etter straffeloven.

Undersøkelse og behandling etter at kjønnslemlestelse har funnet sted

Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp og behandling av skader eller komplikasjoner etter omskjæring. Rett til nødvendig helsehjelp kan innebære deinfibulering for jenter/kvinner som har gjennomgått type III-omskjæring. Leger og annet helsepersonell har også et medisinsk oppfølgingsansvar overfor pasienter som allerede er omskåret og dermed skadet i underlivet. Det er et dilemma at melde- og avvergelsespliktene kan forhindre jenta eller familien fra å oppsøke helsetjenesten. Her har imidlertid lovgiver foretatt noen valg med hensyn til taushetspliktens grenser.

Dersom kjønnslemlestelse har funnet sted vil det ofte være behov for undersøkelse og behandling av jenta. Det er av vesentlig betydning at jenta/kvinnen kan oppsøke helsetjenesten i tillit til at hun kan få nødvendig helsehjelp (for behandling av skadene), uten at hennes nærmeste familie risikerer straffeforfølgning. Uten slik tillit vil pasientene kunne komme til å trekke seg tilbake og ikke oppsøke helsetjenesten, selv ved komplikasjoner på omskjæring, og dette vil i sin tur ramme jentene som er blitt omskåret.

Dersom foreldrene ikke samtykker til at jenta skal få helsehjelp, kan barnevernet fremme sak for fylkesnemnda for sosiale saker som kan gi slikt samtykke. Det vil i mange tilfeller være nødvendig at legen gjør barnevernet oppmerksom på barnets behov for helsehjelp gjennom å benytte opplysningsplikten i helsepersonelloven.

Legeforeningen mener

- Kjønnslemlestelse av jenter er et grovt overgrep og må motarbeides.
- Kvinner som allerede er omskåret må få best mulig behandling. Dette er også et viktig tiltak i arbeidet med forebygging av kjønnslemlestelse.
- Tvangsmessig underlivsundersøkelse frarådes.

Dette kan virke mot sin hensikt i arbeidet mot kjønnslemlestelse.

- Ulike typer kontrakter eller avtaler om rutinemessige undersøkelser kan i visse tilfeller virke forebyggende, og Legeforeningen støtter slike tiltak.
- Kjønnslemlestelse bør være et obligatorisk tema på barselavdelinger, under helsestasjonsprogrammet for nyfødte og under skolestartundersøkelsen. De som jobber i kommunehelsetjenesten må ha kunnskap om hva kjønnslemlestelse innebærer, hvem som står i fare for å bli utsatt for det og hvordan man bør snakke med foreldrene og andre nære personer om det.

Innvandrerbarn og -ungdom er en sammensatt gruppe med ulike helseproblemer, avhengig av migrasjonsårsak, etnisk bakgrunn og sosiale, psykiske og genetiske faktorer (138). Migrasjon kan skape brudd i sosiokulturelle tradisjoner, og gi store omsorgsmessige utfordringer. Flyktningbarn utgjør en særlig risikogruppe for psykososiale problemer, og har ofte behov for profesjonell hjelp fra helsevesenet (139). Innvandrerbarn kommer i kontakt med helsepersonell ved helsestasjon og skoletjeneste, på fastlegekontoret og i sykehus.

Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn skal i utgangspunktet møtes på samme måte, og med samme type tjenester, som andre. En del barn og unge må gis et tilrettelagt tilbud for å sikre at deres behov blir ivaretatt. For å hjelpe barna er god kommunikasjon med foreldrene viktig (54). Mestrer ikke foreldrene norsk, og en ikke har annet felles språk, er bruk av kvalifisert tolk avgjørende. Etterlevelse av foreskrevet bruk av legemidler har vist seg problematisk ved behandling av norske barn (140). Avhengig av kommunikasjonen med og tilliten til helsepersonellet, kan det antas at problemet er ytterligere noe større ved behandling av barn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (141).

Fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste er viktige kontakter for barn, unge og familiene. I møtet med fremmedspråklighet og sosiale utfordringer er tilstrekkelig tid viktig.

Svangerskapskontroll, ernæringsveiledning, vaksinasjoner, ulykkesforebyggende tiltak, psykososiale forhold, oppfølging av psykomotorisk utvikling, og målrettede tiltak i forhold til livsstilsrelaterte tilstander er viktige og tidkrevende oppgaver. Ikke-vestlige innvandrerbarn utgjør 20-30 % av barnekullene under 15 år i enkelte byer. I enkelte bydeler i Oslo utgjør de over halvparten.

Sykdomspanoramaet man kan finne hos barna nødvendiggjør økt opplæring og ressursinnsats i primærhelsetjenesten og god kontakt med fastlegen, slik at tilstandene kan diagnostiseres og behandles uten unødige forsinkelser.

Overvekt og diabetes

Forekomsten av fedme er tredoblet siden 1980 i mange land i Europa, særlig er det en alarmerende økning blant barn. Overvekt og fedme hos barn i etniske minoriteter har vært undersøkt i flere studier. I urbane områder i England viste studier en klar tendens til overvekt hos indiske barn. I Tyskland var frekvensen av fedme hos 5-6 åringer med ikke-tysk bakgrunn 2,4 ganger høyere enn hos tyske jevnaldrende. I USA er det funnet en betydelig økning i overvekt hos afroamerikanske og spanskættede ungdommer.

Eksempel: 14 år gammel gutt av tyrkisk herkomst. Oppsøkte øyelege pga gradvis dårligere syn. Fant øyebunnsforandringer forenlige med diabetes. Ved Barneavdelingen ble diagnosen bekreftet. Gutten var moderat overvektig og i rimelig god allmenntilstand. Han hadde massiv familieanamnese på type 2 diabetes, men som mange type 2 diabetikere hadde han hatt en snikende utvikling av sin diabetes. Ved diagnostiseringstidspunktet hadde han i tillegg til vesentlig redusert syn også høyt blodtrykk, dyslipidemi og begynnende tegn til nyreskade.

Hos voksne er overvekt og fedme klart relatert til helserisiko. Helserisikoen hos barn er ikke like åpenbar som hos voksne, men fedmerelaterte lidelser er til stede allerede i barnealder. Insulin-resistens-syndromet er beskrevet hos barn ned i fem års alder. Type 2 diabetes er økende blant barn og unge. Inntil for få år siden var det ikke registrert tilfeller av type 2 diabetes hos barn i Norge. I 2007 registrerte Ullevål Universitetssykehus type 2 diabetes hos 6 % av sine barnepasienter under 18 år med diabetes. Disse barna er ikke-vestlige innvandrere av første generasjon eller etterkommere, med ett unntak. Dette barnet har en forelder fra ikke-vestlig land. Annen komorbiditet med overvekt hos barn er dyslipidemi, hypertensjon, ortopediske problemer og lungeproblemer.

Forebyggende tiltak må utformes og gjennomføres slik at de treffer godt hos de relevante målgruppene. I dette arbeidet vil helsestasjoner og skolehelsetjeneste, i tillegg til fastlegen, stå sentralt og må derfor styrkes. Det finnes allerede nok kunnskap om hva som kan ha forebyggende effekt til å sette inn tiltak rettet inn mot befolkningen som helhet og mot enkeltindivider (142):

- Skolebaserte programmer som fremmer fysisk aktivitet, modifiserer matinntak og fokuserer på å redusere sedat atferd, kan redusere vekten hos fete barn, spesielt jenter.
- Familiebaserte programmer som involverer foreldre for å øke fysisk aktivitet, fokuserer på å redusere sedat atferd og gir kostholdsopplæring, kan redusere vekten hos fete barn.
- Familiebaserte atferdsendrende program hvor foreldrene har ansvar for endringen, kan medføre vekttap hos barn.
- Sunt kosthold, trening og atferdsendrende tiltak har resultert i en vektnedgang på gjennomsnittlig 10 % i løpet av et år. Resultatene på lengre sikt er usikre.

Vitamin D

Vitamin D er nødvendig for normalt opptak av kalsium i tarmen og normal beinmetabolisme. Vitamin D dannes i huden når den utsettes for sollys. Ved liten soleksponering er vitamin D inntak i kost avgjørende. Konsekvensen av vitamin D-mangel hos barn er rakitt (143). Data tyder på at vitamin D-status er god hos de fleste voksne i den norske befolkningen (144). Ikke-vestlige innvandrere bosatt i Nord-Europa kan ha høy risiko for vitamin D-mangel på bakgrunn av høyere pigmenteringsgrad, lite soleksponering som følge av tildekking av kroppen, lite bruk av tran og kosttilskudd og et kosthold som er fattig på vitamin D. Dette er vist i studier fra Danmark og Storbritannia. Studier fra Norge viser det samme (145). Studier av pakistanske og norske fødekvinner 1990-1991 viste vitamin D-mangel hos 97 % av de pakistanske kvinnene og 35 % av de norske. Ved innvandrundersøkelsen i Oslo 2002 var det høy forekomst av vitamin D-mangel hos både kvinner og menn med fødeland i Pakistan, Tyrkia, Sri Lanka, Iran og Vietnam. Forekomsten var høyest hos kvinner født i Pakistan.

Ved en rundspørring ved norske barneavdelinger i 2000 var det registrert 65 barn med rakitt over en 2-års periode, ti av barna hadde ikke innvandrerbakgrunn. Ullevål Universitetssykehus registrerte 122 barn med rakitt på grunn av vitamin D-mangel fra 2000-2005. Av disse var 81 i alder 1-3 år, og nær samtlige hadde innvandrerbakgrunn. Det er vist sammenheng mellom mors vitamin D-status og rakitt hos barn under to år, og mellom mors vitamin D-status i svangerskapet og beintetthet hos barn ved ni års alder. Vitamin D-innholdet i morsmelk er lavt selv om mor har normal vitamin D-status. Barn som kun ernæres av morsmelk, er avhengige av soleksponering på hud eller tilskudd av vitamin D (146). Alle spedbarn i Norge anbefales vitamin D-tilskudd fra fire ukers alder. Når det foreligger vitamin D-mangel hos mor i svangerskapet, slik tilfellet er for en stor andel kvinner med ikke-vestlig etnisitet, er

tilskudd til barnet av ekstra stor betydning. Informasjon og utdeling av vitamin D i svangerskapet forebygger likevel ikke uten videre vitamin D-mangel blant gravide (141).

Nasjonalt råd for ernæring har foreslått tiltak for å motvirke vitamin D-mangel (144). Disse må iverksettes og gjennomføres.

Barnevaksinasjon

Alle barn bosatt i Norge har tilbud om vaksiner ved helsestasjonen og i skolehelsetjenesten i den enkelte kommune. Vaksinasjonsdekningen i Norge er god. Det er likevel en oppfatning blant helsepersonell at deknningen er noe lavere blant ikke-vestlige innvandrere, men dette er ikke tallfestet. Helsedirektoratet har anbefalt å kople data fra enkelte sentrale helseregistre opp mot SSBs fødelandsfil for å identifisere områder som vil kreve styrking for bedre forebyggende arbeid (147). En tilsvarende vurdering av vaksinasjonsdekning i forhold til etnisitet ut fra foreliggende registreringer i de elektroniske helsestasjonsregistreringene bør vurderes. Det forebyggende arbeidet som vaksinasjonene i barnealder representerer, vil da kunne styrkes. Informasjon om barnevaksinasjonsprogrammet bør utarbeides på flere språk.

Nyfødte barn som har en forelder fra land med høy forekomst av hepatitt B, anbefales vaksinert mot Hepatitt B med oppstart på barselavdelingen. Det anbefales også at nyfødte barn med en forelder fra land med relativt høy forekomst av tuberkulose bør få BCG-vaksine allerede på barselavdelingen eller ved første kontakt med helsestasjonen (148). Det elektroniske SYSVAK-systemet bør i denne forbindelse tilpasses for brukere utenom helsestasjonen. Dette vil kunne bedre muligheten for å fange opp de nyfødte som eventuelt ikke er vaksinert på barselavdelingen, og slik sikre at videre vaksinering blir fulgt opp.

Mange innvandrerbarn besøker foreldrenes tidligere hjemland en eller flere ganger, til dels med lange opphold hos familie. Vaksinasjonsprogrammet for barn er rimeligvis ufullstendig i forhold til å dekke de mest aktuelle infeksjonssykdommene barn kan bli utsatt for i ikke-vestlige land (149). Dette gjelder sykdommer som tyfooidfeber, hepatitt A, hepatitt B og meningokokksykdom. Polio, difteri og tetanus, som er del av barnevaksinasjonsprogrammet, er også aktuelle tilstander i flere av landene. Barna vil ikke være godt nok dekket om det er gått for lang tid siden siste vaksine. Malariaproylaksis er vesentlig både i Asia og ikke minst i Afrika hvor plasmodium falciparum er mer utbredt. Informasjonen om reisevaksinene og rådgivning om forebyggende tiltak i forhold til så vel malaria som ulike diarétilstander, er ikke godt nok tilgjengelig. Barn er spesielt utsatt for å få både tyfooidfeber, malaria, shigelloser og hepatitt A. Dette er tilstander som kan lage lange og ubehagelige sykdomsforløp med behov for lengre tids hospitalisering. Dette kan forhindres ved en målrettet og tilgjengelig informasjon til innvandrerefamilier før reise til opprinnelsesland.

Vaksinasjon ved utenlandsreiser blir i dag bekostet av den enkelte familie. Om man har mange barn og skal besøke et land med mange nødvendige vaksiner, kan økonomien være en begrensende faktor. Manglende vaksinasjon vil kunne gi betydelige helseproblemer for barna.

Inngifte og barns helse

Inngifte er ekteskap mellom individer som er tre menninger eller nærmere beslektet, og medfører økt risiko for sykdom og dødsfall hos barn. Inngifte er utbredt i store deler av verden, spesielt i Nord-Afrika, Midt-Østen og Sør-Asia. I innvandrerebefolkningen fra disse regionene er inngifte hyppig forekommende (10-26 %). Blant den norske befolkningen er inngifte nå svært sjelden, men for noen generasjoner tilbake var det mer vanlig.

Norge gjør systematisk registrering av inngifte i befolkningen (150). Rapporten kartlegger dødfødsler, spedbarnsdødelighet, medfødte misdannelser som er diagnostisert ved fødsel og dødsfall fra fylte ett år og opp til voksen alder. Det er en ikke ubetydelig medisinsk risiko forbundet med inngifte. Ved søskenbarnekteskap er risikoøkningen:

- Dødsfall 60 %
- Medfødte misdannelser som er synlige ved fødsel 100 %
- Dødsfall fra fylte ett år opp til voksen alder 75 %
- Spedbarnsdød (første leveår) 150 %

I den norsk-pakistanske befolkningen er inngifte årsak til 30 % av dødfødslene, 42 % av spedbarnsdødsfallene og 32 % av de medfødte misdannelsene.

Samlet sett er inngifte årsak til noe under 10 ekstra tilfeller av dødfødsel og spedbarnsdød hvert år i Norge. Den økte dødeligheten er imidlertid uttrykk for en vesentlig større underliggende sykkelighet. Inngifte er beregnet å være årsak til ca. 20 ekstra tilfeller av medfødte misdannelser i året, men tallet antas å ligge høyere. Det er likevel rimelig i denne sammenhengen å påpeke at de fleste barn også i inngifteekteskap er friske og normale.

Det bør arbeides for å finne akseptable og hensiktsmessige metoder for å redusere inngifte, herunder gjennom dialog med aktuelle miljøer og informasjon om mulige konsekvenser.

Psykisk helse hos barn og unge

En undersøkelse av mental helse hos ungdom i multikulturell kontekst viste at ikke-vestlig ungdom har høyere risiko for psykiske lidelser enn norsk ungdom, men det var store variasjoner mellom innvandergruppene (151). Ensomhet er en viktig risikofaktor. Som flyktninger represen-

terer barn- og ungdom en sårbar gruppe. De kan være direkte ofre for vold og andre typer overgrep eller indirekte traumatisert ved å være vitne til eller høre om traumatisering av mennesker som er viktige for barnets sikkerhet og omsorg. En trussel mot foreldrene er for barnet en trussel mot det selv, da det setter i fare den beskyttelse og trygghet barnet trenger for å utvikle seg. Traumatiserte barn viser mer symptomer på posttraumatisk stress når foreldrene er truet som del av traumat. Barn med personlige opplevelser av vold og som har mistet nære slektninger på grunn av vold, har økt risiko for psykiatrisk sykkelighet (152, 153). Traumatiserte foreldre har i blant mer enn nok med egen overlevelse både fysisk og mentalt. Oppvekst med foreldre som strever med egne traumer kan gjøre at barnet opplever situasjonen som ensom og ubeskyttet.

Helsemessige faktorer er av stor betydning for barnets tilpasning i en ny livssituasjon, og krever at man har et bredt perspektiv ved utredning og behandling. Hendelser og faktorer før og under flukt innebærer ofte en helserisiko, og vil kunne redusere barnets evne til å takle nye situasjoner. Kompliserte tilstandsbilder kan sees, der emosjonelle/atferdsmessige vansker opptrer sammen med somatiske tilstander, som infeksjonssykdommer og mulige hjerneskader grunnet infeksjoner, under- og feilernæring. Fysisk/nevrologisk skade forårsaket av deprivasjon, sykdom og skade etter kuler, granater og landminer må avklares. Disse skader er en integrert del av tvungen migrasjon, forfølgelse og flukt, men kommer kanskje ikke til syne før etter flere år (154).

Ved vurdering av et barns tilpasning i en ny kultur er det nødvendig å ha et tydelig perspektiv på både *tid* og *utvikling*. Barnets alder ved oppbrudd fra sitt hjemland er viktig for vurdering av utviklingsoppgaver på de ulike alderstrinn. Traumer, flukt, sykdom, tap av mennesker de er glad i og avhengige av, og tap av språk og kultur og tradisjoner representerer forstyrrelser i utvi-

klingsprosessen. Mange barn tilbringer år av sine liv på flukt, mens de reiser fra ett land til et annet. Mange barn, enten de er enslige mindreårige asylsøkere eller barn med asylsøkende omsorgspersoner, kan oppleve år på asylmottak i påvente av endelig behandlet asylsøknad. Samtidig går viktig tid, tid som skulle vært brukt til utvikling og kreativitet innen en trygg ramme. Barnet utvikler seg uansett, men det ekstra stress som de utsettes for under flukten, gjør at barnet er i høy risiko for å utvikle mistilpasning og mentale helseproblemer. I et utviklingsperspektiv kan de mer ekstreme konsekvenser av disse påkjenningene innebære alvorlige skader med hensyn til barnets personlighetsutvikling.

”- Dette handler om å investere i fremtiden til disse menneskene. Vi vet ganske mye om hvordan det har gått med barn som vokser opp på asylmottak. Mange sliter både helsemessig og skolemessig, og det er en overrepresentasjon av dem i barnevernet, sier Berg. Hun mener barnefamilier som har søkt asyl bør bli tilbudt ordinære boliger utenfor asylmottakene.”
Forskningsleder Berit Berg, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU til Vårt land 31.3.2008.

Problemer som oppstår ved at foreldre og barn tilpasser seg en ny kultur med ulik fart, kan også medvirke til å sette barnets utviklingsprosess i fare. Foreldrene ønsker gjerne at barna skal fungere i den nye kulturen, men kan ikke de nye kodene selv og vet ikke hvordan de skal hjelpe barna sine. Barna møter fra foreldrene motsetningsfulle budskap om å tilpasse seg og samtidig holde på sin opprinnelseskultur. Barn og unge kan ha det spesielt vanskelig nettopp fordi de må leve i to verdener, hjemmet og samfunnet, og oppleve et stort kulturelt krysspress. Barn av ikke-vestlige innvandrere har flere symptomer på deprimert enn

barn av majoritetsbefolkningen (155, 156). Det er stor variasjon mellom ulike innvandregrupper. For barn og unge viser de fleste studier at atferdsproblemer, rusproblemer, og psykiske vansker er mer utbredt blant andregenerasjonsinnvandrere sammenliknet med førstegenerasjonsinnvandrerbarn (157, 158). Dette kan sannsynliggjøre at en svakere kulturell forankring er en risikofaktor for psykiske helseplager blant innvandrerbarn.

Kultur som kamuflasje for psykiske lidelser/ utviklingsforstyrrelse.

10 år gammel somalisk gutt født i Norge henvist til barne- og ungdomspsykiatrien som øyeblikkelig hjelp, uten utredning i førstelinjen, fordi han ble oppfattet som farlig, han hadde problemer med skolekamerater og man trodde det skyltes mobbing og rasisme. Utredning konkluderte med en klassisk ADHD, god effekt av tiltak i hjem og skole samt medisiner.

13-årig kinesisk jente oppvokst i Norge henvist med språkvansker, tidligere forstått som ”normalt i to-språklig-familie”. Utredning avslørte en autistisk tilstand. Problemene hadde vært kjent i hjem og skole i mange år.

Henvising, utredning og behandling av flyktningsbarn og ungdom med psykiske vansker er en utfordring. De trenger "noe mer" tilrettelegging av tilbudet. Dette inkluderer forståelsen av kulturelle faktorerets betydning i de problemer som har oppstått. Det må gjøres en adekvat utredning av viktige faktorer. Konkluderes det for tidlig kan kulturelle forhold bli kamouflasje for psykiske lidelser/utviklingsforstyrrelser (159). Dessverre er det situasjoner der barn i asylmottak avvises fra hjelpeapparatet, som finner det vanskelig å tilby behandling til barn i en så usikker livssituasjon. Det er usikkert hvor lenge barnet og familien blir boende, og igangsettelse av langvarige tilbud er i mange tilfeller kontraindisert. Det er viktig at barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har et differensiert tilbud til flyktningsbarn. Ofte vil en samtale med familie og mottakspersonell kunne avklare problematikken og føre til konkrete tiltak som vil kunne avhjelpe situasjonen for barnet og de nærmeste. Allerede på henvisningstidspunktet kan det være hensiktsmessig å vurdere valg av arena for utredning og eventuelt behandling. Av erfaring vet vi at mange flyktningsfamilier vegrer seg for kontakt med den psykiatriske helsetjenesten/BUP. I samarbeid med fastlege/helsesøster/lærer kan man bli enige om at utredning og behandling av barnet kanskje bør finne sted på legekontoret, på helsestasjonen eller på et rom på skolen der barnet går. Det avgjørende er hvor barnet og familien allerede er kjent og føler seg trygget.

Ved bekymring for omsorgssituasjon og i den videre oppfølging av barnet, er samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten viktig. For å forbedre dette samarbeidet er det viktig at også barneverntjenestens kapasitet og kunnskap om innvandrerbarn og -ungdom styrkes.

Utfordringer man kan møte ved utredning og behandling av barn og ungdom

- Kulturelle uttrykksformer for stress som kan være annerledes enn det vi kjenner.
- Vurdering av barn i familier der foreldrene er traumatisert, da dette kan få følger for deres mulighet til å gi barna den hjelp og støtte de trenger.
- Barn av traumatiserte voksne, når det er ukjent hvorvidt barnet selv er traumatisert
- Barns lidelser "brukt" i asylsøknad. Er barnets problemer "påført" av de voksne i et desperat forsøk på å få innvilget asyl?
- Barn som oppgir som foreldre voksne vi etter hvert forstår er "fremmede".
- Problemstillinger knyttet til omskjæring av jenter.
- Vurdering av barns omsorgssituasjon: Hva er "godt nok"?
- Barn med de-vitaliseringssyndrom, flyktningsbarn som har sluttet å "leve", flyktet fra seg selv eller inn i seg selv, de bare eksisterer, må mates, stelles.

Det er få studier som har fulgt flyktningsbarn over tid (152). En gjennomgang av eksisterende studier viser at mellom 50 % og 80 % av flyktningsbarna fikk diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) to år etter at familien flyktet. Selv etter 12 år hadde mange av barna store problemer. Funnene synes å være i samsvar med undersøkelser gjort i Norge (153). En studie utført ved BUP i Stavanger (159) viser at flyktningsbarn representerer hele spekteret av barne- og ungdomspsykiatriske lidelser, i tillegg til påkjenninger og traumer i forbindelse med flukt og eksil. Imidlertid diagnostiseres en del flyktningsbarn som PTSD,

uten traumehistorie, ved antakelse av traumbakgrunn hos flyktningbarn. Undersøkelsen viste også en underdiagnostikk av hjerneorganiske tilstander.

Å benytte en såkalt ”culture-broker” eller ”kulturformidler” i utredning og behandling kan være nyttig. Kulturformidleren deltar i teamet rundt pasienten og familien, men ikke nødvendigvis i direkte kontakt med familien. Rollen innebærer andre funksjoner enn tolk, da kulturformidleren kan formidle kulturspesifikk kunnskap som er viktig for behandlernes forståelse av pasientens problem og adekvate tiltak.

Legeforeningen mener

- Helsetjenestetilbudet til innvandrerungdom må samordnes og videreutvikles for å imøtekomme aldersgruppens spesielle problemer.
- Helsefremmende og forebyggende helsearbeid rettet mot barn og unge er avgjørende for å sikre god fysisk og psykisk helse blant innvandrere. Kompetanse og bemanning ved helsestasjoner og skolehelsetjeneste må styrkes og samarbeidet med fastlegen bedres.
- Det etterlyses en strategi for fysisk aktivitet, kosthold og helse som også er rettet mot ulike ikke-vestlige innvandrergrupper, herunder grupper av innvandrerbarn.
- Aldersgrensen for fritak fra egenandeler må heves til 20 år.
- Det må arbeides for større åpenhet om psykiske lidelser i skolen.
- Det bør forskes mer for å få økt kunnskap om forebyggende tiltak mot barn og unge i de innvandrergrupper hvor etnisitet bidrar til å øke forekomsten av overvekt, fedme og type 2 diabetes.
- Strategier for hvordan insulinresistens, dyslipidemier og type 2 diabetes skal kunne diagnostiseres tidlig hos unge mennesker i de risikoutsatte folkegruppene bør utvikles og ha høy prioritet.
- Vitamin D-mangel har særlig store conse-

kvenser for helsen til gravide, spedbarn og barn i vekst. Dette må vektlegges ved innvandrerkvinner svangerskapskontroll hos fastlegen og på helsestasjonen.

- De foreslåtte tiltak fra Nasjonalt råd for ernæring for å motvirke vitamin D-mangel må iverksettes og gjennomføres.
- Tilrettelagt informasjon om standard barnevaksinasjonsprogram og informasjon om tiltak ved reiser må foreligge på de aktuelle språk.
- Det bør vurderes om barn av familier med hjemland hvor særlige vaksiner er anbefalt, skal få vaksinene som del av det gratis vaksinasjonsprogrammet.
- Giftermål innen familien gir helsemessige konsekvenser for barns helse. Informasjon om konsekvensene må følges opp kontinuerlig, og det bør arbeides for å finne akseptable og hensiktsmessige metoder for å redusere inngifte.
- Kapasitet og kunnskap i barne- og ungdomspsykiatrien om innvandrerbarn og -ungdom må styrkes.
- Barn på asylmottak og enslige mindreårige flyktninger må prioriteres i psykiske helsetjenester.
- Samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten ved bekymring for omsorgssituasjon og den videre oppfølgingen må forbedres. Også i barnevernstjenesten må kapasitet og kunnskap om innvandrerbarn og -ungdom styrkes.

9 Smittsomme sykdommer

Helsesituasjonen innen ulike innvandregrupper varierer sammenliknet med befolkningen for øvrig og har sammenheng med forholdene i opprinnelseslandet. Ikke-vestlige innvandrere har høyere forekomst av enkelte smittsomme sykdommer som tuberkulose, hiv-infeksjon, hepatitt B, malaria, hepatitt A, tyfoidfeber og bakteriell dysenteri/shigellose. Hovedgrunnen til høyere forekomst av disse sykdommene er at innvandrere allerede ved tidspunktet for ankomst til Norge var smittet eller var nysmittet under besøk i tidligere hjemland (22). Eksotiske importsykdommer som malaria, tyfoidfeber, dengue feber og rikettsiose er et lite problem. Kroniske infeksjonssykdommer som kronisk hepatitt B og C og hiv har heller ikke stort omfang, men epidemiologisk overvåking og oppfølging har likevel stor betydning. På verdensbasis er tuberkulose på fremmarsj. Dette gjør det nødvendig å opprettholde høy beredskap.

Hepatitt

Hepatitt A er en akutt leversykdom som smitter via forurenset vann og mat. Mange innvandrere fra land i Asia og Afrika har allerede hatt denne sykdommen før de ankommer landet. Hepatitt B smitter ved blod og kroppsvæske. Det bor omkring 15 000 personer med hepatitt B i Norge, de fleste av disse er innvandrere fra Afrika og Asia. Hvert år oppdages det 500 nye personer med kronisk infeksjon, hvorav om lag 80 % er av utenlandsk opprinnelse. Hepatitt C smittes på samme måte som ved hepatitt B, men er mindre smittsom.

Tuberkulose og hiv

Testing for tuberkulose er obligatorisk. Hvis det påvises aktiv tuberkulose hos en asylsøker blir vedkommende "satt på hold" på avlastningstransitene frem til ferdigbehandling. "Personer som er under behandling for tuberkulose, bør ikke sendes ut av landet mot sin vilje før behandlingen er fullført. Unntatt er situasjoner der behandlingen kan fullføres på det stedet personen sendes til" (160).

For hiv er testingen frivillig, og ansvaret for testingen er flyttet til de ordinære mottakene rundt om i landet (161). Da hiv-testingen ble flyttet sank testeaktiviteten (162), og muligheten for rask behandling ble betydelig redusert.

Smittevernloven § 6-1 spesifiserer at "en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling, pleie og annen nødvendig smittevernhjelp" (63). De som tester positivt etter ankomst følges likevel ikke godt nok opp verken når det gjelder hiv (66) eller tuberkulose (67). Ordinære mottak er ofte lokalisert langt fra de hiv-klinikkene vi har per i dag. Det er heller ingen systematikk i at aktuell hiv-klinikk får beskjed om at pasienten skal flyttes, slik at man kan sørge for en forsvarlig oppfølging med hensyn til antiviral behandling. Innledende standardregime for antiviral behandling er omtrent det samme i Afrika og i Norge, slik at stadig flere hiv-positive som ankommer landet allerede står på hiv-medisiner. På samme måte som ved tuberkulose, må man ved hiv-behandling kombinere minst tre ulike medikamenter, og medisinerne bør tas på samme tid hver dag for at det ikke skal utvikles resistens. Det er derfor viktig at det ikke blir lange og unødvendige opphold i behandlingen. Under hiv-behandling oppnår de fleste å ha ikke-påvisbart virus i blodet, og er således mindre smittsomme enn ubehandlete. For å sikre at asylsøkere i tilstrekkelig grad kan følges opp over landegrensene bør for øvrig hiv-journal med viktige basisopplysninger utformes, jf. kapittel 3.

På tross av at hiv er et stort problem i afrikanske land er smitten i stor grad tabubelagt og kunnskapsnivået lavt. I en undersøkelse om levekår og livskvalitet blant hiv-positive oppga omkring halvparten av de smittede fra Afrika at de ikke visste hvordan de ble smittet (66). Mistanke om at noen i familien har hiv eller tuberkulose kan påvirke hele familiens renommé med sosiale og økonomiske konsekvenser.

Hiv og tuberkulose har mange fellestrekk både når det gjelder smitte, behandling og resistensutvikling og kan med fordel koordineres bedre (163). I 2006 ble det diagnostisert 276 nye hiv-smittede i Norge. Det var det høyeste antallet diagnostiserte noensinne (164). Av disse var sju sprøytemisbrukere, 90 homofile menn og 122 innvandrere. Innvandrere utgjør nå en tredel av de hiv-positive i Norge. Etter smittevernloven § 2-1 (63) skal en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom snarest mulig gis informasjon om sykdommens smittsomhet og smitemåter, om hvilke lover og bestemmelser som gjelder, samt få særskilt personlig smittevernveiledning. Det er derfor ønskelig at alle fra høyendemisk fødeland ikke bare testes for tuberkulose ved ankomst, men også anbefales å teste seg for hiv. Alle asylsøkere fra høyendemiske fødeland bør tilbys hiv-test allerede ved primærmottaket. Når dette i dag unnlates kan det ha uheldige smittemessige følger også for tuberkulose siden Mantoux-test ofte er negativ hos hiv-pasienter, og tuberkulose oftere har atypiske presentasjonsformer.

En ung, afrikansk kvinnelig asylsøker i begynnelsen av 20-årene kommer til infeksjonspoliklinikken. Hun er meget nedbrutt siden hun i forbindelse med en abort i Norge er blitt testet for hiv og nettopp har fått beskjed om at hun er smittet. To gode venninner fra hjemlandet har hatt denne sykdommen, en av dem døde av aids for kort tid siden og livet synes helsvart. Aller mest gruer hun seg til å fortelle dette til den norske kjæresten som hun hadde blitt gravid med, siden han også må teste seg. Siden hun hadde testet negativt på tuberkuloseprøvene på primærmottaket hadde hun trodd hun heller ikke hadde hiv, siden hiv og tuberkulose er meget tett knyttet sammen i landet hun kommer fra.

Reiser til hjemlandet og vaksinasjon

Importsykdommer utgjør ingen stor sykdomsgruppe i Norge, og innvandrere på reise til hjemlandet utgjorde i 2006 om lag 4 % av de som hadde importerte meldingspliktige sykdommer (165). Aktuelle sykdommer rammer imidlertid barn i større grad enn voksne, dette til dels med svært alvorlig sykdom, og bør derfor forebygges så langt som mulig.

Innvandrere reiser ofte tilbake til hjemlandet på kortere og lengre opphold, og bør da kjenne til forholdsregler for å unngå infeksjonssykdommer. Hovedvekten av de som returnerer med malaria i dag, er innvandrere som har vært på reise til hjemlandet (149). Noe av årsaken kan være at de er ukjent med at tidligere immunitet mot malaria svekkes og til slutt tapes, og de vil ha behov for malariaproyfylakse, det vil si malariatabletter, myggnett og myggolje. Nyttens av tyfoidvaksine, og at man kan få i seg bakterier som shigella, salmonella og campylobakter gjennom urent vann og dårlig varmebehandlet mat, bør også informeres om. Få innvandrere synes å oppsøke lege på grunn av diaré etter opphold i utlandet. Den antatte underrapporteringen har liten betydning for den enkelte pasient siden dette meget sjelden krever medikamentell behandling. Av smittevernshensyn er dette likevel uheldig, siden enkelte kan være salmonellautskillere i lang tid og utgjøre et smittereservoar. Det vil særlig ha betydning for personer som jobber i matbransjen.

Legeforeningen mener

- En forutsetning for å holde alvorlige smittsomme sykdommer i sjakk er høy vaksinasjonsdekning, smittesporing og oppfølging og behandling av smittede.
- Hiv-omsorgen må organiseres bedre og samordnes med tuberkuloseomsorgen. Alle gravide immigranter og immigranter fra land sør for Sahara bør tilbys hiv- og hepatitt B-test samtidig med at de testes for tuberku-

lose. Dette bør også gjelde i familiegjennforeningssaker.

- Hiv og tuberkulose har en del fellestrekk og kan med fordel koordineres bedre. Tuberkulosekoordinatorene må gis en sentral rolle i dette arbeidet.
- Engelskspråklig hiv-journal som kan følge hiv-positive Dublin-asylanter bør utformes.
- Helsepersonell på transitt- og asylmottak må gis bedre faglig oppdatering både når det gjelder hiv, hepatitt, tuberkulose og andre aktuelle smittsomme sykdommer. Fagansvaret for dette bør utvikles i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, helst som et samarbeid med spesialister i allmennmedisin, infeksjonsmedisin og lungemedisin.
- Det er viktig at informasjon om alvorlig smittsomme sykdommer holdes oppdatert og deles aktivt ut til pasienter fra høyendemiske land.
- Rådgivning om vaksiner, medikamentell profylakse og hygieniske tiltak ved reiser til opprinnelseslandet må styrkes.
- Informasjon om tiltak ved reiser og om standard barnevaksinasjonsprogram må foreligge på de aktuelle språk.
- Det bør vurderes om barn av familier med hjemland hvor særlige vaksiner er anbefalt, skal kunne få vaksinene som del av det gratis vaksinasjonsprogrammet.

10 Alvorlig traumatiserte flyktninger og asylsøkere

10

Flyktninger og asylsøkere har ofte opplevd svært belastende hendelser før ankomst til Norge. Livstruende situasjoner som følge av krig eller organisert vold, atskillelse fra nær familie, å ha vært vitne til eller ofre for tortur er ikke uvanlig (166, 167). Mange flyktninger og asylsøkere klarer seg bra til tross for påkjennningene de har gjennomlevd, men som gruppe har de økt forekomst av post-traumatisk stresslidelse, angst og depresjon som følge av forfølgelse og vold (28). Eksiltilværelsen i seg selv kan innebære ytterligere belastninger som kan gi nye plager eller forverre de som allerede er der (168, 169), og sårbarhet for å utvikle kroniske plager øker (26). Mange flyktninger kan videre utvikle sterk skepsis og mistenksomhet overfor sine omgivelser. En mistro det kan være vanskelig å fri seg fra under en eksiltilværelse preget av usikkerhet (26).

En undersøkelse av en gruppe flyktninger kort tid etter bosetting i kommunene, viste at de som hadde vært utsatt for fysisk vold eller tortur eller var blitt tvungne til å skilles fra familien, hadde mest plager (170). Slik traumatisering har ofte en ødeleggende effekt på ens personlige integritet. De fører til økt sårbarhet og er forbundet med økt sykdomsrisiko. Vanlige symptomer er søvn- og konsentrasjonsvansker, irritabilitet, ulike smertetilstander eller depresjoner. En kan også se endringer i selvbilde, i evnen til å omgås andre eller til å fortolke den sosiale konteksten en lever i på en meningsfull måte. Dette vil igjen kunne føre til ensomhet eller en følelse av å være forlatt. En slik multibelastende situasjon kan også gjøre at enkelte asylsøkere med barn kan få problemer med å makte en rolle som god forelder. Mange asylsøkerbarn kan leve svært lenge med sterkt deprimerede mødre, og dette kan over tid utvikle seg til omsorgssvikt (19).

Tortur kan utøves i mange former, og kan innebære både psykiske og fysiske skader (171, 172). Sentralt ved tortur er den psykiske nedbrytningen. Torturofre utsettes for belastninger som

medfører fysiske og psykiske skader/traumer som igjen kan gi alvorlige og langvarige følgetilstander. Dette kan påvirke både kognitive funksjoner (persepsjon, hukommelse), følelsesliv (vanskelig å stole på andre, skyldfølelse, skam) og personlighet (mistenksomhet, fiendtlighet, kronisk følelse av vaksomhet). De psykiske plagene vil kunne være invalidiserende, og selv om oppholdstillatelse innvilges gir mange uttrykk for meningsløshet og en følelse av å være ekskludert. Fysiske skader etter tortur kan føre til kroniske smerter, som igjen også kan påvirke den psykiske helsen. Samlet kan dette forhindre muligheten for å kunne yte vanlig eller tilrettelagt arbeid, noe som kunne ha virket positivt på helsen. Torturen gir uttallige følger på stort sett alle organsystemer, fra frakturer til gastritt/ulcus og seksuelle dysfunksjoner (172). En god del muskel- og skjelettskader etter tortur er heller ikke synlige og kan være vanskelig påvisbare ved undersøkelser. En del ofre, også menn, har seksuelle problemer som følge av tortur. Undersøkelser viser for øvrig at leger i flere land deltar i såkalt medikamentell tortur som tvangsinjeksjoner eller tvangsmedisinering. Enkelte flyktninger kan derfor være skeptisk til sprøyter, medisiner og helsepersonell (8, 171).

Torturofre har ofte mange problemer som best løses av fastleger, særlig om disse har kunnskap om følger av tortur (32). Så fremt ikke helsetjenesten spør direkte om tortur og hva som skjedde under torturen, kan det være vanskelig å oppdage og behandle og lindre skader etter tortur. En undersøkelse blant leger i Oslo har vist at de sjelden spurte om traumatiske erfaringer før flukt (84). Det er heller ikke nødvendigvis slik at pasienten selv er kjent med ettervirkninger av tortur. Det har vært anbefalt at fastleger med flyktninger og asylsøkere på sin liste tar seg tid til å lytte til pasientens livshistorie, og at dette bør skje utenom de gangene pasienten oppsøker legen for et konkret helseproblem (42). Legeforeningen mener dette vil kunne skape både gjensidig tillit og åpne for mer målrettede konsultasjoner i fremtiden.

Det er en generell oppfatning at en stor andel av flyktningene sliter med senvirkninger av krig, flukt, tortur, fengsling, og at det er et stort underforbruk av psykiske helsetjenester (68). Etter Legeforeningens mening er dagens psykiske helsevern underdimensjonert. Innvandrere generelt, og flyktninger og asylsøkere spesielt, synes å ha svært vanskelig for å få dekket sitt behov for helsehjelp innenfor denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Dagens organisering med mange små distriktspsykiatriske sentre (DPS), kan synes lite egnet til å yte tilfredsstillende behandling til flyktninger, torturofre og folk med erfaring fra opphold i fengsler eller konsentrasjonsleire. Disse krever mer av behandlingsapparatet enn det et DPS normalt vil kunne yte av faglighet og personellressurser. Norge er et av få land i Europa uten en klinisk spesialinstitusjon for alvorlig traumatiserte flyktninger. Legeforeningen ser at slike behov kan gjøre seg gjeldende for blant annet personer som har gjennomgått tortur. For å styrke det kliniske behandlingstilbudet for personer som har gjennomgått tortur og alvorlig krigstraumatiserte anbefaler Legeforeningen at det opprettes kliniske kompetansemiljøer som et tredjelinjetilbud i spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen mener

- Det kliniske behandlingstilbudet for personer som har gjennomgått tortur og krigstraumatiserte flyktninger er underdimensjonert og må styrkes. Kliniske kompetansemiljøer må opprettes i alle helseregioner.
- Råd og veiledning fra kvalifisert spesialist til helsepersonell som behandler personer som har gjennomgått tortur og krigstraumatiserte må styrkes og gjøres lettere tilgjengelig.
- Psykisk helse hos nyankomne flyktninger og asylsøkere må vurderes grundigere. Lege eller psykolog må i større grad inn og vurdere om det skal gis behandling. Personer som har be-

hov for særskilt medisinsk oppfølging etter transittfasen må overføres til mottak der det ligger til rette for slik oppfølging.

- Tilgangen til legetjenester ved mange asylmottak må bedres.
- På grunn av de helsemessige konsekvensene må gjennomsnittlig oppholdstid ved asylmottak kortes betraktelig ned.

11 Helsehjelp til papirløse innvandrere

11

Det er i dag uklart hva slags ytelser helsetjenesten kan og skal gi til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Papirløse innvandrere er en gruppe man vet relativt lite om.⁴ Det er anslått at omkring 5 000-10 000 personer med ulik nasjonalitet lever i skjul i Norge (173). Det er grunn til å anta at det er et ikke ubetydelig antall barn og mindreårige i denne gruppen (174, 175). Gruppen omfatter asylsøkere som har fått endelig avslag på søknaden, personer som har tatt seg ulovlig inn i Norge uten at utlendingsmyndighetene kjenner til dem, og personer som ikke har reist hjem etter at turistvisumet er utløpt. Norden antas generelt å ha et lavt nivå av ulovlig innvandring, og har samtidig et svært lite marked for ulovlig arbeidskraft som følge av et relativt regulert arbeidsmarked (175). I 2005 ga svenske myndigheter tilbud til asylsøkere med avslag om å behandle søknaden på nytt. Da dukket det opp ca. 8 000 personer man ikke var klar over fortsatt var i landet (173). Majoriteten av papirløse innvandrere som har søkt helsehjelp i Sverige er mellom 25-44 år, og i underkant av to tredjedeler er kvinner (174). En majoritet av de som søkte helsehjelp opplyste å ha barn.

Legeforeningen ser det som viktig å belyse behovene hos denne gruppen.⁵ Det er ukjent hvor mange som oppholder seg ulovlig i landet. Heller ikke har vi kunnskap om hvor mange som har behov for helsehjelp, og hvor mange som har alvorlige kroniske sykdommer eller farlige smittsomme sykdommer. Det er viktig å få en bedre oversikt over hvilke behov disse personene har.

⁴ Denne gruppen omtales også blant annet som personer uten lovlig opphold, udokumenterte eller irregulære innvandrere. Det synes som om stadig flere anvender betegnelsen "papirløse", og denne betegnelsen er valgt i det følgende.

⁵ Oslo legeforening og Buskerud legeforening har nylig gjennomført en spørreundersøkelse om i hvilken grad allmennleger har kontakt med papirløse innvandrere. Kartleggingen viser at allmennlegene har kontakt også med denne pasientgruppen, om enn i varierende grad. Resultatene fra undersøkelsen vil bli publisert.

I forlengelsen av dette, er det også viktig å se hvordan denne uensartede gruppen kan nås og hvilke barrierer som i den forbindelse må overstiges.

Hvilke helseproblemer er det tale om?

Rapporterte helseproblemer blant papirløse innvandrere relaterer seg i hovedsak til skader (herunder arbeidsskader), infeksjoner, seksuelt overførbare infeksjoner og psykiske lidelser. Mange har skader som kan relateres til høyt stressnivå som magesår og diffuse smerter i kroppen (174). Helseproblemene er ofte tett knyttet til dårlig levestandard og arbeidsvilkår, i tillegg til følelse av frykt og håpløshet (176). Måten disse kan ha tatt seg inn i landet på og den levestandard de har etter ankomst, bidrar til å øke deres i utgangspunktet ofte dårlige helse. Det antas at gruppen som helhet har større forekomst av smittsomme sykdommer som tuberkulose og hiv, og at disse ofte er udiagnostiserte (177). Den psykiske tilstanden kan i utgangspunktet være dårlig, og vil måtte forventes å forverres av å måtte holde seg skjult (178). Deres generelt dårlige helse vedlikeholdes og forsterkes av språkbarrierer, lite bruk av landets helse-system og frykten for å bli oppdaget av immigrasjonsmyndighetene (173, 177, 179). Når man ikke oppsøker helsetjenesten, til tross for tuberkulose og hiv eller andre kjønnsykdommer, kan dette representere en betydelig smittefare (180). Det er derfor viktig å nå denne gruppen både med tilbud om undersøkelser, behandling og forebyggende tiltak.

Rettslige og andre barrierer for tilgang til helsetjenester

Papirløse innvandrere har etter pasientrettighetsloven § 2-1, jf § 1-2 rett til øyeblikkelig hjelp, på lik linje med alle andre som oppholder seg i Norge. Det følger imidlertid av prioriteringsforskriften at øvrige rettigheter til helsehjelp etter pasientrettighetsloven ikke gjelder for denne gruppen. Kostnader til helsehjelp fra spesialist-

helsetjenesten (utover akuttillfeller) må altså dekkes av pasientene selv. I praksis utgjør dette for mange en uoverkommelig hindring, ettersom denne gruppen normalt ikke har helseforsikring og heller ikke forventes å ha økonomi til å betale for behandlingen.

I forhold til allmennlegetjenester har papirløse innvandrere ikke rett til å stå på fastlegeliste. Dette fordi en slik rett etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a) forutsetter at man er bosatt i norsk kommune (fordrer registrert bostedsadresse) eller, for asylsøkeres del, er medlem av folketrygden. Likevel har de som andre personer, krav på "nødvendig helsehjelp", jf kommunehelsetjenesteloven § 2-1, smh. § 1-1. Den hjelp som ytes etter kommunehelsetjenesteloven er imidlertid bare slik helsehjelp som hører under kommunens ansvarsområde. I forhold til legetjenester er bestemmelsen videre slik å forstå at den bare stiller krav om at kommunene skal stille helsehjelpen til disposisjon. Den gir ikke pasienten en rett til finansiering av helsehjelpen. Lovgivningen bygger på den forutsetning at finansiering av undersøkelse og behandling hos lege i kommunehelsetjenesten, skjer på grunnlag av medlemskap i folketrygden. Personer som faller utenfor denne ordningen, forutsettes å betale for legetjenestene selv. Dette er problematisk i forhold til personer som ikke har de nødvendige midler, og innebærer i praksis en barriere for papirløse innvandrere i forhold til å oppsøke helsetjenesten.

I den grad papirløse innvandrere likevel oppsøker helsetjeneste og mottar hjelp de ikke har mulighet til å betale for, oppstår spørsmål om hvem som skal dekke kostnadene. Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-1 har som nevnt kommunen ansvaret for å sørge for at enhver får nødvendig helsehjelp, og kommunen skal etter § 5-1 dekke utgiftene ved helsetjeneste den har ansvaret for. Bestemmelsen kan neppe forstås dit hen at kommunen med dette skal forpliktes til å dekke egenandeler og andre kostnader knyttet til pasi-

entbehandling fra enhver som er ute av stand til å dekke disse kostnadene selv.

Forholdet til FN's konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter kan på dette punktet problematiseres. Artikkel 12 i konvensjonen anses å fastslå et prinsipp om rett til helse (*"konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk"*). Det kan spørres om bestemmelsen er tilstrekkelig ivaretatt når retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten fremstår illusorisk, hvilket den gjør for mange papirløse så lenge den enkelte selv må betale for kostnadene utover øyeblikkelig hjelptilfellene.

FN's Barnekonvensjon er ratifisert av Norge og inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Rettighetene i Barnekonvensjonen gjelder alle barn, uten unntak, og i henhold til konvensjonen er staten forpliktet til å sørge for at ingen blir diskriminert. Selv om alle barn i Norge i prinsippet har rett til behandling for sykdom og helsehjelp, er barn i gruppen papirløse innvandrere, herunder barn født i Norge, med dagens system i stor grad hindret fra å motta nødvendig helsehjelp i tidlige leveår (173). Langt på vei skyldes dette trolig de samme barrierer som ellers er beskrevet i forhold til voksne papirløse innvandrere. Det kan imidlertid nevnes at det etter dagens regelverk kan fremstå noe uklart hvor langt retten til helsehjelp og behandling strekker seg for papirløse innvandrerbarn.

I prinsippet har personer uten lovlig opphold heller ikke krav på økonomisk stønad etter lov om sosiale tjenester. Som et utgangspunkt vil rettighetene til personer uten lovlig opphold også etter denne loven være begrenset til å ivareta mer akutte behov og ikke omfatte mer langsiktig hjelp, men de kan ha krav på råd og veiledning i forhold til den situasjonen de er i.

Manglende kjennskap til helsevesenets organisering generelt er også en barriere. En eventuelt negativ holdning hos behandlingspersonalet til å yte helsehjelp til denne gruppen kan virke som en hindring.

Det er et problem at papirløse innvandrere kan unnlate å oppsøke helsevesenet av frykt for å bli registrert eller for at helsepersonellet ”angir” dem til myndighetene (173, 177, 179). Ulovlig opphold er i seg selv ikke tilstrekkelig til å gjøre unntak fra taushetsplikten. (Bare dersom det skulle være tale om en person som for eksempel på grunn av sin sinnstilstand utgjør en direkte fare for andre, ville helsepersonellet være forpliktet til å varsle politiet.) Mange papirløse innvandrere vil ha begrenset kjennskap til regelverket om helsepersonells taushetsplikt, og kan uansett mangle den nødvendige tillit til systemet.

Behov for nærmere vurdering av regelverket

Å begrense tilgang til forebyggende helsehjelp for denne gruppen er dårlig helseøkonomi, all den tid de uansett har krav på øyeblikkelig hjelp når helseproblemet har eskalert (177). Behandling og kontroll av for eksempel diabetes, astma eller hypertensjon kan forhindre behov for omfattende og kostbar behandling når problemet har eskalert til behov for akutt behandling. Prenatal helsehjelp til papirløse mødre har vist seg kostnadseffektivt (181, 182). Å begrense adgangen til helsetjenester, vil også kunne begrense offentlige myndigheters muligheter i kampen mot smittsomme sykdommer blant den alminnelige befolkningen (177).

Et argument for å begrense helsetjenester til papirløse innvandrere har vært at omfattende tilbud til denne gruppen, vil tiltrekke seg ”helseflyktninger”. Basert på amerikanske erfaringer synes ikke dette å være tilfellet (177, 183). Muligheter for arbeid, familiesituasjon/familiespørsmål samt

frykt for å måtte returnere til hjemlandet synes å være langt mer utslagsgivende som motivasjonsfaktorer for å oppholde seg ulovlig.

I Sverige har Røde Kors og andre organisasjoner i flere år hjulpet papirløse innvandrere aktivt og relativt åpenlyst med å få tilgang til helsehjelp og til å ivareta deres grunnleggende menneskerettigheter. Også i Danmark finnes nettverk av personer som tilbyr ulike former for hjelp. I Norge er ikke tilsvarende tilbud kjent (173, 175). Det er ellers grunn til å tro at de fleste som holder seg skjult i Norge søker seg til sitt eget etniske miljø (175).

Statlige myndigheter fokuserer på juridiske og innvandringspolitiske problemstillinger. Leger og annet helsepersonell har på sin side etiske retningslinjer som tilsier at alle pasienter skal få lik tilgang til behandling og helsetjenester. Helsepersonell havner således i et betydelig etisk og juridisk dilemma. Det synes problematisk å kun begrense behandlingen til nødvendig legehjelp. Norske statsborgere med tilsvarende kroniske sykdommer ville naturlig ha fått oppfølging.

Det er av betydning at det legges til rette for at helsepersonell kan yte hjelp uten å måtte gjøre dette i skjul, og uten å måtte tape økonomisk på slik virksomhet. Det har rådet en viss usikkerhet rundt helsepersonells adgang til å yte slik hjelp. Som følge av behandlingen av endringer i utlendingsloven i Stortinget, har et bredt flertall presisert at det ikke kan anses straffbart å yte humanitær assistanse til personer uten lovlig opphold (184). Legeforeningen er positiv til presiseringen av lovverket.

”Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det må på plass en presisering av lovforslagets § 108 tredje ledd, som forbyr forsettlig hjelp til utlending som oppholder seg ulovlig i riket. Denne bestemmelsen kan ikke tolkes så snevert at den setter forbud mot det humanitære handlingsrom som organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon trenger for å kunne yte assistanse til personer uten lovlig opphold med sosiale og helsemessige behov.” Innst. O. nr. 42 (2007-2008)

Det råder fortsatt usikkerhet rundt denne gruppens tilgang til helsehjelp. Myndighetene må sørge for at de kan få dekket sitt behov for nødvendig helsehjelp, også utover øyeblikkelig hjelp. Manglende helsehjelp kan føre til alvorlige konsekvenser for den enkeltes helse. Samtidig kan denne situasjonen skape stort press på ansatte i helsevesenet og frivillige organisasjoner som møter denne utfordringen i praksis.

Når det gjelder forskrivning av legemidler følger det av rekvireringsforskriften § 5-7 at resepter skal påføres fødselsnummeret til den personen legemidlet er rekvirert til. Bestemmelsen oppstiller imidlertid et unntak fra kravet om påføring av fødselsnummer i forhold til ”personer som ikke er tildelt” slikt nummer. Det er ikke klart om unntaket er ment å oppfange situasjonen til papirløse innvandrere, men unntaket synes uansett anvendelig, og Legeforeningen vil under enhver omstendighet peke på viktigheten av at det foreligger en adgang til å gjøre unntak fra kravet om fødselsnummer. I forlengelsen av dette må det også i praktiske henseende være mulig å forskrive legemidler uten bruk av fødselsnummer. Ettersom elektronisk kommunikasjon og elektroniske hjelpemidler i stadig større grad tas i bruk i norsk helsevesen, er det trolig grunn til å understreke nettopp dette. Ved elektro-

nisk samhandling vil rask og enkel identifikasjon i systemene være en forutsetning, og bruk av fødselsnummer kan da være en nærliggende identifikator. Systemene bør imidlertid ikke bygges opp slik at bruk av adresse og/eller fødselsnummer gjøres til en forutsetning for at meldinger skal kunne sendes eller behandles.

Legeforeningen mener

- Regelverket knyttet til papirløse innvandreres rett til helsehjelp må klargjøres.
- Myndighetene må sørge for at personer uten lovlig opphold kan få dekket sitt behov for nødvendige helsetjenester, også utover øyeblikkelig hjelp.
- Helsepersonells taushetsplikt gjelder også overfor papirløse innvandrere.
- Den aktuelle gruppen må gjøres kjent med sine rettigheter, herunder om helsepersonells taushetsplikt og helsevesenets organisering generelt.
- Barn i gruppen papirløse innvandrere er en særlig utsatt gruppe. Rettighetene til papirløse innvandrerbarn må bli tydeliggjort.
- Det må etableres praktiske ordninger for hvordan gruppen skal få tilgang til relevant helsehjelp og medisiner. Dette må utredes i lys av den økte bruk av elektronisk kommunikasjon i helsevesenet. Kjent fødselsnummer må ikke bli en forutsetning for at meldinger skal kunne sendes og identifiseres i systemet.

Referanser

- (1) Djuve AB, Friberg JH. Innvandring og det flerkulturelle samfunn. Fafo-notat 2004:32
- (2) Et inkluderende språk. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. 2007.
- (3) www.SSB.no (lesedato 10. april 2008)
- (4) Syed HR, Vangen S. Health and migration: A review. NAKMI småskrifter/NAKMI Papers nr. 2/2003. Oslo: NAKMI.
- (5) Gullestad M. Det norske sett med nye øyne: kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt. Oslo: Universitetsforlaget. 2002.
- (6) St.meld. nr. 17 (1996-1997) Om innvandring og det flerkulturelle Norge. Sosial og helsedepartementet
- (7) Rom for faglighet – til pasientens beste! Statusrapport. Legeforeningen 2005
- (8) Austveg B. Helsearbeid og innvandrere. Mangfold, sunnhet og sykdom. Oslo: Tano. 1994
- (9) Dyregrov K. Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2444-6.
- (10) Larsen I, Anderson HG. Årsaksbegreper og helseatferd i indisk folkemedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127 (24): 3278-81.
- (11) Storholt T. Kulturelle aspekter ved sykdom og behandling. I Dahl S, Sveas N, Varvin S (red.). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 2006
- (12) Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLoS Med 2006; 3(10): e294 doi:10.1371/journal.pmed.0030294
- (13) Austveg B. Kulturforståelse, migrasjonskunnskap og rasismeforståelse. Helsetjeneste for innvandrere 1975-1988. I Ahlberg N, Aambø A, Gihle I (red). Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter. Tilbakeblikk og erfaringer. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1/2005.
- (14) St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- (15) Ahlberg N, Duckert F. Minoritetsklienter som helsefaglig utfordring. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 10, 1276-81
- (16) McKenzie K, Bhui K. Institutional racism in mental health care. BMJ 2007; 334: 649 - 50.
- (17) Hauff E. Innvandrere og psykiatriske tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 158.
- (18) Allen JA, Vaage AB, Hauff E. Refugees and asylum seekers in societies. I Sam DL, Berry JW (red.). Cambridge Handbook of Acculturation Psychology. Cambridge University Press, UK, 2006.
- (19) Brunvatne R. Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal. 2006
- (20) Aambø A, Ahlberg N. "Legekofferten". En verktøykasse for helsepersonell til bruk i den krysskulturelle konsultasjonen. NAKMI: 2005
- (21) Blom S, Ramm J. Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke... Samfunnspeilet 3/1998. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- (22) Næss Ø, Rognerud M, Strand BH: Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Rapport 2007: 1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- (23) Blom S. Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge. Rapport 98/16. 1998. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- (24) Grünfeldt B. Uførepensjonering blant innvandrere i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1147-50.
- (25) St.prp. nr. 1 (2006-2007). Helse- og omsorgsdepartementet. Del III, kapittel 10 Egenandeler – utvikling, omfang og fordeling.
- (26) Rådet for psykisk helse. Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn. 2007.
- (27) Syed, RS, Ahlberg N. A short overview of the health system in Pakistan, and its implications for immigrants' health care in Norway? Norsk tidsskrift for migrasjonsforskning, 2006; 7: 100-10

- (28) Varvin S. Flukt og eksil. Traumer, identitet og mestrings. Universitetsforlaget 2003
- (29) Kirmayer L, Young A. Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60(4):420-430
- (30) Kirmayer L, Sartorius N. Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(9):832-840
- (31) Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining Medically Unexplained Symptoms. *Can J Psychiatry*, 2004; 49 (10): 663-672.
- (32) Jakobsen M. Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser. I Dahl S, Sveaas N, Varvin S (red.). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 2006
- (33) Djuve AB, Pettersen HC. Syk og misforstått? En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål Sykehus. Fafo-notat 1998:12
- (34) ”Innvandrere er en krevende pasientgruppe”, VG 21. august 2007.
- (35) Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2000, Kapittel 3: Speiler helsetjenesten et flerkulturelt samfunn?
- (36) Neumayer SM. Førstelinjetjenestene og det psykososiale arbeidet med flyktninger – en kartlegging av behovet for faglig styrking. Linjer nr. 2/1996: 4-6. NKVTS,
- (37) Major EF. Behandling av psykisk traumatiserte flyktninger i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123 (19): 2709-12.
- (38) Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3420-3
- (39) Pardhan S, Mahomed I. Knowledge, self-help and socioeconomic factors in South Asian and Caucasian diabetic patients. *Eye* 2004; 18 (5): 509 - 13.
- (40) Choudhry UK. Health promotion among immigrant women from India living in Canada. *Image J Nurs Sch* 1998; 30 (3): 269 - 74.
- (41) Fadiman A. *The spirit catches you and you fall down*. New York: Farrar, Straus and Giroux. 2006.
- (42) Brunvatne R, Hynne K, Hjortdal P. *Flyktninger i primærhelsetjenesten*. Skriftserie for leger. Etterutdanning og kvalitetssikring. Oslo: Legeforeningen. 1999
- (43) Berg B, Lauritsen K, Halsteinli V, Olsen T. Toppen av isfjellet? Beregning av kommunale helseutgifter for flyktninger i integreringsfasen. Trondheim: SINTEF IFIM. 1997.
- (44) ”Blir syke av isolasjon”, VG 30. november 2007
- (45) Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *BioMed Central: Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007, 3:24.
- (46) *Vold i nære relasjoner (2004-2007)*. Handlingsplan. Oslo: Justis- og politidepartementet
- (47) Haaland T, Claussen SE, Schei B. *Vold i parforhold - ulike perspektiver*. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. NIBR-rapport 2005:3
- (48) Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 2007; 22 (12): 1668-73, nettsversjon 6.oktober 2007.
- (49) Jonassen W. ”Flerkulturelle krisesentre”, kronikk, *Dagbladet* 4. september 2007.
- (50) Mossige S, Stefansen K (red). *Vold og overgrep mot barn og unge*. En selvrapporтерingsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA rapport 20/07.
- (51) Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- (52) Jareg K, Pettersen Z. *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1/2006. Bergen:

- Fagbokforlaget.
- (53) Kale E. "Vi tar det vi har". Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 2/2006. Oslo: NAKMI
- (54) Olsen B. Flyktning- og innvandrerbarn i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3585-8.
- (55) Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet: Fastleger og tolketjenester. IMDI-rapport 6-2007.
- (56) Bakken C: Bør ha medisinske tolker. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127 (20): 2731.
- (57) Nielsen SS, Nørredam M, Christiansen KL, Obel C, Krasnik A. Psykisk helbred blant asylbørn i Danmark. Ugeskr læger 2007; 169: 3545
- (58) Buhl H. Vi gør asylsøgere syge. Ugeskr læger 2007; 169: 3545
- (59) Sosial- og helsedirektoratet. Helsetilbud til asylsøkere og flyktninger. Veileder. IS-1022. 2003
- (60) "Asylsøkere må vente for lenge på hjelp", Aftenposten 27. desember 2007
- (61) Lov 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- (62) Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven)
- (63) Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
- (64) Forskrift 21. juni 2002 nr. 567 om tuberkulosekontroll
- (65) Forskrift 15. april 1997 om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer
- (66) Fangen K, Grønningsæter A, Lorentzen T, Øverås S. Levekår og livskvalitet blant hiv positive. Fafo-rapport 402. Oslo: Fafo. 2002.
- (67) Statens helsetilsyn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Rapport 3/2005.
- (68) Djuve AB, Hagen K. "Skaff meg en jobb!" Levekår blant flyktninger i Oslo. Fafo-rapport 184. Oslo: Fafo, 1995
- (69) Hjern A. Migrationsmedicinsk forskning – en översikt. Rapport 1. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1995
- (70) Lie B. A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. Acta Psychiatr Scand 2002; 106 (6):415-25.
- (71) Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2006; 40 (2):179-87.
- (72) Silove D, Coello M, Tang K, Aroche J, Soares M, Lingam R, et al. Toward a researcher-advocacy model for asylum seekers: A pilot study among East Timorese living in Australia. Transcultural psychiatry 2002; 39: 452-68.
- (73) Silove D. The asylum debacle in Australia: A challenge for psychiatry. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2002; 36 (3): 290-6.
- (74) Dahl S, Dahl CI, Sandvik L, Hauff E. Kronisk smerte hos traumatiserte flyktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 608-10.
- (75) Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen). Sosial og helsedepartementet
- (76) Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordningen i kommunene
- (77) Lie B, Lavik NJ. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies 2001; 14 (3): 276-294.
- (78) Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, Mccubbin M, Syed HR. Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. Scandinavian Journal of Psychology 2006; 47 (6): 551-8.
- (79) Bhugra D. Migration and mental health.

- Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 243-58,
- (80) Berg JE, Johnsen E. Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 634-6
- (81) Iversen VC, Morken G. Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 515 - 9.
- (82) Eisenbruch, M. From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees. Social Science & Medicine 1991; 33 (6): 673-680.
- (83) Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care. London and New York: Tavistock Publications. 1980.
- (84) Grut L, Tingvold L, Hauff E. Fastlegens møte med flyktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1318-20
- (85) Whitley R, Kirmayer L, Groleau D. Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services: A Qualitative Study From Montreal. Can J Psychiatry, 2006; 51 (4): 205-9
- (86) Kirmayer L, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E. Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies. Can J Psychiatry 2003; 48 (3): 145-53
- (87) Jenum AK, Holme I, Graff-Iversen S, Birke-land KI. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. Diabetologia 2005; 48: 435-9.
- (88) Kumar BN, Meyer HE, Wandel M, Dalen I and Holmboe-Ottesen G. Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. Int J Obes Relat Metab Disord 2006; 30: 684-90
- (89) Lorentzen C, Ommundsen Y, Jenum AK, Ødegård AK. "MoRo" Mosjon på Romsås – en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo Øst. Erfaringer og resultater fra MoRo-prosjektet. Oslo: Norges Idrettshøgskole. 2005.
- (90) Folkehelseinstituttet. Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Rapport 2006:6. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- (91) St.meld. nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer
- (92) Østby L. Hvor stor innvandrerbefolkning har vi egentlig i Norge? Samfunnsspeilet. 2006; 4: 52-60.
- (93) Ingebretsen R, Nergård TB. Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet. NOVA-rapport 13/2007.
- (94) Austveg B. Kvinners helse på spill. Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort. Universitetsforlaget, 2006.
- (95) NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge.
- (96) Eskild A, Helgadottir L, Jerve F, Qvigstad E, Pedersen S, Løset Å. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1355-7
- (97) Stray-Pedersen B, Austveg B. Våre nye landsmenn. Utfordringer og muligheter i Børdahl P, Moen M, Jerve F. Midt i livet. Norsk Gynekologisk forening 1946-1996. Trondheim: Tapir, 1996.
- (98) Munthe-Kaas et al. Focus on multi-cultural youth in Norway. Choies (IPPF), 1996; 25 (1): 25-28
- (99) Munthe-Kaas et al. Sexual education for multi-cultural youth, a three year report of the Multi-Cultural Teaching Group (MCT), Medical Students' Organisation for Family Planning, MSO-rapport 2001, finansiert av Statens Helsetilsyn
- (100) Helgadottir LB, Qvigstad E, Melseth E, Vangen S, Eskild A. Nemndbehandlete svangerskapsavbrudd i Oslo 2000-03. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1744-6.
- (101) Helstrom et al. Abortion and contraceptive practices in Immigrant and Swedish Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol 2006; 19:209-13

- (102) Bergsjø P. Systematisk svangerskapsomsorg. i Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim B. *Obstetrik*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave. 1993:140-150.
- (103) Vangen S. Perinatal health among immigrants. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2002.
- (104) Lappegaard T. Mellom to kulturer. Frukbarhetsmønstre blant innvandrerkvinner i Norge. SSB-rapport 25/2000. Statistisk sentralbyrå.
- (105) Vassenden K, Østby L. Barnetall og frukbarhet blant innvandrere i Norge Samfunnspeilet nr. 2, 1989. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- (106) Ahlberg N, Vangen S. Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 586-8
- (107) Vangen S, Stoltenberg C et al: Complaints and complications in pregnancy: A study of ethnic Norwegians and ethnic Pakistani women in Oslo. *Ethnicity and Health* 1999; 4: 19-28
- (108) Vilming B, Nesheim BI. Hyperemesis gravidarum in a contemporary population in Oslo. *Acta obstet gynecol scand* 2000; 79: 640-43
- (109) Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening. 2006.
- (110) Hod M, Orvieto R, Kaplan B, Friedman S, Ovadia J. Hyperemesis gravidarum. A review. *J Reprod Med.* 1994; 39: 605-12.
- (111) Philip B. Hyperemesis gravidarum: literature review. *WMJ* 2003; 10: 46-51.
- (112) Vangen S, Stoltenberg C, Holan S, Moe N, Magnus P, Harris JR, Stray-Pedersen B. Outcome of pregnancy among immigrant women with diabetes. *Diabetes Care.* 2003; 26: 327-32.
- (113) Braekke K, Staff AC. Periconceptional use of folic acid supplements in Oslo. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 620-7
- (114) Henriksen T. Ernæring, vekt og svangerskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2399-401
- (115) Henriksen C, Brunvand L, Stoltenberg C, Trygg K, Haug E, Pedersen JI. Diet and vitamin D status among pregnant Pakistani women in Oslo. *Eur J Clin Nutr.* 1995; 49: 211-8.
- (116) Stoltenberg C, Magnus P. Children with low birth weight and low gestational age in Oslo, Norway: Immigration is not the cause of increasing proportions. *J Epidemiol Comm Health* 1995; 49: 588-593
- (117) Østby L. Familier fra andre kulturer i Frøynes I, Hømpeland A. *Den nye barne og familieboka.* Oslo. Universitetsforlaget 1994.
- (118) Saastad E, Vangen S, Frøen JF. Suboptimal care in stillbirths – a retrospective audit study. *Acta Obstetricia & Gynecologica* 2007; 86: 444-50
- (119) Essen B, Bodker B, Sjøberg NO et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG* 2002; 109: 677 - 82.
- (120) Austveg B, Helsing E. Breastfeeding in good times and in bad. Intern Conference on Nutrition, Rome 1992.
- (121) Vangen S, Hoffmann R, Flo F, Lorentzen B, Sand S. Omskjæring av kvinner – komplikasjoner og behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 475-7
- (122) Talle A. Foreløpig rapport: Kvinnelig omskjæring: Holdninger og praksis blant somaliske kvinner i Norge. Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo. 7. oktober 2007.
- (123) Austveg B, Johansen REB, Hersi AH, Mader FA, Rye S. Kvinnelig omskjæring – veien videre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4243-6.
- (124) Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000
- (125) Johansen REB, Barre A, Sundby J, Vangen S. Bare et lite snitt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2506-8

- (126) Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995 nr 74 (Kjønnslemlestelsesloven)
- (127) Austveg B. Kvinnelig omskjæring – en utfordring for helsetjenesten. I Dahl S, Sveaas N, Varvin S (red.). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 2006
- (128) Utredning om klinisk observasjon av barns kjønnsorganer for å forebygge kjønnslemlestelse, rapport. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2007.
- (129) Johansen REB: Endring innenfra. Sluttrapport for OK-prosjektet 2001-2004. Barne- og likestillingsdepartementet / NAKMI 2007
- (130) Lien IL. Tiltak mot kjønnslemlestelse. Evaluering av OK-prosjektet – det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. NIBR-rapport 2005:8
- (131) Markestad T. Rådet for legeetikk. Omskjæring og obligatorisk underlivsundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 212
- (132) Brev til Sosial- og helsedirektoratet fra Norsk gynekologisk forening 29.12. 2005
- (133) Brev fra leder i Norsk Barnelegeforening Leif Brunvand juni 2007: Undersøkelser av friske barn på helsestasjonen må ha en medisinsk hensikt
- (134) Gulla K, Myhre AK, Bratlid D. Er underlivsundersøkelse av førskolejenter krenkende? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2402-4
- (135) Rundskriv Q-24/2005: Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten,
- (136) Veileder Q-1088 B: Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien
- (137) Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-17/2006 om helsepersonells formidling av opplysninger blant annet til barneverntjenesten
- (138) Brunvand L, Brunvatne R. Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121 (6): 715-8
- (139) Neumayer SM, Skreslett A, Borchgrevink MC, Gravråkmø S, m fl. Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge, Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge. Oslo: NKVTS. 2006.
- (140) Bråtveit A, Nessa J. Compliance – eit problematisk omgrep. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1050-1
- (141) Brunvand L, Henrichsen C, Haug E. Hvordan forebygge vitamin D-mangel blant gravide innvandrerkvinner fra Pakistan? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1585-7
- (142) Sosial- og helsedirektoratet. Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Rapport 15-1150. 2004
- (143) Brunvand L. Rakitt – utredning og behandling. Generell veileder i pediatri, Norsk barnelegeforening. 2006.
- (144) Nasjonalt råd for ernæring. Tiltak for å sikre en god vitamin D status i befolkningen. 2006.
- (145) Holvik K, Meyer HE, Haug E, Brunvand L. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway. The Oslo Immigrant Health Study. European Journal of Clinical Nutrition 2005; 59: 57-63.
- (146) Brunvand L, Lindemann R. Hvordan oppnå optimal tilførsel av vitamin D hos barn? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 735
- (147) Sosial- og helsedirektoratet: Utviklingstrekk i helse- og sosialektoren. Rapport IS-1368. 2006.
- (148) Folkehelseinstituttet. BCG-vaksinasjon og tuberkulose. November 2006.
- (149) Brunvatne R, Blystad H, Hoel T. Innvandrere og helsefarer ved reise til opprinnelig hjemland. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1568-72.

- (150) Suren P, Grijbovski A, Stoltenberg C. Inngifte i Norge. Omfang og medisinske konsekvenser. Folkehelseinstituttet, rapport 2007:2.
- (151) Oppedal B. Adolescent Mental Health in Multicultural Context. Doctoral thesis, Department of Psychology, University of Oslo. 2003.
- (152) Lustig S, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzle D, Keane T, Saxe GN. Review of child and adolescent refugee mental health. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003; 43 (1): 24-36.
- (153) Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, Mccubbin M, Syed HR. Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006; 47 (6)
- (154) Westermeyer, J. and K. Wahmanholm. Refugee Children. Minefields in their Hearts. B. S. Roberta Apfel. New Haven and London: Yale University Press. 1996.
- (155) Sund AM, Larsson B, Wichstrøm L. Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-years old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2003; 44 (4): 588-97.
- (156) Oppedal B, Røysamb E. Mental health, life stress, and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2004; 45: 129-42.
- (157) Øia T. Innvandrerungdom – kultur, identitet og marginalisering. NOVA-rapport 20/03. Oslo: NOVA. 2003.
- (158) Oppedal B, Røysamb E, Heyerdahl S. Ethno-cultural group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 2005; 46 (6): 646-60.
- (159) Vaage AB, Garløv I, Hauff E, Thomsen PH. Psychiatric symptoms and service utilization among refugee children referred to a child psychiatric department. A retrospective comparative case note study. *Transcultural Psychiatry*, 2007; 44 (3): 440-458.
- (160) Folkehelseinstituttet. "Behandling av tuberkulose hos pasienter som skal sendes ut av landet", 14. juli 2004.
- (161) Sosial- og helsedirektoratet. Veileder – helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere. 2003.
- (162) Dramsdahl M, Sandvik H. Rutiner for infeksjonstesting og hepatitt B-vaksinering av asylsøkere. En spørreundersøkelse blant helsepersonell med ansvar for asylsøkeremottak. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3128-30
- (163) WHO. "Tuberculosis Care with TB_HIV CO-managment" Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI), 2007. http://www.who.int/entity/hiv/TB_HIVModuleCover23.05.07.pdf
- (164) Msis rapport nr. 5, 2007 "Hiv-situasjonen i Norge pr 31.desember 2006"
- (165) Folkehelseinstituttet. Import av meldingspliktige sykdommer ved reise til utlandet. Juli 2007.
- (166) Hauff E, Vaglum P. Organized violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Br J Psychiatry* 1995; 166 (3): 360-7.
- (167) Lie B. The Triple Burden of Trauma. Uprooting and Settlement. A nonclinical longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. 2003.
- (168) Lavik NJ, Solberg O, Varvin S. Mental health among refugees. Connection between symptoms, traumatization and exile. *Br J Psychiatry*, 1997; 117 (25): 3654-8.
- (169) Hjern A, Angel B. Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow-up. *Acta Paediatrica*, 2000; 89 (6): 722-7.
- (170) Lie B, Lavik NJ. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical

- Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies* 2001; 14 (3): 276-294.
- (171) Dahl S. Torturoverlever i Norge. *Linjer* 2000; 10: 4-7.
- (172) Cohn J. Torturoverlever i Norge – lægernes ansvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3383-5.
- (173) *Aftenposten* 17. november 2007
- (174) Røda Korset: Årsrapport 2006. Prosjektet vård for gömda
- (175) Friberg JH. Hva skjer med beboere som forlater asylmottak uten å oppgi ny adresse? Ethiske og metodiske utfordringer ved en utredning. *Fafo-notat* 2004:33
- (176) Reijneveld S, Verheij R, van Herten L, de Bakker D. Contact of general practitioners with illegal immigrants. *Scand J Public Health* 2001; 29: 308-13
- (177) Kullgren JT. Restrictions on Undocumented Immigrants' Access to Health Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. *Am J Public Health*, 2003; 93: 1630-3.
- (178) *Aftenposten* 9. desember 2007
- (179) Berk M, Schur C. The effect of fear on access to care among undocumented immigrants. *J Immigrant Health*. 2001; 3: 151-56.
- (180) *Aftenposten* 7. desember 2007
- (181) Kuiper H, Richwald GA, Rotblatt H, Asch S. The communicable disease impact of eliminating publicly funded prenatal care for undocumented immigrants. *Maternal Child Health J*. 1999; 3: 39-52
- (182) Lu MC, Lin YG, Prietto NM, Garite TJ. Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: a cost/benefit analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183: 233-39.
- (183) Berk ML, Schur CL, Chavez LR, Frankel M. Health care use among undocumented Latino immigrants. *Health Aff*. 2000; 4: 51-63.
- (184) Innst. O. nr. 42 (2007-2008) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven).