

Organisering og tilgjengelighet til helsetjenester for asylsøkere, flyktninger og personer som kommer for familiegjenforening

Statens helsetilsyn. Internt arbeidsdokument. Utgitt 2004.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	s. 3
2	Oppsummering	s. 3

Delrapport A

	Hvem er de, hvor bor de og hvor møter de helsetjenesten?	s. 5
--	---	-------------

1	Nyankomne innvandrere – hvem er de?	s. 5
----------	--	-------------

- 1.2. Kjønn, alder, bosted og botid i Norge
- 1.3. En ytterligere inndeling av innvandrerbefolkningen
 - 1.3.1. Personer med arbeids- og utdanningsmotiv
 - 1.3.2. . Overføringsflyktninger
 - 1.3.3. . Asylsøkere
 - 1.3.4. . Familiegjeforening

2	Bosted etter ankomst til Norge	s. 10
----------	---------------------------------------	--------------

- 2.1. Overføringsflyktninger
- 2.2. Asylsøkere
- 2.3. Familiegjeforening

3	Den første kontakt med helsetjenesten	s. 11
----------	--	--------------

- 3.1. Overføringsflyktninger
- 3.2. Asylsøkere
- 3.3. Familiegjeforening

4	Oppsummering	s. 12
----------	---------------------	--------------

Delrapport B

	Asylsøkere og flyktningers helsetilstand og bruk av helsetjenester	
	Litteraturoversikt	s. 14

1	Innledning	s. 14
----------	-------------------	--------------

- 1.1. Innhold
- 1.2. Kilder
- 1.3. Utvalg og selektering
- 1.4. Redigering
- 1.5. Oppsummering

2	Opplisting og omtale av aktuelle bidrag	s. 16
----------	--	--------------

3	Oppsummering og kommentarer	s. 39
----------	------------------------------------	--------------

Delrapport C

	Asylsøkere og flyktningers medlemskap i folketrygden og tilgang til helsetjenester / fastlege	s. 43
--	--	--------------

1	Innledning	s. 43
----------	-------------------	--------------

- 1.1. Om oppdraget
- 1.2. Arbeidsmåte – datakilder

2	Om sammenhengen mellom "rettigheter til helsetjenester" og "medlemskap i folketrygden"	s. 44
3	D-nummer / Folkeregistret	s. 46
4	D- nummer og fastlege for asylsøkere – prosedyrer og praksis	s. 47
	Vedlegg 1: Mottakssystemer for asylsøkere og flyktninger inkl. helsetjenester	s. 51
	Vedlegg 2: Informasjon fra 10 asylmottak om helsetilbud og prosedyre vedr. D-nummer	s. 52

Organisering og tilgjengelighet til helsetjenester for asylsøkere, flyktninger og personer som kommer for familiegjeningforening

1 Innledning

Helsetilsynet har i 2003 ønsket å bedre kunnskapsgrunnlaget om nyankomne innvandrere og om hvordan helsetjenesten fungerer i forhold til deres helsemessige behov. Bakgrunnen er at disse er i en sårbar livssituasjon, har liten kunnskap om samfunnet de har kommet til og liten kontroll over sin egen situasjon. Samtidig har de mange ulike behov. Stadige oppslag i media viser at forholdene ikke er som ønsket. Våren 2003 ble det også besluttet at temaet for det landsdekkende tilsynet i 2004 skal være kommunale helsetjenester til de samme gruppene. Temaet er valgt på bakgrunn av innspill fra Helsetilsynet i fylkene, fylkesmennene og andre. Begrunnelsen for temavalget er det samme som for utredningen av kunnskapsgrunnlaget. I tillegg begrunnes temavalget med at mange etater og instanser er involvert i ulike ordninger rundt nyankomne innvandrere. Oppgave- og ansvarsfordelingen er komplisert og erfaringene fra andre områder viser at sannsynligheten for svikt øker der det er mange aktører på ulike nivåer og arenaer. Tilsynet skal fokusere på tuberkulosekontroll, nødvendig helsehjelp og helseundersøkelse ved behov, og miljørettet helsevern i asylmottak. Etter tilsynet vil det utarbeides lokale rapporter og en nasjonal oppsummeringsrapport vil foreligge i første kvartal 2005.

Internt i Helsetilsynet har det vært nedsatt en arbeidsgruppe som har utredet kunnskapsgrunnlaget om asylsøkere, flyktninger og personer som kommer til Norge gjennom familiegjeningforening. På oppdrag fra Helsetilsynet gjennomførte AIM Research Based Consulting v/ konsulent Bente Vindedal høsten 2003 en litteraturgjennomgang om asylsøkeres og flyktningers helsetilstand og bruk av helsetjenester, og utredet forløpet i forbindelse med tildeling av fastlege. Biblioteket i Htil. har ytet assistanse både til arbeidsgruppen og til konsulentens litteratursøk. Det samlede resultatet av utredningen har blitt til denne innledningen og delrapportene A, B og C.

2 Oppsummering

Delrapport A beskriver innvandrerbefolkningen i Norge med vekt på hvem de nyankomne innvandrerne er. Vi har sett nærmere på antall, hvor de kommer fra og bakgrunnen for oppholdet i Norge, hvordan mottaket av de ulike kategoriene innvandrere foregår og hva slags konsekvenser dette får for bl.a. gjennomføring av lovpålagt tuberkulosekontroll.

Delrapport B inneholder en litteraturoversikt over asylsøkere og flyktningers helsetilstand og om deres forhold til helsetjenesten. Oversikten omhandler publikasjoner om *norske* forhold fra og med 1993 til i dag.

Vindedal skriver i sin kommentardel at fraværet av dokumentasjon og bidrag som omhandler fysisk helse og sykkelighet hos asylsøkere og flyktninger, er iøynefallende. Kun én artikkel omhandler funn om helsetilstand mer generelt. I beskrivelsene av psykiske lidelser er det lagt til grunn at forekomsten er høy og at det mangler behandlingstilbud, men uten at dette nødvendigvis er belagt med empiri fra Norge.

De hyppigst forekommende temaene i denne litteraturen er psykososiale forhold og psykiske helseproblemer, smittsomme sykdommer, svangerskap og fødsler. I beskrivelser og

diskusjoner som primært omhandler norske forhold, vises det oftest til internasjonale studier. Der forholdene i Norge er empirisk beskrevet, er dette primært gjort med utgangspunkt i behandlers opplevelser og erfaringer snarere enn fra helsetjenestebrukernes. Forskning og funn som gjelder flyktninger generaliseres ofte til også å omfatte asylsøkere.

Delrapport C omhandler nyankomne innvandreres tilgang til fastlege. Her beskrives de formelle kravene til prosedyre for medlemskap i Folketrygden som er en forutsetning for tildeling av fastlege. Det er også gjort en rundspørring ved 10 asylmottak for å få et begrep om tidsforløp, informasjon til de nyankomne om helsetjenesten og hva slags bistand de ytes i denne prosessen. Det viser seg at prosedyrer og praksis for å få rekvirert det såkalte D-nummeret som er nødvendig for å få fastlege er mer uoversiktlig enn beskrivelsen som er gjort i rapporten skulle tilsi. Det kommer frem at mottakskommuner og mottak innretter seg svært forskjellig med hva slags tjenester og undersøkelser som tilbys flyktninger og asylsøkere i den første fasen de er i landet.

Delrapport A

Hvem er de, hvor bor de og hvor møter de helsetjenesten?

Forord

I 2002 kom nærmere 37 000 personer til Norge gjennom tidsbegrenset arbeids- eller studieopphold, gjennom familiegjenforening, som flyktninger eller asylsøkere. Omtrent 14 000 av disse (asylsøkere) fikk ikke opphold i Norge, men mange av dem var såpass lenge i landet at de var i kontakt med helsetjenesten. Personene kom fra alle verdensdeler, hadde svært ulik bakgrunn og ulike motiver for å komme til Norge. Felles for dem var at omtrent 95 prosent var under 50 år og at svært mange av dem var ressurssterke personer som hadde søkt seg ut av en vanskelig situasjon i hjemlandet. Noen kom fra krigsområder, andre kom som konsekvens av mer individuell forfølgelse, og andre igjen kunne sammenlignes med tradisjonelle arbeidsmigranter. Det varierte hvor lang tid det hadde gått siden de reiste fra opprinnelseslandet og hva som hadde skjedd på selve reisen til Norge.

Lov om helsetjenesten i kommunene (§ 2-1) slår fast at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å kunne ivareta sin rett. Det slås videre fast at enhver som er bosatt i en norsk kommune har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Dette også gjelder asylsøkere og deres familier når de er medlem av folketrygden.

1 Nyankomne innvandrere - hvem er de?

Ved inngangen til 2003 utgjorde innvandrerbefolkningen i Norge 332 800 personer, dvs. 7,3 prosent av den totale befolkningen¹. Av dem som kom i 2002, var de største gruppene fra Irak (1300 personer), Somalia (1200), Pakistan (1000) og Afghanistan (900). Ser vi på innvandrergruppene i Norge over år, er det personer med foreldre født i Pakistan eller i Sverige som er de to største innvandrergruppene i Norge. Disse utgjør henholdsvis ca. 25 500 og 22 000 personer.

Tallene for hvilken verdensdel innvandrerne kommer fra, har holdt seg relativt stabile de senere årene. Innvandrere fra vestlige land utgjør til sammen 99 000 personer eller ca. 30 prosent av alle innvandrere. Fortsatt øker antallet personer som har Asia som fødested, og utgjør nå 108 900 personer.

Innvandrerbefolkningen omfatter personer født utenlands eller i Norge av to utenlandsfødte foreldre. Personer som er født i utlandet og av utenlandske foreldre, betegnes ofte som førstegenerasjonsinnvandrere. Andregenerasjonsinnvandrere er personer født i Norge av utenlandsfødte foreldre. Barn født i forhold der én av foreldrene selv er født i Norge, eller barn født utenlands av norske foreldre, regnes ikke som innvandrere.

¹ Tallmaterialet som brukes her er hovedsakelig basert på statistikk som er presentert på Utlendingsdirektoratets og Statistisk Sentralbyrås hjemmesider: www.udi.no og www.ssb.no. Vi har også vært i kontakt med UDI, helsekontoret på Tanum, Bærum kommune, Utlendingsavsnittet i Oslo politidistrikt, Diagnosestasjonen for Oslo og Akershus, og smittevernoverlegen i Oslo kommune.

De 10 største innvandrergroppene i Norge i 2002, fordelt på første- og andregenerasjonsinnvandrere.
Kilde: SSB

Førstegenerasjonsinnvandrere		Andregenerasjonsinnvandrere	
1: Sverige	21 945	1: Pakistan	10 976
2: Danmark	18 019	2: Vietnam	5 246
3: Irak	14 578	3: Tyrkia	4 007
4: Pakistan	14 570	4: Sri Lanka	3 690
5: Bosnia-Hercegovina	13 572	5: Somalia	2 936
6: Vietnam	11 698	6: India	2 233
7: Iran	11 058	7: Marokko	2 144
8: Somalia	10 753	8: Bosnia-Hercegovina	1 926
9: Storbritannia	10 461	9: Irak	1 859
10: Tyskland	10 027	10: Jugoslavia	1 780
Totalt	277 262	Totalt	55 531

Sverige er det landet i Norden som har flest innvandrere. Mer enn 1 million av befolkningen har innvandrerbakgrunn, dvs. at hver niende innbygger er født utenlands eller av utenlandsfødte foreldre. Danmark har noe over 300 000 innvandrere, mens Finland har relativt få innbyggere med innvandrerbakgrunn. I nordisk sammenheng plasserer Norge seg mellom Sverige og Danmark når det gjelder antall. I europeisk sammenheng beskriver Statistisk sentralbyrå langtidsbildet for Norge som innvandringsland som "nær gjennomsnittet".

1.2 Kjønn og alder, bosted og botid i Norge

Innvandrerbefolkningen som helhet består av omtrent like mange menn som kvinner (165 300 menn og 167 500 kvinner). Det er likevel stor forskjell på kjønns sammensetningen mellom enkelte land. Det er f. eks. flertall av menn fra land som Irak, Storbritannia og Marokko mens kvinnene dominerer innvandrergroppene fra Thailand, Filippinene og Russland.

Det er store forskjeller i alderssammensetningen mellom innvandrere fra vestlige og ikke-vestlige land. De med bakgrunn fra ikke-vestlige land er gjennomsnittlig yngre enn innvandrerne fra vestlige land, og også yngre enn den øvrige norske befolkningen.

Nesten en tredjedel av innvandrerbefolkningen bor i Oslo. Deretter følger Bergen, Stavanger og Trondheim. I Oslo utgjør innvandrerne 21,2 prosent av befolkningen. 80 prosent av innvandrerne her er fra ikke-vestlige land.

Innvandrere fra vestlige land har lenger botid i Norge enn innvandrere fra ikke-vestlige land. Når det gjelder førstegenerasjonsinnvandrerne har en tredjedel av disse bodd i Norge i mindre enn fem år. En tredjedel har bodd i landet mellom 5-14 år mens den siste tredjedelen har bodd her i mer enn 15 år.

1.3 En ytterligere inndeling av innvandrerbefolkningen

Skal en se nærmere på innvandrere som er *nyankommet* til Norge, er det nødvendig å differensiere kategorien *innvandrerbefolkning* ytterligere. Innvandring til Norge ble sterkt begrenset etter 1975 da den tradisjonelle arbeidsinnvandringen nærmest opphørte, og spesielt den fra ikke-vestlige land. Nyankomne innvandrere i dag finner vi derfor blant de ulike

kategoriene personer som fortsatt har legitime grunner til opphold i Norge, det være seg i forbindelse med spesialisert arbeid, for utdanningsformål, som asylsøker, flyktning eller familiegjenforening.

1.3.1 Personer med arbeids- eller utdanningsmotiv

Etter 1975 gis det kun arbeids- og oppholdstillatelser til personer som har en spesiell grunn for å komme til Norge, som for eksempel til spesialister innen enkelte arbeidsområder, studenter eller praktikanter. Det må søkes om oppholds- og arbeidstillatelse fra utlandet og for ett år av gangen. Ikke alle tillatelser kan fornyes. Hovedregelen er at personen må kunne dokumentere at han eller hun kan forsørge seg selv og har et sted å bo. Reglene om dette er gitt i Utlendingsforskriftens §§19-20. Søknad om oppholds- og arbeidstillatelse til familiemedlemmer vurderes etter særskilte kriterier.

Oppholdstillatelser gitt til dette formål i 2000 – 2002. Kilde SSB

Oppholdstillatelse	2000	2001	2002
EØS-tillatelser	2 619	4 190	4695
Studenter	1 978	1 604	1924
Totalt	4 597	5 794	6619

1.3.2 (Overførings)flyktninger

Gjennom avtale mellom Norge og FN's Høykommissær for flyktninger, tar Norge imot ca. 1500 overførings- eller kvoteflyktninger hvert år.

Overføringsflyktninger i årene 2001-2003. Kilde: UDI

	2001	2002	2003
Overføringsflyktninger	1269	1200	1630

Flyktningene får permanent oppholdstillatelse før de ankommer landet, og flytter direkte til boligen de har blitt tildelt i den kommunen som har sagt seg villig til å ta dem i mot.

Noe under 1/3 av innvandrerbefolkningen i Norge har flyktningbakgrunn. Pr. 1.1.2001 utgjorde disse til sammen 84 000 personer, dvs. 1,9 prosent av befolkningen. Gruppen omfatter *alle* som har kommet til Norge gjennom flukt; dvs. både overføringsflyktninger og asylsøkere som har blitt innvilget flyktningstatus, samt familiemedlemmer som var med på flukten. Omtrent en fjerdedel av flyktningene bor i Oslo.

Halvparten av flyktningene er mellom 20 og 39 år. Bare 2 prosent er 67 år eller eldre. Nesten 60 prosent av flyktningene fra Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika er menn. Overvekten av menn er særlig stor blant flyktningene fra Tyrkia, Irak, Iran og Sri Lanka. Fordelingen av menn og kvinner er jevnere blant flyktninger fra østeuropeiske land fordi disse i hovedsak har vært familier.

1.3.3 Asylsøkere

På 1990-tallet var det store variasjoner i antallet asylsøkere i Norge. I 1993, det året det kom flest, kom det nesten 13 000 asylsøkere. Over 7 000 av disse kom fra krigsområder i Bosnia. I årene 1994-97 var tallene lave. I 1995 kom det kun 1460 asylsøkere. I 1998 steg antallet kraftig igjen, til 8 000, hvorav halvparten var fra det tidligere Jugoslavia. I 1999 var hovedandelen søkere fra Irak mens det i 2000 kom kosovoalbanere som søkte kollektiv beskyttelse.

I 2002 kom det 17 480 asylsøkere til Norge. 894 av disse meldte seg som enslige mindreårige asylsøkere, dvs. under 18 år. Ytterligere 3 674 barn under 18 år kom sammen med en eller flere andre voksne. Av de 12 912 personene over 18 år som søkte om asyl, var kun 4 prosent over 50 år.

Mot slutten av 2003 bodde det mer enn 18 000 personer fra 105 land i norske asylmottak. I overkant av 2000 personer hadde fått oppholdstillatelse og ventet på å få bosette seg i en kommune. Omtrent 3000 personer hadde fått endelig negativt vedtak og ventet på å bli sendt ut av landet. 8 800 personer ventet på å få saken sin behandlet av Utlendingsdirektoratet mens 3 300 hadde fått et avslag på saken sin allerede og ventet på svar på klagebehandling av saken.

Antall asylsøkere i årene 2000 – 2003. Kilde: UDI

	2000	2001	2002	2003
Europa	7114	8405	8532	
Afrika	1335	2069	3468	
Asia	2253	4082	5022	
Amerika	19	29	65	
Andre	121	197	393	
Totalt	10842	14782	17480	15600

Utlendingsdirektoratet har de senere årene siktet mot en ytterligere målretting av arbeidet med asylsøknadene ut fra antatt beskyttelsesbehov og hva slags assistanse fra hjelpeapparatet asylsøkerne har. Primært skal det satses på dem som har et grunnlag for opphold i landet. På bakgrunn av nasjonalitet og beskyttelsesbehov, deles asylsøkerne inn i kategorier fra 1-3. Kategori 1 omfatter personer med antatt grunnløse søknader, i kategori 2 finner en personer med antatt godt begrunnede søknader, og kategori 3 omfatter personer med søknader som trenger videre utredning.

Målet har vært å korte ned saksbehandlingstiden for dem som mest sannsynlig ikke får opphold i landet. Dette skal også bidra til å redusere antallet ”grunnløse” asylsøkere. Det er åpnet for egne mottak for ”åpenbart grunnløse” asylsøkere. Innen 48 timer skal asylsøkeren være intervjuet og søknaden ferdigbehandlet. Ved avslag skal asylsøkeren sendes til hjemlandet eller til landet der vedkommende først søkte om asyl. Ett av problemene i dag har vært at også søkere som har fått søknaden avslått venter lenge i mottak før de blir sendt ut av landet.

Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden frem til første vedtak om asyl er tatt, var i 2003 3 måneder for kategori 1, ca. 9 måneder for kategori 2, og 8 måneder for kategori 3.

UDI mener det er denne målrettingen av arbeidet som har bidratt til at antallet asylsøkere sank med 11 prosent i 2003, til 15 600. De antatt grunnløse søkerne fikk behandlet sine søknader innen 48 timer og asylsøkere som hadde fått endelig avslag på sin søknad, fikk etter det ikke lov til å bo på asylmottak. UDI venter at antallet asylsøkere vil gå ytterligere ned i 2004, til rundt 10 000 søkere.

Oversikt over grunnlag for innvilget opphold. Kilde: UDI

	2001	2002	2003
Innvilget asyl	292	332	585
Innvilget opphold på annet grunnlag	4036	2958	2950
Innvilget opphold totalt	4328	3290	3535

I 2001 fikk mer enn 10 000 asylsøkere avslag på søknaden sin om opphold i Norge. I 2002 øket antallet avslag til over 14 000. Disse søkerne må da enten reise tilbake til sitt opprinnelsesland eller til det landet der de først søkte om asyl. Som det fremgår av tabellen, er det bare en brøkdel av søkerne som får innvilget *asyl*, og som da får *flyktningstatus*. I stedet får en del av søkerne innvilget opphold på annet grunnlag.

Det har vært mye diskutert både i Norge og i andre land om det er for få som innvilges asyl i forhold til opphold på humanitært eller annet grunnlag. For oppholdets varighet i landet betyr ikke nødvendigvis grunnlaget for oppholdstillatelsen noe, men innvilget asyl utløser en del rettigheter som personer med opphold på annet grunnlag ikke får.

Asyl gir rett til alders- og uførepensjon uten krav til forutgående botid i Norge og til flyktningstipend fra Statens lånekasse. Ved innvilgelse av familiegjenforening stilles det ikke krav til at den som har fått innvilget asyl kan underholde familien, og staten betaler reiseutgiftene i forbindelse med gjenforeningen. Innvilget asyl, dvs. å ha status som flyktning, betyr med andre ord en mer økonomisk forutsigbar hverdag og fremtid enn for dem som får opphold på annet grunnlag.

1.3.4 Familiegjenforening

Som det kommer frem i tabellen under, har antallet personer som kommer til Norge gjennom familiegjenforening økt kraftig frem til 2003. Dette er en konsekvens av det økte antallet som har fått bosetningstillatelse i Norge.

Personer som har kommet gjennom familiegjenforening i 2000 – 2003. Antall og opprinnelig bosted.
Kilde: UDI

	2000	2001	2002	2003
Afrika	1150	1840	2883	
Amerika	841	1025	1169	
Asia	2796	5666	6028	
Oceania	621	96	117	
Europa	1882	3307	3914	
Andre	27	61	89	
Totalt	6758	12095	14200	10469

Av de 14200 personene som kom i 2002 var totalt 38 prosent av de familiegjenforente menn, og 62 prosent kvinner. Ser vi på kjønnsfordelingen for personer under 18 år, er halvparten gutter og halvparten jenter. For personer over 18 år utgjør kvinnene noe over 70 prosent av de familiegjenforente.

I 2003 sank antallet familiegjenforente med 28 prosent i forhold til året før. Nedgangen skyldes i første rekke saksbehandlingskapasiteten i UDI. I tillegg har prosenten for antallet godkjente søknader gått noe ned.

Siden 1999 har Utlendingsdirektoratet tilbudt søkere som ellers fyller kravene for familiegjenforening, DNA-analyser for å kunne fastslå om det foreligger slektskap slik søker hevder. Bakgrunn for tilbudet er både at det i flere land er problematisk å fremskaffe den dokumentasjon av slektskap som norske myndigheter krever, og å kunne avvise falske attester. Hittil har tilbudet vært gitt til borgere fra Somalia, men det vil bli utvidet til også å omfatte borgere fra Irak, Afghanistan, Etiopia og enkelte Vestafrikanske land. Søkere som ikke ønsker å ta DNA-analyse må begrunne sitt avslag. DNA-analysen foretas ved utenriksstasjonene i de aktuelle landene.

2 Bosted etter ankomst til Norge

I hovedsak flytter overføringsflyktninger og familiegjenforente direkte til kommunen de skal bosette seg i. Personer med tidsbegrenset arbeids- eller oppholdstillatelse flytter også direkte til kommunen der arbeids- eller studiestedet ligger. Asylsøkere bor vanligvis i ulike typer mottak til søknadsprosessen er avgjort, og de blir tilbudt bolig i en kommune eller må reise ut.

2.1 Overføringsflyktninger

Overføringsflyktninger er sjelden innom transittmottakene, og flytter direkte til kommunene der de har fått tildelt bolig. Kommunen har på forhånd fått beskjed om flyktninger som skal bosette seg i kommunen og har gjerne ferdig et program for hva som skal skje i forbindelse med etableringen i kommunen.

2.2 Asylsøkere

De aller fleste asylsøkere tilbringer den første tiden i Norge i transittmottak. De samles på transittmottaket Tanum i Bærum kommune, eller på en av Tanums avlastningsavdelinger², uansett hvilken grenseovergang de passerer når de kommer til landet.

Mottaket er et midlertidig botilbud som gjelder til opphold er innvilget eller til utreisedato er bestemt³. Mottakene er spredt over hele landet. På grunn av til dels stor variasjon i antallet asylsøkere som kommer, vil også antall mottak variere over tid. Når utnyttelseskapasiteten for mottaksplassen er over 90 prosent etableres det nye mottak, mens de legges ned hvis utnyttelseskapasiteten synker under dette. Ved årsskriftet 2003/2004 var det 140 asylmottak i Norge hvorav 6 var transittmottak. Det er et uttalt mål at det skal være mottak over hele landet. Pr. i dag er det mottak i alle fylker. Antallet mottak i hvert fylke varierer fra 2-3 til 20.

² Vedlegg: Flytskjema transitter, utarbeidet av Inger Schanke, tjenesteleder ved helsekontoret ved Tanum, Bærum kommune.

³ Vedlegg: Forløpet i asylsøkerprosessen, utarbeidet av Birgit Lie, koordinator for Psykososialt senter for flyktninger i Agderfylkene og Telemark.

Det er frivillig for asylsøkere å bo på asylmottak. Hvert år melder det seg et par hundre personer for politiet som søker om asyl og som bor privat. Dette kan være personer som allerede har vært i Norge i noen tid, for eksempel på turistvisum. De som bor privat mottar ingen midler fra det offentlige i søkerperioden.

2.3 Familiegjenforente

Personer som har fått oppholdstillatelse i forbindelse med familiegjenforening, flytter direkte hjem til familien de blir gjenforent med. I vedtaket UDI gjør om familiegjenforening blir de opplyst om at de må melde seg for politiet innen syv dager etter ankomst.

3 Den første kontakt med den kommunale helsetjenesten

3.1 Overføringsflyktninger

Når overføringsflyktninger kommer til Norge, flytter de som regel direkte til kommunene der de har fått tildelt bolig. Kommunen har på forhånd fått beskjed om flyktninger som skal bosette seg i kommunen og har gjerne ferdig et program for hva som skal skje i forbindelse med etableringen i kommunen. Programmet inkluderer også møtet med helsetjenesten.

3.2 Familiegjenforente

Personer som får beskjed om at de er innvilget familiegjenforening blir samtidig informert om at de må gjennomgå en lovpålagt tuberkuloseundersøkelsen når de kommer til Norge. Når personene som er familiegjenforent melder seg for politiet i bostedskommunen, sender politiet informasjon til kommuneoverlegen om hvem som har kommet og hvor de skal bo. De får med seg et skriv med beskjed om selv å bestille tid for tuberkuloseundersøkelse. For eksempel i Oslo og Akershus sender Diagnosestasjonen, der tuberkuloseundersøkelsen finner sted, ut purring. Dersom personen som er familiegjenforent ikke har meldt seg, så purres det en gang til. Deretter overlates det til bydelen å ta kontakt med vedkommende hjem.

Erfaringene viser at helsetjenesten ikke kommer i kontakt med en god del av de personene som har ankommet gjennom familiegjenforening. Av de 1953 voksne personene som hadde fått innvilget oppholdstillatelse gjennom familiegjenforening, og hadde ankommet til Oslo i 2002, hadde 1553 (79,5 prosent) møtt for undersøkelse innen februar 2003. Dette innebærer at en ikke fikk kunnskap om tuberkulosestatus til 20 prosent av de familiegjenforente i Oslo.

3.2 Asylsøkere

Asylsøkerne møter helsetjenesten i *transittmottakene*. UDI har sett det som hensiktsmessig at det er én felles helsetjeneste med hovedkontor på Tanum, og med underavdelinger på noen av de andre transittavdelingene. Helsetjenestene som ytes her er i sin helhet statlig finansiert, men med reduksjon i vertskommunekompensasjonen for de kommunene / bydelene der transittmottaket ligger. Asylsøkerne betaler ingen egenandel for helsetjenester som blir ytet dem i transittfasen. I en del tilfeller ytes det også her helsetjenester til overføringsflyktninger som skal bosettes i denne delen av landet.

I transittfasen blir søkeren registrert av politiet og intervjuet av Utlendingsdirektoratet. Obligatorisk tuberkulosekontroll foretas: Det tas skjermbilde og pirquet. Resultatet av

pirquetprøven blir lest av før asylsøkeren flytter fra transittmottaket. Akutt helsehjelp blir gitt ved behov. Helseopplysningene blir sendt med post til helsetjenesten i neste kommune asylsøkeren skal bo. Hvis asylsøkeren bytter mottak i ulike kommuner, viser det seg i praksis at helseopplysningene ofte ikke befinner seg i den kommunen asylsøkeren for tiden bor. Et dataprogram for elektronisk lagring av helseopplysninger er under planlegging og skal etter planen tas i bruk i 2004. Dette skal gjøre helseopplysningene tilgjengelige for helsetjenesten fra en sentral server uansett hvor i landet en befinner seg, for dem som har programmet.

Hvis det ikke er spesielle hensyn å ta (helsemessige eller andre), blir asylsøkerne etter få dager flyttet til de såkalte ordinære mottakene i påvente av at asylsøknaden avgjøres. Enkelte grupper som for eksempel enslige mindreårige (personer under 18 år) plasseres i egne mottak. Der det er tvil om at oppgitt alder stemmer med faktisk alder og asylsøkeren ikke kan fremvise dokumentasjon, blir det foretatt undersøkelser av tenner og håndledd for å fastslå om søkeren er mindreårig eller ikke. I 2003 ble ca. 500 av de enslige mindreårige undersøkt. I omtrent 80 prosent av tilfellene ble søkeren vurdert å være 18 år eller eldre. Disse ble da flyttet til mottak for voksne og søknadene ble behandlet på dette grunnlag.

Når asylsøkere etter transittfasen flytter til *de ordinære asylmottakene*, er det noen steder ansatt helsesøster / sykepleier på deltid, noen steder tilbyr mottaket én og samme fastlege som kommer til faste tider, andre steder benyttes fastlegene i kommunen

Politiet skal også melde fra til kommuneoverlegen i den aktuelle kommunen om navn og adresse på asylsøkeren slik at vedkommende kan følges opp. Erfaringene viser at i de tilfeller der asylsøkere bosetter seg privat med en gang, er det en del som ikke møter opp for tuberkulosekontrollen slik de er pålagt. Utlendingsdirektoratet har flere ganger påpekt behovet for å gjøre de tre første døgnene av asyloppholdet obligatoriske for alle asylsøkere bl.a. for å sikre at den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen gjennomføres.

4 Oppsummering

Innvandrerbefolkningen i Norge utgjør ca. 330 000 personer, hvorav 70 prosent kommer fra ikke-vestlige land. Mer enn en tredjedel av alle innvandrere i Norge har Asia som fødested.

Innvandrerbefolkningen som helhet består av omtrent like mange menn som kvinner, men det er stor forskjell på kjønns sammensetningen mellom de enkelte land. Innvandrerne med bakgrunn fra ikke-vestlige land er gjennomsnittlig yngre enn innvandrerne fra vestlige land. Nesten en tredjedel av innvandrerbefolkningen bor i Oslo.

I denne delrapporten har vi fokusert på nyankomne innvandrere (overføringsflyktninger, asylsøkere og familiegjenforente), og på hva mottakssystemet for de ulike gruppene i Norge har å si for gjennomføring av lovpålagt tuberkulosekontroll og tilgang til annen helsehjelp.

Gjennomgangen viser at det sentraliserte mottaket av asylsøkere har bidratt til en mer enhetlig praksis for hva slags helsehjelp som ytes til asylsøkere i transittfasen. Med unntak av akutthjelp, er det stort sett bare de lovpålagte undersøkelsene som foretas. Problemer knyttet til asylsøkere i mottak, er at helseopplysninger lett kan komme på avveie når asylsøkere flytter til nytt mottak og spesielt hvis de flytter flere ganger. Overføringsflyktningene som kommer til Norge er såpass få og bostedskommunen er i forkant varslet om deres ankomst. Dette gjør at det gjerne er utarbeidet et program for helsehjelp i forkant. Personer som

kommer gjennom familiegjenforening representerer den største utfordringene når det gjelder gjennomføring av lovpålagte undersøkelser. I de tilfellene der personene selv ikke tar kontakt med helsetjenesten, oppstår det problemer. Hjemmebesøk og eller smitteoppsporing er ressurskrevende og blir ofte nedprioritert.

Delrapport B

Asylsøkere og flyktningers helsetilstand og bruk av helsetjenester

Litteraturoversikt

1 Innledning

1.1. Innhold

Oversikten inneholder oppstilling av referanser og omtale av utvalgte bidrag som omhandler situasjonen i Norge når det gjelder asylsøkere og flyktningers helsetilstand og bruk av og eller forhold til helsetjenesten.

Asylsøker: Person som på egenhånd og uanmeldt ber myndighetene om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning - blir kalt asylsøker inntil søknaden er avgjort.

Flyktning:

- Juridisk: Overføringsflyktninger og asylsøkere som har fått innvilget asyl
- Mer vanlig: Overføringsflyktninger og personer som har fått innvilget asyl eller opphold på humanitært grunnlag
- Dagligtale: Person på flukt pga krig, uroligheter, menneskerettighetsovergrep eller miljøkatastrofer

Innvandrer: Person født i utlandet, fast bosatt i Norge, med foreldre som begge er født i utlandet. Begrepet brukes oftest som fellesbetegnelse for personer med utenlandsk bakgrunn som er varig bosatt i Norge, uten hensyn til hva den opprinnelige årsaken til innvandringen var, dvs. inkludert personer med flyktningbakgrunn

Oversikten er altså avgrenset i forhold til innvandrerbefolkningen generelt, fordi det har vært ønskelig å fokusere på personer som er relativt nylig ankommet i landet, og fordi asylsøkere formelt sett har en noe annen status i forhold til helsetjenester, enn det som vil være tilfelle for ”innvandrere”, og for så vidt også flyktninger – etter den juridiske definisjonen av begrepet.

1.2. Kilder

Oversikten er basert på søk i databasene BIBSYS, NORART, Svemed+ og PubMed ved Helsetilsynets bibliotek. Anvendte søkebegreper: *asylsøker, asylant, flyktning, helse, sykdom, helsetjenester (Norge)*. Tidsrom/publiseringsperiode: 1993-2003

BIBSYS er en database over boksamlingene på bl.a. Nasjonalbiblioteket, universitetsbibliotekene, de statlige høyskolene, de fleste vitenskapelige høyskolene, samt bibliotek ved andre høyskoler, forskningsinstitutt, sentrale statlige etater og sykehussektoren. BIBSYS er administrativt en enhet under Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet, og har et eget styre oppnevnt av Utdannings- og forskningsdepartementet

NORART er en database over norske tidsskrifter i forhold til artikler. Den produseres av Nasjonalbiblioteket.

SveMed+ inneholder referanser til nordiske artikler på det medisinske området. Den produseres på biblioteket til Karolinska instituttet.

PubMed: database over vitenskapelige artikler innen medisin - som er publisert på engelsk.

Sambok: Referanser til bøker, småtrykk, monografier i serier, hovedoppgaver, lydbøker, videogram, punktskrift forhold til bøker og elektroniske dokumenter som eies av ca. 350 norske fagbibliotek (blant dem alle BIBSYS-bibliotek), fylkes- og folkebibliotek og de norske instituttene i Athen og Roma. Sambok produseres av Nasjonalbiblioteket.

Fra de omfattende, og delvis overlappende referanselistene som var resultat av bibliotekets søk, er det foretatt et utvalg av aktuelle bidrag. En del av bidragene er gjennomgått og gitt en kort omtale. Denne gjennomgangen førte også til at referanselisten kunne suppleres med en rekke referanser, som ikke var registrert i de aktuelle basene.

Det er også foretatt en gjennomgang av aktuelle nettsteder med sikte på å komplettere litteraturoversikten (bl.a. Tidsskrift for den norske Lægeforening, Psykososialt senter for flyktninger / Tidsskriftet "Linjer", Senter for internasjonal helse ved Ullevål sykehus, Utlendingsdirektoratet, Helsedepartementet med mer).

1.3. Utvalg og selektering

Alle referanser som vurderes som tematiske relevante i forhold til helse / helsetjenester, er listet opp. Det er dessuten lagt vekt på å vise den tematiske bredden i publisering og i kunnskapsgrunnlaget. Jeg har valgt å inkludere kortere innlegg etc., dersom de kompletterer og bidrar med informasjon i forhold til de spørsmålene som Helsetilsynet ønsker å få belyst gjennom dette oppdraget.

S. 24 – 27 inneholder dessuten en egen opplisting av korte innlegg, intervjuer etc. - de er foreløpig plassert til slutt i dokumentet. Det samme gjelder "studentarbeider".

Følgende prioriteringer ligger til grunn for hvilke bidrag som er omtalt i litteraturoversikten:

- tematisk relevans
- faglig, forskningsmessig "tyngde"
- bidrag av nyere dato er prioritert.

Omtale er også avhengig av dokumentets tilgjengelighet (ressurshensyn). Dersom dokumentet finnes i nettversjon, er det mer sannsynlig at det er omtalt, enn hvis det må bestilles via biblioteket.

Sosial- og helsedirektoratets veileder *Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger* [Oslo]: [2003] gir oversikt over aktuelle lover, forskrifter, rundskriv, samt veiledere og informasjonsmateriell (Vedlegg 5 og 6). Denne litteraturoversikten inneholder derfor ikke referanser til slikt materiale, bortsett fra det som er kommet til etter at veilederen var ferdig. Jeg har også funnet ett relevant rundskriv fra før 2003 - *I-4/2002 fra Helsedepartementet: Fastleageordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastleage med mer* – som ikke er med i oversikten i direktoratets veileder. Dette er omtalt her.

1.4. Redigering

Jeg har valgt å redigere litteraturlisten i forhold til utgivelsesår og i omvendt kronologisk rekkefølge, dvs. de nyeste bidragene presenteres først.

Opplistingen under det enkelte år er ikke redigert etter for eksempel tematikk eller alfabet, som kunne være aktuelt.

1.5. Oppsummering

Jeg har foretatt en oppsummering av og kommentert litteraturoversikten mht tematisk fokus og kunnskapsgrunnlaget når det helse- og helsetjenester til asylsøkere og flyktninger.

2 Opplisting og omtale av bidrag

2003

Tittel Retningslinjer for attester og helseerklæringer i asylsaker

I serie Rundskriv IS-3/2003 Sosial og helsedirektoratet. Erstatte IK 29/90 fra Statens helsetilsyn

Tittel Psykisk helse hos flyktninger: vanlige reaksjoner og forebygging av psykiske problemer.

I serie Temahefte / Utlendingsdirektoratet ; 17

Trykt Oslo : Utlendingsdirektoratet, 2003 24 s. : ill. - www.udi.no

Tittel Psykiatrisk og psykososialt arbeid med traumatiserte flyktninger.

Bind nr Veileder for 2.linjetjenesten utarbeidet av Psykososialt senter for flyktninger, UiO, 2003 (88 s)

Trykt www.med.uio.no/ipsy/pssf , www.flyktningehelse.info

Innholdet i hovedpunkter

1. Innledning
2. Utredning og anamneseopptak
3. Første møte med den henviste flyktningen – fellessamtale med henvisende instans
4. Psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte flyktninger
5. Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser
6. Kulturelle aspekter ved sykdom og behandling
7. Spesielle temaer (tortur, kroniske smerter hos torturofre, vold fra flyktninger, kvinnelig omskjæring)
8. Litteratur

Forf Major, Ellinor F

Tittel Behandling av psykisk traumatiserte i Norge

Trykt Tidsskrift for Den norske lægeforening Årg. 123, nr 19 (2003) s 2709-12

Et prosjekt vedr organisering av kompetanse på området traumatisk stress og helsetjenester til psykisk traumatiserte utføres ved Sosial- og helsedirektoratet. Hensikten er å få kunnskap om hvilke grupper psykisk traumatiserte som behandles i psykisk helsevern, om enhetene har tilstrekkelig kompetanse ift behandlingen, samt i hvilken grad de har kontakt med etablerte nasjonale og regional kompetansmiljøer.

Spørreskjema sendt 321 enheter innen spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern. 203 enheter (63%) besvarte skjemaet. De fleste enheter oppgir at de behandler flyktninger og mennesker utsatt for seksuelle overgrep. Ca halvparten av enhetene oppgav manglende kompetanse i behandling av flyktninger. Bare et lite antall enheter oppgav at undervisning/veiledning fra kompetansmiljøene hadde ført til endret diagnostikk og behandling.

Forfatteren konkluderer med at manglende kompetanse i behandling av flyktninger synes å være en utfordring for psykisk helsevern og kompetansmiljøene. Kompetansmiljøenes funksjon ift psykisk helsevern bør gjennomgås. Mange pasienter synes å være for dårlig somatisk utredet, og samarbeidet med somatisk helsetjeneste bør styrkes

Forf Tingvold, Laila

Tittel Forebyggende helsearbeid blant barn og unge med flyktning- og innvandrerbakgrunn : en forundersøkelse

Trykt Oslo : SINTEF, Unimed, 2003. (42, [7] s.)

Undersøkelsen tar utgangspunkt i tiltak iverksatt av Bærum kommune gjennom Psykisk Helsetjeneste. Gruppetiltak for barn og unge med flyktning- og innvandrerbakgrunn er gjennomført siden 1997. Formål: å fremme psykisk helse, mestring og trivsel for målgruppen og bidra til å korrigere skjevutvikling.

30 barn og unge er intervjuet, de aller fleste har bakgrunn som flyktninger og kommer fra krigsområder. Formålet med undersøkelsen er todelt:

- Se på effekt og egenvurdert nytte av gruppetiltakene; dvs. utbytte av aktivitetene, innvirkning på mestring og læring, bedre sosiale nettverk, bedre forhold til nærmiljø og skole
- Undersøke kunnskap om forebyggende helse og etterlevelse av slik kunnskap

Hovedfunn og konklusjoner:

- Rundt halvparten av barna oppgav at de hadde fått det bedre etter deltakelse i tiltakene; bedre norskkunnskaper, lært mye om samarbeid og å gjøre hyggelige ting sammen, forming av sosiale nettverk med mer.
- Mht kunnskap om forebyggende helse finner man at undersøkelsesutvalget ikke har mye dårligere kunnskap enn en kontrollgruppe med norske skoleelever. Etterlevelse av egen kunnskap om hva som gavner helsen synes å være noe mindre i kontrollgruppen enn i undersøkelsesgruppen.
- Det er vanskelig å vurdere effekter av tiltak av denne typen, siden det ofte er flere faktorer som virker sammen ift barn og unges utvikling. Undersøkelsen omfatter ikke faktorer knyttet til egenskaper ved barna eller deres livssituasjon.

- Bærum kommune har utviklet aktiviteter og arbeidsmetoder som er særegne; bl.a. ved å jobbe nært med hele familien ifm integreringsprosessen, og å inkludere mange kommunale instanser i arbeidet.

 Forf Johannessen, Lise B.
Tittel **Retningslinjer for attester og helseerklæringer i asylsaker**
 Medansv Ronge, Kari
 Trykt Tidsskrift for Den norske lægeforening Årg. 123, nr 8 (2003) s 1124-1125

Omtale av og kommentar til Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-3/2003 - Retningslinjer for attester og helseerklæringer i asylsaker. Det kommenteres at behovet for oppdaterte retningslinjer har vært påpekt lenge, også i Tidsskriftets spalter.

Tittel **HIV-situasjonen i Norge per 31.12.2002**
 I serie MSIS-rapport 2003 uke 6, Folkehelseinstituttet
 I 2002 ble det diagnostisert 205 nye hivsmittede i Norge - det høyeste antall diagnostiserte siden 1985. 67% av tilfellene var personer med utenlandsk opprinnelse, dvs. særlig asylsøkere/innvandrere, som var smittet før de kom til Norge. De siste 5 årene har antallet i denne gruppen økt betydelig, mens antallet norskfødte og innvandrere som smittes mens de er bosatt i Norge, har vært stabilt i om lag 10 år. Økningen av hivtilfeller i asylsøker/innvandrergruppen samsvarer med økningen i antall asylsøkere og hivutviklingen i områdene de kommer fra.

Tittel **AIDS-situasjonen i Norge per 31.12.2002**
 I serie MSIS-rapport 2003 uke 22, Folkehelseinstituttet

Siden 1997 har antallet nye aidstilfeller ligget på gjennomsnittlig 33 per år. Som for hivinfeksjon er det særlig blant asylsøkere/innvandrere det har vært en økning de seneste årene.

Nesten 60% av tilfellene i 2002 var ikke kjent med at de hadde hivinfeksjon ved debut av aids. Antall nye aidstilfeller blant de med kjent hivinfeksjon og antall døde av aids holder seg på et lavt, stabilt nivå. Dette bekrefter at dagens hivbehandling over tid gir bedret livskvalitet og økte leveutsikter for hivsmittede.

Tittel **Tuberkuløs sykdom meldt i Norge per 31.12.2002**
 I serie MSIS-rapport 2003 uke 23, Folkehelseinstituttet

Antall pasienter meldt med tuberkulose gikk noe tilbake i 2002 i forhold til 2001 både for norskfødte og utenlandsfødte. Utenlandsfødte var yngre enn norskfødte: median alder hhv 29 år og 74 år. Andelen utenlandsfødte blant pasientene økte til 76%, de fleste blant bofaste innvandrere. Fødested "Afrika" og "Asia" gir høyest insidens per 100.000; hhv 373 og 67.

Se ev MSIS-rapport 2003, 31 om Resultater av tuberkulosebehandling for pasienter i 2001.

Forf Fosse, Ingolf
Tittel Barn i asylmottak: Erfaringer fra arbeid med å gi et psykisk helsevern tilbud
Trykt Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr 40 2003, s 866-871

Et tverrfaglig BUP-team gav i perioden 1998-2000 psykososialt tilbud på et asylmottak. Mottaket hadde ca 400 plasser, over 1/3 av beboerne var barn. Det ble gitt tre typer tilbud:

- Faste ukentlige møter med helsepersonellet på mottaket
- Vurderingssamtaler sammen med helsepersonell
- Arbeid med henviste barn i poliklinikk

Artikkelen beskriver livet på mottaket og barnas situasjon som asylsøkere. Tre kasus illustrerer viktige problemstillinger vedr barnas psykiske helse. Basert på pasientdata fra poliklinikk (20% av barna i mottaket), samt kjennskap til barnegruppa for øvrig, anslår forfatteren at omkring halvparten av barna hadde psykiske vansker. Forfatteren legger til grunn at traumatiserte barn med alvorlig psykopatologi eller utviklingsforstyrrelser har ”rett til nødvendig helsehjelp” – og at en stor andel av barna i mottaket hørte til gruppen barn ”med høy prioritet for å få rask hjelp innen psykisk helsevern”. En rekke tiltak foreslås for å kartlegge, forebygge og avhjelpe psykiske lidelser og problemer hos asylsøkerbarn.

Forf Varvin, Sverre
Tittel Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring
Trykt Oslo, Universitetsforlaget, 2003 (256 s)

Forfatteren er psykiater og tilknyttet Psykososialt senter for flyktninger, UiO. Boka er skrevet på bakgrunn av arbeide her, samt Varvins doktorgradsavhandling *Mental Survival Strategies after Extreme Traumatization* (2002).

Forf Braekke K, Staff AC
Tittel Periconceptional use of folic acid supplements in Oslo.
Trykt Acta Obstet Gynecol Scand. 2003 Jul;82(7):620-7.

A daily supplement of 400 micro g folic acid from the month before pregnancy and the first 2-3 months of pregnancy is recommended in Norway. All women attending antenatal ultrasound screening at the two main obstetric departments in Oslo during 3 months in 2001 were invited to answer questions regarding folic acid supplementation before and during their present pregnancy. 1541 women participated in the study, of which 26% were non-western immigrants. Conclusions: Most pregnant women in Oslo do not use folic acid as recommended and a dramatically low usage is seen among the immigrant population, indicating that more widespread information is necessary. Furthermore, fortification of cereals with folic acid should be considered to secure a sufficient intake of folic acid in all fertile women.

Forf Dahle UR, Sandven P, Heldal E, Caugant DA.
Tittel Continued low rates of transmission of Mycobacterium tuberculosis in Norway.
Trykt J Clin Microbiol. 2003 Jul;41(7):2968-73.

Mycobacterium tuberculosis isolated in Norway from 1999 to 2001 were compared to strains isolated 1994 - 1998. A total of 818 patients were diagnosed with tuberculosis (TB) during the last 3-year period. The results indicated that most cases of TB in Norway were due to the import of new strains rather than to transmission within the country. This finding demonstrates that screening of immigrants for TB upon arrival in Norway needs to be improved. Outbreaks, however, were caused mainly by strains that have been circulating in Norway for many years.

Forf Vangen S, Stoltenberg C, Holan S, Moe N, Magnus P, Harris JR, Stray-Pedersen B.
Tittel Outcome of pregnancy among immigrant women with diabetes.
Trykt Diabetes Care. 2003 Feb;26(2):327-32.

Data from the Medical Birth Registry of Norway on all births from 1988 to 1998 for mothers born in South Asia and North Africa (11,268) and Norway (601,785) were analyzed. RESULTS: The prevalence of pregestational diabetes among immigrants was 8.9/1,000 births, which was more than twice the rate among ethnic Norwegians (3.6/1,000). Maternal diabetes was associated with a significantly increased risk of pregnancy complications in both study groups. Increased risks were found for low birth weight, macrosomia, preterm birth, preeclampsia, and cesarean sections. The high prevalence of diabetes among immigrants from South Asia and North Africa represents a challenge for health care providers. To prevent adverse pregnancy outcomes and later cardiovascular and renal morbidity among these groups, early diagnosis of diabetes, adequate metabolic control, and relevant preventive measures are warranted.

Forf Dhawan, Raman
Tittel Hvilke problemstillinger møter en allmennlege ved et asylmottak?
Trykt Seminarinnlegg 2003 - Under publisering

Forfatteren, som er overlege ved Rogaland psykiatriske sykehus og lege ved et asylmottak, har systematisert data om de 200 pasientene ved mottaket som søkte konsultasjon/behandling i år 2000. Dette uselekterte utvalget fra et asylmottak med tils. ca 480 plasser, viste seg å ha en fordeling på helseproblemer / sykdomsforekomster omtrent identisk med hva som er tilfelle for den norske befolkningen - alderssammensetning tatt i betraktning. Pasientene hadde til sammen mange forskjellige diagnoser, og det var ingen overrepresentasjon av psykiske lidelser og problemer. En forskjell fra en ev. tilsvarende gruppe "norske" pasienter, var at asylsøkerne kanskje i større grad hadde sykdommer som de ikke kjente til fra før.

2002

Tittel Fastlegeordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastlege
I serie Rundskriv I-4/2002, Helsedepartementet

Rundskrivet inneholder presiseringer og supplerende informasjon til fastlegeforskriften § 3 og til brev fra Helsedepartementet til kommuner og asylmottak av 06.02.01 vedr prosedyrer for valg av fastlege til asylsøkere. Bakgrunnen er at departementet har mottatt mange henvendelser om asylsøkere og fastlegeordningen, da det vil være aktuelt for en asylsøker å velge fastlege etter ankomst til et ordinært mottak. Rundskrivet omhandler

- D-nummer – presisering og endring av prosedyrer
- Valg av fastlege for mindreårige asylsøkere
- Mens asylsøkeren venter på tildeling av fastlege
- Hvem er asylsøkerens fastlege – rutiner for informasjon
- Bytte av fastlege
- Flyttemelding
- Aktuelle brosjyrer

Forf Larsen, Lena
Tittel **En kartlegging av sykdomsforekomster hos flyktninger ved
 Flyktningehelseteamet i Trondheim**
 Medansv. Skreslett, Arve
 Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 12, nr 2 (2002) s 21-26

Kartlegging basert på gjennomgang av 98 journaler for kvoteflyktninger (40) og asylsøkere i mottak (58) som hadde vært til førstegangsundersøkelse (og evt. påfølgende konsultasjoner) ved Flyktningehelseteamet i Trondheim (FHT) i år 2000. Hovedfunn

- Helseundersøkelse ved FHT avdekker et svært vidt felt av sykdommer i en relativt begrenset pasientgruppe
- De kliniske undersøkelsene avdekker langt flere helseproblemer enn det pasientene selv rapporterer – ca to og en halv gang flere diagnoser enn det som spontant oppgis om nåværende og tidligere helseplager
- De største diagnosegruppene er
 - Sekkegrupperingen ”andre sykdommer” som særlig omfatter lav ferritin, hepatitt A/B, mage/tarmparasitter og ønh-lidelser
 - Psykiske plager og søvnforstyrrelser (ikke basert på bestemte screeningrutiner)
 - Infeksjoner

Forfatteren konkluderer med at førstegangsutredning av flyktningers helsetilstand krever et omfattende og bredspektret diagnostisk arbeid, og at det spesielt når det gjelder psykiske lidelser, må arbeides bevisst med tanke på avdekking ettersom flyktingene selv i liten grad spontant informerer om slike lidelser

Forf Jakobsen, Marianne
Tittel **Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser**
 Medansv. Solberg, Øivind
 Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 12, nr 1 (2002) s 17-21

Artikkelen henvender seg til behandlere og gir informasjon og råd om

- Faktorer som påvirker ”*compliance*”, evnen til å ta medisin slik leger foreskriver - som erfaringsmessig kan være lav hos flyktninger
- Medisinering ved ulike traumerelaterte tilstander - behandlingsstrategier ift psyko-biologiske kjennetegn, med referanser til nyere studier og forsøk.

Forf Mathiesen, Eirik
Tittel **Helsetilbud til kirkeasylanter - en utfordring for helsevesenet**
 Trykt Tidsskrift for Den norske lægeförening Årg. 122, nr 17 (2002) s 1678-1681

Forfatteren tar opp menneskelige og helsemessige konsekvenser av kirkeasyl i Norge – særlig med bakgrunn i situasjonen i 1993 da ca 700 kosovoalbanske asylsøkere oppholdt seg i ca 140 kirker og bedehus. Kirkeasyl er en belastning for asylsøkerne, og kirkeasylantene representerer en rekke etiske og menneskelige dilemmaer for helsepersonale som involveres.

Forf Lie, Birgit
Tittel **Asyl og asylanter**
Trykt Tidsskrift for Den norske lægeforening Årg. 122, nr 17 (2002) s 1639

Innlegg om hvordan leger og annet helsepersonell blir stilt overfor en rekke etiske og menneskerettslige dilemmaer i møtet med asylsøkere. Mangel på klare retningslinjer for hvordan helsetjenester for flyktninger skal organiseres, og manglende spesialkunnskap om pasientgruppen bidrar til praktiske problemer i tillegg. Innlegget refererer bl.a. innlegg og artikler i Tidsskriftet om temaet.

Forf Øverland, Gwyn
Tittel **Menneskeverd på sykehus: Innlagte minoritetspasienter i psykiatrien på Vest-Agder sykehus**
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger nr 1 (2002)

Artikkelen refererer primært en intervjuundersøkelse blant personalet ved Akuttenheten, Psykiatrisk avdeling, Vest-Agder sykehus i 2001. (Prosjektet omfattet også en kartlegging av innlagte pasienter i samme periode. Analyse av disse data er ikke omtalt i artikkelen) Bakgrunn og mål: Det er ca 8000 personer av ikke-vestlig opprinnelse i fylket, mange er flyktninger og asylsøkere, noen sliter med ubehandlede traumer, noen med usikkerhet knyttet til asylsøknadsprosessen. Hver måned blir flere personer i disse gruppene innlagt i psykiatrisk avdeling, VAS. Pasientgruppen representerer en ny utfordring for personalet. Det var behov for å undersøke personalets arbeidssituasjon, opplevelser og praksis i møtet med disse pasientene. Hensikten var også å bidra til positive bevissthets- og endringsprosesser og å identifisere mulige utviklingstiltak.

Forfatteren oppsummerer resultater fra intervjuundersøkelsen i ”tre paradokser”:

- Språk – Alle informanter la stor vekt på betydningen av god kommunikasjon (”språk er psykiatriens viktigste redskap”), men det ble i liten grad brukt tolk
- Holdninger – Informantene kunne være i tvil om pasientadferd skyldtes traumer eller om symptomer kunne være forsøk på å oppnå fordeler som oppholdstillatelse eller familiegjenforening
- Informasjon – Mens mange informanter ønsket å vite mer om pasients bakgrunn, tillot rutinene lite rom for informasjonsinnhenting og –overføring.

Forf Lie, Birgit
Tittel **A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees.**
Trykt Acta Psychiatr Scand. 2002 Dec;106(6):415-25.

The study addresses the longitudinal course of post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatized refugees in early resettlement, and examines the relationship between traumatic exposures and psychosocial factors/psychological symptom load in a total of 240 (52%) refugees. The study investigated changes from the first (T1) to the second interview (T2), 3 years later.

Unchanged Hopkins Symptom Checklist-25 and increase in Harvard Trauma Questionnaire and post-traumatic stress symptoms-16 between T1 and T2 were found, indicating the severity and chronicity of problems. Mean post-traumatic stress score was 15% above cut-off. Severe life-threatening trauma and present life in exile with unemployment and unresolved family reunion were risk factors.

Conclusion: Early diagnostic interview should be followed by targeted approach. Pinpointing those in need of specialist services is essential. An interdisciplinary approach is necessary.

Forf Johansen RE.

Tittel Pain as a counterpoint to culture: toward an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway.

Trykt Med Anthropol Q. 2002 Sep;16(3):312-40.

This article focuses on how some Somali women experience and reflect on the pain of infibulation as a lived bodily experience within shifting social and cultural frameworks. Women interviewed for this study describe such pain as intolerable, as an experience that has made them question the cultural values in which the operation is embedded. Whereas this view has gone largely unvoiced in their natal communities, the Norwegian exile situation in which the present study's informants live has brought about dramatic changes. In Norway, where female circumcision is both condemned and illegal, most of the women have come to reconsider the practice--not merely as a theoretical topic or as a "cultural tradition" to be maintained or abolished but, rather, as part of their embodied and lived experience.

Forf Maagaard A, Oktedalen O.

Tittel Psoas abscess diagnosed at a Northern university hospital.

Trykt Scand J Infect Dis. 2002;34(11):848-51.

Abscess of the psoas muscle is an infrequent diagnosis at hospitals in Northern countries. 16 patients had this diagnosis during the period 1991-2001. Eight patients were immigrants who had previously been healthy and most of them had experienced symptoms for approximately 1 y. MRI or CT scans revealed spondylodiscitis in 6 of these patients and Mycobacterium tuberculosis was identified as the causative agent. The other 8 patients were Norwegians, 4 of whom had underlying conditions such as diabetes mellitus or drug abuse. The causative microorganisms were Staphylococcus aureus or Streptococcus spp., with the exception of M. tuberculosis in 1 case. The Norwegian patients had a more acute history of symptoms than the immigrant patients and 2 of them were in a septic condition on admittance. The clinical history and microorganism associated with psoas abscess seemed to depend on whether or not the patient was an immigrant. Owing to increasing immigration, diagnosis of psoas abscess should be taken into account in Northern countries.

Forf Vangen, Siri

Tittel Perinatal Health among Immigrants

Trykt Oslo, Faculty of Medicine, University of Oslo, 2002 (p 322, app) - Dissertation for the Degree of Dr.Med.2002

Aim of study, to

- compare perinatal risk profiles between immigrants and ethnic Norwegians
- explore possible causes of adverse birth outcomes

Focus: mode of delivery, pregnancy complications, the newborns, perinatal care

Data sources

- Medical Birth Registry of Norway 1980-1998
- The country of Birth File
- Statistics Norway – education level
- In-depth interviewes with 23 Somali immigrant women and 36 Norwegian health workers

Results

- Frequency of caesarean section in the majority of immigrant groups was equal to or lower than among ethnic Norwegians (12%), but substantially higher levels (21-26%) were found in some groups
- Increased prevalence of pregestational diabetes among immigrant women from South Asia and North Africa
- Mean birthweight and perinatal morbidity varied considerably among the ethnic groups, but there was no clear relationship between birth weight and risk of perinatal death.
- The majority of midwives and doctors were not adequately prepared to handle childbirth among circumcised women. Infibulated women need a carefully planned delivery, timely and correctly performed defibulation, and adequate pain relief
- Low maternal education were associated with higher risk of adverse birth outcomes among ethnic Norwegians. Similar associations were not found among the immigrants.

Forf Statens institutt for folkehelse, Statens helsetilsyn

Tittel Forebygging av HIV-infeksjon og seksuelt overførbare sykdommer. Faktabeskrivelse til Sosial og helsedepartementet, 2002

Trykt www.odin.dep.no/Helsedepartementet/Publikasjoner

Bl.a. om epidemiologisk utvikling, dagens situasjon og utvikling framover når det gjelder hiv og hepatitt B blant utsatte grupper – bl.a. asylsøkere og flyktninger.

2001

Forf Ronge, Kari

Tittel Asylsøkeren - den forsømte pasient?

Trykt Tidsskrift for Den norske lægeforening Årg. 121, nr 3 (2001) s 367-369

Artikkelen tar opp den uklare situasjonen mht hva som skal være innholdet i helsetilbudet for asylsøkere, og referer ulike problemstillinger som er blitt aktualisert med den økende mengden asylsøkere, bl.a.

- Hva slags undersøkelse og behandling skal foregå i transittmottak – ev. utover den obligatoriske tuberkulosekontrollen?
- Hvem skal betale for helsetjenestetilbudet til asylsøkere i sekundærmottak?
- Hvordan skal rundskrivene fra staten (UDI, Helsetilsynet med mer) tolkes?

Artikkelen referer problembeskrivelser fra helsetjenesten i noen av landets kommuner, og forsøk som er gjort mht avklaring ift utlendings- og helsemyndighetene.

Forf Brunvand, Leif og Brunvand, Reidun

Tittel Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge

Trykt Tidsskrift for Den norske lægeforening Årg. 121, nr 6 (2001) s 715-8

Det er ca 54.500 ”innvandrerbarn” (innvandrere: personer med to utenlandskfødte foreldre, barn: under 16 år) i Norge, ca halvparten av dem fra ikke-vestlige land. Forfatterne gir oversikt over ulike helseproblemer som forekommer hyppigere hos innvandrerbarn enn hos etnisk norske barn. Spesielt er barn i flyktningfamilier utsatt for store psykiske problemer, og mange vil ha behov for profesjonell hjelp fra helsevesenet. Et bredt spekter av sykdommer, som er svært sjeldne blant norske barn, kan forekomme hos innvandrerbarn, for eksempel talassemi, sigdcelleanemi, malaria, tyfoidfeber og tuberkulose. Det er viktig at leger som har innvandrerbarn som pasienter, har kunnskap om diagnostikk og behandling av disse sykdommene. Alvorlig jernmangel og vitamin D-mangel er ikke uvanlig hos innvandrerbarn. I 1998 og -99 ble det registrert 65 barn med ernæringsbetinget rakitt ved norske sykehus. Det er behov for å revidere dagens program for forebygging av rakitt.

Artikkelen omhandler også forebyggende helseundersøkelser og problemstillinger rundt kommunikasjon og bruk av tolk. - Fylldig litteraturliste.

Forf Østby, Marianne

Tittel utfordringer i kultursensitiv terapi

Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 11, nr 2 (2001) 30-[35]

Tradisjonell vestlig terapi med ikke-vestlige flyktninger representerer ”kulturmøter” og er som sådan ”kultursensitiv”. Artikkelen stiller spørsmål ved om etablert fagtradisjon innenfor psykologien gir tilstrekkelig godt utgangspunkt for hensiktsmessig terapi og adekvate arbeidsformer. Artikkelen tar for seg forskjellige aspekter ved etablert fagtradisjon, bl.a. en individualistisk oppfatning av selvet, og universalisme i betydningen at psykiske tilstander kan diagnostiseres på ”tvers av kulturer” – ref for eksempel det omstridte Post Traumatic Stress Syndrom (PTSD). Forfatteren stiller imidlertid også spørsmål ved kulturbegrepets relevans for terapeutisk praksis. En systemisk og sosialkonstruksjonistisk forståelse av individ og omgivelser presenteres med sikte på å gi en mer relevant referanseramme for kultursensitiv terapi. Artikkelen har fylldig litteraturliste.

Forf Borchgrevink, Marit C.

Tittel Fra asken til ilden eller ny livskraft? Flyktningers psykiske helse og norsk politikk og praksis

Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 11, nr 2 (2001) s 5-10

Hva er de psykososiale konsekvensene av å være asylsøker/flyktning i Norge? Er det en så hard påkjenning å komme til Norge at tidligere påførte problemer forsterkes? Forfatteren diskuterer hvorvidt den politikken og det systemet som flyktninger møter i Norge bidrar til å forebygge eller overvinne emosjonelle problemer som følge av krig og organisert vold.

Forf Delft, Charity van

Tittel Bruk av tolk i terapi - noen betraktninger fra en terapeuts synspunkt

Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 11, nr 2 (2001) s 5-10

Forfatteren henviser til artikkelen "Tolkning i psykiatrisk og psykologisk behandling" av Kirsti Jareg og Zarin Pettersen (Linjer PSSF nr 2 2000) og supplerer med betraktninger og praktiske råd basert på egen erfaring.

Forf Gronseth AS.

Tittel In search of community: a quest for well-being among Tamil refugees

Trykt Med Anthropol Q. 2001 Dec;15(4):493-514.

Over the past ten years, Tamil refugees have settled in marginal fishing communities along the Arctic coastline of northern Norway. This article focuses on social aspects of Tamil resettlement and on the refugees' struggle for well-being. Tamils in these communities often experience diffuse aches and pains that are difficult for health workers to diagnose and treat. This article argues for the need to understand such health problems as embedded in social relations as they are experienced and embodied by the Tamils. Case studies are presented emphasizing that Tamils experience being misunderstood as individuals and as whole persons. This article draws a picture of a social context in which Tamils are stretched and pulled in different directions in search of community and individuality. The question emerges how best to understand the process of embodiment, which may transcend the individual body.

2000

Forf Lersbryggen, Anette B.

Tittel 6000 kosovoflyktninger i mottak – Hva har vi lært

Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger nr 1 (2000)

PSSF har ansvar for å gi tilbud om undervisning og veiledning til syv østlandsfylker. Artikkelen gjengir erfaringer fra et prosjekt i østlandsregionen: I forbindelse med mottak av flyktninger fra Kosovo i 1999 fikk PSSF ekstrabevilgning fra Helse- og sosialdepartementet for å styrke de psykososiale støttetiltakene i regionen. I samarbeid med UDI og Helsetilsynet ble det gjennomført et kartleggings- og utviklingsprosjekt i perioden desember 1999 – mai 2000. Såkalte fylkeskoordinatorstillinger ble opprettet på prosjektbasis i 5 av fylkene. I samarbeid med PSSF ble det så gjennomført lokale kartlegginger av eksisterende psykososiale tilbud i asylmottakene, deretter ble det opprettet såkalte mottaksteam med sikte på å samordne og målrette innsatsen fra ulike kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser.

Prosjektet videreføres med bl.a. utvikling av mer effektivt samarbeid mellom sykehus og 1.linje, utvikling av verktøy for registrering og overføring av pasientinformasjon, samt studie av pasienters og pårørendes erfaringer.

Forf Major, Ellinor F.

Tittel Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere

Trykt Tidsskrift for Den norske lægeförening Årg. 120, nr 28 (2000) s 3420-3423 : ill.

Psykososialt senter for flyktninger (PSSF) utførte i 1998 en kartleggingsundersøkelse innen den psykiatriske 2.linjetjenesten i Østlandsregionen. Formålet var å få oversikt over antall flyktninger/ asylsøkere som henvises til psykiatrien, hvilke områder som det er særlig vanskelig å arbeide med for psykiatrien, samt hvorvidt det er etablert samarbeid med primærhelsetjenesten. Spørreskjema ble sendt til 115 enheter / 85 enheter deltok; dvs psykiatriske avdelinger (29%), voksenpsykiatriske poliklinikker (49%) og familierådgivningskontorer (22%). Det konkluderes med at:

- Det ble henvist få* flyktninger/asylsøkere til den psykiatriske annenlinjetjenesten ("få" er ikke validert ift f eks enhetenes befolknings- eller pasientgrunnlag - "- antall henviste synes å være overraskende lavt -")
- Hyppigst stilte diagnoser var posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjon, psykose
- Mest benyttede behandlingsformer var støtteterapi og medisinerings
- Mest problematiske/krevende områder: kultur / kommunikasjon, traumer / traumerelaterte problemer, pasientenes forventninger til behandlingen
- 1/3 av enhetene oppga at de hadde regelmessig samarbeid med 1.linjen, ½ at de samarbeidet av og til

Forfatteren stiller spørsmål ved om flyktninger og asylsøkere får psykisk helsehjelp i tilstrekkelig grad –jf at dette skal være integrert i den allmenne helsetjenesten. I den grad det eksisterer noen særomsorg for denne pasientgruppen, er den begrenset til PSSF og de regionale psykososiale team for flyktninger.

Forf Lie, Birgit

Tittel Psykiatrisk helsetjeneste for flyktninger

Trykt Tidsskrift for Den norske lægeförening Årg. 120, nr 28 (2000) s 3372

Introduksjon til Major E / Psykiatrisk psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere i samme nummer:

Statistisk sentralbyrås intervjuundersøkelse fra 1996, Levekår blant innvandrere, viser at det er mer nervøse lidelser blant innvandrere (17%) enn blant norske (5%). Flyktninger skilte seg ikke ut fra innvandrere mht nervøse lidelser, men rapporterte mer ensomhet enn arbeidsinnvandrere og familiegjenforente.

Undersøkelser viser at 15-20% av flyktningpopulasjonen har vært utsatt for tortur – noe som setter varige spor både fysisk og psykisk, og hvor mestringen av sensfølger vil være avhengig av flyktningens liv i eksillandet (Lie B et al: Torturskader – en medisinsk utfordring.. Tidsskr Nor Lægefören 1996;116:1073-5)

Det er underforbruk av tjenester knyttet til psykisk helse ift flyktningers opplevde behov (Berg B et al: Toppen av isfjellet. Beregning av kommunale helseutgifter for flyktninger i integreringsfasen. SINTEF IFIM 1997)

Forf Jareg, Kirsti

Tittel Tolkning i psykiatrisk og psykologisk behandling

Medansv. Pettersen, Zarin

Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 10, nr 2 (2000) s 8-10

Om behov for og praktisk bruk av tolk i behandlingssituasjonen. Grunnleggende krav til tolk og behandler.

Forf Haabeth AL, Karlsen W

Tittel Telefontolkning som alternativ tolketjeneste

Trykt Tidsskriftet Sykepleien 2000;88(2):52-5

Erfaringer med telefontolking i kommunehelsetjenestens arbeid med asylsøkere/flyktninger

Forf Folkehels einstituttet

Tittel Rapport om utsatte grupper i Norge / "Social inequalities and Health in Europe"

Trykt Nettversjon på engelsk, [Folkehelseinstituttet, 2000](#)

Landrapport om helsestatus hos utsatte grupper i Norge til EU-prosjektet "Social Inequalities and Health in Europe". Rapporten er basert på offentlig statistikk og publikasjoner, forskningsrapporter, samt informasjonsinnhenting fra statlige/nasjonale instanser og kompetanseinstitusjoner. For mange av de definerte "utsatte gruppene" – hvorav flyktninger/asylsøkere er den ene – fantes det lite eller ikke noe dokumentasjon om "helse", noe Folkehelsa kommenterer slik: *The size of this report seems to reflect the fact that very few health surveys and research programs have focused on the health and wellbeing of disadvantaged groups in Norway.*

Rapporten viser at i flere av de definerte utsatte gruppene er det mange mennesker som lever i fattigdom, noe som innebærer høy risiko for marginalisering generelt. Når det gjelder gruppen flyktninger/asylsøkere tallfestes den (i 2000) til 65.000, og andelen "fattige" anslås til å være 70% eller 45.000.

Forf Vilming B, Nesheim BI.

Tittel Hyperemesis gravidarum in a contemporary population in Oslo.

Trykt Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Aug;79(8):640-3.

During the last few years, there has been a clinical impression in Norway that immigrants are more afflicted by hyperemesis gravidarum than ethnic Norwegians. Of 175 patients with the diagnosis hyperemesis gravidarum 1993-1997, 120 had complete records and were compared to a control group of 115 patients without hyperemesis gravidarum. Variables: Ethnicity, age, height, weight at beginning and end of pregnancy, body mass index, gravidity, parity, smoking, gestational age at labor, birth weight, placental weight.

Hyperemesis, when corrected for weight increase, did not influence birth weight. Risk factors vary between different populations. Hyperemesis patients are at risk of having infants with reduced growth.

Forf Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B.

Tittel Cesarean section among immigrants in Norway.

Trykt Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Jul;79(7):553-8.

The study is population based using data from the Medical Birth Registry of Norway. A total of 553,491 live births during the period 1986-1995 were studied, including 17,891 births to immigrant mothers. RESULTS: The prevalences of cesarean section ranged from 10.1% among women from Vietnam to 25.8% in the group of Filipino origin. The use of abdominal delivery was also high in the groups from Sri Lanka/India (21.3%), Somalia/Eritrea/Ethiopia (20.5%) and Chile/Brazil (24.3%), while the frequency among women from Turkey/Morocco (12.6%) and Pakistan (13.2%) was approximately the same as among ethnic Norwegians (12.4%). Feto-pelvic disproportion, fetal distress and prolonged labour were the most important diagnoses associated with the high prevalences, but the significance of these diagnoses differed among the groups. Other unknown factors come into play, particularly among women from Somalia/Eritrea/Ethiopia and Chile/Brazil.

There was substantial variation in the use of cesarean section among ethnic groups. The diagnoses feto-pelvic disproportion, fetal distress and prolonged labour may be confounded by a number of factors including maternal request for caesarean section and difficulties in handling the delivery. Further research is needed to explain the observed differences.

Forf Sveaass, Nora

Tittel Restructuring meaning after uprooting and violence. Psychological intervention in Refugee receiving and in post-conflict societies

Trykt Inst of Psychology, Fac of Social Sciences, University of Oslo, 2000 (p 143, app)

Study based on data collected in different research situations and with different methods

- Qualitative interviewes with mental health workers in psychological projects with victims of war and violence in Nicaragua (1997)
- Interviewes with refugee families participating in a family therapy project at the Psychological Center for Refugees and the Institute of Psychology, UiO (1991 onw)
- Epidemiological data of 966 refugees - one group consisted of outpatients at PCR (PSSF), another of refugees newly settled in 20 municipalities in southern Norway

The study explores ways in which psychological work can contribute to the process of reconstructing lives. The function of meaning in relation to traumatic events and the contextual aspects of intervention are discussed. Reconciliation and social reintegration are described as essential features of individual and collective rehabilitation. A family and systems approach is suggested as part of therapeutic work with refugees.

1999*

* Tidsskrift for den norske legeforening og Linjer finnes ikke i elektronisk versjon for årene før 2000. Det er mer ressurskrevende å finne fram papirversjoner, og jeg har derfor ikke prioritert å utarbeide omtaler av artikler eldre enn 2000 fra disse tidsskriftene.

Forf Lauritsen Kirsten, Berg Berit
Tittel **Mellom håp og lengsel : å leve i asylmottak**
Trykt Trondheim : SINTEF, Teknologiledelse, IFIM, 1999. (157, 8 s.)

Rapporten er basert på undersøkelser i 5 statlige mottak. Tema for rapporten er rammevilkår, boforhold, økonomi, fysisk og psykisk helse, sosial kontakt, medbestemmelse, utdanning, arbeid og aktiviteter. Datagrunnlaget for analysen er sammensatt og basert på foreliggende dokumentasjon om mottakene, intervjuer og samtaler med 100-150 beboere, samt deltagende observasjon. Hovedkonklusjonene i rapporten handler om at trang økonomi, mangel på psykososiale tilbud, manglende arbeid og lang ventetid, er forhold med til dels alvorlige følger for beboernes helse og livskvalitet.

Forf Lavik, Nils Johan
Tittel **Flyktingers psykiske helse**
Trykt Oslo : Universitetet i Oslo, Psykososialt senter for flyktninger, Instituttgruppe for psykiatri, 1999. (47s)

Bearbeidet og trykt versjon av Laviks innføringsforelesninger for medisinske studenter og leger om psykiske lidelser blant flyktninger. Tematisert i flg hovedpunkter:

1 "Flyktningebegrepet" - Hva er en flyktning, jf

- internasjonale konvensjoner
- medisinske og psykososiale belastninger
- innvandrerbefolkningen generelt

2 Forskning og forskningsfunn om flyktingers (psykiske) helseproblemer

Innledningsvis refereres norske forskningsbidrag om flyktingers psykiske helse - bl.a. studier av norske Amerika-emigranter (Ødegård 1932), flyktninger i Sverige under 2. verdenskrig (Pedersen 1958) og europeiske flyktninger i etterkrigs-Norge (Eitinger 1958). Dagens situasjon belyses med referanse til flg. studier

- 346 pasienter ved Psykososialt senter for flyktninger (PSSF)1992-96 (Lavik et al 1996)
- 45 vietnamesiske flyktninger ved PSSF fra 1982 og utover (Hauff 1995)
- 462 flyktninger i østlandsområdet 1994-95 (Lie 1998)

Lavik sammenfatter forskningsresultatene i flg punkter:

1. Flyktninger har øket risiko for å få psykiske lidelser
2. Symptomene skyldes en "overdose" av stress som følge av forfølgelse og vold - samt evt
3. Tilleggs påkjenninger seinere i livsløpet, for eksempel knyttet til selve migrasjonen, til eksilet og til minoritetstilværelse i nytt hjemland

3 Kliniske utfordringer for behandlere jf språk, holdninger, forståelse med mer

4 Medisinsk etikk, menneskerettigheter og internasjonale konvensjoner

Forf Hauff, Edvard
Tittel **Vietnamesiske flyktninger i Norge : noen refleksjoner i etterkant av et forskningsprosjekt**
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 9, nr 2 (1999) s 9-11

Forf Dahl, Solveig
Tittel **Den kvinnelige krigsflyktning**
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 9, nr 2 (1999) s 4-7

Forf Lavik, Nils Johan ...[et al.]
Tittel **The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: validation and analysis of HSCL-25** (Hopkins Symptoms check list)
Trykt Nordic journal of psychiatry Vol. 53, no. 1 (1999) s 17-20

Forf Lavik, Nils Johan
Tittel **Psykiske problemer hos flyktninger**
Trykt Medicinsk årbog (1999) s [97]-105

Forf Lithman, Yngve Georg
Tittel **Mötet : perspektiv på relationen mellan invandrare och sjukvård och sosialtjänst**
Trykt [Bergen] : Senter for samfunnsforskning (SEFOS), c1999. (40 s)

Forf Fannemel, Eva
Tittel **Ti år som leder for Psykososialt senter for flyktninger: intervju med Nils Johan Lavik**
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 9, nr 2 (1999) s 26-30 : ill.

Forf Aavitsland, Preben
Tittel **Smittsomme sykdommer hos flyktninger fra Kosovo**
Trykt Tidsskrift for Den Norske Legeforening 1999;119(15):2153

1998

Forf Hauff, Edvard
Tittel **The stresses of war, organised violence and exile : a prospective community cohort study of the mental health of Vietnamese refugees in Norway**
Trykt Department of Behavioural Sciences in Medicine, Psychosocial Centre for Refugees, University of Oslo, 1998 (Avhandling dr. med. UiO)

Studien omfatter vietnamesiske flyktninger til Norge i 1982 som ble intervjuet ved ankomst (n=145) og ca 3 år etterpå (n=130). Høye andeler hadde opplevd krigshandlinger, vært vitne til vold og drap, og hadde selv vært i livsfare. Det var signifikant sammenheng mellom krigstraumer og mental helse - alder, kjønn og tidligere psykiske problemer tatt i betraktning.

Oppfølgingsundersøkelsen 3 år etterpå viste ingen nedgang i opplevde psykiske problemer (Symptom check List 90 R). Nesten 1 av 4 hadde en psykiatrisk lidelse og forekomsten av depresjon var ca 18%. Man fant at ekstremt traumatisk stress i Vietnam, negative livshendelser i Norge, mangel på nære fortrolige og kronisk adskillelse fra familie, var viktigste (medvirkende) årsaker til psykiske helseproblemer. 10% hadde posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ved ankomst og/eller 3 år etterpå. Denne gruppen hadde vært utsatt for mer traumatiske belastninger før flukten, og hadde i større grad psykiske lidelser i eksil (enn utvalget for øvrig?) Dette kom langt oftere til uttrykk i form av relasjonell oversensitivitet, somatisering og aggresjon, enn for eksempel i form av angstproblemer.

Etter 3 år var integreringen i arbeidslivet relativt dårlig, men flyktingene hadde i stor grad utviklet nye sosiale nettverk, først og fremst blant andre vietnamesere. Bare en lite andel (ca 20%) av de med psykiske lidelser, hadde kontakt med psykisk helsevern eller mottok adekvate helsetjenester ifm sine problemer.

Forf Varvin, Sverre

Tittel Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: Integration, symbolization and mourning

Trykt American Journal of Psychotherapy, 1998, 51, p 64-71

Forf Olsen B

Tittel Flyktning- og innvandrerbarn i sykehus

Trykt Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1998;118(23):3585-8

Tittel Tiden arbeider ikke med traumer: rapport fra konferanse om asylsøkerbarns mentale helse, 1998.

Trykt Oslo : Barneombudet, [1998]. 30, 19 s.

1997

Forf Lavik, Nils Johan

Tittel Psykisk helse blant flyktninger : samspill mellom symptomer, traumatisering og eksil

Medansv. Solberg Øivind, Varvin Sverre

Trykt Tidsskrift for Den norske lægeforening Årg. 117, nr 25 (1997) s 3654-3658

Traumatisering og psykiatriske symptomer ble undersøkt ved hjelp av systematisk klinisk intervju blant 346 nye pasienter mottatt over en femårsperiode ved poliklinikken ved Psykososialt senter for flyktninger.

Mer enn 50% hadde vært utsatt for systematisk fysisk tortur, og like mange hadde vært involvert i alvorlige krigshandlinger. 50% fikk diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse. 10% hadde arbeid i Norge, 20-30% var i skole eller studier, 40% var uten beskjeftigelse.

Forholdet mellom demografisk bakgrunn, traumatisering og symptomer illustreres ved kasuistikker.

Forf Sveaass Nora, Hauff Edvard (red)

Tittel Flukt og fremtid : psykososialt arbeid og terapi med flyktninger

Trykt Oslo : Ad notam Gyldendal, 1997. (277 s)

Boka inneholder 16 artikler, samt innledning og litteraturliste. Den handler om utvikling og tilrettelegging av psykososiale hjelpetiltak overfor flyktninger i Norge, og tar utgangspunkt i erfaringer som norske helse- og sosialarbeidere har hatt.

Forf Netland, Marit

Tittel Bosniske flyktningebarn i Norge : psykologiske reaksjoner etter påkjenninger under krig og flukt

Trykt Solheimsviken : Magnat forl., 1997. (345 s. : ill.)

Noter Rapport fra forskningsprosjekt, *Bosniske flyktningbarns psykiske helse*, gjennomført på oppdrag fra Utlendingsdirektoratet. Kopier av tester og spørreskjemaer.

Undersøkelsen omfatter 66 barn som hadde flyktet til Norge fra Bosnia-Hercegovina. Datainnsamling foregikk i 1994 -95 ved hjelp av spørreskjema og tester vs barna, og spørreskjema vs mødrene deres.

Barna hadde oppholdt seg i krigsområdet i gjennomsnitt 10 mnd før flukten og hadde opplevd mange ulike kombinasjoner av traumatiske hendelser. Barna hadde hatt store påkjenninger i forbindelse med flukten og eksilet, og de uttrykte sorg over tapet av hjem, hjemsted og hjemland. Undersøkelsen tar bl.a. sikte på å finne sammenhenger mellom ulike typer og grader av krigstraumer og symptomer på psykiske reaksjoner i ettertid. Mange av barna lider av svært plagsomme symptomer, som antas å virke inn på deres evner til å følge med i undervisning, til sosialt samvær og til generelt å tilpasse seg i eksillandet.

Forf Berg, Berit og Lauritsen, Kirsten

I samarb Halsteinli, Vidar og Olsen, Terje

Tittel Toppen av isfjellet? Beregning av kommunale helseutgifter for flyktninger i integreringsfasen

Trykt Trondheim, SINTEF IFIM 1997 (76 s. Fig., tab.)

Rapport basert på kartlegging i 7 kommuner for utgiftsåret 1995 av særskilte og ordinære helsetjenester til flyktninger og personer med opphold på humanitært grunnlag. Data fra

- kvalitative intervjuer med helsepersonale om hva som karakteriserer flyktningers bruk av helsetjenester, og på hvilken måte kommunene har innrettet seg ift dette.
- gjennomgang av regnskapstall og helsedata ift ulike delområder av helsetjenesten og ift hhv flyktninger og øvrige befolkning

Konklusjoner:

- Flyktninger bruker vesentlig mer helsetjenester enn den øvrige befolkningen, på følgende 3 områder: Helsesøstertjenester, fysioterapitjenester og legetjenester
- Den demografiske sammensetningen av flyktninggruppa gjør likevel at det samlede utgiftsnivået for gruppa er lavere (ca 66%), enn for befolkningen for øvrig
- Framtidige utgifter til eldreomsorg for flyktninger bør vies særlig oppmerksomhet
- Flyktnings psykiske helse er et tema som går igjen i samtalene med helsepersonell
- Underforbruk av helsetjenester kan skyldes underrapportering
- Flyktnings behov for helsetjenester varierer sterkt

Forf Lavik, Nils Johan

Tittel Flyktningebarn og familier

Trykt Oslo,UiO, Psykososialt senter flyktninger, Instituttgruppe for psykiatri 1997, 99 s

Forf Lavik, Nils Johan

Tittel Flukt og psykisk helse.

Trykt Oslo,UiO,Psykososialt senter for flyktninger, Instituttgruppe for psykiatri 1997 141s

Forf Lavik, Nils Johan

Tittel Tortur.

Trykt Oslo,UiO, Psykososialt senter for flyktninger, Instituttgruppe for psykiatri1997 67 s.

Tittel Krise- og rehabiliteringspedagogikk: nordisk konferanse Trondheim 1997

Trykt [Trondheim] : [Dronning Mauds minne], [1997]. (98 s.)

1996

Forf Vangen S, Stoltenberg C, Schei B.

Tittel Ethnicity and use of obstetrical analgesia: do Pakistani women receive inadequate pain relief in labour?

Trykt Ethn Health. 1996 May;1(2):161-7.

Objective: To study whether the use of analgesic treatment in labour is influenced by ethnicity. Design: A cross-sectional study of patients at the two municipal hospitals, Ullevål and Aker, in Oslo, Norway. Subjects; a total of 137 obstetrical patients, 67 Pakistani women and 70 Norwegian women.

Results: 30% of the Pakistani and 9% of the Norwegian women received no analgesia in labour. Pethidine injection was the preferred analgesic administered to Pakistani women. Women of Pakistani origin received epidural infusion or nitrous oxide and oxygen gas less frequently than Norwegian women. They also received fewer combinations of other analgesic methods. When adjusted for the mothers' age, parity and duration of delivery, Pakistani origin was the only significant predictor for receiving no analgesia in labour.

Conclusion: Women of Pakistani origin were more than three times as likely not to receive analgesia in labour as Norwegian women. The health services offered to Pakistani women in labour were different from those offered to Norwegian women. These results indicate that women of Pakistani origin may be offered insufficient obstetrical analgesia, or that Norwegian women received unnecessary pain relief in labour.

Forf Lavik, Nils Johan

Tittel **Kultur, helse og kommunikasjon.**

Trykt Oslo: UiO, Psykososialt senter for flyktninger, Instituttgruppe for psykiatri, 1996. (68 s)

Forf Netland Marit, Røssland, Ann-Elisbet

Tittel **En samtalegruppe for flyktningbarn : delrapport fra forskningsprosjektet "Bosniske flyktningbarns psykiske helse"**

Trykt Bergen : [s.n.], 1996. (21, XXXVIII s.)

1995

Forf Moe, Einar (red)

Tittel **Barn i risiko i et samfunn i forandring : utfordringer for barne- og ungdomspsykiatrien .**

Trykt Oslo : Nic Waals institutt, 1995. Skriftserie fra Nic Waals institutt ; nr 2 : 148 s.

Forf Sam, David Lackland

Tittel **Flyktningers psykiske helse : en sosial og forebyggende tilnærming**

Trykt [Bergen] : HEMIL-senteret, [1995]. HEMIL-rapport ; nr 13 - 1995 (29, 3 s. : fig.)

Forf Dramsdahl, Margaretha

Tittel **Rutiner for infeksjonstesting og hepatitt B-vaksinering av asylsøkere: en spørreundersøkelse blant helsepersonell med ansvar for asylsøker mottak**

Medansv Sandvik, Hogne

Trykt Tidsskrift for Den norske lægeförening Årg. 115, nr 25 (1995) s 3128-3130

1994

Forf Lavik, Nils Johan et.al.

Tittel **Pain and survival : human rights violations and mental health**

Trykt Oslo : Scandinavian University Press, 1994. (244 s., pl. : ill.)

Forf Veer, Guus van der

Tittel **Rådgivning og terapi med flyktninger: psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse**

Trykt Oslo : Ad notam Gyldendal, 1994. (259 s.)

Tittel **Interkulturell behandling : erfaringer fra møte med innvandrere- og flyktningfamilier i barne- og ungdomspsykiatrien**

Forf Langaard Kari, Christie Helen Johnsen, Holdhus, Valborg

Trykt Oslo : Nic Waals institutt, 1994. Skriftserie fra NWI ; 1 (154 s. : diagr.)

Forf Bakken, Barbro / Kommunal- og arbeidsdepartementet

Tittel **Tiltak for å begrense sekundærflytting : Rapport fra en arbeidsgruppe**

Trykt Oslo : Dept., 1994. (43 s.)

Forf Austveg, Berit

Tittel **Helsearbeid og innvandrere : mangfold, sunnhet og sykdom**

Trykt [Oslo] : TANO, 1994. (1. utg. 1989) (275 s. : ill.)

1993

Forf Ingebretsen Reidun, Guntvedt Odd H.

Tittel **Eldresentre på nye veier : erfaringer fra utviklingsarbeid**

Trykt Oslo : Norsk gerontologisk institutt, [1993]. Rapport; 7 – 1993 (88, 3 s.)

Forf Bakken, Barbro / Kommunal- og arbeidsdepartementet

Tittel **Tiltak for bedring av flyktingers psykiske helse : rapport fra arbeidsgruppe**

Trykt Oslo] : Kommunal- og arbeidsdepartementet, [1993]. (50 s.)

Forf Salimi, Fahkra

Tittel **Den Usynlige smerte: erfaringer fra innvandrere- og flyktningkvinner
helsesituasjon: en rapport fra Mira-senteret**

Trykt Oslo : Mira-senteret, 1993. (32 s. : ill.)

Korte innlegg, intervjuer, reportasjer etc

Forf Mathisen, Birgit Røe

Tittel Helse i nytt hjemland : min arbeidsplass: Flyktninghelsetjenesten i Bodø

Trykt Tidsskriftet Sykepleien Årg. 89, nr 12 (2001) s 24-26 : port.

Forf Haabeth AL, Karlsen W

Tittel Telefontolkning som alternativ tolketjeneste

Trykt Tidsskriftet Sykepleien 2000;88(2):52-5

Forf Ochremenko, Mari

Tittel 11 år med flyktninger (Nøkkelord: helsetjenester – flyktninger)

Trykt Utposten Årg. 29, nr 2 (2000) s 38-40

Forf Aase, Kari Anne
Tittel Farlig ensomhet (Nøkkelord: psykiske lidelser – flyktninger)
Trykt Tidsskriftet Sykepleien Årg. 87, nr 10 (1999) s 10-15 : ill.

Forf Sand, Helene
Tittel Ta dere tid til å snakke med oss
Kommentar: Om en iransk flyktnings opplevelse av norsk helsevesen da hun fikk brystkreft
Trykt Tidsskriftet Kreftsykepleie Årg. 13, nr 3 (1997) s [23]-24

Forf Aase, Kari Anne
Tittel Helsesøster på bosenter for flyktninger - Intervju med Sylvia Bukne
Trykt Sykepleien Årg. 85, nr 4 (1997) s 26-29 : ill.

Tittel Flyktningkvinner : nøkkelen til omsorg, helse, ernæring velferd, fred.
Trykt Oslo : Flyktningerådet , 1997 - 4 s. - (På flukt tema ; Nr. 2, 1997)

Forf Ørstavik, Ragnhild
Tittel Helsetjeneste for flyktninger åpnet i Oslo
Trykt Tidsskrift for Den norske lægeförening Årg. 116, nr 28 (1996) s 3385 : ill.

Forf Lavik, Nils Johan
Tittel Flyktninger og psykiatri 1945-1955 : folkeforflytninger i krigens kjølvann
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 6, nr 2 (1996) s14-16 : ill.

Forf Gravåkmo, Solveig
Tittel Flyktninger skal mottas med respekt og varme (Om innvandrere og helse)
Trykt Tidsskriftet Basis Årg. 30, nr 10 (1996) s 44-46 : ill.

Forf Haabeth AL, Grönvik Y
Tittel Tanker om bruk av tolk
Trykt Tidsskriftet Sykepleien Fag 1995;83(1):48-51

Forf Solli, Laila
Tittel Medarbeiderens møte med flyktninger og innvandrere
Kommentar: Om innvandreneres møte med det norske helsevesenet
Trykt Tidsskriftet Utposten Årg. 24, nr 3 (1995) s 116-120 : ill.

Forf Neumayer SM
Tittel Når din smerte blir min smerte - møter mellom hjelpere og flyktninger
Trykt Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin 1995;12(3):22-5

Forf Brunvatne R, Lysgård KH, Hjortdahl P
Tittel Psykososialt forebyggende arbeid blant krigsflyktninger. En oppgave for primærhelsetjenesten?
Trykt Tidsskrift for Den Norske Lægeförening 1995;115(1):23-6

Forf Solberg, Øivind
Tittel Flyktningers psykiske helse og medikamentell behandling
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 4, nr 2 (1994) s 8-10 : ill.

Forf Hjelde, Karin Harsløf
Tittel Fler-, kryss-, trans-, tverr- eller interkulturelt? Begrepsbruk i helse- og sosialarbeid med flyktninger
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger Årg. 4, nr 1 (1994) s 12-14

Forf Foss, Torberg
Tittel I eksil (Om flyktningers psykiske problemer)
Trykt Nytt norsk tidsskrift Årg. 10, nr 3/4 (1993) s [227]-232

Forf Nuyen KN
Tittel Helseproblemer hos innvandrere og flyktninger - bare med sjelen?
Title Health problems in immigrants and refugees - only mental? (letter)
Trykt Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1993;113(9):1115-6

Forf Refsdal, Olav
Tittel Er flyktningane storforbrukarar av helsetenester?
Trykt Helse- og sosialforum Årg. 67, nr 7 (1993) s 21-23 : ill.

Forf Sveaass, Nora
Tittel Flyktninger med psykiske problemer - en viktig klientgruppe ved psykiatriske poliklinikker
Trykt Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger nr 1 (1992) s 14-15 : ill.

Forf Neira, Judith
Tittel Flyktninger i eksil sliter for liv og helse
Trykt Sosionomen Årg. 37, nr 5 (1992) s 2-8 : ill.

Studentarbeider

Forf Bernsen, Kirsten M.O.
Tittel ... men inni er vi like? : det psykiske helseverns møte med flyktninger
Trykt Bergen, 2002. 128 s, Hovedoppgave i sosiologi - Universitetet i Bergen, 2002 I.

Tittel Møte med flyktninger som tema i en psykiatrisk avdeling : hvordan kan miljøterapeuter skape gode relasjoner i møte med flyktninger i en psykiatrisk avdeling?
Trykt Molde : Høgskolen i Molde, 2000. 40 pag. bl.
Noter Studentarbeid - HSM, 2002 - Studium: Videreutdanning i psykisk helse.

Forf Kristensen, Marianne
Tittel Kostveiledning til flyktninger og innvandrere som bor i Norge: hvordan kan helsesøster støtte opp om flyktninger og innvandreres kosttradisjoner når hun gir kostveiledning til sped-og småbarnsforeldre.
Trykt Stavanger : Videreutdanning helsesøsterutdanning / HIS-HS ; 2001 40 s.

Forf Shaafi, Parvin
Tittel Vurdering av flyktningers kvalifikasjoner: en kvalitativ undersøkelse om flyktningers opplevelse av diskvalifisering og dens virkning på deres helse og livskvalitet
Trykt Bergen, 1999. 53 bl. Hovedoppgave i psykologi - Universitetet i Bergen, 1999 I.

Forf Lin Anette Dalen
Tittel Hvordan kan helsesøster hjelpe flyktningbarn som har vært utsatt for traumatiske opplevelser?
Trykt Stord : Studentoppgåve HSH/FH, 2000 : 34 s.

Tittel Psykiske lidelser blant flyktninger
Trykt Sogndal, Høgskulen i Sogn og Fjordane , 1999, 24 s. Semesteroppgåve, 3. sosionom

Forf Antionette Shirani Arulanandam
Tittel Hvordan kan sykepleiere hjelpe flyktninger som står i fare for å utvikle psykiske problemer

- Trykt Bodø, 1999 - 24 bl. : ill. Høgskolen i Bodø, Grunntutdanning i sykepleie.
-
- Forf Tone Margrethe Lærum, Anne Gro Gøystdal
 Tittel På jorden et sted.
 Trykt Oslo : Diakonhjemmets høgskole , 1998 - 53 bl. -Fordypningsoppgave i Sykepleie. -
-
- Forf Fivelsdal, Beate
 Tittel Flyktninger og mental helse
 Trykt Sogndal, Høgskulen i Sogn og Fjordane, 1997. 15, 4 s. Studentarbeid barnevern
-
- Forf Pettersen, Ingunn Margrethe
 Tittel Hvordan utøve sykepleie til en psykotisk flyktning.
 Trykt Tromsø, 1996. 24 bl. Avsluttende oppgave i sykepleiefaget - Høgskolen i Tromsø
-
- Tittel Sykepleie til tidligere torturofre : kan sykepleiere ved hjelp av god omsorg redusere den psykiske belastningen hos pasienter som har vært utsatt for tortur?
 Trykt Molde, Høgskolen i Molde, 1996 43 pag. Studentarbeid Grunntutdanning i sykepleie
-
- Forf Emmanuel, Prince
 Tittel Psykisk helse og flyktninger : hvordan kan en psykiatrisk sykepleier drive forebyggende psykisk helsearbeid for flyktninger?
 Trykt Bodø, 1995. 42 bl. Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Høgskolen i Bodø
-
- Forf Viken, Berit
 Tittel Helsesøstre i "et fargerikt felleskap":studie av helsesøstre og innvandrerfamilier på helsestasjonen
 Trykt Bergen, 1995. 158 s. Hovedoppgave i sosialantropologi - Universitetet i Bergen,
-
- Tittel Psykologi i en verden i forandring : psykologisk arbeid med flyktninger.
 Trykt Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol.32, Nr.8, 1995 - s. 673-779
-
- Forf Helene Hagenes
 Tittel Psykiske kriser blant flyktninger
 Trykt Sogndal, Sogn og Fjordane, 1995, 18 s., 3. sosionom

3 Oppsummering og kommentarer

Litteraturoversikten antas å være dekkende for det meste av det som er publisert f.o.m. 1993 om situasjonen i Norge når det gjelder asylsøkere og flyktningers helsetilstand og deres bruk av helsetjenester eller forhold til helsetjenesten.

Det refererte materialet kan ikke sies å gi et fyllestgjørende bilde av asylsøkere og flyktningers helsetilstand og bruk av helsetjenester; dvs. man kan ikke med utgangspunkt i disse bidragene gi en noenlunde dekkende beskrivelse av den helhetlige situasjonen - mht.

- hele gruppen av asylsøkere og flyktninger, og forskjellen mellom de to gruppene
- helsetilstanden, forstått som somatiske og psykiske helseforhold og/eller forekomsten av somatisk og psykisk sykdom
- forholdet til helsetjenesten for eksempel i termer av etterspørsel, grad av behovsdekning, tilgjengelighet til, bruk av osv – verken generelt eller i forhold til de ulike helsetjenesteområdene eller –tilbudene

Helseområder som er særlig fokusert jf litteraturoversikten

- Psykososiale forhold og psykiske helseproblemer (ca. halvparten av referansene)
- Svangerskap og fødsel, gynekologi
- Smittsomme sykdommer

Disse områdene vil bli kommentert nedenfor.

Hva er det vi ikke har informasjon/kunnskap om – dersom bildet skulle være utfyllende?

Fraværet av dokumentasjon av eller bidrag som omhandler fysisk helse og sykkelighet mer generelt, er iøynefallende. Dette til tross for at det i løpet av perioden synes å ha vært mye diskusjon om ”helseundersøkelse” for asylsøkere og flyktninger” (at det er nødvendig, hva den skal omfatte mv), og at det sannsynligvis utføres en rekke ”gruppescreeninger” osv. som gir data om pasientene og gruppen(e).

Litteraturoversikten referer en artikkel* som omhandler funn om helsetilstand mer generelt. Denne er basert på systematisering av pasientdata; ”Kartlegging av sykdomsføremkomster hos flyktninger ved Flyktninghelseteamet i Trondheim” (Larsen 2002). Førstegangs helseundersøkelse av 98 pasienter avdekket et vidt felt av sykdommer - ca 2,5 ganger så mange diagnoser som pasientene selv oppga - største diagnosegrupper er ”andre sykdommer”, infeksjoner, samt psykiske plager og søvnforstyrrelser. *Se også bidrag som er under publisering - Dhawan 2003.

Mine undersøkelser utover litteratursøket har bl.a. tatt sikte på nettopp å etterspore eventuelt dokumentasjon både om hva som gjøres mht kartlegging av generell helsetilstand og hva resultatene eventuelt forteller. Foreløpig ser det ut til at det ikke finnes slik dokumentasjon i nevneverdig grad.

Nedenfor kommenteres de tre ”helseområdene” som er mest fokusert i litteraturoversikten:

Psykososiale forhold, psykiske helseproblemer

- En rekke studier av ulike utvalg* av asylsøkere og flyktningers psykiske helse (PSSF)
 - vietnamesiske flyktninger 1980-tallet
 - 346 pas v PSSF 1992-96
 - 462 flyktninger i østlandsområdet 1994 og utover
 - 66 bosniske barn i asylmottak 1997

Hensikt; å bestemme forekomsten av og typen psykiske helseproblemer - som følge av traumatisk stress før og under flukt/migrasjon og i eksil.

- En rekke bidrag vedr behandlingen av psykososiale problemer og psykiatriske lidelser hos
 - mennesker som har opplevd traumer
 - mennesker med forskjellig kulturbakgrunn (fra behandlerens)

Både de mange faglige bidragene og rekken av kortere innlegg etc. synes å legge til grunn en antagelse om høy forekomst av psykiske lidelser blant asylsøkere og flyktninger i Norge, og manglende behandlingstilbud. I beskrivelser og diskusjoner som egentlig gjelder norske forhold, refereres det i stor grad til internasjonale studier og forskning.

Mye av materialet på dette området er produsert i tilknytning til Psykososialt senter for flyktninger / de regionale psykososiale teamene / Tidsskri forhold til et Linjer. Det at det eksisterer et eget fagmiljø og tidsskri forhold til på dette området, kan være noe av forklaringen på den tilsynelatende skjevfokuseringen som litteraturoversikten er et uttrykk for; i den grad det er særomsorg for asylsøkere og flyktninger, så er det på dette området.

Et annen forklaring på det sterke psykososiale fokuset, er at en del av forskningen dreier seg om "flyktninger", dvs mennesker som har fått asyl i Norge fordi de er fordrevet / har flyktet fra krig og forfølgelse. I gruppen "asylsøkere" vil det sannsynligvis være et langt større innslag av mennesker som ikke i samme grad som flyktninger, har traumatiske opplevelser - som i sin tur kan føre til psykiske helseplager.

Imidlertid er det en tendens i litteraturbidragene, at også de som arbeider med og forsker på "flyktninger", generaliserer funn og erfaringer til også å gjelde "asylsøkere". Det er også et par eksempler på bidrag, som i følge tittel handler om "helse", men som i realiteten handler om "psykisk helse".

Det sterke fokuset på psykososiale forhold jf litteraturoversikten, er langt mer framtrødende i den første enn i den siste delen av perioden 1993 - dd. Det innebærer for så vidt ikke at antall titler er tallmessig redusert, men skyldes at et "konkurrerende" tema kommer opp, nemlig svangerskap og fødsel.

Svangerskap, fødsel

På dette området er det flere tunge faglige bidrag, særlig de seinere årene. Disse er for en stor grad basert på pasientdata fra Oslos fødeklinner, samt fra fødselsregisteret. Forskerne som er representert i litteraturoversikten er kvinner.

Det dreier seg ofte om sammenlignende studier av norskfødte / innvandrere / ulike etniske grupper hvor man undersøker sammenhenger mellom variable knyttet til etnisitet og andre egenskaper ved den fødende og bl.a. svangerskapsrelaterte sykdommer, diabetes, barnas fødselsvekt, fødemåte, fødselshjelp etc.

Smittsomme sykdommer

De særlig aktuelle smittsomme sykdommene er TBC, HIV/AIDS, Hepatitt B som omtales i noen studier, og i rapporter fra Folkehelse mm. Det at det finnes (tilgjengelig) dokumentasjon nettopp om smittsomme sykdommer henger sammen med meldeplikten og registrerings- / rapporteringsprosedyrene.

Det er i gruppen asylsøkere/flyktninger + innvandrere generelt det er flest nye forekomster av TBC. Asylsøkere/flyktninger er også sterkt overrepresentert når det gjelder nye tilfeller av HIV/AIDS og Hepatitt B – og har de siste årene vært i tallmessig flertall når det gjelder positive tester.

I motsetning til TBC, hvor kontrollen er obligatorisk og antas å gjelde alle asylsøkere/flyktninger, vet man ikke hvor mange eller hvor stor andel av asylsøkerne/flyktningene som testes for HIV/AIDS og Hepatitt B.

Forholdet til / bruk av helsetjenester

Asylsøkere og flyktnings forhold til helsetjenestene er primært behandlet med utgangspunkt i problemstillinger knyttet til ”møtet” mellom kulturer; det kultursensitive er ofte tema for bidragene på dette området.

De norske bidragene på dette feltet, støtter seg i stor grad til internasjonal forskning. Det eventuelt empiriske grunnlaget for å beskrive forholdene i Norge, er basert på opplevelser og erfaringer hos behandlerne. Det synes å være ytterst lite dokumentasjon om pasientenes / helsetjenestebrukernes opplevelser og erfaringer. Ett unntak er kvalitative intervjuer med somaliske kvinner som er omskåret og har gjennomgått fødsel i fødeavdeling/Oslo-sykehus (Vangen 2002).

En rapport omhandler flyktninger og asylsøkeres bruk av kommunale helsetjenester – (SINTEF 1997) - basert bl.a. på kommunale regnskapsdata og intervjuer med helsearbeidere.

Det ser ikke ut til å finnes noen samlet oversikt over eller beskrivelse av hvordan helsetjenester til asylsøkere og flyktninger er innrettet, organisert eller dimensjonert i kommunene / mottakskommunene.

Delrapport C

Asylsøkere og flyktingers medlemskap i folketrygden og tilgang til helsetjenester / fastlege

1 Innledning

1.1. Om oppdraget

Helsetilsynet ønsker å få utarbeidet en enkel rapport vedrørende helsetjenester til asylsøkere og flyktinger, nærmere bestemt

- medlemskap i folketrygden jf regelverk og prosedyrer
- helsetilstand og helsetjenester jf litteraturgjennomgang (se Rapport B)

Hensikt

- bidrag til forbedret kunnskapsgrunnlag for framtidig tilsynsvirksomhet
- identifisere problemstillinger som bør legges til grunn for videre arbeid

Bakgrunn

- helsetjenester til asylsøkere og flyktinger er et av Helsetilsynets satsningsområder ref VP 2003
- helsetjenester til asylsøkere og flyktinger er ett av tilsynstemaene i 2004

Tematisk fokus og avgrensning

Oppdraget dreier seg om asylsøkere, flyktinger og evt. andre nyankomne - ikke innvandrerbefolkningen generelt, jf. følgende begrepsavklaring

Asylsøker: Person som på egenhånd og uanmeldt ber myndighetene om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning - blir kalt asylsøker inntil søknaden er avgjort.

Flyktning:

- Juridisk: Overføringsflyktinger og asylsøkere som har fått innvilget asyl
- Mer vanlig: Overføringsflyktinger og personer som har fått innvilget asyl eller opphold på humanitært grunnlag
- Dagligtale: Person på flukt pga krig, uroligheter, menneskerettighetsovergrep eller miljøkatastrofer

Innvandrere: Person født i utlandet, fast bosatt i Norge, med foreldre som begge er født i utlandet. Begrepet brukes oftest som fellesbetegnelse for personer med utenlandsk bakgrunn som er varig bosatt i Norge, uten hensyn til hva den opprinnelige årsaken til innvandringen var, dvs. inkludert personer med flyktningbakgrunn

Medlemskap i folketrygden er en forutsetning for å stå på en fastlegeliste. Det skal gjennomføres en enkel kartlegging med sikte på å beskrive regelverk og prosedyrer i hovedtrekk. Følgende spørsmål skal belyses/besvares:

- Hva sier regelverket om asylsøkeres/flyktingers rettigheter og krav på dette området?
- Evt. hvilke formelle kriterier må asylsøkere/flyktinger oppfylle for å bli medlem i folketrygden?

- Hva er evt. de formelle kravene til prosedyre og tidsforløp når det gjelder innmeldelse i folketrygden

Gjennomgangen skal ha hovedfokus på den formale situasjonen, slik den framgår av lover, forskrifter, retningslinjer med mer. Hvordan praksis er på dette området skal skisseres med sikte på å identifisere problemstillinger som Helsetilsynet ev kan arbeide videre med. Herunder skal følgende spørsmål om ”innmeldingsprosessen” fokuseres:

- tidsforløp/varighet (Hvor lang tid tar det / kan det ta?)
- informasjon (Hva får de nyankomne av informasjon - fra hvem?)
- bistand til de nyankomne i forbindelse med prosessen. (Hva får de av bistand – fra hvem?)

1.2 Arbeidsmåte – datakilder

Dokumentgjennomgang:

- Folketrygdloven - aktuelle kapitler, forskrifter, veiledere (www.folketrygden.no)
- Generelt om folkeregistrering (www.skatteetaten.no)
- Håndbok 2003 – En veileder i arbeidet med flyktninger, asylsøkere og innvandrere, UDI 2003
- Utlendingsdirektoratets årsrapport 2002, UDI 2003
- Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger, Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet, revidert utgave juli 2003 (www.shdir.no)

Samtaler, i møte eller pr telefon:

- Rikstrygdeverket / Internasjonalt kontor - 2 personer.
- Sentralkontoret for folkeregistrering, Skattedirektoratet - 1 pers.
- UDI sentralt - 3 pers.
- UDI regionkontor Midt-Norge – 1 pers
- Helsekontoret, Tanum transittmottak – 1 pers
- 10 ordinære asylmottak, hele landet - ca. 15 pers (evt. helseansvarlig ved mottaket eller/og mottaksleder)

2 Om sammenhengen mellom ”rettigheter til helsetjenester” og ”medlemskap i folketrygden”

Rikstrygdeverket opererer med følgende inndeling av persongruppene dette gjelder;

- Asylsøkere (de som oppholder seg i Norge og som søker asyl her)
- Flyktninger
 - de som har fått innvilget asyl eller familiegjenforening
 - el midlertidig beskyttelse / opphold på humanitært grunnlag
 - kvoteflyktninger som bosettes direkte

I utgangspunktet har kommuner og helseforetak det samme ansvar overfor asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente som for den øvrige befolkningen. De som har fått avslag og oppholder seg i landet har også rettigheter ift til helsetjenester - ”forutsatt at det dreier seg om behandling som er akutt betinget” – jf Folketrygdloven. Det er den kommunen som asylsøkerne / flyktningene oppholder seg i / bor i, som har ansvar for primære helsetjenester.

Innenfor kommunehelseloven bestemmer kommunen selv hvordan helsetjenestetilbudet skal innrettes. Se skjema i Vedlegg 1, s. 11 hvor noe av dette er forsøkt vist.

Asylsøkere og flyktninger har definerte rettigheter

- Asylsøkere har rett til alle typer helsetjenester fra en mottar deres søknad
- Flyktninger / de som får innvilget asyl eller midlertidig opphold har generelle rettigheter fra innreise - vedr
 - helsetjenester
 - pensjonsrettigheter

Medlemskap i Folketrygden er nødvendig for å få (tilgang til) helsetjenester som er trygdefinansiert.

I Folketrygdlovens (FTL) kap 2 heter det at medlemskap er

- pliktig for personer som er bosatt i Norge - og oppholder seg lovlig her
- frivillig for... (div arbeidstakere med mer)

Når det gjelder asylsøkere og flyktnings medlemskap i folketrygden gjelder egne bestemmelser (Folketrygdloven kap 2); *Departementet gir forskrifter om og i hvilken utstrekning personer som har søkt asyl i Norge og deres familiemedlemmer, skal være medlemmer i trygden mens asylsøknaden er under behandling.*

I § 2-16 Forskrifter om asylsøkere (1997) heter det bl.a. (formuleringer i parentes er BV's)

§2 Trygdedekningen

Asylsøkere og deres familiemedlemmer skal være medlemmer i trygden med rett til ytelser etter folketrygdloven kap 4 (Dagpenger under arbeidsløshet) og 5 (Stønad ved helsetjenester) med unntak av ytelser etter § 5-13 (fødsel i hjemmet eller lignende), kapitlene 7 (Stønad ved gravferd), 8 (Sykepenger), 9 (Stønad ved barns- og andre nære pårørendes sykdom), 10 (Ytelser under medisinsk rehabilitering), 11 (Ytelser under yrkesrettet attføring) og 13 (Vilkår for yrkesskadedekning), herunder ytelser etter de bestemmelser som er nevnt i §13-2 andre ledd, og kap 14 (Ytelser ved fødsel og adopsjon) med unntak av ytelser etter §§ 14-2 og 14-20.(fødselspenger, engangsstønad på grunnlag av arbeidsinntekt)

Trygdedekningen etter første ledd gjelder fra det tidspunkt det er søkt om asyl og fram til asyl eller oppholdstillatelse i Norge blir gitt eller fram til datoen for beslutning om å nekte oppsettende virkning på klage over avslag eller, dersom det er gitt oppsettende virkning, datoen for endelig avslag på klagen. Refusjonskrav for helsetjenester etter ftl kap 5 dekkes imidlertid også for perioden fram til vedkommende faktisk forlater landet, forutsatt at det dreier seg om behandling som er akutt betinget.

Ovennevnte Kap 5 Stønad ved helsetjenester (og kap 2 Medlemskap i Folketrygden) må sees i sammenheng med den totale finansieringen av helsetjenesten, som skjer gjennom

- rammetilskott (til kommune med mer)
- refusjoner fra trygdekontorene (ev. fastlønnstilskott til kommune med fast ansatt lege)
- egenbetaling fra pasientene

Dersom kommunen har eget helsetilbud for asylsøkere og flyktninger, finansieres dette av kommunen - gjennom rammetilskottet, - eller gjennom ev. fastlønnstilskottet (kommune som har lege ansatt i fast stilling får takstrefusjonen, ikke legen).

Dersom helsetilbudet til asylsøkere/flyktninger ivaretas av fastlege, forutsetter det at pasienten er medlem i folketrygden og betaler egenandel.

Egenandel gjelder alt som er finansiert av trygden (barn under 7 år betaler ikke egenandel)

Trygderefusjon til fastlegen for behandling av listepasienter er avhengig av at han kan oppgi et fødselsnummer eller et såkalt D-nummer for pasienten, til trygdekontoret. Mao pasienten / asylsøkeren må ha et D-nummer for å få fastlege.

3 D-nummer / Folkeregisteret

Det følgende er en beskrivelse av hva D-nummer er og de formelle, generelle prosedyrene for anskaffelse:

Folkeregistreringen (Lov om folkeregistrering 16.jan 1970) går ut på at det skal føres

- folkeregister over alle bosatt i kommunen
- sentralt register over alle personer som er el har vært bosatt i Norge og andre som det er fastsatt fødselsnummer eller D-nummer for

Alle bosatte skal ha et fødselsnummer (såkalt ”fødsels- og personnummer”). Hensikten er bl.a. at norske myndigheter skal ha et entydig identifikasjonsbegrep.

Hva med asylsøkere / flyktninger?

Når det gjelder asylsøkere/flyktninger/innvandrere tildeles fødselsnummer når det er fattet vedtak om oppholdstillatelse for minimum 6 mnd. Da regnes personen som bosatt i Norge, og bostedsregistreres. (”Bosatt” refererer altså ikke til bosetning i kommune, men kan gjelde for eksempel personer som bor i asylmottak).

Hvorfor D-nummer?

D-nummer tildeles grupper som ikke regnes som bosatt i Norge, men som har en rettighet eller en plikt ift offentlige myndigheter / tjenester (skatt, trygd, helse) eller ift private (bank).

Hvem kan søke om D-nummer på vegne av asylsøkeren / flyktningen?

Generelt: Registreringsenheten (jf lov om folkeregistrering) som trenger D-nummer (rekvirenten), søker for klienten.

Når skjer det?

Det er ingen automatikk i tildeling av D-nummer. Det søkes når behovet melder seg / når situasjonen oppstår, for eksempel i forbindelse med tildeling av fastlege eller ved åpning av bankkonto.

Hvor søkes det?

Søknad sendes til Sentralkontoret for folkeregistrering (Skattedirektoratet)

Hva står D'en for? D står ikke for noen ting lenger, refererer ikke til definisjon eller forkortelse, men er en historisk overlevering som man ikke lenger kjenner opphavet til.

D-nummeret er bygget opp på samme måte som fødselsnummeret, men har ”4” i første posisjon i dato. Folkeregisteret oppdateres kontinuerlig, på døgnbasis.

4 D-nummer og fastlege for asylsøkere - prosedyrer og praksis

4.1 Innledning

Den faktiske situasjonen når det gjelder prosedyrer og praksis vedrørende D-nummer til asylsøkere og flyktninger er nokså uoversiktlig - i motsetning til hva den generelle beskrivelsen i kap. 3 foran kan tyde på.

Dette kapitlet gjengir resultatene fra den informasjonsinnhenting som er gjennomført på lokalt nivå; dvs. i asylmottak og kommuner. Informasjonsinnhenting har hatt fokus på ”asylsøkere i mottak”, i mindre grad på ”flyktninger bosatt i kommune”

Det er særlig i forhold til asylsøkere at problematikken med D-nummer er aktuell, i mindre grad i forhold til flyktninger. Dette henger sammen med at flyktninger enten bosettes direkte i en kommune eller de har flere år bak seg som asylsøkere før de overføres til bostedskommune etter innvilget asylsøknad. De har derfor en annen status mht folkeregister og folketrygd-medlemskap, og en mer avklart situasjon mht til både helsetjeneste spesielt og offentlige tjenester og ytelser. Antall personer (flyktninger) som ble bosatt i kommunene i 2002 var ca. 8000. Gruppen av asylsøkere er langt større, på årsbasis ca. 25.000. De fleste bor i asylmottak, gjerne i flere forskjellige i løpet av asylsøkerperioden, som kan vare i flere år.

4.2 Prosedyrebeskrivelse eller –presisering fra sentralt hold

Verken UDI sentralt eller regionkontoret i Midt-Norge, som har særlig ansvar for mottaks-funksjonen, har noen samlet oversikt over prosedyrer og praksis. Så vidt vites opererer heller ikke UDI med egne anbefalinger, veiledninger etc. til mottak og kommuner om hvordan arbeidet på dette området bør innrettes. UDI er helt på det rene med at ”D-nummer-problematikken” i høy grad berører både beboere og ansatte i mottakene, men ser ikke på anskaffelse av D-nummer, eller informasjon og bistand i denne forbindelse, som en av asylmottakenes ”faste” oppgaver.

Helsedepartementet ga i 2002 ut rundskrivet *Fastlegeordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastlege m.m.* (Rundskriv I-4/2002, Helsedepartementet). Dette rundskrivet er av en eller annen grunn ikke referert i Sosial- og helsedirektoratets veileder om Helsetjenestetilbudet til flyktninger og asylsøkere, som ellers inneholder en omfattende oversikt over aktuelt regelverk, forskrifter, veiledere mv på området.

Rundskrivet inneholder presiseringer og supplerende informasjon til fastlegeforskriften § 3 og brev fra Helsedepartementet til kommuner og asylmottak av 06.02.01 vedr prosedyrer for valg av fastlege til asylsøkere. Bakgrunnen er at departementet har mottatt mange henvendelser om asylsøkere og fastlegeordningen, ”...da det vil være aktuelt for en asylsøker å velge fastlege etter ankomst til et ordinært mottak.”

Rundskrivet omhandler

- D-nummer – presisering og endring av prosedyrer

- Valg av fastlege for mindreårige asylsøkere
- Mens asylsøkeren venter på tildeling av fastlege
- Hvem er asylsøkerens fastlege – rutiner for informasjon
- Bytte av fastlege
- Flyttemelding
- Aktuelle brosjyrer

Prosedyrer for registrering av asylsøkere i fastlegeordningen beskrives slik: *...mottaket, på vegne av og i samråd med asylsøkeren, henvender seg til trygdeetatens fastlegekontor i fylket ved fastlegemedarbeideren for D-nummer (eventuelt) og tildeling av fastlege. Fastlegemedarbeideren rekvirerer D-nummer hos Sentralkontoret for folkeregistrering. Sentralkontoret sender melding om tildelt D-nummer til fastlegemedarbeideren, som igjen tildeler fastlege og meddeler asylsøkeren navn på fastlege samt opplysning om D-nummer. ...* (...Merk: Fastlegekontorene i fylkene er ikke det samme som fylkestrygdekontorene).

Departementet gjør videre oppmerksom på

- at søknad om D-nummer *ikke* skal sendes direkte til Sentralkontoret for folkeregistrering
- at D-nummer-rekvirent *må avklare om søkeren har D-nummer fra før*
- at asylmottak kan sende ”forenklet søknad” når det søkes om D-nummer for 10 el flere asylsøkere samtidig; dvs liste med navn og fødselsdato/-år for personene det gjelder

4.3 Asylmottakene om praksis for anskaffelse av D-nummer

Jeg har vært i kontakt med i alt 10 ordinære asylmottak og snakket enten med mottaksleder eller ”helseansvarlig” eller begge, om

- helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger i mottaket og i kommunen
- praksis for anskaffelse av D-nummer og fastlege

Resultatene fra denne informasjonsinnhenting er gjengitt i hovedtrekk nedenfor, og mer detaljert for det enkelte mottak i Vedlegg 2, s. 12. Spørsmål og problemstillinger vedrørende D-nummer og fastlege for asylsøkere må nemlig sees i sammenheng med den prosessen og de systemene asylsøkerne befinner seg i, og hvordan helsetjenestetilbudet for dem er lagt opp. Dette er forsøkt vist i Vedlegg 1, s.11. Det er ut til å være store variasjoner mellom kommuner og mellom mottak mht innretningen av helsetjenestetilbudet, og det er ulike modeller for arbeidsdeling mellom ”trygdefinansierte” og ”kommunefinansierte” helsetjenester. Disse modellene har betydning bl.a. for den enkelte asylsøkers behov for og tilgang til fastlege og mulighet for bistand i forbindelse med anskaffelse av D-nummer og trygdefinansierte tjenester generelt.

6 av 10 mottak opplyser at de har en fast prosedyre som går ut på at asylmottaket ”søker” D-nummer og fastlege rutinemessig for alle nye beboere i mottaket. Dette skjer ”automatisk” som ledd i det administrative arbeidet som utføres når det kommer nye beboere til mottaket. Mottakene kontakter fastlegekontoret i sitt distrikt og gir nødvendige opplysninger om den som skal ha fastlege og D-nummer (navn, fødselsdato- og år osv). Det er fastlegekontoret som så rekvirerer D-nummer fra Folkeregisteret, tildeler fastlege og sender informasjon om dette, samt D-nummer, tilbake til aktuell asylsøker.

Flere av disse mottakene har utviklet denne rutinen etter hvert, og har vært gjennom prøving og feiling mht anskaffelse av D-nummer og fastlege. De øvrige 5 mottakene har noe forskjellige, eller ingen faste rutiner for anskaffelse av D-nummer (og fastlege).

Det er særlig de mottakene hvor asylsøkerne primært er henvist til å benytte fastlege, som har innarbeidet den omtalte faste rutinen for anskaffelse av D-nummer og fastlege. De mottakene / kommunene som har andre / alternative tilbud om legetjenester til asylsøkerne, har i mindre grad klare rutiner for D-nummer-anskaffelse, og oppfatter gjerne også dette som ”vanskelig” og tidkrevende. Asylsøkere i disse mottakene vil imidlertid ha noe mindre behov for D-nummer, enn de som er henvist til å bruke fastlege.

Den noe uoversiktlige situasjonen som noen asylmottak opplevde før ”rutineringen” og som noen asylmottak opplever ennå, ser bl.a. ut til å bunne i uklarhet om hvilken instans som kan rekvirere D-nummer, og hva som menes med uttrykk som ”søknad / søke”.

Dersom et asylmottak bistår asylsøker med å få D-nummer skjer det via en ”rekvirent”; dvs den instansen som sender søknad til Sentralkontoret for folkeregisteret. Dette kan være et trygdekontor, et ”fastlegekontor”, en bank mv. Det er altså ikke asylmottaket som søker eller skal søke om D-nummer på vegne av asylsøkeren, men det kan be for eksempel trygdekontoret om å gjøre det.

Når det gjelder ”... *trygdeetatens fastlegekontor i fylket ved fastlegemedarbeideren for D-nummer*” som er omtalt i departementets rundskriv over, ser det ikke ut til at dette er en betegnelse eller instans som vekker umiddelbar gjenkjennelse i mottakene. De benevner ofte ”fastlegekontoret” som ”trygdekontoret i ... (by etc)”, antakelig som følge av at ”fastlegefordelingsfunksjonen” er samordnet med noen av trygdekontorene.

Asylmottak som ikke har rutine for D-nummer-anskaffelse overlater gjerne dette til aktuell rekvirent når behovet oppstår, for eksempel når asylsøkeren skal ha frikort (for egenandeler), når han er pasient på sykehus eller skal opprette bankkonto. Da er det hhv trygdekontoret, sykehuset eller banken som rekvirerer D-nummer for asylsøkeren.

To av mottakene har en prosedyre som går ut på at de anbefaler asylsøkerne om å opprette bankkonto, og dermed få banken til å rekvirerer D-nummer. Det rapporteres om ett tilfelle hvor banken krever at asylsøkeren allerede har D-nummer for å få opprettet bankkonto.

Ett spørsmål framstår som nokså uklart etter samtalerunden: Flere intervjupersoner forteller at asylsøkere bruker / kan bruke kommunens fastleger, uten at de er listepasienter, og uten at det kreves D-nummer. Det er mulig at det her dreier seg om leger som tar pasienter i tillegg til listepasientene sine, og at kommunen har bestemte avtaler med dem når det gjelder legetjeneste til asylsøkere. Jeg har ikke hatt anledning til å undersøke dette nærmere.

Når det gjelder spørsmålet om hvor lang tid det tar å anskaffe D-nummer svarte de 8 mottakene som vet noe om dette, noe forskjellig: 6-8 uker synes å være vanlig, men det rapporteres også om minimumstid på 1 og 2 uker og maksimumstid på 10 uker. Dette dreier seg om tiden fra en rekvirent bes om å rekvirere, og til asylsøkeren har fått sitt D-nummer. Hvordan tidsbruken er hos hhv rekvirent og sentralkontoret for folkeregisteret, er ikke kjent.

Informasjon og bistand vedr D-nummer-anskaffelse til asylsøkere synes å være en viktig oppgave i mange asylmottak. Dersom mottaket har en person som har ansvar for å informere

om og koordinere det som har å gjøre med helsetjenester, er det ofte vedkommende som tar seg av dette.

Fra mottakene opplyses det for øvrig om at informasjon om det norske helsevesenet til asylsøkerne er en krevende oppgave. Informasjon gis både rutinemessig ved ankomst og ad hoc til den enkelte i aktuelle situasjoner. Kombinert med informasjon til den enkelte dreier det seg om veiledning, oppfølging og praktisk hjelp i forhold til en rekke forskjellige saker. Det nevnes spesielt at alt som har å gjøre med egenandeler og andre utlegg i forbindelse med helsetjenester, kvitteringskort / frikort etc ofte forutsetter nokså tett individuell oppfølging av de som er ukjent med hvordan systemet / systemene fungerer.

I de mottakene / kommunene hvor asylsøkerne forholder seg til en (el to) bestemt lege, hva enten det er en fastlege eller en kommunal lege, gis det uttrykk for at arbeidet med informasjon, koordinering, bistand osv fra asylmottaket til asylsøkerne ifm lege- og helsetjenester, er enklere og mindre tidkrevende; situasjonen er mer oversiktlig både for asylsøkerne og for de som skal bistå dem.

4.4 Endringsbehov vedrørende rekvirering og tildeling av D-nummer

Fra samtalene med mottaksledere og ”helseansvarlige” i mottak, er inntrykket at der hvor man har en klar prosedyre for anskaffelse av D-nummer, så oppleves dette som relativt uproblematisk, både arbeids- og tidsmessig. Men både i disse mottakene og i de mottakene som opplever problemer, pekes det på at D-nummer-rekvirering med fordel kunne skje automatisk i transittfasen for alle som søker om asyl.

UDI og RTV har for øvrig nylig hatt møte om hvordan rekvirering og tildeling av D-nummer foregår i praksis. Bakgrunnen er at det etter hvert er blitt et problem at asylsøkere kan ha to eller flere D-nummere - for eksempel kan en og samme person ha 5 D-nummere.

UDI/RTV oppfatter at problemet med D-nummer nå, ikke er at det er vanskelig eller tidkrevende å få, men at det er mange som kan rekvirere, og at det rotes og tildeles flere nummer per person. Det diskuteres nå om det kan være en løsning at alle asylsøkere får D-nummer ved ankomst, og at dette knyttes til Fremmedkontrollen og UDI's fortløpende registrering av asylsøkere / -søknader.

Vedlegg 1 Oversikt over mottakssystemet for asylsøker og flyktninger - inkl. helsetjenester

	Trinn i inntaksprosessen for asylsøkere og flyktninger			
	Transittmottak ankomsttransitt	Transittmottak ordinært	Ordinært mottak	Bosetting i kommune
Ansvar for helsetjenester	Bærum kommune / UDI	Vertskommune Vertsko mmune		Bostedskommune
Formale krav; Rettighet Obligatorisk	<ul style="list-style-type: none"> • Lovpålagt TBC-kontroll • Helsehjelp ved akutte helseproblemer • Spesielle hensyn ved flytting til andre mottak 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølge resultat av TBC Krav / rettighet som foran	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølge resultat av TBC • Tilby ytterligere helse- og smitteundersøkelse • Obs risiko-grupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Lovpålagt TBC • Relevant helseundersøkelse jf opprinnelsesland
Praksis; Hva tilbys? Hvem utfører?	Helsekontoret ved Tanum mottak utfører - server også ankomst-transitt Lier	Helsectr Tanum server Løren og Hvalstad. Ellers ulike ordninger. Helsesøster.	Stor variasjonsbredde mht <ul style="list-style-type: none"> • hva som tilbys av helse-us og helsetjenester • innretning og organisering av helsetjenester Det er vanlig at mottak har helsesøster	
Volum – antall	Ca 2.000 plasser i 8 mottak		Ca 18.000 plasser, ca 130 mt	Tot. ca 8.000 bosatt i 2002
Tid – hvor lenge	3-5 dager	3 uker gj.sn.	<i>kan være flere år – 2 er vanlig</i>	
Lokalisering	Bærum, Lier	Østlandet	Hele landet	Hele landet
Element i selve søkeprosessen	Asylsøknaden / søkers egenerklæring	Politiintervjuet	UDIs søknads- og klagebehandling	Kvoteflyktninger bosettes direkte, ca 1.400 pr år

Kommentarer

Såk ”hurtigtransitter” antas å være etablert fom 1.1.04. Tiltaket må sees i sammenheng med at UDI i løpet av de par siste årene skiller mellom asylsøkere mht om de jf opprinnelsesland har såkalt ”antatt ubegrunnede søknader”, som ikke forutsetter langvarig saksbehandling, eller om søknaden må underlegges mer grundig saksbehandling. ”Hurtigtransitter” er beregnet på asylsøkere hvor det er grunn til å anta at søknaden kan behandles raskt og hvor resultatet vil bli avslag om asyl/oppholdstillatelse. Meningen er at oppholdstiden i ”hurtigtransitt” skal være 48 timer (søknadsbehandling / avslag / utsendelse). Asylsøkere i ”hurtigtransitt” har samme rettigheter ift helsetjenester som andre asylsøkere, men pga den korte oppholdstiden, og antakelsen om at de ikke skal være i Norge legges det ikke opp til helse-us og TBC-ktrl.

Helseproblemer og manglende behandlingsmuligheter i opprinnelseslandet kan ha betydning for utfallet av søknadsbehandlingen, og kan bidra til at søkeren for eksempel får innvilget opphold på humanitært grunnlag.

Vedlegg 2

Systematisert informasjon fra 10 mottak om helsetilbud og prosedyre vedr D-nummer

* Mottakene er listet opp med nummer, -k og -p står for hhv kommunalt el privat eiet / drevet

Mottak*	Mottakets og kommunens "modell" for helsetilbud til asylsøkerne	Fastlege - bruk av og tilgang til -	Rutine for anskaffelse av D-nummer	Tid for å anskaffe D-nr, ca
1-k	Sykepleier fast på mottaket (komm betaler) En lege har kontortid på mottaket 1 dag pr uke, han er fastlege for alle asylsøkerne	En av kommunens fastleger har alle beboerne på sin liste (kontortid på mottaket)	Automatisk: Søknad fra mottaket via fastlegekontor om fastlege og D-nummer for alle nye	8 uker
2-k	Vernepleier på mottaket koordinerer og informerer om helsetjenester Helsesøster på mottaket 1 dag/uke (komm) Asylsøkerne bruker helsesenteret med kommunalt ansatte leger	Har gått bort fra fastlege til mottaksbeboere – veldig tungvint å administrere og informere om	Helsesenterleger krever ikke D-nr. Når D-nummer er nødvendig ifm for eksempel frikort el. annet, rekvirerer for eksempel trygdekontor -"liker ikke papirarbeid"	Vet ikke, begrenset erfaring
3-p	Helsesøstertjeneste i mottaket (kjøpes fra komm) Mottaket har tidvis kjøpt tilsynslege-tjeneste fra privatpr lege	Asylsøkerne fordeles på alle fastleger. Fastlegene krever D-nr. først. Mye styr for å få legetime til de som ikke har fått fastlege ennå.	Alle nye beboere sendes til <u>banken</u> med utfylt D-nummerskjema. Banken rekvirerer D-nr, som er krav for å åpne konto. (I dette mottaket utbetales oppholdsstønad via bank)	2-8 uker
4-p	Sykepleier ansatt i mottaket "Egen" helsesøster på helsestasjonen	1 (2) av kommunens fastleger har alle asylsøkerne	Automatisk: Mottaket søker D-nr fortløpende for alle nye, via trygdekr./ fastlegekr.	1-6 uker
5-p	Flyktningehelsetjeneste i kommunen tar 1.gangs-us alle	Asylsøkere på fastlegelister – med ledig kapasitet	Automatisk: Mottaket søker om D-nummer og fastlege via trygdekr. for alle nye	6-8 uker
6-p	Mottakets sosialkonsulent koordinerer og informerer om helsetjenester. Kommunalt ansatt lege i mottaket i dag pr uke	Asylsøkerne fordelt på kommunens 10-12 fastleger	Automatisk: Mottaket søker fastlege for alle nye + evt D-nr for de som ikke har det	6-10 uker Raskere hvis de har D-nr fra før
7-k	Kommunal helsesøster har kontor på mottaket Kommunalt ansatt lege i mottaket 1dag pr uke (fra mai 03)	Hvis asylsøkerne vil ha fastlege, må de ordne det selv	Før: mottaket søkte D-nummer via folkeregisteret i kommunen Nå: mottaket oppfordrer asylsøkere om å bruke bank, som rekvirerer D-nummer	Via bank: 2 uker Via trygdekr: 4-8 uker

8-k	Helsesøster i mottaket Egen lege i kommunens flyktningetjeneste tar 1.gangsundersøkelse av alle nye	Det er meningen at fastlege skal brukes. Asylsøkerne foretrekker legevakt eller legen ved flyktningetjenesten	Automatisk: Mottaket søker D-nummer og fastlege for alle nye via fastlegekontoret	6-8 uker
9-k	Har hatt helsesøster i mottaket før, men ikke nå. Mottaket bestiller alle legetimer og evt tolk. 2 av kommunens fast?leger tar alle asylsøkere 1 ”egen” helsesøster på Helsestasjonen	Intervjuperson er usikker på om de to legene er ”fastleger” på heltid, eller om de har delvis kommunal stilling ift asylsøkere. De krever ikke D- nummer.	De legene som asylsøkerne bruker krever ikke D-nr. Dersom D-nr er nødvendig ift sykehus, frikort etc., rekvirerer evt sykehus, trygdekontor etc	Ukjent. Mottaket ikke involvert
10-p	Ingen helseperson i mottaket nå – før 100%. En person som bestiller legetime osv Beboerne bruker legevaktordningen, helsestasjonen og psykiatrisk poliklinikk	Diskuterer om legetilbudet i større grad skal være fastlege-basert.	Når D-nummer er nødvendig, er det aktuelt rekvirent som ordner det.	Ukjent. Mottaket ikke involvert
11-p	Sykepleier ansatt i mottaket Beboerne bruker kommunens fastleger	Legetjenester ved kommunens to fastleger.	Automatisk: Mottaket søker D-nr og fastlege for alle nye via fastlegekontoret	3-4 uker

Utdyping og kommentarer til oversikten

Mottakets og kommunens ”modell” for helsetilbud til asylsøkerne

Kommunene har stort spillerom mht hvordan de vil innrette helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger - innenfor rammen av kommunehelseloven. Det er ulike former for oppgave-/arbeidsdeling mellom mottak og kommune - de avtaler seg i mellom. Mottakene på sin side bestemmer selv, ev. i samråd med kommunen, hva de skal ha av ”helsepersonale” i mottaket.

Mottakskommuner og mottak innretter seg svært forskjellig mht helsetilbud generelt og tilbud om helseundersøkelse. Både litteraturgjennomgangen og de kartleggingene jeg har foretatt viser at det har vært, og er, diskusjon om hva 1.gangs helseundersøkelse skal omfatte, og hva som ev. skal gjøres i transittfasen og i mottaksfasen. Helsemyndighetenes retningslinjer gir mye rom for tolkning mht hva som evt. skal tilbys utover den obligatoriske tbc-kontrollen, og oppfølgingen av den. Spørsmålet om hva som er ”nødvendig helsehjelp” til asylsøkere, kan oppfattes forskjellig, for eksempel hos transittmottak vs. ordinært mottak, og hos kommunehelsetjeneste vs. trygdekontor. Det samme er tilfelle for ”helsehjelp som er akutt betinget” til de som har fått avslag på sin søknad. Disse forholdene må antas å spille en rolle for hvordan mottakskommuner og mottak velger å innrette helsetjenestetilbudet til asylsøkere. Dessuten er det grunn til å anta at økonomiske forhold knyttet til bl.a. finansiering av ”fastlegetjeneste” vs. ”kommunal legetjeneste” har betydning for mottakskommunenes valg av ”helsetjenestemodell”.

”Helseansvarlig i mottaket”

Alle disse mottakene, unntatt 2, har en bestemt stilling / person med ansvar for ”helsesaker”, som er fysisk til stede på mottaket. Det kan være en helsesøster, sykepleier, vernepleier, sosionom - enten på full tid eller i redusert stilling. Vedkommende kan være ansatt i kommunehelsetjenesten eller i mottaket. Oppgavene dreier seg bl.a. om informasjon, formidling og koordinering vedr asylsøkernes bruk av helsetjenester; bl.a. informasjon om helse og helseutfordringer, hvordan norsk helsevesen fungerer, rettigheter og ordninger vedr helsetjeneste, tannlege, optiker (egenandeler, frikort, refusjon av utgifter fra trygden og fra UDI), samt bl.a. det å skaffe helsehjelp, timebestillinger osv. I et mottak vil det særlig være denne personen som kjenner rutinene for fastlege- og D-nummeranskaffelse, og som bistår asylsøkerne med dette.

Legetjenester til asylsøkere og flyktninger - følgende ordninger er rapportert

- egen helsetjeneste for asylsøkere/flyktninger i kommunen (fast ansatt lege*, kommunal finansiering)
- egen helsetjeneste i mottaket (fast ansatt lege*, kommunal finansiering), for eksempel lege med kontortid på mottaket 1 dag per uke
- egen fastlege** for asylsøkere/flyktninger i kommunen
- egen fastlege** på mottaket
- asylsøkere / flyktninger bruker fastlegene i kommunen, på linje med øvrige befolkning
- asylsøkerne/flyktningene bruker kommunalt legesenter, på linje med øvrig befolkning

* modellen gjør spm om fastlege mindre aktuelt

** ”egen fastlege” innebærer for eksempel at han har alle asylsøkerne på mottaket / i kommunen på sin liste

Hvor omfattende el dekkende ”spesialtjenestene” til asylsøkere og flyktninger er, vil være avhengig av hvor mye ressurser (for eksempel legetid) som avsettes ift pasientgrunnet. Dette antas å variere.

Det ser også ut til å være utbredt at det i kommunen kan være andre ”dedikerte helsepersoner” for gruppen av asylsøkere, for eksempel en bestemt helsesøster på helsestasjonen som tar seg av asylsøkerne, er kontaktperson for mottaket mm

Fast tilbud om helseundersøkelse / ”førstegangskontroll” til alle nyankomne på mottaket / i kommunen

Dette gjelder 5 av mottakene / kommunene som er kontaktet

- utfører er for eksempel kommunal flyktninghelsetjeneste, vanlig helsestasjon med lege eller vanlig legetjeneste
- det dreier seg om en ½ times ”vanlig helseundersøkelse”, samt blodprøver for smittekontroll
- gratis undersøkelse, som de fleste takker ja til
- de kommunene som tilbyr dette begrunner det med at undersøkelsen i transitt er mangelfull jf at det bare er tbc-kontroll som er obligatorisk.

Fastlegeproblematikk generelt

- Mye byråkrati og mye arbeid for mottaket - særlig når det er mange fastleger å forholde seg til
- Mange forskjellige leger til gruppen av asylsøkere/flyktninger gir ikke god nok legetjeneste (kompetanse) til gruppen og til den enkelte
- *Fastlege til asylsøkere er umulig ordning i en kommune med stor turnover blant legene, og blant asylsøkerne*
- Fastleger bruker i for liten grad tolk.
 - Mottaket må minne om legens plikt til å skaffe og betale for tolk
 - Mottaket skaffer tolk ifm. legebeseøk (2)
 - Mottaket betaler for tolk ifm. legebeseøk (1)
- Asylsøkere som forlater mottaket / kommunen, blir stående på fastlegens liste
- Asylsøkerne er ofte lite fortrolig med bruk av fastlege; det tar for lang tid å få time, og mange vil helst bruke legevakt, kanskje fordi de er vant til å dra til ”hospital” og vente lenge på tur når det feiler dem noe

Bank som rekvirent av D-nummer

To av mottakene bruker rutinemessig bank som rekvirent av D-nummer. Dette vil være aktuelt der asylsøkerne får utbetalt oppholdsstønaden sin via bank – da må de ha en bankkonto. For mottak hvor stønaden utbetales kontant, vil slik bruk av bank være lite aktuelt. Ett av mottakene melder dessuten at kommunens banker krever at asylsøkerne har D-nummer før de får bankkonto.

Egenandeler / refusjonsberettigede utgifter / frikort etc

Stort informasjonsbehov hos asylsøkerne; mye informasjon og oppfølging er nødvendig ifm kvitteringer / egenandelskort / egenandelstaket / frikort. I tillegg til det som er relatert til / dekkes av trygden, så dekker UDI

- egenandel for psykisk helsehjelp inkl medisiner og ev. reise
- tannbehandling (voksne) og optiker / briller – inntil grense