

HELSETJENESTETILBUD TIL ASYLSØKERE OG FLYKTNINGER

INNHOOLD

Forord	1
1 Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – generelt	3
1.1 Innledning	3
1.2 Ansvars- og oppgavefordeling mellom utlendings- og helsemyndighetene	4
1.3 Organiseringen av mottakssystemet	6
1.4 Kort oversikt over helsetilstanden blant asylsøkere og flyktninger	8
1.5 Taushetsplikt, journalføring og bruk av tolk	9
2 Helsetjenester i transittfasen	11
2.1 Nødvendige helsetjenester i transittmottak	11
2.1.1 <i>Umiddelbart behandlingstrengende sykdommer/ lidelser</i>	11
2.1.2 <i>Undersøkelse for tuberkulose</i>	11
2.2 Informasjon til pasienter og informasjonsoverføring til kommune med ordinært mottak	13
3 Helsetjenester under opphold i ordinært mottak	14
3.1 Helsetjenestens formål og innhold mv.	14
3.2 Organisering og oppgaver – ansvar og administrasjon	15
3.2.1 <i>Organisering av helsetilbudet</i>	15
3.2.2 <i>Nærmere om allmennlegetjeneste i mottak</i>	16
3.3 Smittevern, undersøkelser og tester	16
3.3.1 <i>Tidspunkt for testing og oppfølging av smittede personer</i>	16
3.3.2 <i>Testing på annet enn smittsomme sykdommer</i>	17
3.3.3 <i>Vaksinering</i>	17
3.4 Psykososiale problemstillinger	18
3.4.1 <i>Kartlegging av psykiske reaksjoner</i>	18
3.4.2 <i>Følger av tortur og annen alvorlig traumatisering</i>	18
3.4.3 <i>Familiesamtale</i>	19
3.5 Svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	19
3.5.1 <i>Oppfølging av gravide i mottak</i>	19
3.5.2 <i>Barnevaksinasjonsprogrammet</i>	19
3.6 Andre forebyggende tiltak	20
3.6.1 <i>Seksualitet og samliv</i>	20
3.6.2 <i>Helseopplysning og grupperettede tiltak</i>	20
3.7 Tannhelsetjeneste	20
3.8 Miljørettet helsevern	21

4	Helsetjenester etter bosetting i kommune	22
4.1	Helsetjenestetilbudet etter bosetting i kommune	22
4.1.1	<i>Fastlege</i>	22
4.2	Smittevern inklusiv vaksinerings	23
4.3	Helsestasjon	23
4.4	Tannhelsetjeneste	24
	Referanser	25
	Vedlegg 1 – Begrepsavklaringer	27
	Vedlegg 2 – Eksempler på skjemaer	29
	Vedlegg 3 – Utenlandske legemidler	34
	Vedlegg 4 – Økonomiske forhold knyttet til helsetjenesten	35
	Vedlegg 5 – Oversikt over lover, forskrifter og rundskriv	38
	Lover	38
	Forskrifter	38
	Rundskriv fra UDI	38
	Rundskriv og veiledere fra Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og Nasjonalt folkehelseinstitutt	39
	Vedlegg 6 – Litteratur og informasjonsmaterieil	40
	Vedlegg 7 – Adresser	42
	Utlendingsdirektoratet (UDI)	42
	Psykososialt senter og team	43

FORORD

Formålet med veilederen er å bidra til at asylsøkere og flyktninger får nødvendig somatisk og psykisk helsehjelp. En revisjon av den tidligere veilederen fra 1993 har vært nødvendig bl.a. på grunn av økningen i antall asylsøkere og flyktninger, mer komplekse sykdomsbilder, store utfordringer når det gjelder oppfølging av personer som har vært utsatt for tortur, samt behov for å få satt psykososiale problemstillinger på dagsorden. Oppholdstiden i transittmottaket er også blitt betydelig redusert.

I denne veilederen gis oppdatert informasjon om helsetjenester for asylsøkere og flyktninger. Den omfatter helseundersøkelse i transittfasen, i ordinært statlig mottak og etter bosetting i en kommune. Utprøving av en tidligere utgave av veilederen har synliggjort behovet for å redusere omfanget av den første helseundersøkelsen i transittmottaket (slik den bl.a. var skissert i St.meld. nr. 17 (2000-2001) *Asyl- og flyktningpolitikken i Noreg*), slik at den begrenses til obligatorisk tuberkuloseundersøkelse og akutt helsehjelp. Ytterligere helseundersøkelser vil bli tilbudt når asylsøkeren/flyktningen kommer i ordinært mottak og etter bosetting i en kommune.

I arbeidet med asylsøkere og flyktninger står vi overfor både juridiske, helsefaglige og etiske utfordringer. Asylsøkere og flyktninger skal møtes med respekt for egenart og individuelle behov. Samtidig har både den enkelte og det norske samfunn en felles interesse av at behov for helsehjelp blir klarlagt så tidlig som mulig og søkt dekket slik at sykdom og helseskade ikke blir til hinder for integrering i det norske samfunnet. Gjennom helsetjenestetilbudet vil også de berørte personer kunne få nødvendig kunnskap om hva de selv kan bidra med i forhold til sin egen helse, og få et realistisk bilde av helsetjenesten i Norge.

Det er kommunen som skal sørge for at asylsøkere og flyktninger gis nødvendig primærhelsetjeneste. Det forventes at kommunen legger veilederen til grunn ved planlegging, organisering og drift av helsetjenester til asylsøkere og flyktninger.

Veilederen er i første rekke beregnet på helsepersonell og personell i administrative stillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er den beregnet på ansatte i mottak og på ulike beslutningsnivåer i kommuner, fylkeskommuner og i helseforetak.

Veilederen er basert på regelverk, relevant litteratur og erfaringer fra fagmiljøet, og den erstatter IK-09/93 "Retningslinjer for helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger". Bakgrunnsmateriale er bl.a. rundskriv IK-2595 om smittevern, rundskriv I-23/99 om tannhelsetjenester og midlertidig rundskriv om helseundersøkelse og psykososiale tiltak for Kosovoflyktninger i transittmottak fra mai

1999. I vedlegg gis eksempler på skjemaer, oversikter over lov- og regelverk, ressurser og annen praktisk informasjon.

Arbeidet med veilederen ble påbegynt i Statens helsetilsyn med bistand fra overlege og koordinator Birgit Lie ved Psykososialt team for flyktninger – Sør, seksjonsoverlege Reidun Brunvatne ved Senter for internasjonal helse, Legevaktetaten, Oslo kommune, kommuneoverlege Karin Rønning, Bærum kommune, kommuneoverlege Eilif Chr. Rytter, Asker kommune, kommuneoverlege Dagfinn Haarr, Kristiansand, og tjenesteleder Inger Schanche, Helsekontoret for asylsøkere, Bærum kommune. Arbeidet ble slutført i Sosial- og helsedirektoratet, og veilederen publiseres i Sosial- og helsedirektoratets veilederserie. Utarbeidelsen har foregått i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet, Utlendingsdirektoratet, Sosial- og helsedepartementet, senere Helsedepartementet, og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Denne veilederen er en redigert utgave av en tidligere versjon som ble lagt ut på direktoratets hjemmeside i desember 2002. Direktoratet vil oppdatere den elektroniske versjonen dersom vesentlige endringer vurderes som nødvendig, for eksempel ved regelverksendringer. For å sikre kvaliteten på veiledermaterialet er vi avhengig av tilbakemeldinger fra alle som arbeider innen feltet. Kontakt Avdeling for kommunale tjenester, Sosial- og helsedirektoratet, hvis du har innspill å komme med.

Veilederen vil være et viktig verktøy for alle som arbeider innenfor dette vanskelige og utfordrende feltet. Vi håper den kan inspirere til fortsatt innsats.

September 2003



Bjørn-Inge Larsen
direktør

1 HELSETJENESTER TIL ASYLSØKERE OG FLYKTNINGER – GENERELT

1.1 Innledning

Innenfor rammen av norsk lov og grunnleggende menneskerettigheter har alle innbyggere, uansett opprinnelse, rett til å hevde sine verdier, følge kulturelle tradisjoner og praktisere sin tro.

Helsetjenesten skal søke å verne om innbyggernes helse med respekt for hver enkelts egenart, kulturelle og religiøse bakgrunn, og søke å styrke den enkeltes mulighet for egenomsorg.

Felles for personer som velger eller blir tvunget til å flytte eller flykte er at migrasjonen medfører oppbrudd og nyorientering. Selv om flukten i seg selv kan bedre forutsetningene for god helse, vil møtet med det norske samfunnet ofte bety en påkjenning. Det er uklart for asylsøkere og flyktninger hva som forventes av dem i det nye landet, og de vet lite om hva de selv kan forvente.

Asylsøkere og flyktninger vil i varierende grad ha gjennomgått traumer og tap før de kommer til Norge. Man må anta at alle kan ha lidt tap i forbindelse med selve migrasjonen, både materielle (hjem og eiendom), sosiale (familie, arbeid og sosialt nettverk) og psykisk tap (opplevelse av redusert egenverdi, tap av identitet og status).

De fleste aktuelle helseproblemene blant asylsøkere og flyktninger er vanlige også i Norge, men noen vanlige helseproblemer i den enkeltes hjemland kan oppfattes som spesielle hos oss. Noen har hatt dårlig tilgang til legetjenester og lider av tidligere oppståtte, ubehandlede sykdommer og skader. Infeksjoner og andre helseskader kan ha oppstått i flyktingleir eller underveis. Videre står vi overfor helseproblemer forårsaket av forhold som ledet til flukten, som fysiske og psykiske skader etter voldtekt, tortur eller krigshandlinger.

Tilværelsen som asylsøker/flyktning kan i seg selv utgjøre en helserisiko. Passivitet, endrede familieroller, trangboddhet og tap av kjente omgivelser er alle faktorer som kan føre til sykdom. Livskriser eller selv mindre påkjenninger som en enkel somatisk sykdom hos ett familiemedlem kan medføre sammenbrudd i familiestrukturen i familier utsatt for ekstraordinære belastninger. Lang ventetid i mottak preget av usikkerhet om framtida kan ha negative helsekonsekvenser.

I forbindelse med planlegging og organisering av helsetjenester til asylsøkere og flyktninger, bør det tas hensyn til følgende problemstillinger: at folk kan ha

vært utsatt for tortur og/eller annen alvorlig psykisk eller fysisk traumatisering, eller har vært vitne til at andre er blitt torturert eller drept, de kan ha vært utsatt for voldtekt og/eller annen seksualisert vold, de kan komme fra områder hvor det er høy risiko for bestemte infeksjonssykdommer, de kan mangle sosiale nettverk, og de kan trenge spesiell oppfølging som gravide.

Kommunikasjonen med asylsøkere og flyktninger vil ofte innebære store utfordringer. Det er svært viktig å sikre at all informasjon som gis – for eksempel om behovet for medisinsk oppfølging ved smittsomme sykdommer – blir forstått. Ansvaret for dette ligger hos tjenesteyterne og hos dem som organiserer tjenestene.

Ansatte i mottak kan utsettes for sterke følelsesmessige påkjenninger i møtet med beboerne. Blant traumatiserte personer kan ukontrollert sinne og voldstendenser forekomme. Dette kan over tid gi slitasje på både medbeboere og personell. Det er viktig å være forberedt på slike situasjoner. De krever gjennomtenkte løsningsstrategier og det må legges til rette for samtaler og veiledning av de involverte. Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell (jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-1. Helsetjenesten kan ved behov medvirke til organisering av et egnet veiledningsopplegg for ansatte i mottakene.

1.2 Ansvars- og oppgavefordeling mellom utlendings- og helsemyndighetene

Den enkelte fagmyndighet har et ansvar for helse- og tannhelsetjenestetilbudet til alle grupper av befolkningen i henhold til sektoransvarsprinsippet. Dette betyr at myndighetene på ulike sektorer og forvaltningsnivåer, som kommune, fylkeskommune og regionale helseforetak, har det samme "sørge for"- ansvar overfor asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente til flyktninger som for den øvrige befolkning.

Utlendingsdirektoratet (UDI) er underlagt Kommunal- og regionaldepartementet (KRD). UDI har ansvaret for å gjennomføre statens innvandringspolitikk. Dette omfatter bl.a. mottak av flyktninger og asylsøkere, utlendingskontroll, behandling av søknader om visum, oppholdstillatelser, arbeidstillatelser, statsborgerskap, asyl, bosetting i kommuner av flyktninger og personer som har fått oppholdstillatelse i Norge, arbeid for likestilling mellom innvandrere og nordmenn, samt informasjonsarbeid.

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

Fylkeskommunene skal etter § 1-1 i tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

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

Psykososialt senter for flyktninger i Norge og de regionale psykososiale teamene har kompetanseoppbygging og kunnskapsformidling som hovedoppgave. Psykososialt senter for flyktninger i Norge ved Universitetet i Oslo driver forskning, underviser og veileder i flyktning- og helserelevante problemstillinger. Senteret har en frittstående poliklinikk der det i begrenset omfang tilbys behandling og vurdering av personer med spesifikke problemer knyttet til migrasjon og traumatisering. Det er etablert regionale psykososiale team knyttet til spesialisthelsetjenesten i Tromsø (helseregion Nord), Trondheim (helseregion Midt-Norge), Bergen/Stavanger (helseregion Vest) og Kristiansand (Agder og Telemark – del av helseregion Sør). Psykososialt senter i Oslo fungerer som regionalt team for helseregion Øst og den resterende del av helseregion Sør.

Helsetilsynet/Helsetilsynet i fylket har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet. Videre skal helsetilsynet i fylket medvirke til at retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt, og at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.

Nasjonalt folkehelseinstitutt er underlagt Helsedepartementet. Instituttet skal i henhold til smittevernloven § 7-9 overvåke den epidemiologiske situasjonen, forske på smittevernområdet, sikre vaksineforsyning og gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer og smittevern.

Sosial- og helsedirektoratet er administrativt underlagt Helsedepartementet, mens det faglig er underlagt både Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Direktoratet skal bl.a. bidra til å utvikle tjenester av god kvalitet og med god tilgjengelighet for alle, basert på vitenskapelig og annen faglig kunnskap. Direktoratet har ansvar for utgivelse og revidering av faglige retningslinjer og veiledere.

1.3 Organiseringen av mottakssystemet

I 2002 kom det til Norge 17 500 asylsøkere, 1 350 overføringsflyktninger og 14 200 familiegjenforente, hvorav 4 250 ble gjenforent med personer med flyktning- eller asylstatus eller med personer som har fått opphold på humanitært grunnlag. De hyppigste opprinnelsesland for asylsøkere var det tidligere Jugoslavia, Somalia, Russland og Irak.

Ved ankomst til Norge deles asylsøkere inn i tre kategorier. Kategori 1 er asylsøkere som antas å fremme grunnløse søknader. Kategori 2 består av asylsøkere som antas å fremme godt begrunnede søknader. Kategori 3 innbefatter øvrige søkere der det trengs mer informasjon og mulig utredning for å vite hvordan saken bør behandles videre.

Ca. 20 % (3 500) av søknadene i 2002 var ”kategori 1” søknader der personen ble sendt tilbake mer eller mindre med en gang, m.a.o. sjelden kom lenger enn til transittmottak. Av 17 000 behandlede asylsøknader i 2002 resulterte 3 000 i oppholdstillatelse. Det er m.a.o. bare en mindre andel av asylsøkerne som blir bosatt i kommunene.

I mottakssystemet er det i hovedsak to kategorier mottak: Transittmottak og ordinære mottak. Transittmottakene har sin hovedfunksjon knyttet til ankomst. I løpet av oppholdet i transittmottaket blir søkeren registrert av politiet og intervjuet av UDI. Personer som forventes å bli en tid i landet, blir flyttet til ordinære mottak. Gjennomsnittlig oppholdstid i transitt er 3 uker.

UDI driver ikke selv asylmottak. I stedet inngår UDIs regionkontor avtaler med kommuner, humanitære organisasjoner, private selskaper og privatpersoner, som står for driften av mottakene. Driftsoperatøren står for den daglige driften av mottaket i henhold til retningslinjer gitt av UDI. Vedlegg 7 gir oversikt over UDIs nåværende regionkontorer, som har ansvaret for opprettelsen av ordinære mottak.

Transittmottak

Rett etter ankomst til Norge innkvarteres asylsøkere enten på Tanum transittmottak i Bærum kommune eller på Lier transittmottak i Lier kommune, der de oppholder seg i 3-5 dager før de flyttes videre til et annet transittmottak. Tanum og Lier er såkalte *ankomsttransitter* der asylsøkeren blir registrert hos politiet, fyller ut egenerklæring til Utlendingsdirektoratet og bli undersøkt for tuberkulose. Beboere på Lier gjennomgår tuberkuloseundersøkelsen på Tanum.

Etter registrering og undersøkelse på Tanum/Lier fordeles asylsøkerne til *avlastningstransittene*, og derfra til ordinært mottak. Pr. 1. juni 2003 er det 6 avlastningstransitter: Løren, Hobøl, Onsrud, Nordbybråten, Kasper og Hvalstad. Onsrud har p.t. en særskilt rolle i forhold til personer som skal reise ut av landet, enten det er frivillig eller tvungent.

Mens enslige mindreårige asylsøkere tidligere gikk inn i det ordinære transittsystemet, ble det i 2002 etablert et eget transittmottak for denne gruppen. Etter registrering og et kort opphold på Tanum, overføres enslige mindreårige asylsøkere over 15 år til Hvalstad, eventuelt Hobøl. Enslige mindreårige asylsøkere under 15 år overføres straks til Vårli. Når intervju og eventuell alderstest er gjennomført, fordeles de enslige mindreårige til særskilte avdelinger tilknyttet enkelte ordinære mottak. I tillegg har enslige mindreårige asylsøkere under 15 år en egen ordning både i forhold til transittfasen og videre mottaksopphold.

I transittmottaket vil helsetjenesten søke å fange opp umiddelbart behandlingstrengende sykdommer/lidelser. Videre vil det bli vurdert om kjente helsemessige forhold tilsier spesielle hensyn ved plassering i mottak. Personer som har behov for hyppig medisinsk oppfølging, eventuelt hyppige kontroller i sykehus, søkes overført til mottak der det ligger til rette for slik oppfølging.

I transittmottaket får søker utdelt en sengetøypakke, og kan få klær for norske forhold hvis han/hun er ubemidlet. Hvis mottaket har selvhushold, får søker også utdelt en kjøkkenpakke. Både sengetøy, klær og eventuelt kjøkkenutstyr bringes med videre til det ordinære mottaket.

Det er pr. 1. juni 2003 om lag 2000 transittplasser. Disse er fordelt på 8 mottak i eller i nærheten av Oslo.

Ordinære mottak

Mottakene er et midlertidig botilbud for personer som søker asyl i Norge. Botilbudet gjelder fra asylsøknaden er presentert og inntil vedkommende eventuelt har fått oppholdstillatelse og er bosatt i en kommune. Hvis vedkommende får avslag på sin søknad, gjelder botilbudet til vedtaket er effektivt. Under opphold i mottaket skal det gis tilbud om ytterligere helseundersøkelser. Så lenge det er uvisst om asylsøkeren får bli i landet, skal det ikke innledes langvarig behandling for mindre alvorlige tilstander, med mindre utsettelse av behandlingen kan anses å medføre risiko for vesentlig forringelse av helsetilstanden.

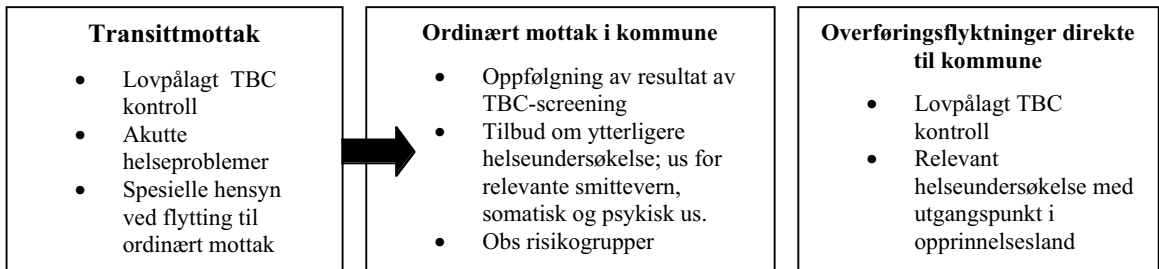
Det er pr. 1. juni 2003 129 ordinære mottak med til sammen ca. 18 000 mottaksplasser. Mottakene er spredt over hele landet.

Bosetting

Det er et mål at personer i mottak som får oppholdstillatelse, skal være bosatt i en kommune innen seks måneder etter at det er gitt ordinær oppholds- og/eller arbeidstillatelse. For enslige mindreårige er målet at de skal være bosatt innen tre måneder etter at det er gitt oppholdstillatelse.

Overføringsflyktninger som kommer til Norge bosettes direkte i en kommune. Bosetting av overføringsflyktninger og tidligere asylsøkere som har fått oppholdstillatelse skjer gjennom et samarbeid mellom UDI, Kommunenes Sentralforbund (KS) og den enkelte kommune.

Diagrammet illustrerer hvilke undersøkelser som er lovpålagt og hvilke som anbefales i henholdsvis transittmottak, ordinært mottak og kommune:



1.4 Kort oversikt over helsetilstanden blant asylsøkere og flyktninger

Psykiske lidelser og infeksjonssykdommer forekommer oftere hos asylsøkere og flyktninger enn ellers i befolkningen. Hos den enkelte asylsøker og flyktning må man se helsetilstanden i sammenheng med forholdene som førte til flukten og hvilket geografisk område vedkommende kommer fra.

Tortur fører ofte til psykiske problemer. Beregninger av andelen asylsøkere/flyktninger som har vært torturert varierer fra 5 % til 30 %, avhengig av asylsøkerens/flyktingens opprinnelsesland og hvilken definisjon av tortur man bruker (1, 2).

Symptomer på engstelse er vanlig, men betyr ikke nødvendigvis psykisk sykdom. Barn kan også vise angst, tilbaketrekking, hyperaktivitet eller få mareritt, men få trenger psykiatrisk behandling (3).

En rekke nyere undersøkelser fra utlandet har vist at psykiske lidelser hos asylsøkere og flyktninger i stor grad henger sammen med påkjenninger i eksilsituasjonen, blant annet manglende sosialt nettverk, mangel på meningsfulle oppgaver i hverdagen, tap av roller, nedgang i økonomisk status osv. Det blir pekt på at disse faktorene kan ha mer å si for den psykiske helsen enn påkjenning før og etter flukten. Gorst-Unsworth og Goldenberg fant for eksempel at depresjon blant irakiske asylsøkere i London hadde mer med sosial isolasjon å gjøre enn med gjennomgått tortur (4).

Sett på bakgrunn av det forholdsvis store antall innvandrere som årlig ankommer Norge, diagnostiseres det forholdsvis få infeksjoner. Data fra MSIS viser at importerte infeksjoner hos asylsøkere/flyktninger sjeldent fører til sekundærtifeller i Norge. Som oftest skjer da smitteoverføring innen innvandremiljøer. Dette gjelder også for tuberkulose hvor man ved hjelp av DNA-analyser kan kartlegge smittespredning.

De fleste innvandrere som blir syke med tuberkulose i Norge, utvikler sykdom flere år etter ankomst. DNS-analyser gir klare holdepunkter for at de aller fleste (80-90 %) av disse har blitt smittet før ankomst til Norge. Forekomsten blant

innvandrere avspeiler nivået av tuberkulose i opprinnelseslandet. I 2002 ble 195 (76 %) av 256 tilfeller av tuberkulose meldt blant personer født utenfor Norge.

Sykdom	Antall (andel av totalt meldte)	Hyppigste smittesteder 2001
Hepatitt B-bærerskap	333 (62%)	Somalia, Sørøst-Asia, Afghanistan
Giardiasis	153 (46%)	Irak, Somalia, Pakistan, Etiopia
Hiv-infeksjon	91 (58%)	Etiopia, Somalia, Kenya
Amøbeinfeksjon	38 (47%)	Irak, Somalia, Afghanistan
Malaria	14 (18%)	Afrika
MRSA-infeksjon	14 (12%)	Europa

Tabell 1. Tilfeller meldt MSIS 2001 med antatt smitte utenlands før førstegangs innreise til Norge (kilde: MSIS 2002/19).

Både barn og voksne kan være ufullstendig eller usikkert immunisert.

Hiv-prevalens avspeiler antakelig situasjonen i opprinnelseslandet, men kan være høyere blant asylsøkere og flyktninger som har opplevd seksuelle overgrep (5).

Utbredelsen av diabetes, hypertensjon og hjertesykdom er høyere blant dem som kommer fra Øst-Europa (6). Hodepine, ryggplager og diffuse smerter er vanlige som konsekvens av traumer, muskelspenninger eller engstelse (3).

Tannproblemer er vanlig (6, 7).

1.5 Taushetsplikt, journalføring og bruk av tolk

Taushetsplikt

Den generelle taushetsplikten for helsepersonell er behandlet i helsepersonell-loven §§ 21-29 og går lenger enn taushetsplikten etter forvaltningsloven. Opplysninger om personlige forhold skal behandles i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt, med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder. Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder informeres om at opplysningene er eller blir gitt.

Journalføring

Den som yter helsehjelp, skal føre journal etter bestemmelsene i helsepersonelloven kap 8 - §§ 39 flg. og forskrift om pasientjournal. Kommunen skal etablere journalsystemer som sikrer at helseopplysninger blir samlet ett sted, og at alle journalnotater er tilgjengelige for det helsepersonellet som skal bistå asylsøker/flyktning til enhver tid. Journalsystemene må sikre god kommunikasjon samtidig som bestemmelsene om taushetsplikt overholdes. Elektronisk

journalssystem anbefales blant annet ut fra hensynet til rasjonell overføring av medisinsk informasjon ved senere bosetting.

Journaler skal ikke håndteres av andre enn helsepersonell. Pasienten har rett til innsyn i egen journal, og til å få utlevert kopi av egen journal. Med mindre pasienten motsetter seg det kan journalen overføres fra mottakskommunen til fastlege/helsestasjon/skolehelsetjenesten i bosettingskommunen. Det kan være en fordel med – men det stilles ikke krav om – skriftlig samtykke ved overføring av journalopplysninger. Benyttes samtykkeerklæring skal denne vedlegges journalen, som i lukket konvolutt oversendes helsetjenesten ved neste bosted så snart man får melding om hvor den enkelte flytter (se forslag til samtykkeerklæring i vedlegg 2).

I vedlegg 2 finnes eksempler på skjemaer som kan brukes for journalføring/helseundersøkelse. Skjemaene gir en oversikt over aktuelle helseproblemer og forenkler overføring av helseopplysninger til nytt helsepersonell.

Tolketjenester og kommunikasjon

Det er helsepersonellet og ikke pasienten som har hovedansvar for at kommunikasjonen er entydig og forståelig. Tolketjeneste er for mange en nødvendig forutsetning for å benytte helsetjenester, og ofte en forutsetning for adekvat helsehjelp.

Kommunen må ved behov sørge for kvalifisert tolkehjelp i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister. Spesialisthelsetjenesten i sykehus og poliklinikker må selv skaffe tolkehjelp.

Tolking er et yrke. Venner og slektninger bør ikke være tolker. Barn skal aldri brukes som tolk. Heller ikke personale som tilfeldigvis arbeider i helseinstitusjoner eller mottak bør benyttes som tolk. De får en uklar rolle og kan få tilgang til informasjon som de ikke bør ha. Om mulig bør det finnes tolker av begge kjønn.

Telefontolkning oppleves i helsetjenesten ofte som en god og ressursbesparende løsning, særlig når det oppstår behov for akutt tolkehjelp. En fordel med telefontolkning er at den ivaretar anonymitet. Skjermtolkning ("tv-overført" tolketjeneste) vil også kunne ivareta anonymitet på en god måte, da det er mulig å styre kameranlinen. Skjermtolkning er en spesielt god løsning der man har behov for å demonstrere prosedyrer for pasienten og å få dette tolket.

Temaheftet "Kommunikasjon via tolk" (UDI, 2003) omhandler bl.a. forhold du bør være spesielt oppmerksom på når du samtaler via tolk. Heftet er tilgjengelig på UDIs nettside: www.udi.no.

De instanser som trenger tolk for å utføre sine oppgaver skal bestille og betale for tjenesten selv. Utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister dekkes av kommunen. Bruk av tolk på sykehus og offentlige poliklinikker dekkes av institusjonen selv. Det vises til Rundskriv UDI 23/94 "Veiledende retningslinjer for dekning av utgifter ved bruk av tolketjeneste".

2 HELSETJENESTER I TRANSITTFASEN

2.1 Nødvendige helsetjenester i transittmottak

Transittfasen skal være kortvarig, og helsetjenestetilbudet må konsentreres om forhold som krever hurtig avklaring/oppfølging. Det er vertskommunen som skal organisere helsetjenestetilbudet til beboere i mottaket. Formålet er å:

- fange opp umiddelbart behandlingstrengende sykdommer/tilstander
- gjennomføre obligatorisk tuberkuloseundersøkelse
- vurdere om kjente helsemessige forhold tilsier spesielle hensyn ved plassering i mottak

Helsetjenesten bør ta initiativ til at personer som har behov for hyppig medisinsk oppfølging, eventuelt hyppige kontroller i sykehus, etter transittfasen overføres til mottak der det ligger til rette for slik oppfølging.

Oppfølging av spesielle grupper bør som hovedregel ikke igangsettes i transittfasen dersom dette betyr brudd i det terapeutiske opplegget ved overføring til ordinært mottak.

2.1.1 *Umiddelbart behandlingstrengende sykdommer/lidelser*

I transittmottakene bør helsetjenesten konsentrere seg om å yte hjelp til personer som er syke og trenger hurtig hjelp. Sykehistorie, kliniske funn som sterkt redusert allmenntilstand, tegn på smittsomme sykdommer og svært dårlig psykisk funksjonsevne, kan bety behov for snarlig behandling. Det samme gjelder svangerskap og kroniske sykdommer som trenger umiddelbar oppfølging. Gravide bør hiv-testes. Ved akutte tegn på nylig gjennomgått traumatisering/tortur bør det tilbys legeundersøkelse og oppfølging.

2.1.2 *Undersøkelse for tuberkulose*

Tuberkuloseundersøkelse er etter forskrift om tuberkulosekontroll § 3-1 jf. smittevernlovens § 3-1 obligatorisk. Øvrige undersøkelser krever samtykke med mindre smittevernloven i det konkrete tilfellet hjemler tvungen undersøkelse.

Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal oppholde seg mer enn tre måneder i Norge, samt flyktninger og asylsøkere, har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i henhold til forskriftens § 4-5 angi hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose. Per 1. juni 2003 er dette alle land utenfor Vest-Europa, USA, Canada, Australia, New Zealand og Japan.

Undersøkelsen omfatter tuberkulintesting og i tillegg røntgenundersøkelse av personer som har fylt 15 år. For asylsøkere/flyktninger skal tuberkuloseundersøkelsen være gjennomført innen fjorten dager etter innreise.

Bestemmelsen i tuberkulosekontrollforskriften § 3-1 gjelder for asylsøkere og flyktninger uavhengig av hvor de oppholder seg. Obligatorisk tuberkuloseundersøkelse begrunnes dels med at faren for smittespredning antas å være større i asylmottak enn andre steder, og dels med at asylsøkeren/flyktningen kan komme fra land hvor smitterisikoen for tuberkulose er forholdsvis høy.

Etter utlendingsforskriften § 51 fjerde ledd skal politiet, når søknad om oppholdstillatelse foreligger, opplyse søkeren om plikten til å fremstille seg til tuberkuloseundersøkelse. Politiet skal også informere den aktuelle kommunelege om utlendingens navn og adresse. Det forutsettes at kommunelegen, eventuelt annet personell i kommunehelsetjenesten, tar kontakt med personer som ikke innen rimelig tid møter frem på eget initiativ, slik at undersøkelsen blir foretatt. Etter smittevernloven § 5-2 er det adgang til å vedta nødvendig tvungen legeundersøkelse.

Oppdages det ved tuberkuloseundersøkelse symptomer eller tegn på tuberkulose, bør vedkommende overføres til mottak der det ligger til rette for nødvendig oppfølging. Personen skal henvises til diagnosestasjon, barneavdeling, lunge- medisinsk eller infeksjonsmedisinsk poliklinikk for nærmere vurdering og supplerende undersøkelser og eventuelt behandling (tuberkulosekontrollforskriften § 3-3). Spesialist i lungemedisin eller infeksjonsmedisin eller pediater har ansvar for igangsetting av behandling og valg av behandlingsregime. Spesialisten skal straks varsle tuberkulosekoordinator som er ansvarlig for at det etableres en behandlingsplan for pasienten for hele behandlingsperioden (tuberkulosekontrollforskriften § 3-3). Behandlingsplanen skal etableres i samarbeid med spesialisten, pasienten og kommunelegen.

For å unngå utvikling av multiresistent tuberkulose skal behandlingen foregå under direkte observasjon. Med direkte observert behandling menes et standardisert behandlingsopplegg som inkluderer en behandlingsavtale inngått i dialog med pasienten, der helsepersonell observerer pasientens inntak av alle doser av tuberkulosemedikamenter. Se for øvrig Folkehelseinstituttets "Veileder om tuberkulosekontroll". Her er også meldingsrutinene omtalt.

Kommunelegen har ansvar for gjennomføring av kommunens tuberkulosekontrollprogram. Kommunelegen skal sikre at journalen med resultatet av tuberkuloseundersøkelsen blir oversendt kommunelegen i ny bopelskommune dersom utlendingen flytter (forskriften § 4-2). Oversendelsen skal skje i samsvar med regelverket som omhandler overføring av helseopplysninger generelt jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Resultatet av undersøkelsen ettersendes, uavhengig av om det er et negativt eller positivt resultat. Det er viktig å innføre og vedlikeholde gode rutiner for å påse at dette skjer.

2.2 Informasjon til pasienter og informasjonsoverføring til kommune med ordinært mottak

Det er begrenset mulighet til å gi helseopplysning til asylsøkeren i transittfasen. Informasjonen må tilpasses dem som til enhver tid bor i mottaket, og følges opp i ordinært mottak i kommune for å sikre at tidligere gitt informasjon er forstått.

Medisinsk informasjon skal gå fra helsetjenesten i transittmottaket til helsetjenesten i mottakskommunen. Det vises til pkt. 1.5 som blant annet omhandler taushetsplikt.

3 HELSETJENESTER UNDER OPPHOLD I ORDINÆRT MOTTAK

3.1 Helsetjenestens formål og innhold mv.

Ansvar for nødvendig helsetjeneste til beboere i mottak ligger hos vertskommunen. Kommunens ansvar etter kommunehelsetjenesteloven er todelt:

- Helsetjeneste og psykososiale tiltak
- Miljørettet helsevern

Snarest mulig etter asylsøkers ankomst til ordinært mottak i kommune skal helsepersonell opprette kontakt, gjøre en første vurdering av helsetilstand og behov for tjenester. Tidligere journalopplysninger bør da være overført til helsetjenesten i den kommunen hvor den enkelte bor i mottak.

De som ønsker helseundersøkelse, må sikres lett tilgang til dette. Hovedmålsettingen for helseundersøkelsen bør være å kartlegge helseproblemer som krever behandling og/eller oppfølging. Det gjøres både en somatisk undersøkelse og en foreløpig vurdering av psykisk helse.

Helseundersøkelsen bør omfatte samtale med sykepleier og legeundersøkelse der det dreier seg om personer i en risikogruppe, eller der det avdekkes helseproblemer. Samtalen er viktig bl.a. for at asylsøker og helsepersonell skal bli kjent med hverandre, og er en god anledning til å gi informasjon om den kommunale helsetjenesten og opplysninger om hvordan man får hjelp ved sykdom.

Enkelte kan unnlate å melde helseproblemer av frykt for at opplysninger om helsetilstanden får direkte konsekvenser for asylsøknaden, og fordi de er ukjent med helsepersonells taushetsplikt. Det er derfor viktig å informere om denne taushetsplikt.

Det er viktig at det allerede ved første undersøkelse stilles spørsmål om traumatiske opplevelser med fysiske og/eller psykiske følger. Opplysninger om kulturelle forhold og personlig historie før ankomst til Norge er viktig supplerende informasjon. Formidling av egen historie kan bidra til å redusere opplevelsen av tap av identitet og egenverd (8, 9, 10).

Skjema for helseundersøkelse kan brukes som hjelpemiddel (se vedlegg 2). Asylsøker kan eventuelt fylle ut dette selv med nødvendig assistanse.

Undersøkelsen gjennomføres med tolkeassistanse. Familiemedlemmer bør ikke brukes som tolk. Barn skal aldri brukes som tolk.

Så lenge det er uvisst om asylsøkeren får bli i landet, skal det ikke innledes langvarig behandling for mindre alvorlige tilstander, med mindre utsettelse av behandlingen kan anses å medføre risiko for vesentlig forringelse av helsetilstanden, jf. forskrift om tryggedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer av 15. april 1997.

Akutte tannproblemer må søkes løst ved offentlig eller privat tannklinikk.

Helsetjenesten er ansvarlig for at det legges til rette for nødvendig medikamentbruk, og at nødvendig informasjon er forstått. For opplysninger om medikamenter som er ukjente i Norge se vedlegg 3.

Medisinsk informasjon skal gå mellom helsetjenesten i mottakskommunene – ikke via mottaket. Kommunelegen skal sikre at journalen med resultatet av undersøkelsene blir oversendt kommunelegen i ny bopelskommune dersom asylsøkeren eller flyktningen flytter for eksempel før resultatet foreligger.

3.2 Organisering og oppgaver – ansvar og administrasjon

Kommunen står fritt i organiseringen av helsetjenestene til asylsøkere og flyktninger innenfor rammen av kommunehelsetjenesteloven og kommuneloven.

3.2.1 Organisering av helsetilbudet

Enkelte prinsipper i organisering av helsetilbud til flyktninger og asylsøkere har vist seg hensiktsmessige:

1. *Tverrfaglige team.* Mange kommuner har gode erfaringer med tverrfaglige team, der deler av eller hele stillinger er øremerket dette arbeidet. Dette gjør det mulig å opparbeide kompetanse og lettere få oversikt over arbeidsfeltet (11).
2. *Integrerte tjenester.* Det er viktig å utvikle egne team med kompetanse overfor målgruppen, men disse bør være en integrert del av den samlede helse- og sosialtjenesten i kommunen. Kompetansen på området kan ellers bli personavhengig og kunnskapen blir borte med personen.
3. *Faste kontortider på mottaket.* Erfaringer har vist at regelmessige tilbud om kontakt med helsetjenesten på dagtid avlaster helse- og sosialtjenesten med ikke-planlagte kontakter både i og utenom arbeidstid (12).
4. *Samarbeid helsepersonell og tolketjeneste.* Det er viktig for en godt fungerende helsetjeneste å ha en tolketjeneste som er tilgjengelig og profesjonell (se kapittel 1.5).

3.2.2 Nærmere om allmennlegetjeneste i mottak

Det kan være u hensiktsmessig å fordele beboerne i mottak på lister hos fastleger utenfor mottaket. For beboere i mottak vil fritt valg av fastlege i realiteten sjelden bygge på god informasjon om legene, og ved bosetting i en annen kommune vil de likevel måtte bytte fastlege. Det kreves både interesse og kompetanse for å følge opp asylsøkere/flyktninger, og erfaringer viser at dette best ivaretas ved å knytte en eller flere leger fast til mottaket. Det kan derfor være en bedre løsning at kommunen organiserer allmennlegetjeneste til asylsøkere og flyktninger som allmenntilstand offentlig legearbeid.

3.3 Smittevern, undersøkelser og tester

Smittevernarbeidet i asylmottak gjennomføres i samsvar med smittevernlovgivningen og med kommunens smittevernplan. For tuberkulosekontroll, herunder oppfølging, se forskrift om dette. Etter ankomst skal helsetjenesten kontrollere at lovpålagt tuberkuloseundersøkelse er utført og eventuelle nødvendige tiltak gjennomført. Videre oppfølging iverksettes ved behov.

På bakgrunn av asylsøkerens opprinnelsesland, generelle allmenntilstand og eventuelle symptomer, kan det være aktuelt å tilby undersøkelse for visse andre smittsomme sykdommer. Undersøkelsen må være saklig begrunnet, og informert samtykke må foreligge før testing gjennomføres.

Undersøkelser som kan være aktuelle:

- Hiv
- Syfilis
- Hepatitt B
- Tarmparasitter
- Schistosomiasis
- Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA)

Legen har ansvar for å melde de meldingspliktige sykdommene til MSIS, Folkehelseinstituttet, med kopi til kommunelegen.

3.3.1 Tidspunkt for testing og oppfølging av smittede personer

Det gis personlig smittevernveiledning til personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer, jf. smittevernloven § 2-1, og det iverksettes nødvendig behandling og eventuelt smitteoppsporing. Det kan være aktuelt å henvise pasienten til videre undersøkelser ved sykehus.

Tidspunktet for tilbud om testing må vurderes nøye. Enkelte asylsøkere vil forlate landet etter kort tid, og man bør vurdere nytteverdien av å gjennomføre undersøkelsen hvis man ikke kan sikre tilbakemelding om og oppfølging av prøveresultatet.

Studier har vist at det må gis bedre informasjon til asylsøkere og flyktninger som tester positivt på hivtest etter ankomst til Norge, og at de må få bedre oppfølging enn de får i dag (13). Det er svært viktig at det informeres om at prøveresultatene ikke vil få negativ betydning ved søknad om opphold i Norge. Det er også viktig å informere om at hivpositive får gratis medisiner. Det skal alltid understrekes at hiv-testing er frivillig og at ingen kan testes mot sin vilje. Den enkelte skal få rådgivning om hva testen innebærer i forkant av testen, og testen skal følges av rådgivning og informasjon om smitteveier og smitteforebyggende atferd.

Hivpositive må sikres psykososial oppfølging og må orienteres om nettverks-tilbud som finnes for denne pasientgruppen. Personer med hiv-infeksjon må sikres videre støtte og medisinsk oppfølging ved flytting. Det vises til Statens helsetilsyns rundskriv IK - 27/93 "Tilbud om hiv-test til asylsøkere og innvandrere".

3.3.2 Testing på annet enn smittsomme sykdommer

Det bør gis informasjon og tilbud om testing for enkelte andre sykdommer. De mest aktuelle prøvene er:

Blodprøver: Hb
Urinprøve: Stix, spesielt med henblikk på hematuri

Særlig aktuelle som tilleggsprøver eller videre oppfølging er ferritin (spesielt kvinner og barn), ALAT, ALP, kreatinin og glukose. Anemier og andre mangel-sykdommer som mangel på jod og Vitamin D er vanlig i mange land vi mottar flyktninger fra, og rammer kvinner i sterkere grad enn menn. Hos barn finnes også anemier hyppig, og laktoseintoleranse er ikke uvanlig. Disse forholdene bør en være spesielt oppmerksom på, og testing må tilbys på indikasjoner.

3.3.3 Vaksinerings

Det anbefales at vaksinasjonsstatus sjekkes. Når det gjelder vaksinerings av barn, se avsnitt 3.5.2. Se forøvrig Folkehelseinstituttets Veiledning om vaksinasjon og Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten. Instituttet kan gi nærmere rådgivning på telefon 22 04 22 00.

3.4 Psykososiale problemstillinger

Reaksjoner etter ankomst til Norge vil ofte være preget av en blanding av lettelse, utmattelse og usikkerhet. Det kan være stor variasjon i hvordan situasjonen mestres. En del barn har vært utsatt for store påkjenninger og trenger særskilt oppmerksomhet. Nøkkelbegreper i det psykososiale arbeidet rettet mot barn er forutsigbarhet, trygghet og mulighet til voksenkontakt. Ved mistanke om alvorlige problemer må aktuelle instanser innen hjelpeapparatet kontaktes (PP-tjenesten, BUP, barnevernet etc).

Foreldre kan være preget av traumatiske hendelser, og av den grunn ha nedsatt evne til å støtte sine barn. Mange vil trenge hjelp og støtte for å gi sine barn nødvendig omsorg i tillegg til hjelp til å delta i såkalte barnebaser som mottaket driver. Foreldre bør oppfordres til å snakke med andre foreldre i samme situasjon.

Asylsøkere som trenger medisinsk bistand for psykiske og psykososiale problemer skal tas hånd om av det ordinære behandlingsapparatet.

Temaheftet "Psykisk helse hos flyktninger – vanlige reaksjoner og forebygging av psykiske problemer" (UDI 2003) fokuserer på hvordan man kan forstå psykiske problemer hos flyktninger (og asylsøkere) og hva man som ansatt kan gjøre for å forebygge/lindre plagene. Heftet er tilgjengelig på UDIs nettside: www.udi.no. Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter har utarbeidet brosjyren: "Flyktningpasienten. Allmennpraktikerens møte med pasienter som har opplevd ekstreme påkjenninger som tortur, krig, flukt, konsentrasjonsleiropphold. Undersøkelse og diagnose". Brosjyren vil høsten 2003 bli tilgjengelig på: www.legeforeningen.no/index.db2?id=19760

3.4.1 Kartlegging av psykiske reaksjoner

Kartlegging av psykiske reaksjoner kan gjennomføres ved å bruke skjema for "Psykisk helse", som kan fylles ut av sykepleier i samarbeid med den enkelte (vedlegg 2, skjema 1). Formålet med kartleggingen er å avdekke behov for hjelp, og skjemaet kan danne grunnlag for videre samtaler og oppfølging.

Utfyllingen av skjemaet kan utløse sterke reaksjoner. I kommuner med ordinære mottak bør helsepersonell få opplæring i å forholde seg til situasjoner som dette. Ved behov kan de henvende seg til de regionale psykososiale team for veiledning og råd. Teamene kan også gi opplysninger om kurs og eksisterende nettverk av helsepersonell (se adresser vedlegg 7).

3.4.2 Følger av tortur og annen alvorlig traumatisering

Ved mistanke om fysisk eller psykisk skade etter tortur bør asylsøker innkalles til en samtale med lege eller sykepleier. Fysiske skader etter tortur kan være vanskelig å oppdage. Ved funn av skader eller alvorlige posttraumatiske reaksjoner bør det henvises til spesialisthelsetjenesten.

3.4.3 Familiesamtale

En kort familiesamtale anbefales for å gi familien mulighet til å presentere seg selv som familie. Med bakgrunn i helseskjemaet (skjema 1, vedlegg 2) kan en slik samtale sette spesiell fokus på barnas situasjon og bidra til å kartlegge egne ressurser og hjelpebehov. En slik samtale vil som oftest oppleves positivt av familien og vil gi grunnlag for tillit (14). Men samtalen kan også være en belastning for den enkelte, og dermed utløse psykiske reaksjoner. Det er viktig å ha tenkt igjennom på forhånd hvordan eventuelle reaksjoner skal takles slik at familiens/ den enkeltes behov blir ivaretatt.

3.5 Svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Ny forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble fastsatt 3. april 2003, og trådte i kraft 1. juli 2003. Det vil i denne sammenheng bli utgitt en veileder som utdyper de ulike paragrafene. Tjenestens tilbud skal omfatte helseundersøkelser (både somatiske og psykiske), rådgivning, opplysningsvirksomhet rettet mot gravide, spedbarn, småbarn og skolebarn/ungdom, foreldre/pårørende, miljøarbeid mv.

Asylsøkere og flyktninger tilbys etter behov og gjeldende regler svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Barn tilbys vanlige kontrollundersøkelser ved helsestasjon. Helsetilstanden hos gravide, barn og ungdom som har levd under dårlige kår før de kommer til Norge må følges nøye opp.

3.5.1 Oppfølging av gravide i mottak

En del kan ha kommet langt i svangerskapet uten noen gang å ha vært til kontroll. Disse må prioriteres.

Gravide som har vært utsatt for omskjæring kan trenge betydelig informasjon og støtte, og forløsningen må planlegges nøye. Kvinnene kan også ha behandlingstrengende plager, eventuelt ønske et åpnende inngrep. Kjønnslēmlesting kan ha vidtrekkende konsekvenser både for den fysiske og den psykiske helsen. De helsemessige konsekvensene varierer sterkt, ettersom det er ulike inngrep som er omfattet av begrepet kjønnslēmlesting eller "kvinnelig omskjæring".

3.5.2 Barnevaksinasjonsprogrammet

Vaksinasjonsstatus kartlegges, og det legges en plan for tilbud om oppfølging med vaksiner av barn i samsvar med Barnevaksinasjonsprogrammet. Dersom informasjon om barns vaksinasjonsstatus mangler, bør det lages en vaksinasjonsplan som om de ikke er vaksinert. Vaksinasjon bør igangsettes selv om utreise fra landet er nært forestående (bortsett fra vaksine for hepatitt A

og B som krever oppfølging i 6-12 måneder). Se nærmere omtale i MSIS-rapport 30/2002, "Vaksinasjon av barn som er kommet flyttende fra andre land", tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettside: www.fhi.no.

3.6 Andre forebyggende tiltak

3.6.1 Seksualitet og samliv

Seksualitet og samliv bør tas opp som tema av helsepersonell i mottaket. Dette kan med fordel gjøres i grupper. Asylsøkere må få grundig informasjon om seksualitet, også om kvinners og barns eiendomsrett til egen kropp. Det må opplyses om at kjønnslemlestelse og tvang til seksuelle handlinger er straffbart i Norge. Prevensjonsveiledning er viktig både som graviditets- og smitteforebyggende tiltak. Kondomer og nødprevensjon bør være tilgjengelig i mottaket.

3.6.2 Helseopplysning og grupperettede tiltak

Brosjyrer på ulike språk om viktige tema som hiv/aids, hepatitt B, tuberkulose og ernærings spørsmål kan tilbys. Brosjyremateriell kan bestilles gratis fra Statens forvaltningstjeneste: publikasjonsbestilling@ft.dep.no

Organisering av grupperettede tiltak med ulike temaer bør vurderes. Gruppesamtaler for å bearbeide psykiske opplevelser kan være nyttig (15). Samtalegrupper om vanlige psykiske reaksjoner på eksiltilværelsen kan bidra til å avdramatisere normale reaksjoner og kan forebygge psykiske problemer.

3.7 Tannhelsetjeneste

Asylsøkere og flyktninger har ofte stort behov for tannbehandling. Forholdet til tann- og tannkjøtt sykdommer kan som andre sykdomsforhold være kulturavhengig, og normer og rutiner for munnhygiene varierer. I noen tilfeller kan tannsykdommer føre til spise- og taleproblemer og til sosial stigmatisering og isolering.

Spesiell oppmerksomhet må rettes mot personer som har gjennomgått tortur og/eller hatt fengselsopphold under dårlige hygieniske forhold. Personer som har opplevd slike forhold kan være utsatt for skade på tenner og tannkjøtt, noe som kan utløse smerter i tenner og kjever.

Helsetjenesten i asylmottaket har ikke ansvar for henvisning til tannlege. Dette må ordnes via personalet i mottaket. Det vises for øvrig til Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-23/99 "Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlig mottak – ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger".

3.8 Miljørettet helsevern

UDI har som overordnet organ hovedansvar for at mottakene holder en tilfredsstillende bygningsmessig standard, at det fysiske og psykososiale miljøet ikke virker negativt inn på beboernes helse, og for at øvrige bestemmelser i forskrift om miljørettet helsevern oppfylles. UDI er tilsynsmyndighet for organisering og drift av mottakene, og forutsettes å ha søkt råd hos lokale helsemyndigheter når det gjelder forhold av medisinsk betydning ved planlegging og etablering av mottak. Normalt vil UDI også innhente informasjon fra kommunen i forbindelse med sine tilsyn. UDI kan pålegge driftsoperatør å bedre eventuelle utilfredsstillende forhold.

Kommunen skal ha tilsyn med de faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på helse og trivsel og kan benytte virkemidler i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenestelovens kap. 4a. For å unngå at helsetjenesten i ettertid må kreve at et forhold rettes opp bør lokale helsemyndigheter så tidlig som mulig bli med i rådgivning og vurdering når et nytt asylmottak skal etableres.

Det er etter forskrift om miljørettet helsevern av 25. april 2003 nr 486 § 14 et krav om at asylmottak skal sende melding til kommunen før oppstart og ved vesentlige utvidelser eller endringer i virksomheten. Meldingen skal inneholde en kortfattet oversikt over positive og negative miljøforhold ved virksomheten som kan ha innvirkning på helsen. For praktisk veiledning om meldeplikten vises til Sosial- og helsedirektoratets veileder om miljørettet helsevern.

Dersom det foreligger forhold ved et asylmottak som er i strid med kravene til tilfredsstillende helsemessig drift, vil kommunen/den instans som ivaretar kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern kunne gi pålegg etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. Et eksempel på forhold som ikke vil være helsemessig tilfredsstillende er dersom et asylmottak ikke har sanitære forhold (toaletter, dusjer m.v.) som er dimensjonert for det antall personer som har opphold i asylmottaket.

Asylmottak er preget av stor "turnover" av beboere, som ofte kommer og reiser brått. Asylsøkerne får i liten grad et personlig forhold til mottaket. Det spesielle med asylsituasjonen, kulturelle forskjeller når det gjelder renholdsstandarder, matvaner, samt ansvarfølelse i fellesarealene, er alle forhold som gjør det spesielt viktig at smittevern, renhold og renovasjonsordninger blir ivaretatt godt nok i mottaket.

4 HELSETJENESTER ETTER BOSETTING I KOMMUNE

4.1 Helsetjenestetilbudet etter bosetting i kommune

Tilbud om fastlege skal gis så snart som mulig etter bosetting i kommunen. Det forutsettes at journal overføres fra helsetjenesten i mottakskommunen til fastlege/helsestasjon/ skolehelsetjeneste i bosettingskommunen snarest mulig.

Tidlig kontakt med fastlegen bør etableres, og det bør tilbys legekonsultasjon tilpasset den enkeltes bakgrunn og behov. Dette bør omfatte gjennomgang av helsetjenestetilbud den enkelte har fått under opphold i mottak. Det er viktig at kommunehelsetjenesten retter oppmerksomheten mot somatiske og ikke minst psykososiale problemer.

Flyktinger som bosettes direkte i kommunen uten å være innom et mottak skal tilbys helseundersøkelse. Dette vil i hovedsak gjelde overføringsflyktinger og personer som har kommet på familiegjenforening til flyktinger som bor i kommunen fra før.

Overføringsflyktinger vil ofte ha en vanskelig bakgrunn med forskjellige former for traumatisering og sykdom. Det vil til en viss grad foreligge helseopplysninger fra UNHCR (Høykommissæren for flyktinger) allerede før flyktingen kommer til kommunen. Disse bør vurderes av vedkommendes fastlege i samarbeid med den ansvarlige for flyktingarbeidet i kommunen. Aktuelle tiltak må drøftes med flyktingen og familien ut fra forventet behov for behandling og tilrettelegging.

Det psykososiale teamet kan kontaktes for å gi opplysninger om kurs, regionale nettverk av helsepersonell og evt. veiledningstilbud i regionen.

Det betales egenandel på vanlig måte.

4.1.1 **Fastlege**

Registrering på en fastleges liste baseres vanligvis på folkeregisterets 11-sifrede fødselsnummer. For flyktinger baseres registreringen i fastlegeordningen på et 11-sifret D-nummer som føres på skjemaet i feltet for fødselsnummer.

Barn under 16 år tildeles fastlege i tråd med foreldrenes ønske. Når barnet er mellom 12 og 16 år, kan det i samråd med dem som har foreldreansvaret framsette ønske om bestemt fastlege. Mindreårige som kommer til landet uten

foreldre vil få oppnevnt verge som blant annet kan bistå med valg av fastlege. I tilfeller der verge ikke er oppnevnt, bør relevant personell kunne bistå. I mange tilfeller vil det være mest hensiktsmessig at helsesøster er behjelpelig med dette.

Informasjonsbrosjyre om fastlegeordningen foreligger på bokmål/nynorsk, samisk, engelsk, urdu, arabisk, farsi, somalisk, spansk, serbisk/kroatisk/bosnisk, tamil, tyrkisk og vietnamesisk. Den er tilgjengelig på www.fastlegeordningen.dep.no. Kommunen eller trygdekontoret er behjelpelig med å få tak i informasjon.

4.2 Smittevern inklusiv vaksinerings

Den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen må gjennomføres for personer som kommer direkte til kommunen for familiegjenforening eller som overføringsflyktninger. For flyktninger skal tuberkuloseundersøkelsen være gjennomført innen fjorten dager etter innreise. Familiegjenforente til flyktninger skal undersøkes så snart som mulig etter ankomst. Erfaring viser at det er lavt frivillig oppmøte.

Politiet skal informere kommunelegen om utlendinger som skal oppholde seg i landet utover tre måneder. Det forutsettes at kommunelegen, eventuelt annet personell i kommunehelsetjenesten, tar kontakt med personer som ikke innen rimelig tid møter frem på eget initiativ, slik at undersøkelsen blir foretatt og vedkommende får et dokument som viser at undersøkelsen er gjennomført. Etter smittevernloven § 5-2 er det adgang til å vedta nødvendig tvungen legeundersøkelse.

Flyktninger fra høyendemiske land som reiser til sitt opprinnelsesland og så kommer tilbake (ferie eller forsøk på repatriering) skal være undersøkt for tuberkulose ved første innreise/bosetting i Norge. Ny undersøkelse kan være aktuelt dersom besøket i hjemlandet har vart lenger enn tre måneder.

Det anbefales at vaksinasjonsstatus sjekkes. Se forøvrig Folkehelseinstituttets Veiledning om vaksinasjon og Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten. Instituttet kan gi nærmere rådgivning på telefon 22 04 22 00.

4.3 Helsestasjon

Helsestasjonen skal følge opp det anbefalte vaksineprogrammet for barn. Hvis dokumentasjon mangler, bør den enkelte tilbys vaksinerings i samsvar med det norske vaksinasjonsprogrammet.

Helsestasjonen bør være en ressurs i arbeidet med innvandrere. Gjennom helsestasjonen kan det organiseres grupperettet veiledning om kosthold, fysisk

aktivitet, prevensjon, livsstilssykdommer og det kan dannes selvhjelpsgrupper. Det kan også organiseres samtalegrupper om vanlige psykiske reaksjoner på eksiltilværelsen.

4.4 Tannhelsetjeneste

Tannbehandling vil for voksne flyktninger foretas av privatpraktiserende tannleger eller den offentlige tannhelsetjenesten. Når flyktninger bosettes i en kommune kan de i likhet med andre innbyggere søke om stønad til tannbehandling fra sosialtjenesten. Tildeling av stønad skjer etter individuell vurdering i henhold til Lov om sosiale tjenester. En del kommuner har knyttet til seg rådgivende tannlege som vurderer behandlings- og kostnadsoverslag.

REFERANSER

1. Montgomery E, Foldspang A. Criterion-related validity of screening for exposure to torture. *Dan Med Bull* 1994 Nov; 41(5): 588-91.
2. Eisenman DP, Keller AS, Kim G. Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *West J Med* 2000 May; 172(5): 301-4.
3. Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ* 2001; 322: 544-547.
4. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequel of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry* 1998 Jan;172: 90-4.
5. Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* 2001; 322: 606-609.
6. Burnett A. Guidelines for health workers providing care for Kosovan refugees. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture; 1999.
7. Sinnerbrink I, Silove DM, Manicavasagar VL, Steel Z, Field A. Asylum seekers: general health status and problems with access to health care. *Med J Aust* 1996 Dec 2-16; 165(11-12): 634-7.
8. Willis GB, Gonzalez A. Methodological issues in the use of survey questionnaires to assess the health effects of torture [review]. *J Nerv Ment Dis* 1998 May; 186(5): 283-9.
9. Allebeck P, Forkman A, Kindlund H, Lindberg A, Stjernsfeldt M, Swartling P. Vården för invandrare behöver reformeras: psykiska och sociala problem försummade. *Läkartidningen* 1994; 91(23): 2326-32.
10. Kean T M, Albano AM, Blake DD. Current trends in the treatment of Post-traumatic stress symptoms. In: Basoglu M, editor. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 367-401.
11. Lersbryggen AB. 6000 kosovoflyktninger i mottak - hva har vi lært?: noen erfaringer fra et prosjekt ved Psykososialt senter for flyktninger. *Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger* 2000; 10(1): 28-30.
12. Lauritsen K, Berg B. Mellom håp og lengsel: å leve i asylmottak. Trondheim: SINTEF, Teknologiledelse, IFIM; 1999. (SINTEF rapport)

13. Fangen K, Grønningsæter A, Lorentzen T, Øverås, S. Levekår og livskvalitet blant hivpositive. Fafo-rapport 402. Fafo, 2002.
14. Johnsen Christie H. Traumeforståelse – en drøftelse av teoretiske modeller. I: Langaard K, Johnsen HC, Holdhus V. Interkulturell behandling: erfaringer fra møte med innvandrer- og flyktningefamilier i barne- og ungdomspsykiatrien. Oslo: Nic Waals institutt; 1994. (Skriftserien fra Nic Waals instituttet; no.1).
15. Brunvatne R, Hynne K, Hjortdahl P. Flyktninger i primærhelsetjenesten: psykososialt forebyggende arbeide. 2. utg. Oslo: Den norske lægeforening; 1999. (Skriftserie for leger; Etterutdanning og kvalitetssikring).
16. Lie B, Lavik NJ, Laake P. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies 2001 Sep;14(3): 276-294.

VEDLEGG 1 – BEGREPSAVKLARINGER

Asyl: Fristed for personer som med rette frykter forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe.

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

Bosetting i kommune: Flytting til en kommune, enten fra et statlig mottak eller direkte til kommune gjennom et organisert uttak i samarbeid med Høykommissæren for flyktninger. Flytting skjer enten på egen hånd eller etter avtale mellom UDI og kommunen.

Enslig mindreårig: Asylsøker, flyktning eller person med opphold på humanitært grunnlag som er under 18 år og uten foreldre eller andre med foreldreansvar i Norge.

Familiegjenforening: Arbeids- eller oppholdstillatelse som innvilges til nære familiemedlemmer til norsk statsborger eller utenlandsk statsborger med lovlig opphold i Norge. Familiegjenforening gjelder i hovedsak ektefelle, samboer og barn under 18 år.

Flyktning: I juridisk forstand omfatter begrepet "flyktning" overføringsflyktninger og asylsøkere som har fått innvilget asyl. I dagligtale brukes begrepet om en person på flukt, for eksempel på grunn av krig, uroligheter, menneskerettighetsovergrep eller miljøkatastrofer. I forbindelse med flyktningarbeid i Norge blir begrepet «flyktning» brukt om overføringsflyktninger og asylsøkere som har fått asyl eller opphold på humanitært grunnlag.

Innvandrere: Person født i utlandet, fast bosatt i Norge, som har foreldre som begge er født i utlandet. Begrepet innvandrere blir ofte benyttet som en fellesbetegnelse for personer med utenlandsk bakgrunn som er varig bosatt i Norge, uten hensyn til hva den opprinnelige årsaken til innvandringen var, det vil si inkludert personer med flyktningbakgrunn.

Integrering: Gjeldende prinsipp i norsk innvandringspolitikk som vanligvis betyr at innvandrere og flyktninger blir funksjonsdyktige deler av majoritetssamfunnet, men uten at de mister sin kulturelle eller etniske identitet.

Kollektiv beskyttelse: Midlertidig arbeids- eller oppholdstillatelse kan innvilges personer i en massefluktsituasjon på kollektivt grunnlag, det vil si etter en gruppevurdering. Eventuelle asylsøknader stilles i bero i inntil tre år. Slike tillatelser danner ikke grunnlag for bosettingstillatelse de første fire årene. Midlertidig kollektiv beskyttelse har blitt benyttet to ganger i Norge, for flyktninger fra Bosnia-Hercegovina og Kosovo. Flyktninger som får kollektiv beskyttelse, forutsettes å reise hjem når den

kollektive beskyttelsen oppheves. De som ikke ønsker å vende tilbake til sine hjemland må søke asyl.

Opphold på humanitært grunnlag: Vanlig betegnelse på tillatelse som gis til asylsøkere som ikke fyller kravene til asyl, men som har en flyktningliknende bakgrunn. Kan også gis der andre sterke menneskelige hensyn taler for at de bør få bli i landet.

Overføringsflyktning (tidligere kvoteflyktning): Flyktninger som får komme til Norge etter et organisert uttak, vanligvis i samarbeid med FNs Høykommissær for flyktninger (UNHCR). Etter forslag fra Regjeringen fastsetter Stortinget årlig en kvote for hvor mange overføringsflyktninger Norge kan ta imot.

Statlig mottak: Bolig for asylsøkere mens de venter på behandling av asylsøknaden. Etter vedtak blir de normalt boende enda en periode i mottak før bosetting eller utreise.

Transitmottak: Midlertidig bosted for asylsøkere inntil de er intervjuet av UDI og har gjennomgått obligatorisk tuberkuloseundersøkelse.

VEDLEGG 2 – EKSEMPLER PÅ SKJEMAER

Skjema 1: Helseundersøkelse for flyktninger og asylsøkere

Skjema 2: Forslag til samtykkeerklæring

Skjema 1 - Helseundersøkelse for flyktninger og asylsøkere/egenmelding

Dette skjema skal følge den enkelte videre!

Etternavn:	Fornavn:
Fødselsdato / Personnummer:	Kjønn:
Morsmål:	Annet språk:
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	

Kontaktperson i kommunen: (på mottak/på innvandrerkontoret)

Fastlege:

Bakgrunnsopplysninger:

Opprinnelsesland:

Etnisk bakgrunn (se note neste side):

By/landsbygd:

Flukttidspunkt:

Tidspunkt for ankomst Norge:

Ev. transittland:

Asylstatus:

Familie/sosialt:

Sivilstatus:

Barn (kjønn/født år):

Familie i Norge:

Familie i andre land:

Familie i hjemland:

Utdanning/arbeid:

Tuberkulosestatus:

Pirquet (dato/resultat):

Skjermbilde/Rtg thorax (dato/resultat):

BCG-arr (ja/nei):

Laboratorieprøver:

Type prøve:	Dato:	Resultat:
Hemoglobin		
Ferritin		
Eosinofile		
Hepatitt BsAg		
Hepatitt Bs Antistoff		
VDRL/TPHA/WR		
HIV		
Glukose (ikke fastende)		
Urinstix		
Avføringsprøver		
Andre prøver		

Tidligere helseproblemer (spesielt smittsomme sykdommer):

Traumatisering:

(se ev. eget skjema, neste side)

Nåværende helseproblemer, somatisk og psykisk:

(psykisk problemer, se neste side)

Allergier:

Faste medisiner:

Funn/status presens: (husk syn)

Undersøker:

Sted/dato:

Vaksinasjonstatus:

Ferdig vaksinert (ja/nei):				
Vaksine mot:	Dato	Dato	Dato	Dato
Difteri-tetanus-kikhoste (DTP)				
Difteri-tetanus (DT)				
Tetanus				
Polio				
Meslinger-kusma-rubella (MMR)				
Meslinger				
Rubella				
Haemophilus influenzae type b (Hib)				
Tuberkulose (BCG)				
Hepatitt B				

**Jeg gir med dette samtykke til at helseopplysninger overføres til ansvarlig helsepersonell/
fastlege:**

Dato:

Navn:

Med etnisk bakgrunn (se forrige side) menes tilhørighet til etnisk gruppe (f.eks kurder fra Tyrkia, serber fra Kosovo, hutu fra Rwanda) alternativt minoritetsgruppe (for eksempel engelsktalende kameruner, ahmadiamuslim fra Pakistan) for å differensiere problemstillinger ift. opprinnelsesland. Utfylles kun hvis det ønskes angitt.

Utfylles i samarbeid med helsepersonell

Fornavn:

Etternavn:

Kjønn:

Fødselsdato/Personnummer:

Traumatiske erfaringer	JA	NEI
1. Har du levd i dekning?		
2. Har du vært utsatt for krigshandlinger?		
3. Har du vært i livsfare?		
4. Har du vært vitne til tortur?		
5. Har du vært vitne til drap?		
6. Har du vært tvunget atskilt fra familien?		
7. Har du vært utsatt for fysisk vold?		
8. Har du vært utsatt for systematisk tortur?		
9. Har du vært utsatt for andre ekstreme påkjenninger?		
10. Tror du det vil hjelpe å snakke med noen om dette?		

Psykiske symptomer	JA	NEI
1. Søvnproblemer		
2. Mareritt		
3. Depresjon, føler seg nedtrykt		
4. Skvettenhet ved lyder og brå bevegelser		
5. Tendens til å isolere seg		
6. Økt irritabilitet		
7. Følelsene er ustabile (svinger opp og ned)		
8. Dårlig samvittighet, skyldfølelse, selvbekreidelser		
9. Frykt for steder, situasjoner som minner om det som skjedde (lyder/lukter)		
10. Anspenhet i kroppen		
11. Håpløshetsfølelse		
12. Nedsatt matlyst		

Identifisering av risikopersoner ut fra svar på 'Psykiske symptomer' (spørsmål 1-12):

Sikker risiko: 6 eller flere JA-svar

Moderat risiko: 3 til 5 JA- svar

Liten risiko: 0 til 2 JA-svar

Skjemaet traumatiske erfaringer og psykiske symptomer er basert på hhv Harvard Trauma Questionnaire og PTSS - 10 og bygger på erfaringer fra gjennomføring av prosjektet - Psykososiale problemer blant nylig ankomne flyktninger (16).

SKJEMA 2 - Forslag til samtykkeerklæring

Jeg, samtykker i at følgende opplysninger:

.....
.....

kan formidles til

..... for følgende formål:
(tittel) (navn)

.....
.....

Samtykket gjelder til (dato), eller til det trekkes tilbake

.....

Dato og sted

.....

Underskrift

VEDLEGG 3 – UTENLANDSKE LEGEMIDLER

For opplysninger om medikamenter som er ukjent i Norge kontakt Giftinformasjonssentralen eller Regionalt legemiddelinformasjonscenter. Sistnevnte svarer også på spørsmål om terapi. Apotekene og Giftinformasjonssentralen (døgnåpent) kan bistå med hjelp til å finne svar på hvilket preparat i Norge som tilsvarer et utenlandsk legemiddel.

Apotekene kan bistå med å skaffe preparater som ikke er registrert i Norge. Dette krever at lege søker om registreringsfritak for legemidler som ikke er registrert i Norge via apoteket til Statens legemiddelverk. Preparatene utleveres deretter til apoteket de ulike legemiddelgrossistene.

Regionalt legemiddelinformasjonscenter: www.relis.no.

Helseregion Sør: 23 07 53 80

Helseregion Øst: 23 01 64 11

Helseregion Vest: 55 97 53 46

Helseregion Midt-Norge: 73 55 01 58

Helseregion Nord: 77 64 58 89

Giftinformasjonssentralen: www.giftinformasjonssentralen.no

Telefon: 22591300

Se adresseoversikter bak i felleskatalogen side 89. Disse adressene finnes også på internett: www.Felleskatalogen.no

VEDLEGG 4 – ØKONOMISKE FORHOLD KNYTTET TIL HELSETJENESTEN

Kompensasjon for nødvendige helsetjenester i transittmottak

UDI dekker utgiftene forbundet med akutt helsehjelp og tuberkuloseundersøkelse i transittmottak.

Kompensasjon til vertskommuner

Når det etableres et statlig mottak, får vertskommunen et statlig tilskudd, såkalt vertskommunekompensasjon. Tilskuddet fastsettes av Stortinget og skal dekke gjennomsnittlige utgifter kommunen har til helsetjenester, barneverntjenester, tolketjenester og administrasjon i forbindelse med mottaket. For 2002 utgjør vertskommunekompensasjonen pr. år summen av:

- en grunnsats på 175 000 per kommune som har statlig mottak, uten hensyn til hvor mange mottaksplasser kommunen har, og
- en sats på kr 1 900 per mottaksplass i kommunen

Utgifter i forbindelse med tuberkulosekontroll

Den obligatoriske tuberkulosekontrollen i henhold til forskrift om tuberkulosekontroll av 21. juni 2002 § 3-1 nr. 1 og 2 skal være uten utgifter for den enkelte. Dette innebærer at utgiftene til tuberkuloseundersøkelse i transittmottaket dekkes av UDI, og at det er kommunen eller det regionale helseforetaket som må dekke alle utgifter, også reiseutgifter, for overføringsflyktninger eller familiegjennforente som bosettes direkte i kommunen. Det skal ikke være noen egenandel. Forskriftens § 4-1 tredje ledd og § 4-3 fjerde ledd omtaler hva kommunen skal dekke av utgifter og hva det regionale helseforetaket skal dekke.

Dekking av helseutgifter for beboere i mottak og flyktninger som er bosatt

Beboere i mottak som ikke kan forsørge seg selv, får økonomisk stønad, også kalt basisbeløp, i samsvar med "Reglement for økonomisk hjelp til personer i statlige mottak" (Pengereglementet). Dette basisbeløpet skal dekke utgifter til livsopphold, dvs. utgifter til mat, klær, helsetjenester, medisiner, aktiviteter etc. De som har arbeid eller annen inntekt får trekk i basisbeløpet etter egne regler.

Pengereglementet for beboere i statlige mottak gir i dag mulighet til å utbetale ekstraordinære tilleggsytelser dersom det er nødvendig for å sikre en persons liv og helse.

Flyktninger som er bosatt i en kommune, som ikke kan forsørge seg selv, vil ha krav på å få dekket utgifter til nødvendige helsetjenester, etter en individuell vurdering i henhold til lov om sosiale tjenester.

Egenandel og reiseutgifter til psykolog/psykiater eller fysioterapeut

Egenandel til behandling hos psykolog, psykiater og nødvendig fysioterapi knyttet til slik behandling etter henvisning fra lege, og som ikke dekkes av ordningen med frikort i henhold til lov om folketrygd, dekkes i sin helhet av UDI i henhold til "Reglement for økonomisk hjelp til personer i statlig mottak". Nødvendige medisiner kommer inn under denne egenandelen. Dersom reiseutgifter er på mer enn egenandelen som er bestemt av Rikstrygdeverket, dekkes overskytende etter billigste reisemåte.

Statlige tilskudd til kommunene i bosettingsarbeidet

Integreringstilskudd utbetales over fem år til kommuner som bosetter flyktninger. Integreringstilskuddet skal dekke gjennomsnittlige utgifter til tjenester ved sosialkontor, barne- og ungdomsvern, innvandrers- og flyktningskontor, utgifter til tolk, bolig og administrasjon, tap på lån og garantier, utgifter til tiltak for sysselsetting, yrkeskvalifisering og arbeidstrening, integreringstiltak i grunnskolen, kultur- og ungdomstiltak, barnehager, kommunal helsetjeneste og pleie- og omsorgstjenester. Tilskuddet skal dessuten dekke fellesutgifter knyttet til disse områdene. Satsene for integreringstilskuddet for 2002 er på kr 376 000 per person. Pengene utbetales til den kommunen flyktningen bor i. Det er ekstratilskudd for bosetting av spesielle grupper, som eldre, enslige mindreårige og funksjonshemmede (se UDIs rundskriv for oppdatert informasjon om gjeldende tilskudd):

- *Ekstra engangstilskudd ved bosetting av personer over 60 år* utbetales for personer som har fylt 60 år ved bosettingen. Satsene for 2002 er på kr 120 000 per person.
- *Ekstra engangstilskudd for personer med kjente funksjonshemninger* utbetales for personer med kjente funksjonshemninger etter spesifisert søknad til UDI. For 2002 er tilskuddet på kr 120 000.

Når kommunen kan sannsynliggjøre/dokumentere at tilskuddet ikke vil dekke kommunenes særskilte utgifter til tilrettelegging og oppfølging etter bosetting, kan det søkes om ytterligere tilskudd på inntil kr 150 000. Dette tilskuddet er ment å dekke kommunenes ekstraordinære utgifter i bosettings- og integreringsarbeidet.

I tillegg kan kommunene få et tilskudd på inntil kr 500 000 i inntil 5 år for å dekke kommunenes ekstraordinære utgifter i de tilfeller en person har en så alvorlig funksjonshemming at denne gjør bosettingen ekstra vanskelig. Eventuell utbetaling av ekstra engangstilskudd skal være avklart før bosetting.

- Kommuner som bosetter enslige mindreårige mottar et *særskilt tilskudd for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger* som for 2002 er på kr. 93.000 per person og utbetales til det året barnet fyller 20 år. I tillegg kan kommunene få statlig refusjon for utgifter til barneverntiltak for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger etter barnevernloven § 4-4, i den grad utgiftene overstiger den kommunale egenandelen som gjelder for enslige mindreårige.

Når det er inngått en avtale om direktebosetting i en kommune for personer som ikke har fått vedtak om opphold i landet utbetales det et eget *tilskudd ved direktebosetting* til kommunene. For 2002 er satsene for dette tilskuddet på kr 30 000. Dersom ikke vedtak om oppholdstillatelse er fattet innen 3 måneder etter direktebosettingen, vil kommunene i tillegg få et tilskudd på kr 7 500 per påbegynt måned utover disse første månedene.

Rettigheter etter lov om folketrygd

Personer som er bosatt i Norge har rett til stønad etter folketrygdloven, herunder dekning av nødvendige utgifter til helsetjenester. Som bosatt regnes den som oppholder seg i Norge, når oppholdet er ment å vare eller har vart minst 12 måneder.

Asylsøkere har begrensede trygderettigheter under opphold i Norge mens asylsøknaden er under behandling, jf. forskrift 15. april 1997 nr. 315. Forskriftens § 2 gir asylsøkere og deres familiemedlemmer rett til dagpenger under arbeidsløshet, stønad ved helsetjenester, stønad ved gravferd, sykepenger, stønad ved barns og andre nære pårørendes sykdom, ytelser under medisinsk rehabilitering, ytelser under yrkesrettet attføring, yrkesskadedekning og ytelser ved fødsel og adopsjon.

Asylsøkere har ikke rett til stønad ved fødsel utenfor institusjon, grunn- og hjelpestønad, engangsstønad ved fødsel/adopsjon, stønad til enslig mor eller far, ytelser til gjenlevende ektefelle, barnpensjon, uførepensjon eller alderspensjon.

Retten til stønad gjelder fra søknaden om asyl er fremsatt til den er endelig avgjort. Ved øyeblikkelig hjelp dekkes utgifter til helsetjenester imidlertid også for perioden frem til asylsøkeren faktisk forlater landet.

Asylsøkere kan avkreves egenandel på lik linje med personer som er bosatt i Norge. Stortinget fastsetter et årlig egenandelstak, som er det høyeste samlede beløp en person skal betale for visse helsetjenester. Barn under 18 år er fritatt fra å betale egenandel for psykologhjelp. Barn under 7 år skal ikke betale egenandel for legehjelp, fysioterapi, viktige legemidler og reiser til undersøkelse og behandling.

Asylsøkere som har fått midlertidig kollektiv beskyttelse for 12 måneder har, i motsetning til vanlige asylsøkere, fulle trygderettigheter som bosatte fra ankomst til Norge, eventuelt fra dato for vedtak om beskyttelse dersom vedkommende har forutgående opphold som asylsøker.

Rammetilskuddet til kommunene

Flyktninger som er registrert som bosatt i en kommune påvirker også utbetalingen til kommunene via inntektssystemet.

VEDLEGG 5 – OVERSIKT OVER LOVER, FORSKRIFTER OG RUNDSKRIV

Love

- Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
- Lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten
- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer
- Lov av 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m
- Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv.

Forskrifter

- Forskrift av 30. desember 1994 nr. 1224 om leges og annet helsepersonells melding og varsling av smittsomme sykdommer
- Forskrift av 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av 21. juni 2002 nr. 567 om tuberkulosekontroll
- Forskrift av 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Forskrift av 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern
- Forskrift av 21. desember 1990 nr. 1028 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her

Rundskriv fra UDI

- Rundskriv UDI 23/94 "Veiledende retningslinjer for dekning av utgifter ved bruk av tolketjeneste"
- Rundskriv UDI 30/97 INA okt/1997 "Retningslinjer for tildeling av ekstratilskudd til kommunene ved bosetting av flyktninger og personer med opphold på humanitært grunnlag med kjente funksjonshemninger"
- Rundskriv UDI 9/99 INA "Melde- og ansvarsrutiner i forbindelse med barns ankomst og opphold i statlige mottak"
- Rundskriv UDI 13/00 INA april 2000 "Tilskudd til kommuner som direktebosetter personer av medisinske og/eller sosiale grunner"
- Rundskriv 15/00 ADA mai 2000 "Integreringstilskudd for år-1 og år 2-5 i 2000"

Rundskriv og veiledere fra Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og Nasjonalt folkehelseinstitutt

- IK-28/93 "Råd for anvendelse av smittevernloven § 3-3 vedr. forhåndsundersøkelse av pasienter - smittsomme sykdommer"
- Rundskriv IK 9/95 "Melding og varsling av smittsomme sykdommer"
- IK-2489 Veileder for kommunehelsetjenesten vedr. inneklima 1995
- Rundskriv IK-12/98 om kommunenes tilsyn med virksomheter som etter kommunehelseloven kap. 4a plikter å føre internkontroll
- IK-2617 Veileder (2-1998) for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Anbefalte faglige normer for inneklima 1998 (Nasjonalt folkehelseinstitutt)
- Rundskriv I-23/99 "Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlig mottak"
- IK-2701 Veileder (5-2000) for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring
- Vaksinasjon av barn som er kommet flyttende fra andre land. MSIS-rapport 30/2002. (Nasjonalt folkehelseinstitutt)
- Rundskriv av 19. mai 2000. Fra Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av Folketrygden. (Helsedepartementet) (Gjengitt i MSIS-rapport 27B/2000).
- Veiledning om vaksinasjon. (Nasjonalt folkehelseinstitutt)
- Smittevern 5. Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten 2002-2003. (Nasjonalt folkehelseinstitutt)
- Smittevern 7. Veileder om tuberkulosekontroll. (Nasjonalt folkehelseinstitutt)
- Smittevern 8. Nasjonale anbefalinger for å forebygge infeksjoner med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) i sykehus og sykehjem. (Nasjonalt folkehelseinstitutt)
- Veileder om miljørettet helsevern, juli 2003 (Sosial- og helsedirektoratet)

VEDLEGG 6 – LITTERATUR OG INFORMASJONSMATERIELL

Informasjonsmaterieill

- "Tuberkulose, lett å behandle". Brosjyre utgitt på 9 språk. (Nasjonalt folkehelseinstitutt).
- "Informasjon til pasienter som ligger på sykehus med tuberkulose". Brosjyre på 8 språk. (Nasjonalt folkehelseinstitutt).
- "Vaksinasjon av barn mot tuberkulose – BCG-vaksine". Brosjyre på 9 språk. (Nasjonalt folkehelseinstitutt).
- "Fakta om hiv og aids". Brosjyre på 18 språk (engelsk, fransk, spansk, somali, swahili, tagalog, russisk, bosnisk/serbisk/kroatisk, tyrkisk, thai, hindi, urdu, arabisk, vietnamesisk, amharisk, mongolsk, tigrinya, norsk). (Sosial- og helsedirektoratet)
- "Fakta om hepatitt A, B og C". Brosjyre på 18 språk (som over). (Sosial- og helsedirektoratet)
- "Hva vet du om prevensjon og abort?" IK 2207, oversettes til 10 språk. (Sosial- og helsedirektoratet)
- "Gonore", "Syfilis", "Klamydia". Brosjyrer på 13 språk. Tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettside: www.fhi.no/nyhetsbrev/aidsinfo/aktuelt
- Håndbok om hivinfeksjon (Folkehelseinstituttet). (Publiseres høsten 2003. Oversettes til engelsk)
- "Til deg som har opplevd krig", "Barn og krig", og "Til deg som ikke får sove". Brosjyrer på 9 språk. Kan bestilles gjennom de psykososiale teamene.
- "Psykisk helse hos flyktninger – vanlige reaksjoner og forebygging av psykiske problemer", UDI. Tilgjengelig på www.udi.no (gå til integrering og rasisme, gå til introduksjonsprogrammet, gå til temahefter)
- "Kommunikasjon via tolk", UDI. Tilgjengelig på www.udi.no (gå til integrering og rasisme, gå til introduksjonsprogrammet, gå til temahefter)
- "Vi er OK" Informasjonshefte på tre språk (norsk, engelsk, somali) om omskjæring og viktige argumenter mot skikken. Beregnet på unge jenter fra samfunn der skikken praktiseres. (Ok prosjektet: www.okprosjektet.no)
- "Omskjæring av jenter – det angår deg". Brosjyre på fire språk (norsk, engelsk, somali, fransk) med de viktigste argumentene mot omskjæring. (Ok prosjektet: www.okprosjektet.no)

Annen litteratur/opplysningsmateriell/nettsider

- NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse åpnet juni 2003. NAKMI er en statlig enhet initiert av Helsedepartementet som skal arbeide for et best mulig helsetilbud til minoritetsgrupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn: www.nakmi.no
- Psykososialt senter for flyktnings nettside inneholder diverse faglig informasjon om flyktningarbeid: www.med.uio.no/ipsy/pssf.psysisos.htm
- Nettstedet www.flyktninghelse.info er en kompetansedatabase fra Psykososialt senter for flyktninger og de regionale psykososiale teamene for flyktninger.
- Tidsskriftet "Linjer" utgis av Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo. Tilgjengelig på: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/linjer.htm
- Barnefamilier i statlige mottak. Elektronisk veiledningstjeneste om forebyggende tiltak for barnefamilier i statlige mottak: www.hjermann.no
- "Flyktningpasienten. Allmennpraktikerens møte med pasienter som har opplevd ekstreme påkjenninger som tortur, krig, flukt, konsentrasjonsleiropphold. Undersøkelse og diagnose". Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter. Fra høsten 2003 tilgjengelig på nettside: www.legeforeningen.no/index.db2?id=19760
- Videoer om traumer og om barnegrupper kan skaffes gjennom Senter for krisepsykologi.
- "Flyktninger i primærhelsetjenesten - Psykososialt forebyggende arbeide" R. Brunvatne, K. Hynne og P. Hjortdahl. Skriftserie for leger, Legeforeningen 1995.
- "Helsearbeid og innvandrere" Berit Austveg, 2. reviderte utgave, Tano forlag 1995.
- "Psykkiske problemer hos flyktninger" av Nils J. Lavik. Medisinsk årbok 1999.
- "Voldtekt - undersøkelse og oppfølging, langtidseffekter" ved Solveig Dahl, Medisinsk årbok 1998.
- "Torturskader - en medisinsk utfordring. Diagnostisering og behandling av falanga" Tidsskrift Den norske lægeforening nr. 9/96;116:1073-75, forf. Lie, B. og Skjeie, H.
- "Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger". Nora Sveaass og Edvard Hauff (red). Ad Notam Gyldendal 1999.
- UDI Håndbok 1999. "En veileder i arbeid med flyktninger, asylsøkere og innvandrere".
- UDIs Årsrapport.
- NyhetsBrev om norsk flyktning- og innvandringspolitikk. Gis ut av Kommunal- og regionaldepartementet på e-post hver uke.
- INNformasjon – om norsk flyktning og innvandringspolitikk. Papirutgave av ovenstående. Gis ut av Kommunal- og regionaldepartementet og Utlendingsdirektoratet månedlig.

VEDLEGG 7 – ADRESSER

UTLENDINGSDIREKTORATET (UDI)

UDI har for tiden seks regionskontorer som har ansvar for mottaksapparat, bosetting, tilbakevending og likestillingsarbeid i sin region:

Regionkontor Indre Østland Postboks 445, 2803 Gjøvik
tlf. 61 14 65 00, faks 61 17 57 14
Dekker Hedmark, Oppland og Buskerud.

Regionkontor Øst Postboks 8789 Youngstorget, 0028 Oslo
tlf. 23 31 10 00, faks: 23 31 10 50
Dekker Østfold, Vestfold, Akershus og Oslo.
Kontoret har nasjonalt fagansvar for enslige mindreårige.

Regionkontor Sør Postboks 647, 4666 Kristiansand
tlf. 38 10 60 60, faks 38 02 04 80
Dekker Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.
Kontoret har funksjon som landsdekkende koordinator for tilbakevending.

Regionkontor Vest Postboks 4048 Dræggen, 5835 Bergen
tlf. 55 30 09 99, faks 55 30 09 88
Dekker Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane
Kontoret har funksjon som landsdekkede koordinator for bosetting i kommunene.

Regionkontor Midt-Norge 7005 Trondheim
tlf. 73 89 24 00, faks 73 89 24 01
Dekker Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.
Kontoret har funksjon som landsdekkede koordinator for mottakene.

Regionkontor Nord Postboks 803, 8510 Narvik
tlf. 76 96 58 10, faks: 76 96 58 39
Dekker Nordland, Troms og Finnmark.
Kontoret har funksjon som landsdekkede koordinator for beredskap.

PSYKOSOSIALT SENTER OG TEAM

Psykososialt senter for flyktninger i Norge

Olav M. Troviks vei 4, 0864 Oslo, tlf. 22 84 11 40, faks 22 84 11 41

Psykososialt team for flyktninger på Vestlandet

Sandviken sykehus, 5035 Sandviken, tlf. 55 95 86 10, faks 55 95 86 12

Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge

Hospitalsløkkan 20A, 7012 Trondheim, tlf. 72 54 61 83, faks 73 53 51 41

Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge

Åsgård sykehus, 9291 Tromsø, tlf. 77 62 75 00, faks 77 62 14 10

Psykososialt team for flyktninger – Sør

Sørlandet sykehus helseforetak, enebolig 21, Eg, 4615 Kristiansand

tlf. 38 03 85 80, faks 38 03 85 89

Postadresse: Sørlandet sykehus helseforetak, serviceboks 416, 4604 Kristiansand

