



Migrasjon og helse

Utfordringer og utviklingstrekk

Rapportens tittel:	Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk
Utgitt:	Mai 2009
Ansvarlig utgiver:	Helsedirektoratet v/helsedirektør Bjørn-Inge Larsen
Redaktør:	Divisjonsdirektør Frode Forland, Divisjon primærhelsetjenester
Redaksjonsgruppe:	Harald Siem, Freja Kärki Ulvestad, Inger Huseby, Hege Sletsjøe, Jon Bakkerud, Ingunn Torgerstuen Stensholt, Frode Forland (alle fra Helsedirektoratet), Bjarne Træen (IMDi), Arild Aambø (NAKMI)
Bidragstyttere:	Kap. 2: Karin Harsløf Hjelde (NAKMI), Ragnhild Spilker (NAKMI), Thor Indseth (NAKMI), Pål Surén (Folkehelseinstituttet), Torunn Arntsen Sajjad (NAKMI) Kap. 3: Trude Nergård (NOVA), Berit Berg (NTNU), Reidun Brunvatne (Vestfold migrasjons helsesenter) Kap. 4: Sverre Varvin (NKVTS), Odd Steffen Dalgard (Folkehelseinstituttet), Nora Sveaas (UiO) Kap. 5: Per Kristian Aale (Aftenposten) Kap. 6: Elzbieta Czapka (NAKMI) Kap. 7: Svein Lie (Fylkesmannen i Vestfold) Kap. 8: Brynhild Solvang (forsker, stipendiatstilling ved NTNU) Andre: Helsedirektoratet startet arbeidet med rapporten med et faglig seminar med innlegg fra representanter fra: Fafo, Culcom – forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, Legeforeningen og NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. Videre har direktoratet hatt et utkast av rapporten på en begrenset og kort høring til følgende instanser: Legeforeningen, Primærmedisinsk verksted, NKVTS – Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Likestillings- og diskrimineringsombudet, Nasjonalt kompetansesenter for Læring og Mestring, Fylkesmannen i Oslo/Akershus, Helse Sør-Øst RHF (prosjekt likeverdige helsetjenester).
Postadresse:	Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse:	Universitetsgaten 2, Oslo Telefon: 81 020 050 Faks: 24 16 30 01 www.helsedirektoratet.no
IS-nummer:	IS-1663
ISBN-nummer:	978-82-8081-150-9
Hefte kan bestilles hos:	Helsedirektoratet v/Trykksaksekspedisjonen e-post: trykksak@helsedir.no Telefon: 24 16 33 68 Faks: 24 16 33 69 Ved bestilling, oppgi IS-nummer IS-1663
Grafisk design:	Tank Design AS
Trykkeri:	RK Grafisk AS
Produksjon:	Rapporten er produsert i 5000 eksemplarer, i en Svanemerket produksjon på 120 g Amber Graphic og 250 g Arctic Silk



Helsedirektoratet har i denne rapporten benyttet bidrag og fått innspill fra en rekke forskjellige bidragstyttere og i til dels bearbeidet form. Direktoratet som utgiver er ansvarlig for rapportens innhold.

Forord

Rapporten «Migrasjon og helse» inngår i Helsedirektoratets rapportserie om utviklings-trekk og utfordringer i helsesektoren.

Direktoratet ønsker med denne serien å gi ny innsikt på helse- og omsorgsområdet for å bidra til god utvikling og endringer der det er nødvendig. En del av vårt ansvar er å følge med på utviklingen av helsetjenesten og se det i et overordnet samfunnsperspektiv. Det betyr også at vi kan påpeke utfordringer og behov for nytenkning på eget eller andre myndigheters ansvarsområder.

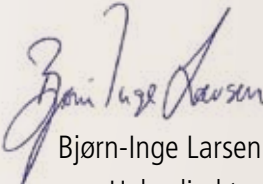
Årets rapport er viet helse og migrasjon. Vi ønsker her å formidle et bilde fra et felt som til dels er lite utforsket, men som har fått økt interesse og betydning de siste årene. Vi håper rapporten gir verdifulle innspill til utformingen av en helsepolitikk som nasjonalt og internasjonalt møter store utfordringer i vår tid.

Norge er som resten av verden berørt av globale utfordringer knyttet til blant annet helse, klima, ulikhet og fattigdom. Migrasjon

innebærer at folk og kulturer møtes, forskjellige oppfatninger om hva som er det gode liv, og forståelsen av helse og sykdom brytes med det tradisjonelle norske tanke-settet. Rapporten retter oppmerksomheten mot mangfoldet i den norske befolkningen og utfordringer knyttet til helse og til møtet med helsetjenesten i Norge.

Rapporten er først og fremst skrevet for beslutningstakere, ledere og ansatte i helsetjenesten. Andre vil forhåpentligvis også kunne dra nytte av rapporten, som journalister, forskere og undervisningspersonale.

«Migrasjon og helse» er utarbeidet gjennom en bred prosess i direktoratet, og med innspill fra en rekke eksterne miljøer. Vi vil uttrykke stor takk til alle som har bidratt.



Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

Innhold

Forord	3
Sammendrag og hovedbudskap	9
Terminologi	12
1 Det store bildet	14
Endring i migrasjonsstrømmene	15
Muligheter og utfordringer	15
Samfunn i kontinuerlig endring	15
Global helse	16
Fattigdom og helse	16
FNs tusenårsmål om helse	17
Norsk initiativ for barn og mødres helse	17
En rammekonvensjon for global helse	17
Velfungerende helsetjenester en viktig faktor	18
2 Helse og etnisitet	20
Etnisitet og livsfaser i et helseperspektiv	21
Etnisitet og sosiale forhold	21
Livsfaser	23
Voksne	24
Eldre	24
Variasjon mellom nasjonalgrupper	25
Ulik forekomst av risikofaktorer	26
Ulikt sykdomsmønster	26
Kjønnsforskjeller i integrering	26
Utvalgte problemstillinger	26
Sykdommer som tidligere har vært sjeldne i Norge	27
Infeksjonssykdommer	27
Diabetes	28
Vitamin D-mangel	29
Inngifte i Norge	29
Kjønnslemlestelse av kvinner	30
Omskjæring av gutter	31
Rus og ungdom	31
Forebygging og folkehelsearbeid	32
Oppsummering	33

3 Møtet med helsetjenesten	34
En likeverdig helsetjeneste	35
Migrantvennlige sykehus	35
Tilrettelagte legetjenester	36
Språk og kommunikasjon – en særlig utfordring	36
Bruk av tolk styrker kommunikasjonen	37
Hvordan skape likeverdige helsetjenester	39
Aktiv deltakelse	40
Brukermedvirkning og samhandling i praksis	40
Gjensidig forståelse	41
Tilsyn – ett viktig virkemiddel for likeverdige tjenester	41
Møtet med helsetjenesten	42
Fastlegen	42
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	43
Jordmor	43
Tannhelsetjenesten	44
Omsorgstjenester til eldre med innvandrerbakgrunn	44
Tjenester for personer med innvandrerbakgrunn og demens	45
Personer med særlige behov	45
Personer med nedsatt funksjonsevne	45
4 Psykisk helse	48
Norge som mottakerland, historisk perspektiv	49
Statistikk over flyktninger og asylsøkere	50
Mottaksplasser	50
Psykisk helse	50
Spesielt sårbare grupper: barn som flyktninger	52
Tilgang på og bruk av helsetjenester i mottak	52
Kartlegging av psykisk helse i ulike faser av prosessen	53
5 De papirløse – og menneskerettighetene	54
Et liv i konstant frykt	55
Retten til helsetjenester er ubestridelig	59
Rett til grunnleggende helsetjenester	60
Kostnader et hinder	60

6 Arbeidsinnvandrere	62
Arbeidsinnvandring til Norge	63
Endringer i arbeidsinnvandringen	64
Den nye arbeidsinnvandringen	64
Mye jobb; lite sosial aktivitet	64
Lengre opphold	64
Regelendringer skaper uforutsigbarhet	64
Bruk av helsetjenestene	65
Rett til akutt helsehjelp, men ikke til fastlege	65
Ikke-registrerte arbeidsinnvandrere	66
Mulige langsiktige utfordringer	66
7 Helsepersonell over grensen	68
De fleste land mangler helsepersonell	69
Betydelig migrasjon av helsepersonell	69
Global skjevfordeling av helsepersonell	70
Behov for flere helsefagarbeidere og sykepleiere i Norge i 2030	70
Høy legedekning i Norge	70
Norsk helsetjeneste og utenlandske statsborgere	71
Sykepleiere, jordmødre og helsesøstre	71
Leger	72
Langtidsplanlegging er nødvendig	72
Etisk rekruttering	73
Internasjonale retningslinjer kan gjøre en forskjell	74
8 Utvandrere – nordmenn i Spania	76
Nordmenn i det flerkulturelle Spania	77
Hvor mange nordmenn oppholder seg i Spania?	78
Norske gettoer?	78
Hvorfor Spania?	79
Fastboende og turister	79
Tilbud og hindringer knyttet til behovet	
for helse- og sosialtjenester	80
Lege- og sykehustjenester	81
Fysioterapitjenester	82
Pleie- og omsorgstjenester	82
Spanske omsorgstilbud	83
Norske omsorgstilbud	83
Syke og pleietrengende eldre	83
Hvor skal grensen gå?	84
Litteratur	86



Sammendrag og hovedbudskap

Migrasjon har vært et fenomen i alle tider. Årsakene til at mennesker flytter over landegrensene er mange og sammensatte. Flukt fra krig, forfølgelse og katastrofer er viktige grunner, men de aller fleste flytter for å finne arbeid eller skaffe seg utdanning. Mange søker også gjenforening med familiemedlemmer som har flyttet før dem. Migrasjon utfordrer samfunnet, gir nye muligheter og bidrar til mangfold og endring. For mange bringer migrasjon med seg en positiv utvikling og muligheten til et bedre liv.

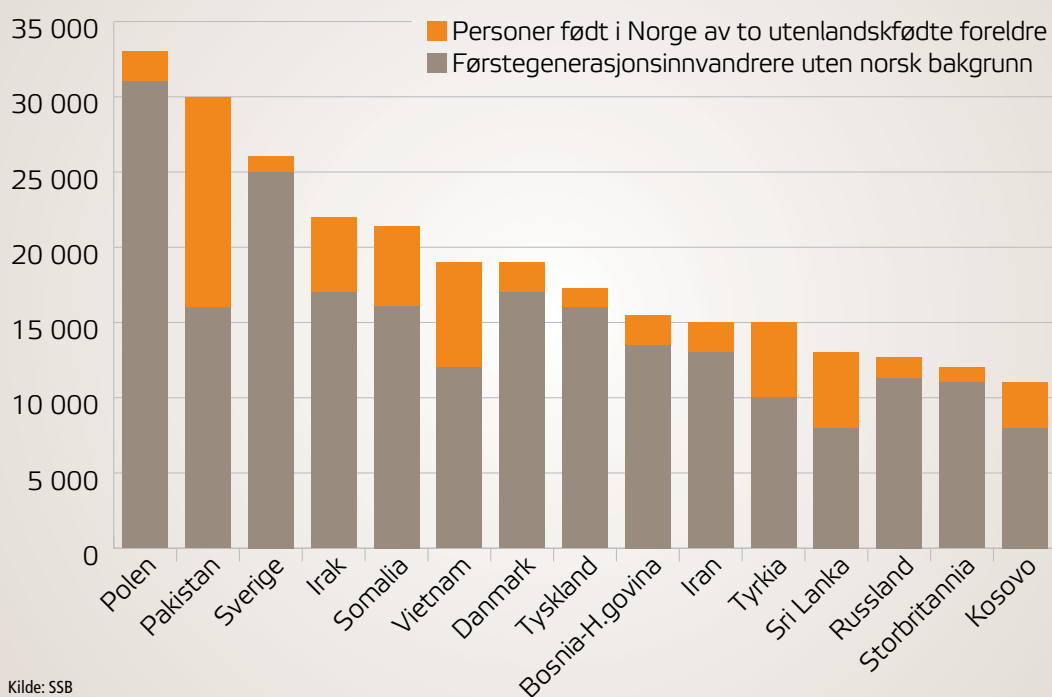
Mennesker lever transnasjonale liv. Folks identiteter bryter ut av det nasjonale, og mange har og vil ha sterke bånd i flere land og miljøer. Økende migrasjon og erkjennelsen av det nye «vi» med et større mangfold gir nye muligheter. Det innebærer også at kulturer og religioner med andre tradisjoner og oppfatninger om helse og sykdom møtes.

Migrantgruppen er heterogen, og spenner fra enslige mindreårige asylsøkere til svenske kaféarbeidere, pakistanske familiegjenforente,

tyrkiske grønnsakshandlere, britiske børsme-glere og indiske IT-eksperter. Det følger av dette at det vil være store variasjoner mellom ulike pasient- og brukergrupper.

I dag er det nær 460 000 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør dette 9,7 prosent av befolkningen. De fem største gruppene med innvandrere og etterkommere kommer fra Polen, Pakistan, Sverige, Irak og Somalia (jf. figur 0.1).

Figur 0.1 De 15 største innvandrergruppene i Norge per 1.1. 2008. Absolutte tall.



Kilde: SSB

Antall innvandrere har økt de siste 50 årene. Etter annen verdenskrig kom flyktningene fra Øst-Europa, senere kom arbeidsinnvandrere både fra Europa og resten av verden. Etter at det ble stopp for arbeidsinnvandring i 1975, er antall flyktninger fra land i Asia, Afrika, Latin-Amerika og Europa utenom EU/EØS økt. Med EU-utvidelsen har det skjedd en markant økning i innvandring fra EU-landene i Øst-Europa.

Graden av heterogenitet vil påvirke helsetjenestenes mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til alle pasienter. Ulike virkemidler må tas i bruk for å sikre en likeverdig helsetjeneste, uavhengig av oppholdsstatus, funksjonsevne og språkferdigheter. I tillegg vil forskjellige forventninger hos behandler og pasient kunne påvirke konsultasjon og behandling.

Helsedirektoratet vier i rapporten oppmerksomhet til mangfoldet i den norske befolkning i dag og hvilke helseutfordringer samfunnet står overfor. Utfordringene dreier seg både om individuelle forhold hos den enkelte pasient og behandler, så vel som organiseringen av helsetjenesten.

Helsedirektoratet håper rapporten vil bidra til å sikre kvalitativt gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester for en mangfoldig norsk befolkning.

Rapportens hovedtema

Migrasjon og helse er et komplekst saksområde, og denne rapporten er ikke uttømmende på feltet. Innledningsvis gir rapporten et bredt bakteppe for problemstillinger knyttet til migrasjon og helse. De følgende kapitlene tar for seg noen særskilte temaer av stor betydning for hvordan helsetjenestene kan møte disse problemstillingene. I kapittel 1 «Det store bildet» beskrives migrasjon som globalt fenomen. Her problematiserer vi den urettferdige fordelingen av velstand og god helse i verden, og vi fremhever Norges

mulighet til å påvirke. Kapittel 2 «Helse og etnisitet» omhandler problemstillinger knyttet til helsestatus, risikofaktorer og bruk av helsetjenester i ulike innvandrergupper. Det er store helseforskjeller i hele befolkningen og også når det gjelder innvandreres helse. Sykdomsmønstre varierer mellom etniske grupper. Årsaker til ulikheter i helse handler like mye om faktorer som utdanning, økonomi og sosiale forhold som etniske, genetiske, kulturelle eller språklige forhold.

I kapittel 3 rettes oppmerksomheten mot utfordringer knyttet til møtet med helsetjenestene, både fra et bruker- og et tjenesteperspektiv. Det legges vekt på at tjenesten må fange opp og forholde seg til mangfoldet i befolkningen. Kapittel 4 tar for seg psykisk helse blant innvandrere, med spesiell vekt på flyktninger og asylsøkere. Vi beskriver faktorer som påvirker helsen etter flukt og kriser.

Kapittel 5 er et innspill i debatten om rettigheter for papirløse. Rapporten tar til orde for handling med sikte på å avklare de papirløses rett til helsetjenester og myndighetenes ansvar.

Kapittel 6 beskriver den nye bølgen av arbeidsinnvandrere. Denne innvandringen har gitt Norge tiltrengt arbeidskraft, men den har også skapt utfordringer for helsetjenestene, spesielt i forhold til informasjonsformidling, organisering og dimensjonering av tjenestene.

Det foregår en betydelig internasjonal migrasjon av helsepersonell. Dette er temaet for kapittel 7. Her ser vi på den økende etterspørsel etter helse- og omsorgspersonell i rike land i årene som kommer. Noen land vil velge å hente helsepersonell fra andre land, som da tappes for det helsepersonell de selv trenger. Det blir viktig med langtidsplanlegging og fordeling av de globale helsepersonellressursene på en solidarisk måte.

Kapittel 8 belyser etniske nordmenn som migranter og utvandrere, også som innvandrere i et annet land; nordmenn i Spania. Hvem er

de, hvilke behov har de for helse- og velferdstjenester og hvilke forventninger har de til norske myndigheter? Hvordan forholder de seg til samfunnet de lever i? Kapitlet løfter fram problemstillinger og utfordringer.

Hovedbudskap

- **En ny internasjonal helsekonvensjon vil sikre grunnleggende helsetjenester for alle**

Fordelingen av velstand og god helse i verden er urettferdig fordelt. Helsedirektoratet etterlyser en internasjonal helsekonvensjon for rett til grunnleggende helsetjenester for alle mennesker.

Helsebistand bør baseres på prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå og gå til å styrke primærhelsetjenester, forebygging av sykdom og til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Helsedirektoratet vil arbeide for en internasjonal helsekonvensjon som gir rettighet til et minimum av grunnleggende helsetjenester for alle mennesker.

- **Likeverdige helsetjenester er en nødvendig investering for fremtiden**

For å legge til rette for god helse for alle deler av befolkningen, trenger vi en sterk primærhelsetjeneste og et prioritert folkehelsearbeid.

Tjenesten må i planlegging og utbygging ta innover seg mangfoldet. Både når det gjelder helse, risikofaktorer og sykdom er det stor variasjon i befolkningen. Dersom alle skal behandles likt, kan det føre til at noen systematisk får et dårligere tilbud og redusert utbytte av tjenestene. Siden noen grupper migranter i Norge systematisk har større forekomst av noen helseproblemer, krever det særskilt prioritering av oppmerksomhet og ressurser for at tjenestene skal være likeverdige. Målet er derfor ikke å tilby

like tjenester, men likeverdige tjenester som tar hensyn til at borgerne har ulike forutsetninger og behov.

- **Gode tolketjenester og lydhørhet i møtet med pasienten er en forutsetning for kvalitet i helsetjenesten**

Språk og god kommunikasjon er en forutsetning for å kunne sikre likeverd i helsetjenestene. Språklig tilrettelegging både skriftlig og på annet vis er derfor nødvendig. Gode tolketjenester og aktiv lytting er nødvendig for å sikre kvaliteten på helsetjenestene.

- **Tidlig psykisk helsehjelp for flyktninger og asylsøkere er nødvendig**

Migrasjon har mange årsaker, men innebærer for alle et oppbrudd fra kjente forhold og nettverk, noe som innebærer en økt risiko for psykiske plager. Særlig utsatt er flyktninger og asylsøkere. Disse må vies særlig oppmerksomhet i mottaksfasen. Ofte er det forhold etter flytting som påvirker den psykiske helsen. Helsetjenesten bør komme til tidlig med psykisk helsehjelp.

- **Etablere klare ansvarsforhold og sterkere rettigheter for de papirløse**

Alle har rett til nødvendig helsehjelp i Norge, både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Myndighetene bør sørge for å etablere klare ansvarsforhold og rettigheter for papirløse innvandrere. Informasjon om rettigheter bør gjøres tilgjengelig for dem det gjelder.

- **Rettferdig rekruttering av helsepersonell**

Rike land som Norge skal ikke aktivt rekruttere utdannet helsepersonell fra fattige land hvor det allerede er stor mangel. Nasjonal politikk bør sikre selvforsyning av helsepersonell og stimulere til en bærekraftig utvikling internasjonalt.

Terminologi

Innenfor migrasjonsfeltet benyttes ulike begreper og definisjoner om hverandre. Noen eksempler kan være migranter, immigranter, innvandrere, ikke-innfødte minoritetsgrupper og deres etterkommere, bindestreks-etnisitet som norsk-pakistanere og første- eller annengenerasjons innvandrere.

Et inkluderende samfunn forutsetter en inkluderende ordbruk. Statistisk sentralbyrå (SSB) har avskaffet samlebetegnelsen «innvandrerbefolkningen». De bruker nå «innvandrere» og «norskfødte med innvandrerforeldre». Veilederen «Et inkluderende språk» utarbeidet av Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID), går i samme retning som SSB og benytter seg av følgende definisjoner: Innvandrer viser til personer som er født i et annet land, har to utenlandsfødte foreldre og er bosatt i Norge. Personer som er født i Norge, kan ikke regnes som innvandrere. Dersom

man i noen sammenhenger ønsker å omtale både innvandrere og etterkommere som en gruppe, er personer med innvandrerbakgrunn et alternativ. En etterkommer er en person født i Norge av to utenlandsfødte foreldre.

I denne rapporten benyttes ulike begreper. Rapporten følger i størst mulig grad SSBs og AIDs definisjoner når den omtaler forhold knyttet til Norge. I tillegg benyttes begrepet migrant(er) når rapporten omtaler mer generelle eller internasjonale forhold. En migrant forstås da som en person som forflytter seg eller har forflyttet seg over landegrensene.



1 Det store bildet

Økende migrasjon gir nye muligheter for folk og samfunn. I takt med større informasjonsflyt og økende transportmuligheter er migrasjonen blitt mer mangfoldig. Migrasjon har sammenheng med behovet for arbeidskraft, økonomisk og demokratisk utvikling, handel, integrering, menneskerettigheter og samfunnssikkerhet. De fleste flytter i håp om å oppnå et bedre liv.



I dag er det rundt 200 millioner migranter i verden. FN anslår at samlet antall migranter på verdensbasis vil være 280 millioner i år 2050. Fra 1960 til 2006 ble antallet migranter verden over tredoblet fra 75 til 200 millioner (1). Det er rundt tre prosent av Jordens befolkning (2). Tidligere var de aller fleste migranter menn. Nå er rundt halvparten kvinner. Seksti prosent av verdens migranter bor i rike land. I disse landene er i gjennomsnitt 10 prosent av befolkningen immigranter. I fattige land er én av 70 immigrant.

Migrasjon er en kontinuerlig prosess som har konsekvenser for enkeltindivider og nasjonalstater. Årsakene til at mennesker flytter over landegrensene er mange og sammensatte. Flukt fra krig, forfølgelse og katastrofer er viktige grunner, men de aller fleste flytter for å finne arbeid eller skaffe seg utdanning.

Endring i migrasjonsstrømmene

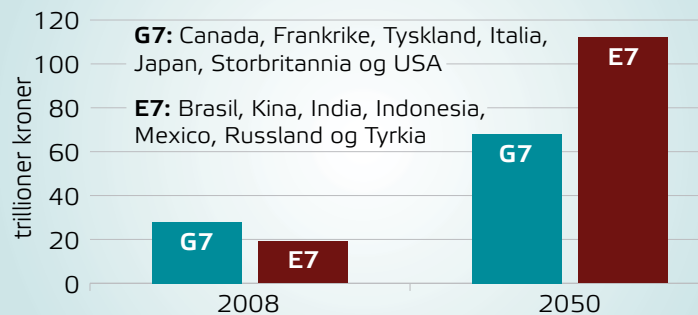
En vanlig oppfatning er at migrasjonen i hovedsak går og fortsetter å gå fra øst og sør mot vest og nord. Tall fra Verdensbanken viser at mer enn en tredjedel av alle verdens

Global migrasjon

- 200 millioner migranter globalt.
- Rundt halvparten av verdens migranter er kvinner.
- 16 millioner flyktninger, hvorav ca. 4,6 millioner palestinske flyktninger under UNWRAs ansvarsområde.
- Anslagsvis 20–30 millioner illegale migranter i verden.
- Pengeoverføringer fra migranter til deres opprinnelsesland utgjør flere hundre milliarder amerikanske dollar. Verdensbanken anslår at 200–300 milliarder amerikanske dollar sendes tilbake til utviklingsland årlig.
- 1/3 av verdens arbeidsmigranter bor i Europa.

Kilde: IOM/UNHCR/UNWRA

Figur 1.1 Forventet økonomisk utvikling i G7- og E7-landene 2006–2050.



Kilde: Hawksworth og Cookson 2008

migranter flytter fra sør til nord. I løpet av de neste førti årene vil nok migrasjonsbildet kunne se annerledes ut. De syv største utviklingsøkonomiene, Brasil, Kina, India, Indonesia, Mexico, Russland og Tyrkia, vil i 2050 sannsynligvis til sammen være dobbelt så store som de samlede G7-landene. Det vil med stor sannsynlighet kunne påvirke folkestrømmingene (se figur 1.1).

Muligheter og utfordringer

Migrasjon gir muligheter og utfordringer. Migrasjon kan være et gode både for migranter, sendeland og mottakerland. Utfordringen blir ikke å stanse migrasjonsstrømmene, men å påvirke prosessene slik at resultatene av migrasjonen og migrasjonsprosessene blir mest mulig positive for flest mulig mennesker. Migrasjonsregulering forutsetter internasjonal samhandling.

I Norge er historisk sett den største migrasjonsbølgen nordmenn som flyttet til Amerika før forrige århundreskifte. Den neste store er innvandringen til landet fra 1970-tallet. De siste tiår har det også vært en økende utvandring, blant annet til Spania, og en betydelig andel av utvandrerne er pensjonister.

Samfunn i kontinuerlig endring

Samfunnet er i kontinuerlig endring, og migrasjon er en del av dette. På mange måter er den viktigste forskjellen mellom Norge for

tyve år siden og Norge i dag sammensetningen av den norske befolkningen – det nye «vi» (3). Andelen nordmenn med innvandrerbakgrunn i den totale befolkningen, det vil si personer som har innvandret selv, eller som har to foreldre født i et annet land, har økt fra 2,3 prosent i 1980 til 9,7 prosent i 2008. Norge ligger litt under gjennomsnittet blant OECD-land når det gjelder personer med innvandrerbakgrunn. Befolkningsfremskrivninger fra Statistisk sentralbyrå tyder på at den jevnt økende migrasjonen som foregår til Norge, vil vare eller øke.

Pengeoverføringer, ny teknologi og billige reiser har gitt en ny flyt av folk og ideer. Mennesker lever transnasjonale liv. Flere og flere har – gjennom internett, telefon og reiser, i familie-, utdannings-, forretnings- og arbeidsmessig sammenheng – tilknytning til flere land og lokalsamfunn samtidig. Folks identiteter bryter ut av det nasjonale, og mange har og vil ha sterke bånd i flere land og miljøer. Det blir derfor spørsmål om hvor lenge den gjeldende beskrivelsen av samfunnet varer. Økende migrasjon og erkjennelsen av det nye «vi» med et større mangfold, gir nye muligheter. Det transnasjonale perspektivet gir en annen horisont enn om alt ses fra ett, nasjonalt ståsted.

Global helse

Internasjonal samhandling er nødvendig for å få til god helse globalt. Kampen mot fattigdom og kampen for en mer rettferdig ressursfordeling av goder og byrder er nødvendig for å få en god helse for alle. Større rettferdighet vil trygge nasjonalstater og enkeltmennesker mot krig og nød.

Økende migrasjon henger nært sammen med globalisering. Globalisering kan defineres og forstås på mange ulike vis. Likeledes er global helse et begrep som kan defineres på mange måter og derfor dekke ulike aspekter. I denne sammenhengen betegner globalisering

at stater velger å avsi deler av sin nasjonale suverenitet til fordel for over- og transnasjonale aktører (4). Et nærliggende eksempel for Norge er EU/EØS-samarbeidet og særlig Schengen-samarbeidet. Slike forpliktende gjensidige avtaler tydeliggjør hvordan transnasjonal integrasjon av forskjellige samfunn kan påvirke nasjonalstater og samarbeid mellom land. Dette får innflytelse på samfunnsutviklingen, politisk, sosialt og helsemessig.

Global helse er et begrep som omhandler hele verdens befolkning og hvordan helse påvirkes av faktorer på tvers av og over landegrensene, som smittsomme sykdommer, forurensning, matvarekrise, tilgang på medisiner, rekruttering av helsepersonell fra fattige land og økonomisk utvikling og kamp mot fattigdom. Slike faktorer kan ofte være bakenforliggende årsaker til migrasjon.

Fattigdom og helse

Velstandsøkning er en forutsetning for bedre helse i fattige land, men fordelingen av velstand og goder i et samfunn er en like viktig forutsetning. Dette er et politisk spørsmål som er avgjørende for helseforholdene.

Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte i 2008 en sluttrapport om sosiale helsedeterminanter (5). Rapporten konkluderer med at sosial rettferdighet er et spørsmål om liv og død, og endrer vi de sosiale kår mennesker lever under, kan vi oppnå dramatiske helseforbedringer i løpet av en generasjon.

Forskjeller i levekår representerer millioner av tapte leveår (6). Gjennomsnittlig levealder varierer globalt, nasjonalt og lokalt. Nord og Sør, Øst og Vest betegner ikke bare geografiske, men også sosiale kategorier. Samtidig er det viktig å peke på at innad i disse sosiale kategoriene er det også store helsemessige forskjeller.

Et eksempel på ulikheter mellom Nord og Sør er forventet levealder for jenter som fødes i dag. En jente som blir født i Norge,

forventes å bli over 82 år, mens jenter født i Botswana har en forventet levealder på 43 år. Forskjeller i forventet levealder mellom bydeler i Oslo er på hele tolv år (7). Disse forskjellene er skapt av de økonomiske, politiske og sosiale forholdene som folk lever under. De kan unngås, og de kan rettes opp i vår tid.

Helsedirektoratet ønsker å påvirke livsvilkår og faktorer som kan utjevne sosiale helseforskjeller nasjonalt og internasjonalt.

FNs tusenårs mål om helse

FNs tusenårs mål er å utrydde fattigdom innen 2015 (8). Dette er delt inn i flere delmål. Norge har engasjert seg særlig i arbeidet med å redusere barnedødelighet og å forbedre helsen til gravide og fødende. For å nå målene er det særlig tre områder en må gå inn på (9).

Primærhelsetjeneste for alle

Gode primærhelsetjenester er avgjørende for å forebygge og behandle de vanligste sykdommene som barn dør av infeksjoner, diaré, og komplikasjoner i forbindelse med fødsel. Enkle grep som vaksinasjoner, fødselshjelp, vitaminer og hygiene har stor betydning. Den 30 år gamle Alma Ata-erklæringen proklamerte behovet for å satse på primærhelsetjenesten. WHO's World Health Report for 2008 understreker at budskapet fortsatt er like aktuelt, både i fattige og rike land (10). Helse-systemet har en sentral betydning for utvikling av god helse og velstand i et samfunn.

Ernæring

Det andre vitale området er ernæring. Underernæring for mor og barn er årsaken til 20 prosent av mødredødeligheten i verden og 35 prosent av dødelighet for barn under fem år. Underernæring forårsaker 3,5 millioner dødsfall hvert år blant mødre og barn i verden (11). Dette kan forhindres.

Klimaendringer påvirker matvareproduksjon og -distribusjon og endrer tilgangen på rent

drikkevann. Klimaendringer kan også føre til akutte skader, sykdom og ulykker knyttet til ekstremvær, tørke og flom, og de vil også kunne påvirke utbredelse av epidemier og vektorbårne sykdommer (12). Ansvaret for klimaendringene ligger i all hovedsak i den rike delen av verden, som også har kunnskap og de nødvendige ressursene for å kunne gjøre noe med utslipp som påvirker klimaet.

Bedre data

Det tredje området er mangel på data. For å skape grunnlag for endring og gjøre helsemyndighetene i stand til å planlegge og å gjennomføre tiltak, trengs pålitelige data. Særlig er datagrunnlag for kvinner og barns sykdom og dødelighet blitt neglisjert. Et pålitelig statistisk materiale er nødvendig for å sette i gang hensiktsmessige tiltak.

Norsk initiativ for barn og mødres helse

Norges regjering har tatt initiativ til å bringe statsledere fra ni ulike land sammen i et internasjonalt nettverk for å styrke innsatsen for barn og mødres helse. Politisk vilje på høyeste nivå er nødvendig for å sikre prioritet til å sørge for basis helsetjenester for alle (13). Dette kan for eksempel sikres gjennom internasjonalt bindende avtaler.

En rammekonvensjon for global helse

Retten til helse, eller helse som en menneskerettighet, går igjen i de fleste grunnlagsdokumenter fra FN; FNs charter, Menneskerettighetserklæringen og Den internasjonale overenskomst om økonomiske, sivile og kulturelle rettigheter. Det er imidlertid ikke klart hva som er grunnleggende helsetjenester eller hvordan slike kan sikres for hele befolkningen. WHO's konstitusjon og «Helse for alle»-kampanjen fra 1977 er eksempler på internasjonale deklarasjoner som slår fast hva som er

Prinsipper i Pariserklæringen av 2005:

- Mottakerlandene tar kontroll
- Givere føyer seg etter mottakers strategiske føringer
- Giver samordner sine tiltak og prosedyrer
- Alle tiltak og prosedyrer er resultatorienterte
- Gjensidig ansvar og åpenhet

Referanse: Pariserklæringen av 2005 om effektiv utviklingshjelp (OECD)

ønskelig. Men de er ikke normative og heller ikke bindende for medlemsstatene. Det finnes bare to bindende internasjonale instrumenter på helsefeltet: Det internasjonale helseregulativet, International Health Regulations (14), og rammekonvensjonen mot tobakk, Framework Convention on Tobacco Control (15).

Det er mulig å tenke seg en rammekonvensjon for helse som sikrer et minimum av tjenester for alle. Å definere grunnleggende tjenester og komme fram til konvensjonens forskjellige elementer vil kreve langvarige internasjonale prosesser og forhandlinger (16).

Det finnes i dag internasjonale programerklæringer for effektiv utviklingshjelp, Pariserklæringen av 2005 om effektiv utviklingshjelp (OECD) (17), fulgt av Accra Agenda for Action (18), men de synes å få lite gjennomslag da de ikke er bindende.

Økonomisk er det mulig å få på plass en global konvensjon for grunnleggende helse-tjenester. Pengene synes allerede å være der. Internasjonal donorstøtte til global helse for 2006 var på i overkant av 16 milliarder USD. Nødvendige vaksiner, rent vann, enkle sanitæranlegg, og behandling av diaré og luftveisinfeksjoner vil for den fattigste milliarder av Jordens befolkning hvert år koste en milliard USD (19).

Helsedirektoratet vil blant annet gjennom WHO og andre internasjonale organisasjoner arbeide for en global konvensjon for grunnleggende helsetjenester.

Velfungerende helsetjeneste en viktig faktor

Migrasjonsprosessene til og fra Norge kan ikke forstås uten å se på hva som skjer ellers i verden. Forskjellene i livsgrunnlag mellom land og tilgang på arbeid er av de viktigste årsakene til de nye folkevandringene.

Utfordringen er å skape en større grad av forutsigbarhet hva gjelder migrasjonsstrømmene og organisere dem til fordel for alle parter. Migrasjon og helse er tett knyttet sammen. Helse kan være en av flere faktorer som påvirker beslutningen om oppbrudd for mange. Migranternes helse er ofte utsatt under flukt og forflytning. Velfungerende helsetjenester er en av flere faktorer av betydning for vellykket innvandring og integrering.

Helsedirektoratet arrangerte sammen med WHO og Helse- og omsorgsdepartementet i april 2009 et seminar om helse i forhold til finanskrisen.

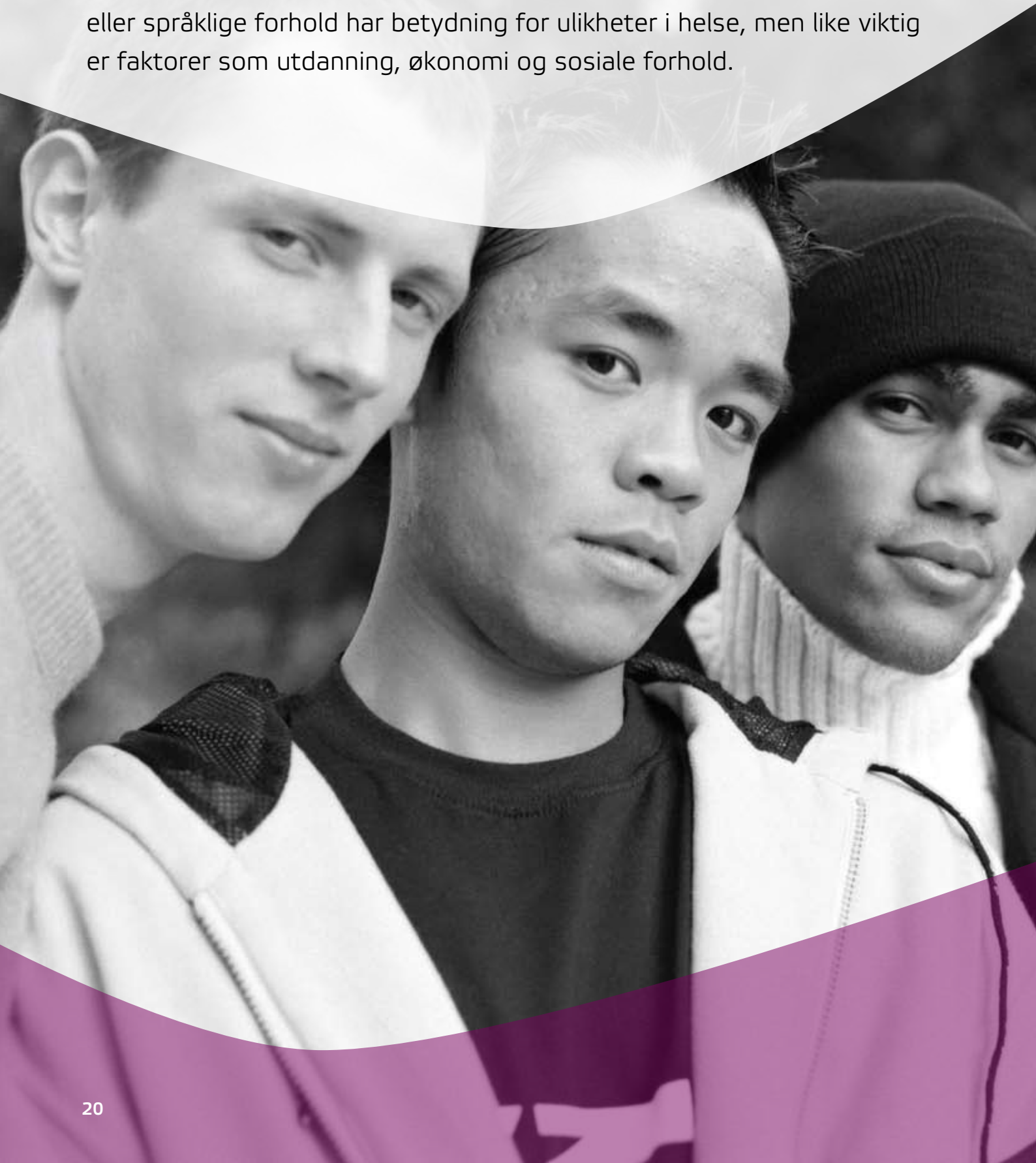
I slutterklæringen fra møtet ble følgende understreket:

- I økonomiske nedgangstider må man verne om helsesektoren
- De fattige er de mest sårbare i en krise, og bistandsmidler må skjerms fra kutt
- Det oppfordres sterkt til å investere i helse – både av økonomiske og sosiale grunner
- Tenk helse i alle sektorer – «enhver minister er helseminister»
- Sats på de mest kostnadseffektive tiltakene, dvs. styrk primærhelsetjenesten og folkehelsearbeidet
- Utdanning av eget helsepersonell må prioriteres for ikke å tappe kompetanse fra fattigere land
- Styrk universell tilgjengelighet til sosiale støtteordninger og helsetjenester



2 Helse og etnisitet

I befolkningen som helhet er det store helseforskjeller. Sykdomsmønstre varierer individuelt og mellom etniske grupper, fra sted til sted, med tidspunkt for innvandring, innvandringsgrunn, alder, kjønn og hvilke sykdommer eller tilstander det er snakk om. Etniske, genetiske, kulturelle eller språklige forhold har betydning for ulikheter i helse, men like viktig er faktorer som utdanning, økonomi og sosiale forhold.



I dette kapittelet presenteres helserelaterte problemstillinger knyttet til etnisitet, livsfaser og migrasjon. Når begreper som helse og etnisitet her stilles sammen, er det fordi forskning viser at det er store ulikheter både når det gjelder helsestatus, risikofaktorer og bruk av helsetjenester blant personer med innvandrerbakgrunn.

Etnisitet og livsfaser i et helseperspektiv

De ulike delene av befolkningen i Norge identifiseres ofte gjennom sin etnisitet. En etnisk gruppe er en gruppe av mennesker med et forestilt eller reelt felles opphav der egenart markeres og anerkjennes i møte med andre, både av gruppen selv og av andre grupper. Markørene kan være av både kulturell, religiøs, lingvistisk eller atferdsmessig art (1).

Etnisitet oppstår og konstrueres i relasjonen mellom grupper (2). Etnisitet skapes i et tosidig forhold og er derfor et produkt både av gruppens egne handlinger og forestillinger, og av majoritetssamfunnets handlinger og forestillinger. Dette kan bety at mennesker med samme etniske bakgrunn vil kunne opptre ulikt i ulike samfunn. Eksempel på dette kan være somaliske flyktninger i USA som ofte er forholdsvis godt integrerte i arbeidslivet og samfunnet for øvrig. I de nordiske landene, derimot, viser det seg at integreringen er vanskeligere (3).

De ulike markører som fremheves eller konstrueres, endres over tid og i forhold til hvilke grupper som møtes. Avhengig av situasjonen kan personer i gruppen styrke eller svekke forskjeller mellom ens egen gruppe og «de andre».

Ulike enkeltindivider vil kunne ha ulike tilpasningsstrategier både ut fra forskjeller i ankomsttidspunkt, bakgrunn, forventninger og personlige evner og ambisjoner. I noen tilfeller kan dette føre til konflikt innad i egen etnisk gruppe, innad i familier, mellom generasjoner eller identitetskonflikt hos den enkelte. Det er store forskjeller både innad i den enkelte etniske gruppe og mellom ulike etniske grupper. Enkeltmenneskers handlinger og valg vil kunne få positive så vel som negative helsemessige konsekvenser. Eksempler på daglige valg som får helsemessige konsekvenser, er knyttet til ernæring, fysisk aktivitet, tobakk og rus.

Etnisitet og sosiale forhold

Helsesituasjonen til personer med innvandrerbakgrunn kan ofte bli forklart med kulturelle eller genetiske faktorer. Dette kan overskygge andre faktorer som kan være mer avgjørende for helsen.

I tillegg til sosioøkonomisk status vil grad av kontroll over egen situasjon påvirke helsetilstand. Kontroll innebærer blant annet arbeid, inntekt, eiendom, likeverd mellom kjønnene og adgang til helse- og sosialtjenester i et fremmed samfunn (4).

Tabell 2.1 Sosiale rettigheter og legal status.

Legal status	Rett til opphold	Rett til arbeid	Rett til velferdsgoder
Lovlige arbeidsinnvandrere	+++	+++	+++
Flyktninger	+++	+++	+++
Midlertidige arbeidsinnvandrere	+	++	+/-
Asylsøkere	+	+/-	+/-
Papirløse innvandrere	-	-	-
+++ alle rettigheter	+/- ingen rettigheter i noen land,		
++ noen begrensninger	vesentlige begrensninger i andre		
+ vesentlige begrensninger	- ikke rettigheter i noe land		

Kilde: Bollini & Siem, 1995

Befolkningen i Norge har ulik tilgang til eller mulighet for å skaffe seg kunnskap som grunnlag for gode valg og tjenester når det er behov for dem.

Minoriteter fra land som ligner Norge, klarer seg stort sett godt, mens minoriteter fra land som er mer forskjellig fra Norge, kan ha større tilpasningsvanskeligheter. Imidlertid er det store forskjeller mellom ikke-vestlige migrantgrupper i Norge. Et eksempel er den tamilske befolkningen, som er svært godt integrert i det norske arbeidslivet (5).

Mange migranter har fullført utdanning når de kommer til Norge, de ønsker å bruke den i Norge og klarer seg godt. Noen møter hindringer, blant annet i form av diskriminering, som gjør at de utestenges fra arbeidslivet. Andre får ikke godkjent sin utdanning og ender opp med jobber som de er overkvalifisert for (6). Personer som blir gående arbeidsledig, kan bli langtidssykmeldt (7).

Praktisk kunnskap om samfunnet rundt seg, som de fleste etnisk norske tar for gitt, kan være ukjent for en immigrant. Norges komplekse velferdsstatsmodell kan representere en særskilt utfordring. Møtet med det nye kan skape følelsen av rådvillhet og maktesløshet. Helsemessige konsekvenser kan spenne vidt, alt fra lettere psykiske plager til mer alvorlige komplikasjoner ved sykdom fordi de ikke vet hvor de skal oppsøke hjelp i tide.

Utdanning og helse

Sammenhengen mellom utdanning og helse er godt dokumentert. Personer med kort utdanning har oftere psykiske problemer enn de med lang utdanning (8). Særlig gjelder dette kvinner i alderen 55 til 67 år. Kort utdanning er assosiert med både lite sosial støtte, negative livshendelser og arbeidsløshet, og opplevelsen av mestring/maktesløshet (8)¹. Kumar har undersøkt i hvilken grad utdanning påvirker mental helse i fem ulike innvandrergupper samt i den etnisk

norske befolkningen (9). Gruppene sett under ett viser en helsegradient. De som har høyest utdanning, rapporterer minst psykiske problemer. Derimot ser man det motsatte i enkelte grupper, spesielt for den pakistanske gruppen og gruppen fra Sri Lanka. De med høyest utdanning rapporterer oftere psykiske problemer. Det er vanskelig på grunnlag av kjente undersøkelser å trekke sikre konklusjoner om denne omvendte gradienten. Kumar presenterer da heller ingen forklaringer på fenomenet, og det er tydelig et behov for mer forskning på dette området.

Opplevd diskriminering

Med opplevd diskriminering menes innvandrernes egen subjektive oppfatning av om de er urettmessig behandlet på grunn av sin utenlandske bakgrunn. Undersøkelser fra England viser at opplevd diskriminering og trakassering var signifikant assosiert med opplevd akutt sykdom (etter å ha kontrollert for andre relevante variabler) og at å erfare diskriminering på arbeidsplassen var signifikant knyttet til både akutt og kronisk sykdom (10). Det er videre kjent at høy utdanning er en viktig bakgrunnsvariabel blant de innvandrerne som opplever diskriminering. Innvandrere med høy utdanning har andre forventninger til arbeidslivet og til det å utnytte sin opparbeidede kompetanse.

I SSBs levekårsrapport 2005/2006 (5) analyseres opplevd diskriminering i arbeidslivet, på boligmarkedet, i utdanning, i helsevesenet og på utesteder. Rapporten peker på at iranere, som kjennetegnes ved å ha det høyeste utdanningsnivået blant de undersøkte gruppene og ligger på et gjennomsnitt når det gjelder sysselsetting, likevel er den gruppen som opplever mest diskriminering. Også på dette området finner man forskjeller mellom kjønnene. Unge kvinner med pakistansk bakgrunn opplever i liten grad trakassering på arbeidsplassen (2 prosent), mens unge

Opplevd diskriminering

44 % av innvandrerne har opplevd diskriminering på ett eller flere områder

20 % har opplevd diskriminering på husmarkedet (42 % av somaliere)

18 % har opplevd diskriminering på arbeidsplassen (33 % av somaliere)

13 % har opplevd diskriminering på skole eller universitet

7 % har opplevd diskriminering i helse-tjenesten

Kilde: SSB 2008

norskpakistanske menn er den gruppen som opplever mest trakassering på grunn av sin bakgrunn (16 prosent). Norskpakistanske kvinner opplever også mindre diskriminering enn menn ved ansettelse. Det er altså norsk-pakistanske gutter som opplever seg mest diskriminert i arbeidslivet. Når det gjelder diskriminering i helsevesenet er kvinner med pakistanske foreldre blant de som hadde mest positive erfaringer. Syv prosent mente faktisk at de ble positivt forskjellsbehandlet sammenlignet med norske (5). Menn med pakistanske foreldre hadde mest negative erfaringer med helsevesenet. Blant disse var det 10 prosent som i løpet av det siste året hadde opplevd negativ forskjellsbehandling.

Sammenhengen mellom diskriminering og (psykisk) helse er ikke undersøkt i SSBs rapport (10). Det ser ikke ut til at diskriminering kan forklare variasjonen mellom kjønnene når det gjelder psykisk helse, men også på dette området er det behov for mer forskning.

Selv om sosioøkonomisk status i form av utdanning og inntekt er viktig for å forklare helseforskjeller, er det vanskelig å generalisere når det gjelder innvandreres helse. Sykdomsmønstre varierer fra nasjonalgruppe til nasjonalgruppe, fra sted til sted, med tidspunkt for innvandring, innvandringsgrunn, alder, kjønn og hvilke sykdommer eller tilstander det er snakk om. Dette bildet ser man i dag i hele Europa (11).

Livsfaser

Når det gjelder barn og unge, er det deres psykiske helse som er best dokumentert. Undersøkelser viser at barn med innvandrerbakgrunn ikke har høyere forekomst av psykisk sykdom enn etnisk norske jevnaldrende, selv om flere angir å ha emosjonelle og sosiale problemer (12). Unntak er enslige, mindreårige flyktninger (13).

Mange gutter og jenter opplever å komme i klemme mellom to verdi- og normsystemer, for eksempel når det gjelder oppførsel, kosthold, påkledning og aktiviteter – ofte ulikt etter kjønn (14). Gutter med innvandrerbakgrunn i 5.–7. klasse skårer dårligere på flere helse-relevante indikatorer enn jenter (12;15). 47 prosent av guttene med innvandrerbakgrunn oppgir å ha sosiale problemer, mens tilsvarende tall for jentene er 38 prosent. Til sammenligning oppgir 24 prosent av etnisk norske gutter å ha sosiale problemer, mot 20 prosent hos jentene. Jentene synes å ha mer emosjonelle problemer enn guttene, til tross for at de kommer bedre ut når det gjelder sosiale aspekter.

En studie av ungdommer med innvandrerbakgrunn i fem europeiske land, deriblant Norge, omfattet ungdom i alderen 13 til 18 år fra Vietnam, Tyrkia, Pakistan, Antillene og Angola samt kurdere (16). Psykologisk og sosiokulturell tilpasning ble særlig undersøkt, og begge aspekter viser tydelige kjønnsforskjeller. Gutter skårer lavere enn jenter når det gjelder sosiokulturell tilpasning (dvs. atferdsproblemer), mens jentene skåret lavest på psykologisk tilpasning (dvs. emosjonelle problemer). Undersøkelsen viser videre at foreldres yrkesstatus har betydning for sosiokulturell tilpasning, men ikke for psykologisk tilpasning. De med foreldre med minst utdanning hadde minst atferdsproblemer.

Ungdom med innvandrerbakgrunn i de fleste undersøkte land, blant annet Norge, Sverige og Finland, tilpasser seg bedre sosio-

kulturelt enn jevnaldrende etniske innfødte, til tross for svakere sosialøkonomisk status («the immigrant paradox») (16). Tilpasningen er svakere blant etterkommere (ungdom født i Norge av innvandrerforeldre) enn blant første generasjons ungdom. Det skjer en «normalisering». Norge skilte seg ut på den måten at etterkommerne faktisk viste bedre tilpasning enn første generasjons ungdom. Dette skulle tilsa at det er et stort potensial for vellykket integrering. SSBs levekårsundersøkelse 2005–2006 viser psykiske helseforskjeller for aldersgruppen 16–24 år (17). For hele befolkningen rapporterer flere gutter enn jenter psykiske problemer i denne alderen (12 versus 9 prosent). Blant ungdom med innvandrerbakgrunn rapporterer flere jenter (22 prosent) enn gutter (13 prosent) psykiske problemer.

SSBs materiale er ikke stort nok til at det kan si noe om sykdom sett i forhold til kjønn, alder og nasjonalgruppe. For å kunne påvise flere avgjørende helsefaktorer i denne delen av befolkningen i Norge er det behov for mer forskning.

Voksne

For de fleste innvandrere vil tilpasningen til det nye samfunnet gå relativt raskt og smertefritt, for andre vil den vare livet ut. Det å innvandre er av noen blitt beskrevet som

en kontinuerlig prosess (18). Hvorvidt denne prosessen «går på helsen løs», kan avhenge både av endringer i sosial status, verdi- og identitetskonflikter som migrasjonen medfører, og, ikke minst, av hvordan en blir møtt av storsamfunnet.

En studie som sammenlignet innvandrere fra hovedsakelig Asia og Afrika med norskfødte og innvandrere fra vestlige land, alle med bopel i Oslo, fant at den første gruppen hadde betydelig større forekomst av psykiske plager enn de norskfødte, mens det var mindre forskjell mellom de norskfødte og innvandrerne fra vestlige land. Både sosiale og psykososiale faktorer bidro til å forklare denne forskjellen. Lav inntekt og stor andel arbeidsledige blant innvandrerne fra ikke-vestlige land var viktige forklaringsfaktorer, men psykososiale forhold, som manglende sosial støtte, manglende integrasjon og opplevelse av maktesløshet spilte også en betydelig rolle. Når man justerte for disse faktorer, ble ulikhetene i psykisk helse mellom gruppene borte (19). Tilsvarende resultater viste en undersøkelse av pakistanske innvandrere i Oslo (20).

Eldre

Aldersgradienten i forhold til sykdom er sterkere i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen som helhet (17). Det betyr at jo eldre

Tabell 2.2 Andel med psykiske helseproblemer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16–70 år, etter alder og kjønn. Prosent.

	16–24 år	25–39 år	40–54 år	55–70 år
Befolkningen 2002				
Begge kjønn	10	9	9	6
Menn	12	8	8	7
Kvinner	9	10	10	5
Innvandrere og etterkommere 2005/2006				
Begge kjønn	17	26	35	38
Menn	13	24	30	34
Kvinner	22	29	42	42

Kilde: Blom SSB, 2008

man blir, jo mer utsatt blir man for sykdom. Dette gjelder spesielt for kvinner som har immigrert til Norge.

Psykiske plager i befolkningen som helhet synes å synke når man blir eldre. For innvandrerbefolkningen er imidlertid tendensen at plagene fortsetter å øke i takt med alder. Andelen med psykiske helseproblemer blant kvinner med innvandrerbakgrunn blir nesten doblet fra yngste til eldste aldersgruppe (se tabell 2.2).

Antallet eldre innvandrere i Norge er pr. i dag lavt, men i årene framover vil antallet øke betydelig (21). Med et økende antall eldre i Norge i tiden som kommer, vil antallet aldersdemente med innvandrerbakgrunn sannsynligvis også øke. Dersom et stort antall eldre demente med innvandrerbakgrunn får behov for helse- og omsorgstjenester, vil helsetjenesten måtte tilrettelegges på en måte som sikrer at også disse får kvalitativt gode og forsvarlige tjenester (se også kapittel 3).

Det er flere innvandrerkvinner som rapporterer om dårlig egenvurdert helse enn menn (17). Man kan ikke utelukke at det har en sammenheng med at det er vanskeligere å mestre sykdom i et fremmed land. Det kan også være vanskelig for mange å nyttegjøre seg det norske behandlingsapparatet.

Variasjon mellom nasjonalgrupper

De siste årene er det gjennomført flere større befolkningsstudier rettet mot innvandrerbefolkningen som gjør det mulig blant annet å sammenligne forekomst av sykdom i ulike «nasjonalgrupper». To slike er SSBs levekårsundersøkelse 2005/2006 og InnvandrerHUBRO (se faktaboks). Det er grunn til å minne om at «nasjonalgruppe» både kan være sammenfallende med, eller uavhengig av, etnisk gruppe (for eksempel barn født i Norge av kurdiske foreldre, tidligere bosatt i Irak). Det er viktig også å ta i betraktning hvor innvandrerens kommer fra, alder ved ankomst

InnvandrerHUBRO, som er en forlengelse av *Oslo Health Study* (HUBRO, 2000–2001), er et samarbeid mellom Folkehelse, Universitetet i Oslo og Oslo kommune og omfatter data fra i alt 3019 personer i alderen 30 til 60 år. Til tross for at denne studien, i likhet med en rekke andre studier av marginaliserte grupper, har svakheter i form av lav svarprosent (39,7 prosent), mangel på informasjon om de som ikke deltar og mangel på validerte instrument, viser oppfølgingsstudier at prevalensberegningene likevel må anses som ganske robuste. Det er publisert en rekke artikler og doktoravhandlinger på grunnlag av dette materialet, og nylig kom rapporten *The Oslo Immigrant Health Profile* (9) hvor data fra den etnisk norske befolkningen sammenholdes med data fra fem ulike innvandrergrupper (Pakistan, Tyrkia, Iran, Vietnam og Sri Lanka) på områder som sosio-demografiske forhold, selvrapporert helse, risikofaktorer, mental helse og bruk av helsetjenester.

Den andre rapporten er en del av Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse 2005–2006: **Innvandrerens helse** (17). Denne studien, som i det vesentlige (62 prosent) er basert på besøksintervjuer, hadde som formål å belyse et bredt spekter av levekårene til et utvalg (10) av de største landgruppene av migranter og etterkommere i Norge i alderen 16–70 år. Det spørreskjemaet som ble benyttet, forelå i oversettelse til tolv aktuelle språk i tillegg til norsk, og spesialopplærte intervjuere med innvandrerbakgrunn fra de respektive landene sto for mesteparten av intervjuingen. Fokus var på temaer som ikke dekkes av registerstatistikk, og svarprosenten var 64,2 av et bruttoutvalg på 4752 personer. Rapporten fra denne studien sammenholder også data fra en lignende undersøkelse som ble foretatt i 1996 (22).

til Norge og hvor lenge vedkommende har oppholdt seg i landet. En sammenligning, både mellom innvandrergrupper og majoritetsbefolkningen og de ulike gruppene seg imellom, kan være viktig i forbindelse med planlegging av tiltak og tjenestetilbud.

Det er store variasjoner mellom de ulike nasjonalgruppene både når det gjelder selvrapporert helse (tabell 2.3), risikofaktorer og bruk av helsevesenet.

Undersøkelser viser at helsetilstanden forverres etter en tid i vertslandet, og at innvan-

Tabell 2.3 Forekomst av somatisk sykdom og psykiske problemer etter landbakgrunn og kjønn

Sykdommer oppsummert	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
Andel med minst én sykdom (%)	49	48	44	31	51	49	48	52	52	47	36	63
Menn	45	43	41	26	44	43	44	46	47	50	29	56
Kvinner	53	53	47	38	61	61	53	59	56	43	46	71
Andel med psykiske helseproblemer	9	27	29	24	34	39	42	25	21	16	16	28
Menn	9	24	26	20	30	32	40	17	15	18	14	24
Kvinner	9	32	31	30	39	53	45	33	26	13	19	32

Kilde: Blom SSB, 2008

drernes helse ikke nødvendigvis samsvarer med deres relative sosioøkonomiske status (16;22).

Ulik forekomst av risikofaktorer

Risikofaktorer varierer mellom ulike etniske grupper i Norge. Dette gjelder blant annet overvekt, fedme og andel røykere. Forskning viser at blant menn fra Serbia-Montenegro er 61 prosent overvektige, mens andelen overvektige vietnamesiske menn er 27 prosent. Til sammenligning er andelen overvektige menn i hele befolkningen 50 prosent (17). Tilsvarende tall for kvinner fra Serbia-Montenegro og Vietnam er henholdsvis 31 og 9 prosent mot 28 prosent i hele befolkningen. Når det gjelder røyking er det også store forskjeller. Mens halvparten av alle tyrkiske menn oppgir å røyke daglig, er det bare 15 prosent av menn fra Sri Lanka som oppgir å røyke daglig. Det er stor variasjon når det gjelder risikofaktorer både mellom etniske grupper og mellom kjønnene.

Ulikt sykdomsmønster

Når man sammenligner befolkningen med innvandrerbakgrunn og majoritetsbefolkningen, finner man at også sykdomsmønsteret er forskjellig. Det er flere med innvandrerbakgrunn som har diabetes, angina og leddgikt enn i den øvrige befolkningen.

Atopiske lidelser, hypertensjon og kreft forekommer derimot sjeldnere enn i resten av befolkningen. Det er også stor variasjon når det gjelder i hvilken grad helseproblemene virker inn på hverdagen (17).

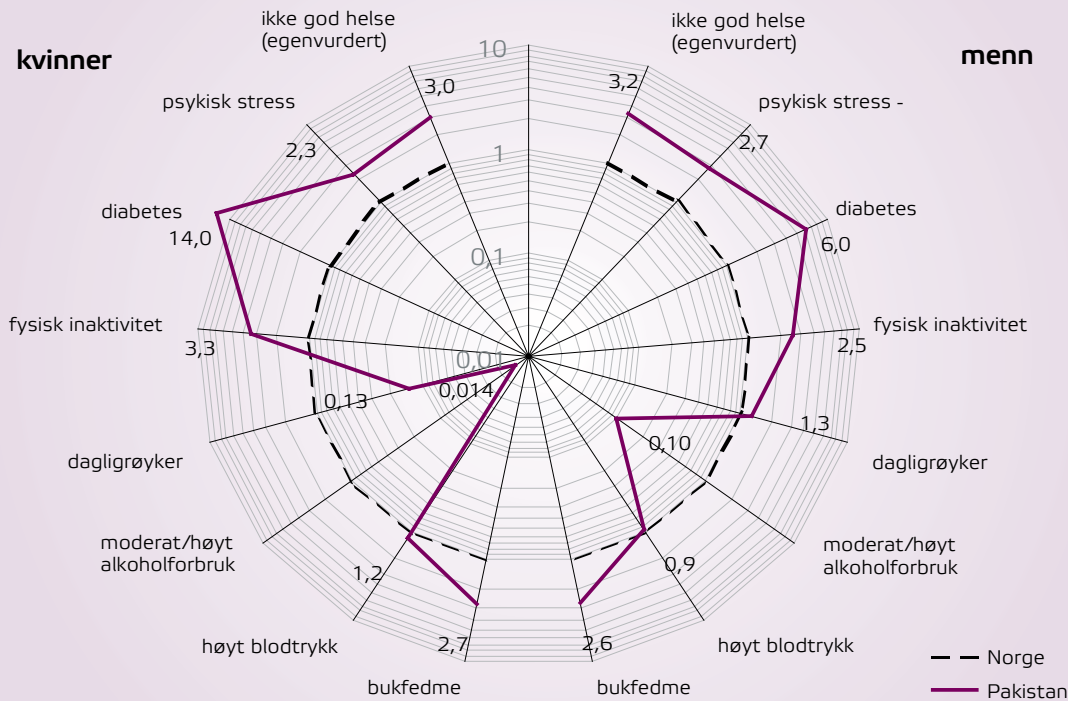
Kjønnsforskjeller i integrering

Menn og kvinner reagerer ulikt på integrering. Svak integrering forklarer mye av menns oversykkelighet, sammen med lite sosial støtte og konflikter i nære relasjoner. Bedre integrering kan trolig forebygge psykiske problemer hos menn. Dette gjelder i mindre grad for kvinner. Arbeid og inntekt har sannsynligvis en positiv innvirkning. Denne effekten forsvinner for kvinner fordi integrering skaper problemer på andre områder i livet. Det som ser ut til å ha størst negativ innvirkning på kvinnenens psykiske helse, er å leve uten partner samt utilfredsstillende boligforhold (23).

Utvalgte problemstillinger

I det følgende presenteres kort enkelte problemstillinger knyttet til noen bestemte grupper med innvandrerbakgrunn. Problemstillingene er relativt nye i en norsk sammenheng og fortjener derfor spesiell oppmerksomhet fra de ulike delene av helsetjenesten.

Figur 2.1 Figuren viser noen risikofaktorer og selvrapporterte sykdommer for innvandrere med pakistansk bakgrunn og etniske nordmenn.



Kilde: The Oslo Immigrant Health Profile. Folkehelseinstituttet. Rapport 2008:7

Sykdommer som tidligere har vært sjeldne i Norge

Enkelte innvandrere har sykdommer som er sjeldne i Norge. Eksempler på dette er resessivt arvelige sykdommer som thalassemia og andre hemoglobinopatier.

I Norge reiser slike sjeldne sykdommer utfordringer for helsetjenesten, dels fordi de

ikke uten videre påvises ved våre diagnostiske rutiner, dels på grunn av at man har liten erfaring med behandling av slike tilstander. I Danmark er det innført screening av gravide av relevant etnisk opprinnelse, med tanke på hemoglobinopatier (46).

Helsedirektoratet sendte i 2007 brev til landets allmennleger om utfordringer knyttet til det å ha en arvelig tilstand i familien. Ved mistanke om økt risiko for arvelig sykdom oppfordres fastlegene til å henvise til medisinsk genetiske avdelinger for veiledning, etter bioteknologilovens kapittel 5.

Norge bør vurdere om screening skal innføres.

Infeksjonssykdommer

En særlig interesse har vært knyttet til infeksjonssykdommer som hiv/aids og tuberkulose. Forekomsten skyldes delvis migrasjon fra høy-endemiske områder. Flertallet av hiv-smittede er innvandrere som ble smittet i utlandet før ankomst til Norge. De fem siste årene har

Sykdommer som er sjeldne blant etniske nordmenn, men som oftere kan forekomme i visse innvandrergupper:

- Genetiske sykdommer: laktose-intoleranse, alkoholintoleranse
- Hemoglobinopatier: sigdcelleanemi, thalassemi, glucose-6-fosfat dehydrogenasemangel
- Infeksjonssykdommer: tuberkulose, hepatitt, malaria, aids, tarmparasitter
Resistente mikrober fra land med ufor-siktig bruk av antibiotika

antall nye tilfeller blant innvandrere smittet i utlandet variert mellom 99 og 123 pr. år.

Også når det gjelder tuberkulose finner man en overvekt av innvandrere smittet i utlandet. I 2008 var det 184 av totalt 317 personer med aktiv tuberkulose som hadde innvandrerbakgrunn.

Selv om dette dreier seg om små tall, kan situasjonen bidra til å skape frykt. Slik frykt er gjerne knyttet til hvorvidt smitten sprer seg i majoritetsbefolkningen. Pr. i dag ser dette ikke ut til å skje. Selv om en del innvandrere også smittes av hiv i Norge, viser undersøkelser foretatt ved Folkehelseinstituttet at disse i hovedsak er smittet internt i innvandremiljøet i Norge eller på besøk i tidligere hjemland. Samme tendens finner man når det gjelder tuberkulose. En ny undersøkelse fra Folkehelseinstituttet (24) viser at innvandrere med tuberkulose ikke sprer smitte i den norske befolkningen. Tilsvarende funn er gjort i andre land (25;26).

I 2007 ble det diagnostisert elleve nye tilfeller av aids. Dette er en betydelig nedgang fra tidligere år, og viser vel først og fremst at den behandlingen som nå tilbys, er virksom. Selv om ovennevnte infeksjonssykdommer ikke utgjør en betydelig smitterisiko i Norge, er forebyggende arbeid og behandling viktig. Slike sykdommer kan i mange miljøer være svært tabubelagte og stigmatiserende, noe som gjør at man må kommunisere med varsomhet.

Diabetes

Undersøkelser viser at diabetes er betydelig hyppigere blant personer med avstamning fra Sør-Asia enn i resten av befolkningen. Mens forekomsten i befolkningen som helhet var ca 4 prosent, var forekomsten 11 prosent blant migranter fra Sri Lanka og 8 prosent blant migranter fra Pakistan (17).

Kvinner har oftere diabetes enn menn. Forekomsten av diabetes hos kvinner med innvandrerbakgrunn er langt høyere enn hos etnisk

norske kvinner (9;27). Forskjellene er fortsatt betydelige selv etter korrigerings for fysisk aktivitet, utdanning, høyde og fertilitet (27). Vanlige forklaringer på denne overhyppigheten er at genetisk disposisjon er av betydning, i tillegg til livsstilsfaktorer som kosthold.

Type 2-diabetes er assosiert med forekomsten av metabolsk syndrom, en tilstand som ifølge WHO's definisjon innebærer overvekt, forstyrrelse av glukosemetabolismen, dyslipedemi og hypertensjon (28). Åtti prosent av personer i industrialiserte land med type 2-diabetes fyller kriteriene for metabolsk syndrom. I Norge er forekomsten av symptomer på metabolsk syndrom høyest blant personer med bakgrunn fra Sri Lanka og Pakistan (9). Disse personene skåret høyt på risikofaktorer som høyt blodtrykk, høyt lipidnivå, lavt HDL-kolesterol og abdominal fedme. Aller høyest skåret kvinnene.

Metabolsk syndrom er en såkalt livsstilssykdom som kan forhindres og kureres ved endret livsstil. Risiko for metabolsk syndrom kan påvirkes av endringer i livssituasjonen som for eksempel fødsel, familieetablering, dødsfall i familien eller flytting (29). I tillegg er livsstilsvaner knyttet til kosthold, fysisk aktivitet og røyking av avgjørende betydning. Omlegging av livsstilsvaner kan forebygge og begrense syndromet (29). Når endringer i livssituasjonen blir for omfattende og overveldende, kan folk oppleve stor maktesløshet og bli syke. Slike endringer i livssituasjonen møter innvandrerbefolkningen ofte, og igjen er det kvinnene som er mest utsatt. Flere studier viser at det er vanskelig å trekke entydige slutninger om sammenhenger mellom diabetes, genetiske faktorer, sosiokulturelle forhold, akkulturasjonsproblematikk, livsstilsfaktorer og sosialøkonomiske faktorer (32;33). Sannsynligvis virker en rekke slike faktorer sammen i et komplekst samspill, og det er grunn til å anta at både genetisk disposisjon, livsstil (inkludert solesponering), kjønnsrollemønster og sosiale normer for utseende, opp-

førsel og deltakelse spiller viktige roller. Det er med andre ord ikke bare snakk om livsstil, men om «sosiale livsstilsdeterminanter». I innvandrerbefolkningen, og da spesielt i den sørasiatiske populasjonen, er omfanget av type 2-diabetes såpass stort (over 50 prosent av kvinner over 50 år er rammet og ca. 30 prosent av menn i samme aldersgruppe) at det berettiger omfattende tiltak. For å få et likeverdig helsetjenestetilbud til denne befolkningsgruppen, bør screening og aktivt forebyggende tiltak vurderes.

Vitamin D-mangel

De siste årene har det vært en økende oppmerksomhet rundt vitamin Ds betydning for helsen. Det er en sammenheng mellom vitamin D-metabolismen og en rekke sykdommer, blant annet knyttet til skjelettsystemet. Mangel på vitamin D kan også føre til utvikling av type 2-diabetes (30).

Gjennomsnittsverdien av vitamin D i norsk befolkning viser variasjoner mellom grupper. I den etnisk norske befolkningen har menn lavest verdi, mens for store deler av befolkningen med innvandrerbakgrunn har kvinner lavest verdier². Man har pr. i dag ufullstendig kunnskap om konsekvensene av lav verdi av vitamin D. For eksempel er det gjort målinger av kvinner med pakistansk bakgrunn og etnisk norsk bakgrunn der man finner at lavt vitamin D-innhold svekker beinmassen hos etnisk norske, men ikke hos de med pakistansk bakgrunn.

Faktorer som kan bidra til vitamin D-mangel, er lite soleksponering, hyppig bruk av høy solfaktor, mørk hud, alder, overvekt samt enkelte medisiner og sykdommer (31).

Mens det synes å være en konsistent sammenheng mellom vitamin D-mangel, metabolsk syndrom og type 2-diabetes, er funnene mer sprikende når det gjelder hvilken betydning vitamin D-inntak i kosten har for utviklingen av type 2-diabetes.

I løpet av 2009 tar Helsedirektoratet

sikte på å innføre et landsdekkende tilbud til helsestasjonene om utdeling av gratis vitamin D-tilskudd til alle spedbarn av innvandrere med bakgrunn fra Asia, Afrika eller Latin-Amerika. Tilbudet skal gjelde i barnets første seks levemåneder, og det skal i tillegg deles ut tilpasset informasjonsmateriell. Tiltaket er en del av *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen* og skal igangsettes for å forebygge vitamin D-mangel og forhindre tilfeller av rakitt hos disse barna.

Inngifte i Norge

Inngifte er definert som ekteskap mellom individer som er tremenninger eller nærmere beslektet. På verdensbasis er inngifte mest utbredt i Nord-Afrika, Midtøsten og Sør-Asia. Tilsvarende finner vi i Norge stor utbredelse av inngifte i grupper med opprinnelse i disse delene av verden. Inngifte forekommer først og fremst i familier med opprinnelse fra Pakistan, Tyrkia, Irak, Iran, Sri Lanka, Marokko og Somalia.

Inngifte er vanligst blant personer med pakistansk opprinnelse. Blant par hvor begge er innvandrere født i Pakistan, er andelen søskenbarnpar 43,9 prosent og total inngifteandel 54,4 prosent. Hos par hvor én eller begge er født i Norge, er tilsvarende andeler 35,1 prosent og 46,5 prosent. Det er altså en nedgang i inngifteandel fra utenlandskfødte til norskfødte med pakistansk bakgrunn. Det ser også ut til å være en nedadgående trend, i det inngifteandelene har sunket betydelig etter årtusenskiftet, både hos førstegenerasjonen og etterkommerne (34).

Blant majoritetsbefolkningen av etnisk norsk opprinnelse er inngifte sjelden. Andelen par som er søskenbarn er 0,1 prosent, og den totale inngifteandelen 1,0 prosent.

I en undersøkelse foretatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt (34) ble det gjort analyser av hvordan inngifte hos foreldrene påvirker risikoen for dødfødsel (død i mors liv etter 20. svangerskapsuke), spedbarnsdød (død i

første leveår) og medfødte misdannelser. Det er også gjort en overlevelsesanalyse, hvor barn av inngiftede ble sammenlignet med barn av ubeslektede foreldre gjennom hele livsløpet opp til voksen alder, for å undersøke om det er forskjeller i dødelighet.

Antall dødfødsler, spedbarnsdødsfall og medfødte misdannelser i perioden 1996–2005 er summert opp i tabell 2.4, fordelt etter foreldrenes slektskapskategori. Som tabellen viser er forekomsten av dødfødsel, spedbarnsdød og medfødte misdannelser høyere når foreldrene er beslektet, og høyest når foreldrene er nært beslektet (søskenbarn eller nærmere).

Risikoen for død er forøket gjennom livsløpet. En overlevelsesanalyse viser at barn av søskenbarn-par har gjennomsnittlig 75 prosent økt risiko for død på et hvert alderstrinn fra ett år og opp til voksen alder – sannsynligvis som uttrykk for en underliggende økt sykkelighet. Det er imidlertid fortsatt mangel på gode data for sykkelighet i barnealder hos de barna som ikke dør.

Selv om tallene er små kan konsekvensene for de familiene som får barn med slike tilstander, være omfattende. Det er viktig med økt kunnskap om arvelige sykdommer, blant annet gjennom genetisk veiledning for risikogrupper.

Helsedirektoratet har i 2009 utgitt informasjonsbrosjyrer på ulike språk om arvegang og økt risiko for sykdom og misdannelser når foreldre er i slekt. Målgruppen er personer som er i slekt og som planlegger å få barn, samt foreldre som har barn med nedsatt funksjonsevne. Helsepersonell er også viktige målgrupper.

Se www.helsedirektoratet.no

Kjønnslemlestelse av kvinner

Kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse som omfatter alle typer inngrep der kvinner eller jenters ytre kjønnsdel fjernes helt eller delvis eller påføres annen skade, og der inngrepet foretas av andre årsaker enn nødvendig medisinsk behandling. WHO anslår at mellom 100 og 140 millioner jenter og kvinner i verden i dag lever med konsekvenser av kjønnslemlestelse.

Kjønnslemlestelse er en praksis som har vært forankret i kulturelle verdier og forestillinger om ekteskapsinngåelse, reproduksjon og renhet.

Kjønnslemlestelse er skadelig og i strid med grunnleggende menneskerettigheter. Praksisen er derfor forbudt i et økende antall land, inkludert Norge og også i land der praksisen har vært utbredt i mange generasjoner. Kvinnelig kjønnslemlestelse ble opprin-

Tabell 2.4 Antall dødfødsler, spedbarnsdødsfall og medfødte misdannelser (1996–2005).

Slektskaps-kategori	Dødfødsel	Spedbarnsdød	Medfødte misdannelser
Søskenbarn eller nærmere beslektet	48/3705 (1,3 %)	39/3973 (1,0 %)	159/4108 (3,9 %)
Beslektet, men fjernere enn søskenbarn	10/1418 (0,7 %)	12/1569 (0,8 %)	53/1591 (3,3 %)
Beslektet, men ikke angitt hvordan	29/4298 (0,7 %)	23/4641 (0,5 %)	129/4756 (2,7 %)
Ubeslektet	3029/481097 (0,6 %)	1862/518614 (0,4 %)	13815/525990 (2,6 %)

Beregninger basert på data fra Medisinsk fødselsregister og SSB for barn født f.o.m. 1996 – 1. halvår 2005. Det totale antallet individer i tabellen varierer noe for de ulike utfallene. I beregningene for dødfødsel og spedbarnsdød er det tatt ut alle hvor det ikke er sikre opplysninger om hvorvidt barnet var dødt eller levende ved fødsel. I beregningen for dødfødsel er det også tatt ut alle som ikke har sikre opplysninger om svangerskapets lengde.

Kilde: Medisinsk fødselsregister og SSB

nelig dokumentert i 28 land i Afrika og i noen få land i Midtøsten og Asia, men på grunn av migrasjonen praktiseres dette i dag i bestemte innvandremiljøer over hele verden (35;36). Hvor gamle jentene er når de blir omskåret, varierer fra land til land: fra nyfødtalder til etter at man har født sitt første barn. Det vanligste er imidlertid at inngrepet foretas i aldersgruppen 4–14 år (37). I forbindelse med at det nå i mange land etableres forbud og kampanjer mot kvinnelig kjønnslemlestelse, ser man at mange forhold ved denne tradisjonen endres. Det gjelder både tidspunkt for når inngrepet foretas og omfang av inngrepet. Selv de minste inngrep representerer en helserisiko og et alvorlig brudd på jenters og kvinners rettigheter.

Kvinnelig kjønnslemlestelse i Norge

Det bor i dag ca. 10 000 omskårne kvinner i Norge. De fleste av disse er eller har vært infibulerte, det vil si utsatt for den mest omfattende formen for kvinnelig omskjæring. Mange av disse vil kunne dra nytte av et kirurgisk inngrep for å gjenskape en mest mulig normal kjønnsåpning. Slike tilbud er i dag utviklet ved alle de regionale helseforetakene (40).

Antall påviste tilfeller av kjønnslemlestelse som er fanget opp av offentlige instanser, er 15 tilfeller til sammen i 2006 og 2007 (38). Det lave tallet kan skyldes underrapportering. Det er mulig at tiltak og prosjekter i offentlig og frivillig regi har påvirket, og medført, en holdnings- og handlingsendring (39).

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse

2008–2011 ble lagt fram av Regjeringen i februar 2008. Planen er et ledd i et langsiktig arbeid som startet i 1995 da Norge fikk en egen lov mot kjønnslemlestelse. I 2000 ble den første handlingsplanen mot kjønnslemlestelse lansert.

Omskjæring av gutter

Omskjæring av gutter er en praksis som innebærer å fjerne forhud på penis. Det er en tradisjon som baserer seg på medisinske, religiøse og kulturelle forestillinger. Omskjæring foregår rutinemessig i Norge, men har ikke vakt den samme bekymring og debatt som omskjæring av jenter. I tillegg til å diskutere implikasjonene dette medfører for den enkeltes seksualliv og psykiske helse, må det skapes klarhet i ansvarsforhold, samtykkesregler og kompetansekrav i forbindelse med omskjæring av gutter. Nyere forskning kan tyde på at omskjæring kan redusere smitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner (41;47). Praktisk talt alle jøder og muslimer er omskåret. 60 prosent av den amerikanske befolkning er også omskåret.

Rus og ungdom

Ungdom med innvandrerbakgrunn debutterer ofte med rusmidler senere enn norske ungdommer og de skjuler ofte rusproblemene sine. Gruppen bruker i all hovedsak mindre rusmidler enn etniske nordmenn. Bildet er imidlertid nyansert, og mye tyder på at dette er i forandring (42).

Det har vært uttrykt bekymring for det økende misbruket blant innvandrerungdom de siste ti årene. Enslige mindreårige flyktninger (gutter) pekes på som spesielt utsatt for rusmiddelmisbruk. Til tross for ulikhetene i innvandrerungdoms oppholdsstatus har flyktninger/asylsøkere som bruker og selger narkotika, mange fellestrekk (43). De har kommet til Norge da de var i tenårene eller begynnelsen av tyveårene. Mens de ventet på behandling av sin asylsøknad, var de på asylmottak hvor hverdagen var preget av passivitet, liten grad av sysselsetting, og de har språkproblemer. Summen av dette fører til at de føler seg dårlig rustet til å møte det norske samfunnet.

Minoritetsungdom med rusproblemer er

ofte mer skeptiske til hjelpeapparatet, noe som bidrar til at disse ikke mottar helsehjelp for problemet sitt. Rusmisbrukere med innvandrerbakgrunn har i liten grad vært brukere av det norske behandlingsapparatet. Og av de som kommer til behandlingsapparatet, er det mange som kun har korte opphold.

I Norge har khat vært klassifisert som narkotika siden 1989, og bruk og besittelse av khat er derfor forbudt ifølge norsk lov. I enkelte innvandremiljøer i Norge benyttes khat, og bruk av khat kan være en medvirkende årsak til svak sosial inkludering. I rapporten *Bruk av khat i Norge, nytelse og lidelse*, (44), vises det likevel til at khat blant somaliere, spesielt somalisk ungdom, ikke er et omfattende problem. For de som har et omfattende khatbruk, vil imidlertid dette ha store sosiale og økonomiske konsekvenser for den enkelte og de nærmeste pårørende.

Forebygging og folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse. Påvirkningsfaktorene befinner seg på alle forvaltningsnivåer og samfunnssektorer, og innsatsen foregår i stor grad utenfor selve helsetjenesten, noe som understreker betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Det er viktig også å styrke helsetjenestens ansvar for tverrsektorielt arbeid rettet mot årsakene til at helseproblemer oppstår.

Folkehelsearbeidet retter seg både mot levekår og risikofaktorer som miljø og atferd. Det vil si grunnleggende sosiale forhold som utfordringer mht. fattigdom, bostedsløshet, arbeidsledighet, frafall fra skole samt kjente helsemessige risikofaktorer som miljø i skoler, alkoholbruk, tobakksbruk, kosthold, mulighet for aktivitet, støyforhold, risikoområder for ulykker, forurensningssituasjon m.m.

Noen gode eksempler:

- InnvaDiab er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Oslo og Bydel Søndre Nordstrand for å redusere utviklingen av diabetes II hos pakistanske kvinner. InnvaDiab-prosjektet er blitt svært godt mottatt blant kvinnene, og ble i 2008 tildelt Oslo kommunes folkehelsepris.
- I en bydel i Oslo med lav sosialøkonomisk profil og høy andel migranter har dr. Jenum og medarbeidere (45) utført et stort arbeid for å mobilisere bydelens innbyggere til fysisk aktivitet, og vist at en slik mobilisering har innvirkning på både psykisk og fysisk helse.
- Prosjektet «Mosjon på Romsås» viste at man med enkle hjelpemidler og regelmessig fysisk aktivitet kan øke det fysiske aktivitetsnivået og redusere risikofaktorer for diabetes II og hjerte- og karsykdommer (45).
- Primærmedisinsk verksted (PMV) – Senter for helse, dialog og utvikling i Bydel Gamle Oslo er et senter drevet av Kirkens Bymisjon, hvor kvinner og ungdom med innvandrerbakgrunn kan møtes i grupper for å diskutere egen situasjon, hvor de kan motta informasjon om ulike helsemessige forhold som for eksempel ernæring, smerteproblematikk og smittsomme sykdommer som hiv/aids, tuberkulose osv. Ved senteret drives også informasjon og holdningsskapende arbeid når det gjelder kjønnslemlestelse, tvangsekteskap og vold i nære relasjoner. PMV arbeider nært med flere kvinneorganisasjoner om ulike helserelaterte prosjekter. I regi av Bymisjonen etableres nå lignende sentere i enkelte andre norske byer.
- Vinje kommune i Telemark har de siste årene fått mye oppmerksomhet for sitt brede arbeid med mottak og integrering av flyktninger.

For å gi ulike grupper mestringsressurser, og for at alle skal kunne gjøre effektiv bruk av helsetjenesten, er det behov for et folkehelsearbeid som tar hensyn til de ulike gruppene og deres behov. Det er de siste årene gjennomført flere gode prosjekter for å mobilisere personer med innvandrerbakgrunn til folkehelsearbeid. Mange av disse er gjort i deler av Oslo hvor befolkningen med innvandrerbakgrunn utgjør en stor del. Disse prosjektene viser at det er mulig å involvere mennesker med ulik bakgrunn i helsefremmende arbeid, og at mange, særlig kvinner, kan oppleve slikt arbeid som meningsfullt og være villige til å investere mye tid og energi i dette. Over tid ser man at det utvikles et bredt samfunnsengasjement hos dem som deltar i slike prosjekter (se tekstboks).

Oppsummering:

- Det finnes betydelige helseforskjeller i hele befolkningen. Dette skyldes i store trekk sosioøkonomiske faktorer som inntekt, utdanning og sosiale forhold, og ikke primært etnisk bakgrunn.
- Det er imidlertid ulikt sykdomsmønster når en sammenligner befolkningen med innvandrerbakgrunn og majoritetsbefolkningen, bl.a. er det flere med innvandrerbakgrunn som har diabetes, angina og leddgikt.
- Økt forekomst av hiv og tuberkulose blant innvandrere må ses i sammenheng med reiser til/fra høyendemiske områder, men utgjør i dag en liten smittefare i Norge.
- Helsetilstanden svekkes med økende alder. For eldre personer med innvandrerbakgrunn skjer dette i sterkere grad enn blant etnisk norske eldre. Spesielt for eldre kvinner med innvandrerbakgrunn er at den psykiske helsetilstanden svekkes i takt med stigende alder.
- Kjønnforskjellene er store når det gjelder selvrapportert helsetilstand hos personer

med innvandrerbakgrunn. Kvinner rapporterer om betydelig mer sykdom enn menn.

- Jenter med innvandrerbakgrunn ser ut til å være i et krysspess mellom ulike kulturelle forventninger. Dette kan få negative helsemessige utslag.

Helsedirektoratet mener at

- det er behov for å følge med på utviklingen i helsetilstanden i alle deler av befolkningen for å kunne tilrettelegge helsetjenesten og iverksette forebyggingstiltak best mulig i forhold til den enkeltes behov. Informasjon og holdningsendring er en del av dette arbeidet.
- gode erfaringer fra vellykkede prosjekter må implementeres i ordinære tjenester.
- det er viktig at hele befolkningen får nødvendig kunnskap for å forebygge helseskade og sykdom, og kunnskap om hvilke rettigheter og muligheter som ligger i det norske helsesystemet.
- det er behov for å støtte initiativ til ny forskning og grundigere dokumentasjon på feltet migrasjon og helse, og legge til rette for deltakelse fra berørte grupper i forskningen på viktige områder.

Noter:

1. Spørsmål som informantene ble bedt om å ta stilling til i Dalgards undersøkelse, var for eksempel: «Jeg er ute av stand til å løse mine egne problemer», «Jeg føler meg ofte hjelpeløs når det gjelder å håndtere problemene i livet mitt», eller «Det er lite jeg kan gjøre for å endre på det som er viktig i livet mitt».
2. Landene som har lav forekomst av vitamin D, er: Pakistan, Iran, Tyrkia, Sri Lanka og Vietnam.

3 Møtet med helsetjenesten

Alle mennesker bosatt i Norge skal tilbys likeverdige helsetjenester – uavhengig av etnisitet, kulturell eller religiøs tilknytning, seksuell orientering, funksjonsevne, kjønn eller alder. Det er grunn til å tro at dagens tjenester ikke fungerer like godt for alle. Hvis helsetjenestene i større grad var tilpasset mangfoldet i befolkningen, vil flere ha bedre utbytte av helsetilbudet.



I dette kapittelet rettes oppmerksomheten mot møtet med helsetjenesten, og ulike utfordringer knyttet til det, både fra et bruker- og et tjenesteperspektiv. Kapittelet drøfter ulike metoder og tilnærminger for å etablere likeverdige helsetjenester. Videre presenteres utvalgte tjenesteområder og spesielle utfordringer. Det er her lagt vekt på en løsningsorientert tilnærming, og vi presenterer eksempler på vellykkede inkluderende tiltak og strategier til læring og inspirasjon.

En likeverdig helsetjeneste

Den norske befolknings sammensetningen er i endring. Flere eldre og et mer internasjonalt preg stiller nye krav og evne til omstilling i helsetjenesten.

Et flerkulturelt Norge utfordrer på mange måter likhetstankegangen i det norske samfunnet, også i møtet med helsetjenesten. Dersom alle skal behandles likt, kan det føre til at noen systematisk får et dårligere tilbud og redusert utbytte av tjenestene. Målet er således ikke å tilby like tjenester, men likeverdige tjenester som tar hensyn til at borgerne har ulike ønsker og behov (1).

Plikten om å yte likeverdige helsetjenester er blant annet forankret i kommunehelsetjenesteloven §1 og helseforetaksloven §1. Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helseregioner RHF for 2009 tydeliggjør lovens formål gjennom krav om kvalitet, tilgjengelighet og brukermedvirkning for alle pasienter.

Pasientgruppen er sammensatt, har ulike behov og reflekterer mangfoldet i samfunnet for øvrig. Helsetjenesten må fange opp og forholde seg til dette. Selv om prinsippene for behandling er like, vil kravene til tid og kommunikasjonsferdigheter avhenge av pasientens sykdomsforståelse, forventninger til og kunnskaper om helsetjenesten.

For å sikre likeverdige helsetjenester for

alle kan det være nyttig å se på innholdet i det som kalles migrantvennlig helsetjeneste.

Migrantvennlige sykehus

Nasjonal kompetanseenhet for minoritets-helse (NAKMI) beskriver en migrantvennlig helsetjeneste på følgende måte: Den verdsetter mangfold ved å akseptere at mennesker med ulik bakgrunn er prinsipielt likeverdige medlemmer av samfunnet. Den identifiserer behovene til folk med ulik bakgrunn, og utvikler tjenester som samsvarer med disse behovene. Den kompenserer for ulemper som oppstår på grunn av at folk har ulik bakgrunn. Dette kan også sies om en pasientvennlig helsetjeneste.

Det har vært gjennomført prosjekter med migrantvennlige sykehus i flere land (se boks – Migrant Friendly Hospitals). Gjennom dette arbeidet er det samlet nyttige erfaringer og systematisert kunnskap som kan gi mer likeverdige helsetjenester for alle.

Diskrimineringsloven

Diskrimineringsloven forbyr å diskriminere på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion og livssyn. Diskrimineringsloven gjelder på alle samfunnsområder med unntak av personlige forhold. Fra og med 1. januar 2009 ble det innført en aktivitets- og rapporteringsplikt i diskrimineringsloven (§3a) som pålegger offentlige myndigheter å arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme lovens formål.

Migrant Friendly Hospitals

Gjennom prosjektet Migrant Friendly Hospitals (2002–2005) har tolv sykehus i like mange land samarbeidet om å finne fram til god praksis på området. Erfaringene er oppsummert i Amsterdamdeklarasjonen, som i tillegg til kunnskapsoppsummeringen gir råd om hvordan man kan utvikle en mer tilfredsstillende praksis på området. Prosjektet, som var finansiert av EU, videreføres som «Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care» i regi av Health Promoting Hospitals/WHO (www.mfh-eu.net). Norge er representert ved NAKMI (www.nakmi.no) i dette arbeidet.

I Norge koordinerer NAKMI Norsk nettverk for migrantvennlige sykehus (NONEMI). NONEMI gjennomførte i 2008 en intern kartlegging blant fire av nettverkets sykehus. Denne viste at sykehusene blant annet har utfordringer knyttet til tilgang på tolk og at tolkene har generelt lite medisinsk kompetanse og tilrettelagt informasjon for pasienten om sykehusenes rutiner og behandlingstilbud. Videre kommer det fram at det spesielt i psykiatrien ikke er tilrettelagt for eller tilpasset for personer som ikke snakker norsk. En utfordring for personalet generelt er at pasientene vet for lite om norsk helsetjeneste. Samhandling og informasjonsflyt mellom sykehus og kommunehelsetjenesten oppfattes som krevende.

Noen sykehus har tilrettelagt informasjon i form av pekebøker eller demonstrasjonsvideoer for personer som ikke kan lese. Det er også enkelte steder lagt til rette for religiøs praksis på sykehusene, for eksempel i forbindelse med bønn eller stell av døde. Flere sykehus har utviklet egne undervisningsopplegg for personalet om kulturforståelse og bruk av tolk. Sykehus som har innarbeidet strategier for tilpassede tilbud til innvandrerbefolkningen i strategidokumentene og kvalitetssikringssystemene, skårer høyest på «migrantvennlighet».

Ved Akershus Universitetssykehus finnes det et eget livssynsrom, et rom for alle livssyn og religioner. Her er det lagt til rette for at pasienter, pårørende og ansatte kan utøve egen tro eller livssyn.

Tilrettelagte legetjenester

Tilrettelegging av legetjenesten er også nødvendig for personer med innvandrerbakgrunn for å oppnå et helsetjenestetilbud som er likeverdig. Tilretteleggingen kan gjøres på ulike måter, fra tilrettelegging i eksisterende fastlegepraksiser til oppretting av skreddersydde tilbud. Hvilken form for tilrettelegging som er mest

Prosjekt om likeverdige helsetjenester

Helse Sør-Øst RHF etablerte prosjektet likeverdige helsetjenester i desember 2008. Målet er innen juni 2009 å utarbeide en strategi som sikrer at kunnskap om minoritetsbefolkning gjennomsyrrer planlagte og fremtidige planer og aktiviteter. Hensikten er å sikre likeverdige helsetjenester gjennom utvikling av anbefalinger om tiltak for hele Helse Sør-Øst.

Kilde: <http://www.helse-sorost.no/>

hensiktsmessig, vil variere etter geografiske, kommunikasjonsmessige og andre forhold.

I Drammen kommune har legene ved Fjell legesenter, som har om lag 70 prosent flyktninger og innvandrere på sine lister, fått økonomisk kompensasjon for dette i form av økt basistilskudd fra kommunen. Dette har vært nødvendig for å kunne rekruttere leger til bydelen Fjell.

Kommunene Tønsberg, Nøtterøy, Andebu og Stokke har dannet et interkommunalt helsetjenestetilbud (kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten) Vestfold Migrasjonshelsesenter. Asylsøkere i mottak, bosatte flyktninger og familiegjenforente kan benytte senteret i inntil ett år etter bosetting. Senteret har fastlege, klinisk psykolog, helsesøster (for voksne – smittevern) og sekretær/sykepleier. Psykologen er ansatt av spesialisthelsetjenesten, men arbeider ved Vestfold Migrasjonshelsesenter. Pasienter med komplekse helseproblemer blir ivaretatt raskt.

Tilrettelegging av helsetjenester som fungerer godt overfor migrantbefolkningen, kan også være en måte å nærme seg en mer brukervennlig helsetjeneste på.

Språk og kommunikasjon – en særlig utfordring

Studier av minoritetspråklige brukere som mottar helsetjenester, viser at språk- og

kommunikasjonsproblemer oppfattes som en barriere, både i selve behandlingen og i informasjonsformidlingen i tilknytning til sykdommen eller funksjonsnedsettelsen (2–5).

Pr. i dag finnes ikke noen nasjonal strategi for pasientinformasjon eller kommunikasjon med pasienter. Det finnes lite samordnet informasjon både for etnisk norske og minoritetsgrupper. Et for sterkt byråkratisk språk hindrer ofte folks forståelse av den informasjon som gis. Hindringene kan være større for innvandrere med kort botid i landet.

Ut over behov for oversetting av materiell til ulike språk vil både pasienter med innvandrerbakgrunn og helsetjenesten selv ha mye å tjene på at generell pasientinformasjon blir bedre.

Kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser som i verste fall kan få direkte følger for utfallet av behandlingen. Det kan også gjøre tilgangen på tjenester dårligere for grupper som av kulturelle og språklige grunner har problemer med å formidle sine behov. For

grupper med store behov for helsetjenester, som kronisk syke og personer med funksjonsnedsettelse, er dette særlig alvorlig (5 s. 93).

Kommunikasjonsproblemene gir seg ulike utslag, viktig informasjon kan bli misforstått eller ikke nå fram. Så vel familiene som representantene fra tjenesteapparatet opplever at de mister mange naturlige møtepunkter og samtalesituasjoner.

Bruk av tolk styrker kommunikasjonen

Utfordringer knyttet til språk og kommunikasjon blir ofte forstått som forskjeller i kultur og religion (3;4). Om man velger å legge vekt på kommunikasjonsutfordringene framfor å definere det som kulturforskjeller, er sannsynligheten større for å få til et bedre møte mellom pasienten og tjenesteutøver. Bruk av tolk er derfor et av flere nødvendige verktøy.

Ifølge nasjonalt og internasjonalt regelverk er tolking fagpersonens eller tjenestemannens kommunikasjonsansvar. Der det er bruk for tolk, er tolkingen å anse som en del av tjenesten.

Utfordringer relatert til bruk av tolk i helsetjenesten er knyttet til integrering av tolkebruken som en naturlig del av helsetjenestene, opplæring i bruk av tolk for ansatte i helsesektoren, kvalitet, organisering og formidling av tolketjenestene innenfor helsesektoren.

En god tolk kan fjerne språklige barrierer og fungere som en bro i møtet mellom pasient og tjenesten. Manglende bruk av tolk kan gi dårligere kvalitet på de helsetjenestene som ytes. Men det er også knyttet utfordringer til gjennomføring av behandlingssamtaler med tolk, både til selve tolkesituasjonen og til tilgangen på tolk.

En spørreundersøkelse om bruk av tolk i helsetjenesten i Oslo viser et underforbruk av profesjonell språklig assistanse (6). Rapporten viser at helsepersonell ofte tyr til de lettest tilgjengelige løsningene. Man bruker familie og venner som oversettere eller til å kommunisere

Informasjonsmateriell på flere språk

- Sykehuset Innlandet har utarbeidet informasjonspermer og informasjons-DVD på flere språk som beskriver ulike prosedyrer og undersøkelser. Materialet skal gjøres tilgjengelig for landets barneavdelinger.

Kilde: <http://www.digitalsprakperm.com/>

- HelseDirektoratet har blant annet laget informasjonsmateriell om psykisk helse på 17 språk. Brosjyrene «Psykisk helsehjelp i Norge» og «BUP – for barn, ungdom og voksne» forteller hvordan psykisk helsehjelp er organisert og hvor man kan få hjelp. Videre er det utarbeidet hefter som omhandler psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD, tvangslidelser, spiseforstyrrelser og psykose, i tillegg til informasjon om rettssikkerhet og tvang.

Kilde: www.helsedirektoratet.no

med pasienten, selv om disse «tolkene» ofte selv har mangelfulle norskkunnskaper.

Tolking i helsetjenesten stiller særlige krav til kvalitet. Konsekvensene av at det oppstår misforståelser kan bli store, både for personen det tolkes for og for omgivelsene. Det er derfor viktig å benytte profesjonelle tolker, fortrinnsvis fra Norsk tolketjeneste. Familie-medlemmer eller venner skal ikke benyttes som tolk. Selv om tolkeportalen anbefaler at telefontolking bør begrenses til korte samtaler, har Primærmedisinsk verksted observert at

større bruk av telefontolking vil kunne være et godt supplement til dagens ordninger.

Grunnen til dette kan være at telefontolking for enkelte pasienter kan gi trygghet og sikre anonymitet i større grad. Telefontolking krever mye av de som benytter dette som et tilbud, men kan være et nyttig alternativ.

I en behandlingssituasjon må tolken beherske både kommunikasjonsmessige, tolketekniske, etiske og mellommenneskelige aspekter. Noen ganger kan temaene være vanskelige fordi det er tabu i den enkelte kulturen, eller man kan støte på ukjente ord for helse, kropp eller sykdom. Enkelte kvinner med minoritetsbakgrunn ønsker bare kvinnelige tolker.

Tjenesteutøver trenger tolk for å utøve sin informasjons- og veiledningsplikt og må ha lært å kommunisere ved hjelp av tolk. Likevel kan så vel pasient som behandler oppleve det som fremmed og forstyrrende å ha en tredjeperson til stede i behandlingssituasjonen.

Det kan også være vanskelig for helsetjenesten å fremskaffe profesjonelle tolker på ulike språk, til rett tid. Manglende erfaring og mangelfull tilgang på tolk kan være noen av årsakene til at det fra praksisfeltet rapporteres om underforbruk av tolker.

Bruk av tolk i ulike behandlingssituasjoner er

Tolk – yrkesetiske prinsipper

- Taushetsplikt eller diskresjon; tolker gir sine brukere en sterk garanti om at ingenting av det som tolken tolker, skal eller vil bli brakt videre til noen utenforstående når møtet er slutt.
- Upartiskhet; tolken garanterer sine brukere at tolken aldri skal være mer «for» den ene part og mindre for den andre.
- Ikke påta seg andre oppgaver; for at tolken skal kunne være upartisk og gjøre en god jobb kan ikke tolken ha andre oppgaver i et møte enn det å tolke.
- Å oversette alt; tolken skal være et språklig bindeledd som skal gjøre det mulig for mennesker som ikke forstår hverandres språk å kunne møtes som om de delte et felles språk.

Kilde: www.tolkeportalen.no

Bruk av tolk i psykiatrisk og psykologisk behandling

Psykososialt senter for flyktninger har utarbeidet retningslinjer for det som betegnes som psykososial tolking:

- Tolken bør underskrive taushetserklæring på stedet der tolking foregår
- Tolken skal gi informasjon om tolkereglene i første samtale
- Tolken eller tolketjenesten bør informere om tolken kan tolke over tid
- Tolken skal kun oversette det som blir sagt
- Tolken skal oversette alt som blir sagt
- Tolken skal ikke formulere egne spørsmål, oppklare misforståelser eller gå inn i dialog på egne vegne

- Oversettelsen skal være i «jeg-form»
- Mobiltelefon skal være avslått
- Alle notater som tolken tar under samtalen, skal makuleres i klientens påsyn
- Tolken skal være en fagperson og ikke en hjelpende hånd
- Tolken skal ikke hente eller kjøre pasienten/klienten eller formidle beskjeder
- Det er ønskelig at tolken ikke har kontakt med pasienten/klienten på fritid
- Tolken bør ikke gjøre egne avtaler med pasienten/klienten

Kilde: Sverre Varvin, Universitetsforlaget, 2003

Helsepersonell bør benytte tolker som er oppført i nasjonalt tolkeregister www.tolkeportalen.no. Denne gir oversikt over praktiserende tolker og deres kvalifikasjoner.

et område der kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt. Selv om de fleste behandlere før eller siden vil møte pasienter/brukere som ikke behersker norsk og som har en annen kulturbakgrunn enn deres egen, er det de færreste som har spesiell opplæring eller utdanning i bruk av tolk i terapi og behandling.

En undersøkelse om bruk av tolk i barnevernet viser et betydelig underforbruk av profesjonelle tolker (7). Undersøkelsen avdekker et stort behov for opplæring i kommunikasjon via tolk og bedre rutiner for å kvalitetssikre tolkingen.

Hvordan skape likeverdige helsetjenester

Det er bred politisk enighet om at brukermedvirkning er ønskelig i utformingen av helsetjenestene (8). Innenfor helse- og sosialtjenestene er brukermedvirkning et lovkrav. Brukermedvirkning styrker brukerens posisjon og bidrar til å øke kvaliteten på tjenestene. Offentlige myndigheter generelt, og den enkelte tjenesteutøver spesielt, er avhengig av et nært og godt samarbeid med brukerne for å yte gode tjenester. Gjennom råd og systematiske tilbakemeldinger fra brukerne vil myndighetene ha bedre forutsetninger for å kunne forbedre, utvikle og tilby tjenester i tråd med den til enhver tids rådende kunnskap og forventninger. Det er viktig at brukerundersøkelser utformes slik at synspunkter fra pasienter med ulik bakgrunn kommer med.

Helseforetaksloven stiller krav om at det etableres gode ordninger for brukermedvirkning på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten. Iht. helseforetaksloven skal regionale helseforetak sørge for at representanter for pasienter og pårørende blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan

for virksomheten i de kommende år.

Brukerorganisasjonene for kronisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne har i lang tid spilt en viktig rolle i utviklingen i helsesektoren og enkeltmenneskers velferd. Organisasjonene har fått økt betydning som offentlige samarbeidspartnere og er representert i en rekke offentlige utvalg og styrer og gir regelmessige bidrag til utformingen av helsepolitikken. De etablerte brukerorganisasjonene har få medlemmer med innvandrerbakgrunn og medvirkningsprosessene er ofte dårligere forankret i disse gruppene.

Organisasjonene ønsker å nå ut til grupper og personer med innvandrerbakgrunn for å gi informasjon om rettigheter, diagnoser og aktiviteter. Noen er i gang med dette arbeidet – og det supplerer det offentlige informasjonsarbeidet. Norges Blindforbund og Norges Diabetesforbund er blant de organisasjonene som lenge har hatt en mangfoldstrategi. Astma- og allergiforbundet har oversatt mye informasjonsmateriell til relevante språk. Mental helse har jobbet aktivt inn mot miljøer med innvandrerbakgrunn. Kreftforeningen har egen veiledningstelefon.

Lærings- og mestringssentre (LMS)

Læringsmodellen ved LMS bygger på at planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbud skal skje i likeverdig samarbeid mellom fagfolk og erfarne brukere.

Det er viktig at disse er aktive overfor innvandrere i utviklingen av sine tjenester.

Et lærings- og mestringssenter (LMS) har fire hovedfunksjoner:

- Møteplass og samarbeidsverksted
- Kursvirksomhet for brukere (pasienter og pårørende)
- Kompetanseutvikling for helsepersonell
- Informasjonssenter

Det nasjonale Lærings- og mestrings-senteret ved Aker universitetssykehus HF har etablert egne lærings- og mestringstilbud for minoritetsspråklige. LMS for barn ved Ullevål universitetssykehus har systematisert erfaringer i utvikling og etablering av læringstilbud til familier med minoritetsbakgrunn innen ulike diagnoser. SINTEF Helse har evaluert familierettede læringstilbud til minoritetsspråklige familier, og konkluderer blant annet med at det er nødvendig med tilrettelagte tilbud til minoritetsspråklige familier med funksjonshemmede barn (9).

Aktiv deltakelse

Forståelig informasjon er en grunnleggende forutsetning for kommunikasjon og likeverdighet i en samhandlings situasjon. Dette er en forutsetning for aktiv deltakelse, som igjen er en forutsetning for innflytelse.

De senere årene har det vokst fram en sterkere bevissthet knyttet til denne typen spørsmål; ofte omtalt som arbeidsformer

Minoritetsrådgivere

Flere kommuner og bydeler med mange innvandrere har ansatt minoritetsrådgivere.

Minoritetsrådgiverne hjelper personer som ikke behersker norsk, til å finne fram til de ulike tjenestene i kommunen. De gir råd, veiledning og informasjon på en rekke språk.

www.bydel-stovner.oslo.kommune.no/minoritetsradgivere/article74558-28388.html

Flyktningeguides – frivillig sektor

- Røde Kors har blant annet i samarbeid med flere kommuner etablert en frivillig ordning som flyktningeguide.
- Oppgavene til flyktningeguidene er å orientere om det norske samfunnet og fungere som et bindeledd til lokalmiljøet slik at integreringen går smidigere.
- Like viktig som å overføre lokal- og hverdagskunnskap, er samvær. Å se en fotballkamp sammen kan være integrering på sitt beste.

www.rodekors.no

basert på myndiggjøring eller det engelske begrepet *empowerment* (10;11). Empowerment innebærer å endre maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter, pasient og behandler. Brukerne skal ha rett til å definere og eie sine egne problemer, og være med på å finne løsningene.

Empowerment er en tankegang som bryter med tradisjonell problemløsning der «eksperten» finner løsningen på «klientens» problemer. Denne måten å tenke og jobbe på er særlig viktig overfor brukergrupper som har en annen erfaringsbakgrunn enn den som er gjengs i vertslandet. Mange innvandrere har andre sykdomsforståelser og behandlingserfaringer enn det som dominerer i vestlig medisin. Å lytte betyr ikke å la pasienten styre behandlingen, men å sikre at informasjon blir forstått og at kommunikasjonen er basert på gjensidighet og likeverd.

Mange snakker i dag om brukermedvirkning og empowerment som en borgerrettighet. Spørsmålet er imidlertid om forutsetningene er til stede for å oppfylle en slik rettighet. I utredningen «Fra bruker til borger» diskuteres dette med utgangspunkt i tjenesteytingen overfor personer med funksjonsnedsettelse (12). Her påpekes det at store deler av befolkningen møter barrierer når det gjelder muligheten til å delta aktivt. På samme måte som funksjonshemmede møter barrierer i samfunnet, vil deler av innvandrerbefolkningen møte særskilte barrierer. Selv om de aller fleste med innvandrerbakgrunn snakker godt norsk, og ikke oppfatter språket som noen stor barriere, utgjør språket en tilleggsutfordring for mange.

Brukermedvirkning og samhandling i praksis

Personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en *individuell plan*. Individuell plan er et virkemiddel for at brukeren skal kunne ta del i sin egen situasjon. Med utgangspunkt i den

enkeltes behov skal brukeren og tjenesteutøver sammen lage en plan som omfatter egnede ytelser fra alle relevante deler av tjenesten. Dette skal sikre at de tjenestene som ytes, ses i sammenheng og utformes helhetlig.

Brukeren skal ha reell medvirkning. En av tjenesteyterne skal utpekes til koordinator og har hovedansvaret for brukeren/tjenestemottakeren og for å sikre at vedkommende ikke «faller mellom to stoler». Koordinator skal lede planprosessen på tvers av tjenesteyterne. Individuell plan er et eksempel på brukermedvirkning i praksis for den enkelte. Fagkompetanse og brukerkompetanse utfyller hverandre.

Det er grunn til å tro at individuell plan vil være relevant for den delen av brukerne/pasientene som ikke har vokst opp i Norge og som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. En koordinator vil kunne gi nødvendig hjelp til å finne frem til riktige «hjelpere» i en kompleks og for mange ukjent samfunnsstruktur.

Gjensidig forståelse

Alle har i henhold til pasientrettighetsloven rett til informasjon om sin sykdom, slik at de kan være delaktige i behandlingen. Informert samtykke er et sentralt begrep i denne sammenheng. Dette krever at det utvikles en felles forståelse mellom pasient og helsearbeider, både når det gjelder sykdommens natur og muligheter for behandling.

Grounding, som er et vel etablert begrep innen kommunikasjonsforskning, er et eksempel på en arbeidsmåte som kan benyttes for å skape god dialog. *Grounding* beskrives som en prosess hvor samtalepartnerne utvikler en gjensidig bekreftelse på at de forstår hverandre godt nok til å kunne løse/forholde seg til den foreliggende problemstillingen (13;14).

Metoden eller prosessen betinger aktiv lytting, det vil si at den budskapet er myntet på, gir tilbake en spesifikk respons som kan bekrefte om man har forstått eller ikke (nikk,

Individuell plan

Helsedirektoratets brosjyre *Individuell plan – En rettighet for deg og et verktøy for samarbeid* finnes på arabisk, tyrkisk, urdu og vietnamesisk.

Brosjyren har bestillingsnummer IS-1292 og kan bestilles hos Trykksaks ekspedisjonen i Helsedirektoratet.
E-post: trykksak@helsedir.no

«mhm», eller «ok» er ikke spesifikt nok til at en kan gå ut fra at adressaten virkelig har forstått budskapet). *Grounding* fungerer vanligvis godt og spontant i uformelle samtaler mellom likeverdige.

I den sterkt asymmetriske relasjonen mellom pasient og behandler kan man derimot ikke uten videre gå ut fra at dette skjer. Noen ganger spiller også kulturelle forhold inn, som for eksempel at det å vise at man ikke har forstått kan være ensbetydende med å tape ansikt. Helsearbeidere må derfor lære å ta ansvar ikke bare for sin egen forståelse av pasientens perspektiv, men også at pasienten virkelig har forstått det som han har gitt av helseinformasjon, behandlingsforslag etc. (13;14).

Det er ikke nok bevissthet om betydningen av *grounding* eller gjensidig forståelse i helsevesenet og hvordan dette kan gjøres. Man trenger blant annet forskning for å synliggjøre god praksis på området.

Tilsyn – et viktig virkemiddel for likeverdige tjenester

Det er begrensede tilsynserfaringer knyttet til spørsmål om etnisk diskriminering, men tilsynsfunksjonen er et viktig tiltak i arbeidet med å skape et likeverdig tjenestetilbud.

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene et landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester til asylsøkere og flyktninger. Helsetilsynet undersøkte om kommunene sikret

at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente fra land med høy forekomst av tuberkulose, ble undersøkt for tuberkulose i henhold til tuberkulosekontrollforskriften. Det ble også undersøkt om alle fra de nevnte gruppene fikk informasjon om helsetjenesten og den helsehjelp de har behov for, særlig om nødvendig helsehjelp i forhold til smittsom sykdom, helsehjelp til gravide og psykisk syke.

Tilsynet viste at tuberkuloseundersøkelsen ble gjennomført, men at de fastsatte fristene for når dette skal skje ikke ble overholdt. Kommunene hadde ikke den nødvendige oversikten over nyankomne innvandrere, hvem som bosatte seg i kommunen og hvem som flyttet videre.

Tilsynet viste at en fjerdedel av kommunene ikke hadde et system som sikret at de nyankomne fikk informasjon om helsetjenesten, at kommunen ikke var klar over sitt informasjonsansvar eller at det var uklart hvem i helsetjenesten som hadde ansvar for å gi informasjonen.

Pacesetters programme

Engelske helsemyndigheter arbeider systematisk for å fremme likebehandling og redusere diskriminering i helsevesenet. Ulikhet i helsetjenestetilbudet er særlig relatert til alder, funksjonsevne, etnisitet, kjønn, religion, seksuell legning og kjønnsidentitet.

Gjennom Pacesetters programme ser man på hvordan man kan oppnå en mer rettferdig behandling av pasientgrupper. Programmet fokuserer på helsetjenesten, både som arbeidsgiver og som leverandør av helsetjenester til hele befolkningen.

Pacesetters programme evalueres av Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis.

For mer informasjon: www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Equalityandhumanrights/Pacesettersprogramme/index.htm

Kommunene tok i liten grad opp spørsmål i forhold til andre smittsomme sykdommer enn tuberkulose. Gravide asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente ble systematisk tilbudt svangerskapsomsorg. Tilsynet viser at tolk ble brukt, men at dette i liten grad ble dokumentert i journal.

Oppfølgingen av personer med psykiske lidelser blant nyankomne innvandrere var antageligvis av samme omfang som for befolkningen ellers. Etter en gjennomgang av Helseilsynets øvrige tilsynserfaringer de siste fem årene er det mottatt én skriftlig henvendelse der det har vært stilt spørsmål om hvorvidt et forhold kunne være diskriminerende.

Møtet med helsetjenesten

Bare halvparten av de innvandrere som deltok i helseundersøkelsen i Oslo (se faktaboks s. 25), sa at de alltid hadde fått de helsetjenester de hadde behov for. Undersøkelsen viste også at personer med ikke-vestlig bakgrunn var mindre fornøyde med legen sin enn andre. Dette indikerer at dagens helse-tjeneste ikke fungerer like godt for alle, og at flere ville ha hatt bedre utbytte av helse-tilbudene hvis tjenestene i større grad var tilpasset mangfoldet i befolkningen. Dette er ikke et særnorsk problem. I England har helsemyndighetene iverksatt et omfattende program, Pacesetters programme, som har som målsetning å redusere diskriminering i helsetjenestene (se faktaboks).

Fastlegen

Primærhelsetjenesten er grunnmuren i den norske helsetjenesten og for mange det viktigste kontaktpunktet mellom den enkelte bruker og helsetjenesten. Ansvar for god informasjon om forebygging av sykdom til pasientene, uavhengig av bakgrunn, ligger i stor grad i primærhelsetjenesten, hos fastlege og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Fastlegen er en nøkkelperson i helsetjenes-

Den Norske Legeforening har skrevet en rapport «Likeverdige helsetjenester?» som peker på en rekke utfordringer og tiltak for å gi gode helsetjenester til innvandrere. (Den Norske Legeforening, 2008)

tetilbudet til befolkningen. Tillit, god kommunikasjon og samhandling mellom fastlege og pasient er en forutsetning for et vellykket legebesøk.

Alle som er folkeregistrert som bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos fastlege. Dette gjelder også asylsøkere. Rettighetene hos fastlegen er like for alle, men det finnes noen særlige utfordringer for asylsøkere og innvandrere. For eksempel kan fastlegen ha mangelfulle rutiner for bestilling av tolk eller manglende ferdigheter i tolkebruk, legen kan undervurdere tiden som kreves for å kommunisere forsvarlig med pasienter som ikke behersker norsk/engelsk, eller ikke kjenner den norske helsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en sentral oppgave i å forebygge fysisk og psykisk sykdom hos barn og unge. Tjenesten er et lavterskeltilbud som skal sikre barn og unge likeverdige helsetjenester uavhengig av foreldres sosioøkonomiske status og geografiske bosted. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten dekker nær 100 prosent av målgruppen, og har en unik mulighet til å identifisere mulige behandlingstrengende. Forebygging av sykdom, tidlig intervensjon og oppfølging av barn og unge er tjenestens primære oppgaver.

Helsestasjonen kommer tidlig i kontakt med barn og unge gjennom regelmessige kontroller med et fastlagt program hvor også vaksinasjoner inngår. Hjemmebesøk og regelmessig oppfølging av familier gir et godt grunnlag for omfattende kartlegging, utredning, oppfølging og eventuelt henvisning. Tjenesten

arbeider tverrfaglig og bidrar dermed til å sikre kvalitativt god og forsvarlig behandling av pasienter med sammensatte eller spesielle behov. Aktuelle samarbeidspartnere er blant annet barnehage, skole, fastlege, pedagogisk-psykologisk tjenesteste, barnevern, flyktningekonsulent og spesialisthelsetjeneste.

Ved enkelte helsestasjoner fordeles oppgavene med utgangspunkt i barn og unges etnisitet, eksempelvis at en bestemt helse-søster ansvarlig for alle flyktninger og nyankomne migranter, mens andre finner andre løsninger for å ivareta sine brukere.

En rapport om flyktninger som er småbarnsmødre, viser at mødrene stort sett er fornøyde med de tjenestene som gis på helsestasjonen; at de har tillit til helsesøster og opplever hennes råd som nyttige. Felles for mødrene er at det for dem er betydningsfullt at helsepersonell spør om livet de levde før ankomst til Norge (15).

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger. Veilederen har bestillingsnummer IS-1022 og kan bestilles hos: Trykksakekspedisjonen i Helsedirektoratet, e-post: trykksak@helsedir.no

Jordmor

Jordmor har et spesielt ansvar i svangerskapsomsorgen. Mange vil få sitt første møte med helsetjenesten i forbindelse med svangerskap og fødsel. Dette gir gode muligheter for opplysnings- og informasjonsarbeid til kvinner som ikke tidligere har hatt direkte kontakt med helsetjenesten. Selv om alle gravide i prinsippet har samme tilgang på informasjon om svangerskap og fødsel via bøker, brosjyrer og internett, kan jordmor (med tolk) i noen tilfeller være eneste kunnskapskilde for enkelte kvinner med innvandrerbakgrunn.

Tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til utvalgte grupper, blant annet til barn og ungdom. Fylkeskommunen skal også sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Studier viser at tannhelsen hos små barn med ikke-vestlig bakgrunn er dårligere enn i tilsvarende aldersgrupper i befolkningen (16–19). Blant større barn og unge er det noe mindre forskjell i tannhelsestatus blant dem med ikke-vestlig bakgrunn og den resterende delen av befolkningen (19). Forskjellene i tannhelse ser altså ut til å jevne seg noe ut med økende alder. Foreldre med ikke-vestlig bakgrunn i Norge trenger antagelig tilrettelagt informasjon og andre strategier for å etablere gode kost- og munnhygienevaner hos barna (20;21).

Sosioøkonomiske forskjeller gir seg utslag i tannhelse så vel som i generell helse. De med lavest sosioøkonomisk status har dårligst tannhelse blant alle grupper i befolkningen. Sosioøkonomiske forhold er en mulig bakenforliggende årsak når det gjelder kariesutviklingen blant innvandrerbarn (20). En større andel av den ikke-vestlige befolkningen har lavere sosioøkonomisk status, og barrierene mot helsefremmende atferd ser ut til å være høyere enn i befolkningen ellers. I tillegg kan kulturelle og språklige hindre begrense tilgangen til informasjon og muligheten for å endre atferd i positiv retning.

Omsorgstjenester til eldre med innvandrerbakgrunn

Befolkningen i Norge blir eldre, og behovet for omsorgstjenester vil øke i tiden framover. I 2008 var 693 000 personer (14,6 prosent) av befolkningen i Norge over 65 år. Av disse var litt over 9000 personer (3,4 prosent) innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika. Det

er nesten 5000 flere enn for ti år siden, og innebærer en økning på 109 prosent (22).

Framtidens brukere av omsorgstjenester vil representere et større kulturelt mangfold, som forutsetter individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov. Utviklingen skal ikke møtes med nye former for særomsorg.

Både internasjonal og norsk forskning viser at innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika i mindre grad enn majoritetsbefolkningen benytter pleie- og omsorgstjenester. Det er i første rekke omsorgslønn og hjemmesykepleie som etterspørres. Studier viser at kommunene er restriktive med tildelingen av disse tjenestene. Mange pårørende påtar seg til dels tunge omsorgsoppgaver i hjemmet, og de eldre er svært dårlige og hjelpetrenende når familien tar imot plass på sykehjem. Endrede omsorgsmønstre blant personer med innvandrerbakgrunn gjør at man ikke kan forutsette at omsorgen i framtiden, i like stor grad som hittil, vil bli ivaretatt av den nærmeste familien. Tall fra den siste folke- og boligtelingen viser at bare en av fem eldre med bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika bor i storfamilier. I framtiden vil det derfor bli mange eldre innvandrere uten omsorgspersoner i husholdningen.

Nye og uvante forventninger i forbindelse med personlig stell, ritualer og normer vil kunne være utfordrende for hjelpeapparatet. Problemstillinger knyttet til alvorlig syke og døende kan det også være viktig å ha et bevisst forhold til. I Norge er det foreløpig få eldre ikke-vestlige innvandrere i sykehjem. I Sverige er det imidlertid flere eksempler på spesielt tilrettede bo- og dagtilbud. Framtidens omsorgstjenester må planlegges godt for å ivareta disse endringene. Derfor er det nødvendig å følge utviklingen og vurdere alternative tilbud til særomsorg ut fra ulike brukergruppers behov og i kontakt med innvandreres egne organisasjoner.

Tjenester for personer med innvandrerbakgrunn og demens

Det er grunn til å regne med at eldre med innvandrerbakgrunn som utvikler en demenssykdom, er en gruppe som vil vokse betydelig i antall i årene som kommer.

Internasjonalt finnes det få studier som belyser livssituasjonen for personer med demens og minoritetsetnisk bakgrunn og deres familier. Erfaringene med pleie- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen kan ha overføringsverdi. Ved utvikling av demens kan personen miste sitt andre språk, og for samer og innvandrere kan dette medføre at norskerdighetene går tapt og kommunikasjonsvansker kan oppstå. Erfaringer fra Undervisningssykehjemmet i Karasjok viser at hvorvidt man har personell som kan snakke språket og har innsikt i og forståelse for den samiske kultur, er avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet. Språk og kultur er to vesentlige faktorer når det gjelder å planlegge og tilrettelegge tilbudet.

Undersøkelser i Norge og Danmark har vist at personer med demens og minoritetsetnisk bakgrunn sjelden registreres (23). Det øker risikoen for at syke eldre ikke får nødvendig helsehjelp eller egnet omsorg. Ulike kultursyn må tas i betraktning når det gjelder holdninger til demens. Ordet demens eksisterer ikke i alle språk, og kan i seg selv oppfattes som skam og fornærmelse. Det gjør det også ekstra vanskelig ved diagnostisering og øker risikoen for mistolkning.

Kunnskap og engasjement fra ulike kultur- og helseprofesjoner er nødvendig. Det er behov for å finne løsninger blant annet på hvordan helsetjenesten kan nå fram med informasjon, gode modeller for å kunne utrede og diagnostisere. Det er også behov for økt kunnskap om hvordan tjenestetilbudene bør tilrettelegges.

Kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger

Det finnes 16 tverrfaglige kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger som gir landsdekkende tilbud til vel 300 diagnoser. Alle sentre er tilknyttet regionale helseforetak og er et supplement til det ordinære tverrsektorielle tjenesteapparatet.

Sentrene skal bidra til at personer med sjeldne tilstander får samme service og tilbud som andre i nært samarbeid med øvrige tjenester. De fleste sentrene har minoritetsspråklige brukere.

Flere kompetansesentre har igangsatt et arbeid med å utvikle/tilrettelegge tilbud tilpasset minoritetsspråklige.

Helsedirektoratets servicetelefon 800 47 710 viser til riktig kompetansesenter og gir annen relevant informasjon.

Personer med særlige behov

Generelt kan det være en utfordring for helsetjenesten å bistå pasienter med smerter det er vanskelig å lokalisere eller utrede. Språkvansker og ulike forklaringsmodeller for sykdom og lidelse kan derfor være en ekstra utfordring i møtet mellom pasient og tjeneste fordi det tar tid å utvikle en gjensidig forståelse som grunnlag for gode beslutninger og effektiv behandling.

Personer med nedsatt funksjonsevne

Det er i norsk sammenheng forsket lite på hvilke barrierer innvandrere med nedsatt funksjonsevne møter i hverdagen, men det lille som finnes viser at innvandrere møter de samme barrierene som andre med funksjonsnedsettelse. Samtidig viser flere andre

undersøkelser at språk- og kommunikasjonsproblemer skaper noen ekstra barrierer i samhandlingen med hjelpeapparatet. Det er derfor nødvendig å ha høy bevissthet om dette i tilrettelegging av tjenestene.

Helsedirektoratet mener at

- helsetjenestene skal i større grad tilrettelegges på en slik måte at man ivaretar mangfoldet og hele befolkningens rett til likeverdige helsetjenester
- helsetjenesten må bli bedre når det gjelder de kommunikasjonsutfordringer man står overfor i hele behandlingsløpet – for alle brukere, men spesielt når det gjelder personer med innvandrerbakgrunn
- det er behov for mer forskning knyttet til migrasjon og helse – spesielt i forhold til hvordan helsetjenesten er innrettet og faktisk fungerer
- det skal legges til rette for brukermedvirkning i planlegging av tjenestetilbudet og i møtet med den enkelte bruker



4 Psykisk helse

Faktorer før, under og etter migrasjonen påvirker den psykiske helsen. Forhold knyttet til smalt nettverk, arbeid og økonomi i det nye landet er avgjørende for god helse og vellykket integrasjon.

I dette kapittelet drøftes noen særlige utfordringer knyttet til psykisk helse for innvandrere. Kapittelet innledes generelt, men tar særlig for seg psykisk helse blant asylsøkere og flyktninger.

Flyktningene utgjør ca. en fjerdedel av innvandrerne i Norge og er en gruppe med økt risiko for utvikling av helseplager, noe som må settes i sammenheng med forhold før, under og etter flukt (1;2). Når det gjelder øvrige innvandrere, har man i norske undersøkelser funnet betydelig økt hyppighet av psykiske helseproblemer hos ikke-vestlige innvandrere, mens økningen var mindre for de vestlige innvandrere (3–5). Når man målte psykisk helse med et spørreskjema om angst og depresjon (HSCL-10), fant man følgende fordeling når det gjelder andel med psykiske plager:

norskfødte: **10 prosent**
innvandrere fra vestlige land: **14 prosent**
innvandrere fra ikke-vestlige land: **24 prosent**
flyktninger: **31 prosent**

Å være på flukt fra sitt hjemland er en krevende prosess. Kontinuiteten og tryggheten i tilværelsen blir borte, familiebandene og det sosiale nettverket fragmentert, og man må leve med den konstante usikkerheten om hva fremtiden bringer. Tilpasningsdyktigheten settes på prøve. Ofte har man også i forkant av livet som flyktning vært utsatt for en rekke sterkt belastende faktorer som setter sitt preg på den psykiske helsetilstanden og mulighetene for å takle livet på flukt (6). Tilgang på helsetjenester under flukten vil i de fleste tilfeller være mangelfull, og langvarig opphold i flyktningeleire er preget av usikkerhet og passivitet. Lang ventetid i mottakerland under midlertidige forhold og usikkerhet om hvorvidt man får bli, er noen ytterligere risikofaktorer for utvikling av psykiske helseproblemer.

I en norsk undersøkelse (5) fant man at

krigsopplevelser, fengsling og tortur bidro til økt hyppighet av psykiske helseproblemer blant ikke-vestlige innvandrere (som stort sett ikke var flyktninger), men at forhold etter flyttingen til Norge så ut til å spille en større rolle. Hvis vi ser på hele innvandrerguppen under ett, finner man at forhold knyttet til arbeid og økonomi syntes å være særlig viktig, og høyere insidens av psykiske plager blant de ikke-vestlige innvandrere i forhold til nordmenn kan ses i sammenheng med at de i større utstrekning var arbeidsledige og med lavere inntekt (5). Andre undersøkelser (3;4;7;8) har imidlertid vist at psykososiale faktorer spiller en minst like stor rolle. Lite sosial støtte, konflikter i det sosiale nettverk, opplevelse av maktesløshet i forhold til egen livssituasjon, manglende sosial integrasjon og opplevelse av diskriminering er viktige årsaksfaktorer når det gjelder økt forekomst av psykiske helseproblemer blant ikke-vestlige innvandrere.

Det å møte de mange og sammensatte psykososiale og helsemessige behovene til mennesker som har migrert, ofte av grunner knyttet til fattigdom, forfølgelse og konflikt, representerer en betydelig utfordring for helsevesenet og samfunnet, kanskje særlig når det gjelder psykisk helse. Arbeidet med å styrke forebyggende tiltak på ulike nivåer bør være et prioritert område.

Norge som mottakerland, historisk perspektiv

Norges historie som mottakerland av innvandrere/flyktninger er relativt kort i moderne tid, både når det gjelder arbeidsinnvandring og mottak av flyktninger. Rundt første verdenskrig kom et lite antall innvandrere, de fleste fra Sverige, og i mellomkrigstiden var antallet flyktninger som innvandet fra Mellom-Europa beskjedent. I 1920 utgjorde utlendinger 2,3 prosent av befolkningen (9), et nivå som holdt seg stabilt til 1985. Frem til 1960-tallet kom den begrensede arbeidsinnvandringen hoved-

sakelig fra Mellom-Europa. Denne trenden ble på midten av 60-tallet erstattet av økt innvandring fra Pakistan, Tyrkia og Marokko. På midten av 70-tallet ble det innført en midlertidig stopp i innvandring av ufaglært arbeidskraft.

Statistikk over flyktninger og asylsøkere

I 2008 kom det 14 431 asylsøkere til Norge. Dette er mer enn dobbelt så mange som i 2007 (6528). Økningen var spesielt markant i gruppen enslige mindreårige asylsøkere: 240 prosent. Nesten 1400 av de som søkte asyl, oppga å være under 18 år, hvorav gutter utgjorde 80 prosent. De fleste enslige mindreårige asylsøkerne kom fra Afghanistan, Irak og Somalia (figur 4.1). Nesten 7000 personer (48 prosent) var i aldersgruppen 18–29 år. Menn utgjorde 73 prosent av hele søkermassen. I 2008 var flertallet (74 prosent) av asylsøkerne fra Irak, Eritrea, Afghanistan og Somalia (figur 4.2).

Når det gjelder antall saker i tilknytning til familiegjenforening var tallet 20 766 i 2008, mot 17 921 året før. Den største økningen var i gruppene statsløse (148 prosent), Irak (47 prosent) og Polen (33 prosent), fulgt av Somalia (19 prosent). Det er i dag ikke mulig å skille mellom de familiene med flyktningbakgrunn som gjenforenes etter mange års atskillelse i forbindelse med fengsling og krigshandlinger, og andre former for familiegjenforening.

Mottaksplasser

Utlendingsdirektoratet (UDI) estimerer at det vil ankomme mange asylsøkere til Norge også i 2009. For å følge opp dette har UDI lyst ut 2000 mottaksplasser, og beregner at behovet for nye mottaksplasser vil være ca. 2000–2500 i løpet av de nærmeste månedene.

Det finnes pr. i dag 106 mottak med til sammen 16 315 plasser fordelt over 94 kommuner (se figur 4.3). 43 av disse ble opprettet i 2008. Ved utgangen av 2008 bodde 13 582 personer i asylmottak, 4 204 kvinner og 9 378 menn.

Psykisk helse

Blant flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente er det stor variasjon både når det gjelder utdanningsnivå, språkferdigheter og helsemessig situasjon. Blant de om lag 125 000 med flyktningbakgrunn som er bosatt i landet, er det mange som sliter med senvirkninger av krig, forfølgelse og flukt.

I enkelte grupper antar man at mer enn halvparten av dem som søker om opphold i Norge, har psykiske senskader av en art som normalt vil kreve behandling (10). I tillegg til de belastningene de har vært utsatt for før de fikk asyl i Norge, kommer belastninger knyttet til lange opphold på asylmottak og en vanskelig eksiltilværelse. Flere undersøkelser peker også på forhold ved selve søknadsprosessen som spesielt belastende.

Asylsøkeres og flyktningers psykiske pro-

Figur 4.1 Antall enslige mindreårige asylsøkere 2008, inklusive økning fra 2007.

Land	2008	2007	Økning (%)
Afghanistan	475	120	+455 %
Irak	314	193	+153 %
Somalia	109	41	+276 %
Eritrea	64	40	+73 %
Sri Lanka	56	34	+65 %

Kilde: UDI 2008

Figur 4.2 Antall asylsøknader 2008 inklusive økning fra 2007 fordelt på nasjonalitet.

Nasjonalitet	2008	2007	Økning (%)
Irak	3 137	1 500	+155 %
Eritrea	1 799	800	+135 %
Afghanistan	1 363	257	+506 %
Somalia	1 293	200	+581 %
Russland	1 078	860	+25 %
Statsløs	940	510	+85 %
Iran	740	330	+221 %
Serbia/Kosovo	675	580	+15 %
Nigeria	436	130	+300 %
Etiopia	354	270	+32 %

Kilde: UDI 2008

blemer og lidelser henger med andre ord i stor grad sammen med de forskjelligartede belastningene de har vært utsatt for i hjemlandet (som følge av forfølgelse, krig, tap og trusler), belastninger og overgrep under flukten og de påkjenninger som eksiltilværelsen kan innebære (11).

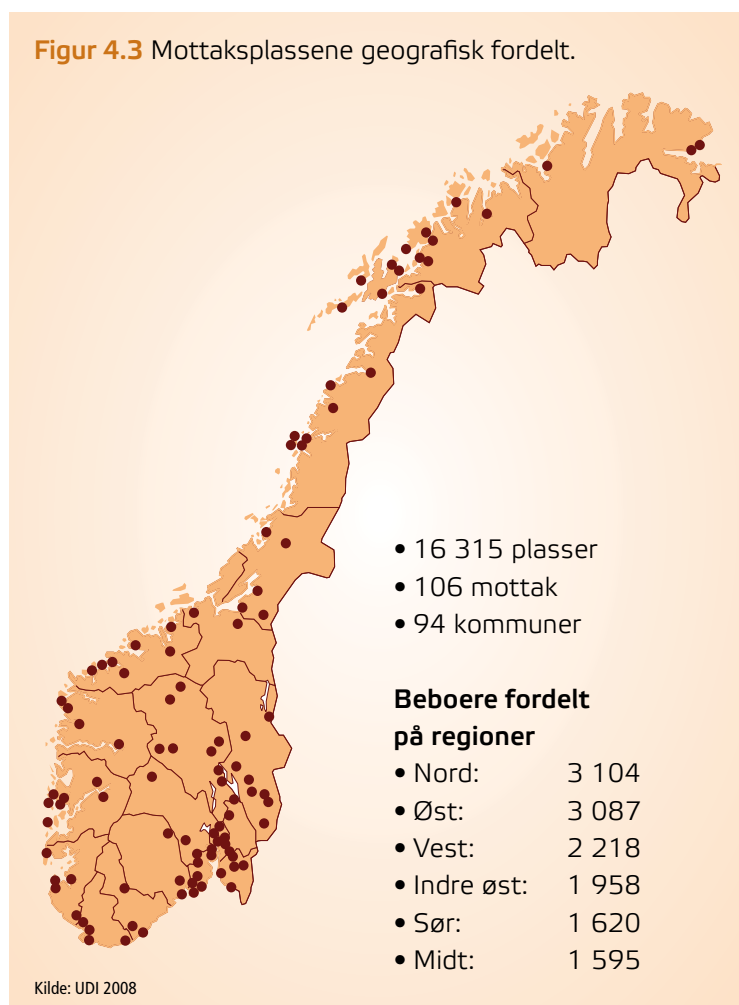
De vanligste diagnosene i flyktninggruppen er (12) posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depressive lidelser, angstlidelser, somatiske lidelser, korte reaktive psykoser og tilpasningsforstyrrelser (13).

Silove (14) viser i en oversiktsartikkel over ulike undersøkelser at hyppigheten av PTSD blant flyktninger og mennesker fra tidligere konfliktfylte områder er relativt stor, varierende mellom 15 og 47 prosent, mot anslagsvis 1,3 og 8 prosent blant den øvrige befolkningen i Australia og USA.

Når en person blir utsatt for ekstremt stress eller opplever at eget liv er i fare, reagerer kroppen med et sett av psykologiske og fysiologiske stressresponser. Dette vil som regel innebære søvnvansker, hyperaktivering, skvettenhet og overdreven vaksomhet, altså reaksjoner som kan være tjenlige i en akutt faresituasjon. Hvis påkjenningen er kortvarig og personen kan komme tilbake til normale

omstendigheter og gjenopprette relasjoner til sine nærmeste, vil ofte reaksjonene gå over av seg selv. Mange flyktninger har imidlertid vært utsatt for gjentatte traumatiserende påvirkninger over tid i omgivelser som har

Figur 4.3 Mottaksplassene geografisk fordelt.



vært farlige og fiendtlige (fengsel, tortur, krig) og der mange har lidd alvorlige tap (tap av nære, tap av sosialt felleskap, tap av førlighet med mer). Disse vil kunne utvikle kompliserte følgetilstander. En vesentlig andel vil fortsatt slite med vansker i lang tid etter at trusselsituasjonen er over og vedkommende befinner seg i trygghet. Vedvarende søvnvansker, gjenopplevelser av traumer, påtrengende minner, langvarig anspenhet, nedstemthet og økt engstelighet, vansker med aggresjonsregulering og gjentatte mareritt er blant symptomene som kjennetegner en posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (15). PTSD vil som regel bare utgjøre en del av bildet. I tillegg vil mange ha kroniske depresjoner, alvorlige smertetilstander, dissosiative tilstander, forandringer i personlighetsfungering og evne til å relatere til andre, og et mindretall vil kunne utvikle alvorlig personlighetsforstyrrelse (personlighetsforstyrrelse etter katastrofale hendelser).

Studier har vist at de som er i stand til å ta vare på sin egen kulturelle bakgrunn, samtidig som de har ressurser til å tilpasse seg sitt nye hjemland, klarer seg best (16).

Spesielt sårbare grupper: barn som flyktninger

Barn utgjør en fjerdedel av asylsøkere, og bør tas særlig hensyn til. Hos barn er de følelsesmessige reaksjonene på traumatiske hendelser ofte større og mer intense enn foreldrene tenker seg. Man ser bl.a. separasjonsangst, forsinket utvikling og atferdsforstyrrelser. Det er også påvist nevrofysiologiske forandringer som svar på traumatiske belastninger. Barns sårbarhet øker ytterligere når deres omsorgspersoner har vært utsatt for belastninger som har svekket deres omsorgsevne og på grunn av usikkerheten familien lever med under migrasjonsprosessen. Foreldrenes eventuelle egne traumer påvirker deres muligheter til å skape trygghet hos barna. Omsorgsevnen blir

satt på prøve i en krevende livssituasjon, som ofte strekker seg over tid.

Undersøkelser av enslige mindreårige asylsøkere (EMA-gruppen) viser at depresjon og atferdsproblemer er de hyppigst forekommende psykiske problemene, og omtrent 50 prosent oppgir så høy symptombelastning at det må antas å gå utover de daglige aktivitetene (17). På linje med egenrapporterte psykiske vansker i innvandrerguppen generelt er kjønnsforskjellene synlig også her – det er jentene som oppgir å ha høyest forekomst av depressive symptomer.

Tilgang på og bruk av helsetjenester i mottak

I en kartlegging fra 2004 fremkommer det at samtlige mottak har hatt beboere som har mottatt psykiske helsetjenester. Samtidig oppgir nesten halvparten av mottakene at de har beboere med et udekket behandlingsbehov. Det samlede psykiske helsetilbudet vurderes som «godt» eller «middels» av 83 prosent av mottakene, mens 17 prosent vurderer tilbudet som «dårlig» (18).

Kompetanseutvikling i forhold til flyktinghelse har vært et aktuelt tema i løpet av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2008. Nye nasjonale og regionale kompetansemiljøer for ivaretagelse av området vold og traumatisk stress er blitt etablert med direkte relevans for helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten og for mottakspersonell. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004 med påfølgende etablering av fem Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmord (RVTS). Ressursentrene har egne fagteam for flyktinghelse og tilbyr bl.a. veiledning av mottakspersonell ved siden av temaspesifikk kompetanseheving til de ulike kommunale instansene og spesialisthelsetjenesten.

Kartlegging av psykisk helse i ulike faser av prosessen

Den første kartleggingen av psykisk helse gjøres i transittfasen. Helsedirektoratet anbefaler at det i denne fasen legges vekt på hjelp til personer med åpenbare psykiske problemer og med umiddelbare hjelpebehov. Personer med behov for tett oppfølging må sikres overføring til mottak som tilbyr dette.

Asylsøkere og flyktninger skal etter behov og gjeldende regler tilbys svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Helsetilstanden hos gravide, barn og ungdom som har levd under dårlige kår før de kommer til Norge, skal følges nøye opp. Kontakten med helsestasjonen gir mulighet til å sikre at familier med psykososiale problemer får et godt tilbud om støtte og veiledning. Et nettverksskapende arbeid kan her være spesielt nyttig. Ved behov for koordinert innsats fra flere aktører bør samarbeidet organiseres av én instans. Samarbeidet kan blant annet omfatte fastlege, psykisk helsearbeid, sosialtjeneste, skole, barnehage, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og flyktningkonsulenter.

Det er kommunenes ansvar å sikre at helseopplysninger fra transitt til kommunen blir mottatt og fulgt opp av helsepersonell, samt at det i kommunen etableres systemer for informasjon til flyktninger og asylsøkere om helse tilbudet snarest etter bosetting. Det er videre kommunenes ansvar å sikre at asylsøkere med alvorlige psykiske problemer får nødvendige helsetjenester samt å sikre nødvendig koordinering og kompetanseutvikling hos helsepersonell. Alle ansatte innen helsetjenesten bør ha kunnskap om rettighetsstatus til asylsøkere og flyktninger når det gjelder helsetjenester. Det er imidlertid problemer med koordinering av arbeidet, og mange leger føler usikkerhet og opplever manglende kompetanse til å takle disse pasientenes problemer samt at det er vanskelig å få hjelp av psykisk helsevern. Det

er således spørsmål om både kompetanse og om rammebetingelser for behandling og rehabilitering (19).

Helsedirektoratet mener at

- det bør gjennomføres en kartlegging av psykisk helse i ulike faser av asylsøkerprosessen
- det bør etterstrebes kortest mulig saksbehandlingstid for å redusere den belastning som usikkerheten om opphold innebærer for psykisk helse. Språkopplæring må sikres, i tillegg til andre meningsfulle hverdagsaktiviteter.
- kommuner og helseforetak bør avsette helsefaglige personellressurser til å arbeide spesielt med asylsøkere og flyktninger.
- mottaksansatte sammen med politi og helsetjeneste bør sikres opplæring om psykisk helse for å identifisere helseutfordringer, derunder vurdering av risiko ift potensielt voldelig atferd
- Individuell plan (IP) bør tilbys asylsøkerne med behov for koordinerte og langvarige tjenester fra flere instanser.
- det er viktig at enslige mindreårige asylsøkere og barn som bor med sine foreldre i mottak sikres at de får nødvendig hjelp i samarbeid mellom barnevern, skole og den kommunale helsetjenesten samt spesialisthelsetjenesten der det er behov for det.
- asylsøkere i mottak og flyktninger skal ha opplæring i sine rettigheter og plikter

5 De papirløse

Beregninger viser at det er mellom 5 og 8 millioner udokumenterte, ulovlige, irregulære eller papirløse innvandrere i Europa. I Norge antar man at det er bortimot 18 000 papirløse. Dette er personer som ofte ikke er synlige for myndighetene. De får derfor bare i liten grad den hjelp de har krav på gjennom de menneskerettigheter landene har forpliktet seg til å respektere – også når det gjelder helse.

I dette kapitlet rettes oppmerksomheten mot de papirløse, og vi peker på behovet for å tydeliggjøre de papirløses rett til helse-tjenester. Som en illustrasjon av situasjonen enkelte papirløse lever i, har kapitlet en reportasje basert på intervjuer med 30–40 papirløse i Norge.

En papirløs er en person uten lovlig opphold og som i svært liten grad er synlig for myndighetene. Derfor får vedkommende bare i liten grad den hjelp han/hun har krav på ut fra de menneskerettigheter landene har forpliktet seg til å respektere. Mange lider, mange blir utnyttet, risiko for spredning av smittsomme

sykdommer øker, og kostbare nødhjelpstjenester blir ofte dyrere enn ved tidlig intervensjon. Forholdene er ikke lagt til rette for dem, de kjenner kanskje ikke sine rettigheter og kan ha vanskeligheter med å forstå det norske helsevesenet.

Det er beregnet at det er mellom 5 og 8 millioner udokumenterte, ulovlige, irregulære eller papirløse innvandrere i Europa (1). Det er betegnelsen papirløse som benyttes i denne rapporten. Papirløse i Norge kan være personer som blir utover tre måneders opphold fra andre EU-land, noen arbeider svart, det kan dreie seg om personer som har fått avslag på søknad om asyl eller som er ofre for menneskehandel.

Om artikkelforfatteren: Per Kristian Aale er journalist i Aftenposten. Sammen med kollegene Olga Stokke og Reidun J. Samuelsen skrev Aale høsten 2007 en større reportasjeserie om papirløse innvandrere i Norge. For denne artikkelserien fikk de tre journalistene Regjeringens menneskerettighetspris for journalister i 2008 og Brosteinprisen samme år fra Kirkens Bymisjon.

Et liv i konstant frykt

Av Per Kristian Aale

Illegale innvandrere finnes overalt. De leverer avisen på dørmatten din om morgenen, vasker huset ditt og bærer møblene dine når du flytter. De papirløse sliter med dårlig helse og psykiske problemer, men er sjelden i kontakt med helsevesenet.

«Mahmoud» (9 år) ligger på den slitte sofaen i det lille rommet han og moren «Leyla» har fått låne. Gardinene er trukket godt for. For tre år siden får «Mahmoud» og «Leyla» endelig avslag på asylsøknaden. Da går moren og sønnen fra Midtøsten under jorden, og de flytter rundt i en by i Sør-Norge. Moren sover på en madrass på gulvet, sønnen ligger på sofaen.

«Mahmoud» gråter. – Mamma, jeg har så vondt i øret.

«Leyla» vet ikke hva hun skal gjøre. Hun føler at det er hennes skyld. Lege tør hun ikke oppsøke. I fortvilelse ringer hun til en venninne som kjenner

en lege. Legen ordner det slik at «Leyla» kan hente antibiotika på et apotek. Da må hun gå ut, noe hun nødvendig gjør.

Mørket har senket seg, og «Leyla» kikker rundt hvert gatehjørne før hun våger seg frem. Når kysten er klar, piler hun nedover gaten, men hun stivner av skrekk da høye ul fra en sirene bryter stillheten. En politibil kommer susende. Hun tvinger seg til å gå normalt, men hjertet dunker så høyt at hun føler at forbipasserende kan høre det. Hendene er klamme; hun skjelver kraftig.

Stor reportasjeserie

Høsten 2007 publiserte Aftenposten en serie reportasjer om livsvilkårene til papirløse utlendinger som oppholder seg i Norge. Aftenposten snakket med mange forskere, organisasjoner, etater, politi, enkeltmennesker og mellom 30 og 40 papirløse innvandrere som bor rundt i Norge for å kartlegge livsvil-

kårene til ulovlige innvandrere.

Strengere asylpolitikk og mer effektive kontrolltiltak gjør at flere går i skjul, og et mer mangfoldig samfunn gjør det lettere å gjemme seg. For et tiår siden ville en utlending ha skilt seg ut i en liten bygd, men i dag bor det folk fra hele verden spredt rundt i hele landet. Svært få klarer seg uten et nettverk av gode hjelpere – skjulere. Ofte kan det være andre innvandrere eller nordmenn.

Utenlandske statsborgere som har fått avslag på asylsøknaden, plikter å forlate landet. De som ikke gjør det frivillig, vil bli uttransportert av politiet. Likevel er det flere tusen papirløse innvandrere i Norge. Nye estimater fra Statistisk sentralbyrå tilsier at antallet papirløse ligger mellom 10.000 og 30.000, mest sannsynlig rundt 18.000. Usikkerheten knyttet til estimatet er stor (2).

Dårlig mental helse

Etter å ha fått medisiner blir «Mahmoud» raskt frisk, men hans mentale helse blir stadig mer skral. I nesten to år er den lille gutten isolert fra omverdenen, uten skolegang og lekekamerater. «Leyla» forsøker å registrere ham på flere skoler, men blir avvist fordi de ikke har oppholdstillatelse.

Mens andre barn er på skolen, ser han på TV dagen lang på det lille rommet. Ute kan han ikke leke, fordi noen kan legge merke til ham. Inne må han være stille for ikke å forstyrre naboene. Flere ganger om dagen gråter han; blir stadig mer kranglete.

Umenneskelig press

Forskere og nettverket rundt papirløse innvandrere forteller at de lever under et umenneskelig press. De klarer sjelden å slappe av fordi de alltid er redd for å bli pågrepet. Mange barn lever i skjul, noe som kan være ødeleggende for dem. Noen er spedbarn, andre i førskolealder. Atter andre er i skolealder, men uten å gå på skole. Ofte har de ikke venner, de leker sjelden ute.

– Fremtiden er satt på vent. Nytt stress legger seg oppå hardt prøvede nerver hos store og små

når familien flytter fra sted til sted av frykt for å bli avslørt, forteller en norsk kvinne som har hjulpet irregulære innvandrere i mange år.

Barn har egne rettigheter gjennom FNs barnekonvensjon, som er tatt inn i norsk lov. Blant annet slår den norske opplæringsloven fast at alle barn som oppholder seg i Norge over tre måneder, har rett til skoleplass. Likevel blir mange av disse barna holdt hjemme, fordi familiene er redde for å bli avslørt. I andre tilfeller blir de avvist, slik som «Mahmoud». Etter et par år er det en skole som ønsker ham velkommen.

Født til et liv i skjul

Hun kjenner varmt vann renne nedover lårene og leggene. Under den store magen danner det seg en dam på gulvet. Vannet er gått. Kommer barnet nå, en måned for tidlig? Gravid med sitt første barn. Etter syv år i skjul i Norge må hun nå opp til overflaten for å føde sitt etterlengtede barn. Jyoti, en kvinne midt i 30-årene, flyktet til Norge for ti år siden. Ektemannen Sures, som hun møtte på et asylmottak, kom året etter henne.

Jyoti får hjelp. I fjor høst, en måned før termin, blir barnet tatt imot av profesjonelle jordmødre på en offentlig fødestue et sted i Norge. Den lille blir fulgt opp av den lokale helsestasjonen. Alle godtar forklaringen om at de er asylsøkere som venter på svar. Ingen oppdager at de har oppgitt lånt adresse. Ingen stiller ubehagelige spørsmål.

Den lille jentebabyen er en sol, en lysende, varmende fakkell i livet deres. Men hun har knapt sett verdens lys. Barnet er født til en kjellertilværelse i skjul, fortielse, angst og hemmelighold. Mors blikk veksler mellom skinnende lykke og matt avmakt. Murvegger, flisgulv med varmekabler, innestengt lukt av møllkuler.

Her i denne kjelleren i en bygd i Norge bor mor, far og det lille barnet. Lysrør høyt på veggen lyser opp et lite krypinn med kjøkkenbenk i enden av gangen, bad med dusj, stue med tv og grå velursofa. Bak et forheng i stuen står dobbeltsengen tett inntil

barnesengen som lener seg til et nøkternt husalter med religiøse ikoner.

Akutt helsehjelp

Selv om de papirløse oppholder seg ulovlig i landet, har de rett til akutt helsehjelp. Likevel er det få som oppsøker helsetjenesten, fordi de er redde for å bli rapportert til myndighetene, eller de klarer ikke betale for behandlingen. Ulovlige innvandrere lar være å oppsøke helsetjenesten, selv om de har behov for legehjelp.

– I realiteten har de begrensede rettigheter til legehjelp, sier lege Arild Aambø, nestleder for Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI).

Staten refunderer ikke utgifter helsepersonell har når de tar imot og behandler innvandrere uten registrert navn og nummer. Ifølge loven skal regningen da tilfalle pasienten, men det er umulig for de fleste ulovlige innvandrere å ta slike utgifter.

– Det er et dilemma for helsevesenet. Legene har en rett til å hjelpe, men hvem skal ta regningen, spør Aambø.

Når mennesker er i nød, eller har behov for øyeblikkelig hjelp, er det ingen diskusjon. Det skal de ha. Men hvor går grensen?

Det store, svarte hullet

Flere leger vi snakker med som jobber ved store sykehus, forteller at de behandler papirløse likevel. Regningen forsvinner «i det svarte hullet», som de uttrykker det. Mer problematisk er det for fastleger som ikke har sykehusenes gigantbudsjetter.

Noen papirløse løser problemet ved å låne identiteten til venner. De utgir seg for å være noen andre når de oppsøker legen. På den måten får de behandling og medisiner.

I andre tilfeller er det skjulerne som bistår med legehjelp; skjulerne får sin egen tannlege eller lege til å se på vedkommende.

Ulovlige innvandrere som har smittsomme sykdommer, blir ikke behandlet fordi de ikke tør

opsøke helsevesenet.

Illegale innvandrere faller som regel utenfor helsesystemet, konstaterer den svenske legen Sofia Olausson, som i mange år har jobbet med papirløse innvandrere.

– Hvis de har smittsomme sykdommer – som tuberkulose – kan det bli et folkehelseproblem hvis de ikke blir behandlet, sier Olausson.

HIV-smittede i skjul

Vi er i kontakt med papirløse innvandrere som lever i skjul og har HIV-smitte, og Kirkens Bymisjon bekrefter at flere HIV-positive lever under jorden, blant annet er det en del prostituerte som jobber på gaten. Selvhjelp for innvandrere og flyktninger (SEIF) er av og til i kontakt med mennesker som har smittsomme eller kroniske sykdommer, men som ikke tør oppsøke lege.

Fylkeslege i Vest-Agder Kristian Hagestad har i mange år jobbet med problemet med ulovlige innvandreres helse.

– Både av hensyn til personene selv og folkehelsen er det viktig at de får nødvendig helsehjelp. Vi opplever imidlertid at mange er redde, og de våger ikke oppsøke helsevesenet selv om de burde det av hensyn til seg selv og samfunnet – hvis det er snakk om smittsomme sykdommer, fremholder Hagestad.

Rwanda, april 1994

De hissige fløytelydene går som snertende piskeslag gjennom luften. Hutumilitsen kommer marsjerende og dansende. Flere har militæruniform, noen går i sivil. Enkelte har bundet hvite tøyfiller rundt pannen.

Hvor er kakerlakkene, hvor er kakerlakkene, skriker de mens de gjennomfører et hus på jakt etter en tutsifamilie i utkanten av Kigali, hovedstaden i Rwanda.

Like etter kommer de slepende på en far, en høygravid mor, to brødre på 11 og 9 år, og en søster på 5. «Moises» (9) krøker seg sammen i et buskas like bortenfor. Regnet sildrer nedover ansiktet hans, og han kjenner sølen trekker inn i klærne. Han klarer

ikke ta blikket bort fra det som skjer. Den ene gutten går i samme klasse som ham selv.

En norsk by, høsten 2007

«Moises» våkner med et gisp. Dynen er våt av svette. De dramatiske bildene fra april 1994 har brent seg inn i minnet hans. Om og om igjen kommer de tilbake – om natten, på jobben, når han leser til eksamen. Ofte får han ikke sove. Han blir livredd, uten å vite hvorfor. Når han hører fløytelyder, blir han kvalm.

For seks år siden søkte den unge tutsien asyl i Norge, men for tre år siden fikk han endelig avslag. Siden har han levd ulovlig her. «Moises» har angst og mareritt etter at han som liten gutt opplevde folkemordet i Rwanda i 1994 på nært hold. I løpet av 100 dager blir en snau million tutsier og moderate hutuer slaktet.

En del som lever i skjul i Norge, er asylsøkere som har fått avslag på asylsøknaden. Mange kommer fra land i krig og har store traumatiske opplevelser med seg hit.

En rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) dokumenterer at nyankomne asylsøkere sliter med store traumer og psykiske problemer (3). 22 prosent har opplevd voldtekt, 64 prosent har sultet, 77 prosent har vært nær ved å bli drept og 64 prosent er blitt torturert. 59 prosent oppgir angstsymptomer, 46 prosent depresjonssymptomer, mens en tredjedel ser ut til å ha posttraumatisk stresslidelse.

Sliter psykisk – ingen oppfølging

Vi snakket med tidligere asylsøkere som lever i skjul etter avslag på asylsøknaden. De sliter med psykiske problemer, men får ingen oppfølging.

– En slik livssituasjon må være ekstremt stressende og setter alle menneskelige ressurser på strekk. Papirløse er i en forferdelig vanskelig situasjon, og det gjør samfunnet vårt mindre stabilt, sier psykiater Marianne Jakobsen ved NKVTS.

Jakobsen og hennes kolleger har ikke forsket på mennesker som lever i skjul, men hun sier at den psykiske tilstanden sannsynligvis bare blir verre av å gå under jorden.

– Vi vet lite om dem. Men den økende belastningen ved å leve i skjul – ikke å vite hvor man skal bo eller jobbe, og å ha konstant frykt for å bli tatt av politiet – øker sykdomssymptomene. Det er skremmende at vi har en undergruppe av mennesker i samfunnet vårt, sier Jakobsen.

Rwanda, april 1994

– Nå skal vi se hvordan dette tutsibarnet i magen ser ut, skriker en militsleder og peker på magen til den gravide kvinnen.

«Moises» puster og svelger tungt når han forteller sin historie. Ofte blir han stille. Han leter etter ordene.

– Rwanda er ikke et land jeg orker å bo og oppdra mine barn i, hvisker han.

Mange papirløse som vi snakker med, forteller om traumatiske opplevelser fra hjemlandet. De som har søkt om asyl, fikk minimalt med faglig oppfølging mens søknaden ble behandlet. Etter at de gikk under jorden – etter endelig avslag – får de absolutt ingen psykologisk hjelp.

Vi snakker med mennesker som har levd i skjul i Norge i flere år, men som deretter er blitt innvilget opphold. Likevel sliter de fortsatt. De er tydelig preget av tiden de levde under jorden. Å leve i skjul setter varige spor.

Retten til helsetjenester er ubestridelig

Retten til helse er en menneskerett etter Menneskerettserklæringen av 1948: Enhver har rett til en levestandard som er adekvat for helse og velferd (well-being) for ham og hans familie, inkludert mat, klær, husvære og helsetjenester ... (4). Men denne del av erklæringen er uspesifisert, ikke kvantifisert og lar seg vanskelig håndheve. Det samme gjelder rettighetene etter Den internasjonale overenskomst om økonomiske, sivile og kulturelle rettigheter, ICESCR, som i 2005 var ratifisert av praktisk talt alle europeiske stater (5). Den anerkjenner retten for alle til den høyest oppnåelige status (standard) for fysisk og mental helse for alle (5, artikkel 12).

Retten til helsetjenester er ubestridelig. Og den går ut over begrepet nødvendig helsehjelp, slik det brukes i den norske kommunehelsesloven. Mange land i Europa har tatt skritt for å gjøre helsetjenester tilgjengelig for de papirløse, og tiltakene er svært forskjellige.

På den ene siden ligger Tyskland, som på papiret krever at helsepersonell som blir kontaktet av slike pasienter, melder fra til politiet. På den andre siden ligger Sveits, Nederland og Portugal, som gir omfattende helsehjelp til papirløse. Andre land som ligger imellom, har ulike typer tilbud gjennom frivillige organisasjoner.

Flere mellomstatlige organisasjoner har engasjert seg i denne problematikken rundt migrasjon og helse de senere år. EU under det portugisiske formannskapet satte høsten 2007 migrasjon og helse på dagsordenen. Men, «Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society» (6) nevner ikke eksplisitt de papirløse innvandrerne. Heller ikke WHO's resolusjon under Helseforsamlingen våren 2008 tar utfordringen. Men Europarådets oppfølging av det portugisiske initiativet tok problemene videre i Bratislava i november 2007. «On health,

human rights and migration» tar til orde for å fjerne hindringer for helse for alle som er «on the move», inkludert «emergency health care» for irregulære migranter (7). Europarådet har senere satt ned en ekspertgruppe

Nederland

Papirløse pasienter skal gis nødvendig helsehjelp. Det er legen som definerer hva som er «nødvendig» (responsible and appropriate medical care). Pasientene skal betale selv. Dersom de ikke kan betale, kan den som yter hjelp kreve 80 % refusjon fra et eget fond som myndighetene har satt av. Dersom de gjenstående 20 % blir et stort beløp, ved kostbar behandling, vil institusjonen absorbere kostnadene. De papirløse kan ikke tegne forsikring. Pasienter blir ikke angitt til myndighetene.

Portugal

Alle har rett på nødvendige helsetjenester. De papirløse skal betale selv, med to unntak. Det ene er for smittsomme sykdommer. Et legepanel avgjør hvilke smittsomme sykdommer det gjelder. Både aids og resistent tuberkulose faller innenfor. Det andre unntaket er for papirløse uten betalingsevne. Da avgjør en kommissær for innvandrere om det offentlige skal bære kostnadene.

Sveits

I Sveits er det mellom 80 000 og 300 000 papirløse, Sans-Papier. De har rett til helsetjenester når en nødsituasjon oppstår, i enkelte kantoner er nødsituasjonen ikke et krav. Behandlingen skal dekkes av forsikringer.

Alle i Sveits skal ha en forsikring, og forsikringselskapene er forpliktet til å forsikre alle som søker, uavhengig av helsetilstand. Innvandrere skal tegne forsikring innen tre måneder etter innreise. Arbeidsgiver skal forsikre alle sine ansatte, også de som er ulovlig i landet.

Likevel er åtti til nitti prosent av de papirløse uten forsikring. De kjenner ikke sine muligheter, kjenner ikke systemet, eller er redde for å bli angitt. Men i helsevesenet er det eksplisitt forbudt å gi personopplysninger videre.

De papirløse uten forsikring får likevel nødvendig helsehjelp. Enten blir utgiftene dekket av sosialhjelpen, arbeidsgiver, helseinstitusjonen, egenbetaling, eller et system for forsikring med tilbakevirkende kraft, på visse betingelser.

Norge

Alle som oppholder seg i Norge, lovlig eller ulovlig, har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Helsehjelp skal ytes så lenge hjelpen er «påtrengende nødvendig». Det er spørsmål om hvor langt retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten går. Dette er særlig aktuelt i forhold til omfattende langvarig behandlingssopplegg, rehabilitering m.v. Voksne over 18 år som er her uten lovlig opphold, har i hovedsak ikke rett til annen helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten enn øyeblikkelig hjelp. I medhold av Barnekonvensjonen har gravide rett til helseomsorg fra spesialisthelsetjenesten før og etter fødsel. Barn opp til fylte 18 år har i medhold av Barnekonvensjonen rett til helse-tjenester på linje med andre selv om de ikke har lovlig opphold. Personer uten lovlig opphold har krav på å få vite om den helsehjelp de har rett til og hvor de kan få den.

Enhver har rett til smittevern hjelp etter smittevernloven § 6-1. Smittevern hjelp for allmenn-

farlige smittsomme sykdommer er gratis for alle som oppholder seg i Norge, selv om de ikke har lovlig opphold. Personer uten lovlig opphold har ikke rett til å stå på liste hos fastlege. Retten til å få tjenester må skilles fra betaling for å få tjenesten. Taushetsplikten er som hovedregel til hinder for at opplysninger gis til politiet uten at pasienten ønsker det.

I forslag til endringer i straffeloven (Ot.prop. nr. 22 (2008–2009)) foreslås det: «§ 108 nytt femte ledd skal lyde: Den som yter humanitær bistand til utlending som oppholder seg ulovlig i riket, skal ikke kunne straffes for medvirkning til ulovlig opphold med mindre: a. Vedkommende har hatt til hensikt å hjelpe utlendingen til å unndra seg plikten til å forlate riket og b. hjelpen har vanskeliggjort myndighetenes mulighet til å få til en utsendelse.»

Kilde: www.helsedirektoratet.no

som skal se nærmere på mobilitet, migrasjon og tilgang til helsetjenester, med et mandat som går ut i juni 2010.

EUs Agency for Fundamental Rights, FRA, har i 2009 bestemt seg for å starte en omfattende kartlegging av rettstilstanden til papirløse innvandrere når det gjelder utdanning, helse, bolig og arbeid. Den Internasjonale Røde Kors-føderasjonen, Verdens Leger (Médecins du Monde) og PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) har også engasjert seg sterkt. «Health Care in NowHereland», et prosjekt under EU, og informasjonsstedet MIGHEALTHNET (8) tilbyr informasjon om temaet. Det siste har en norsk side som gir utfyllende informasjon om migrasjon og helse.

Også i Norge er interessen for de papirløse økende. Leger og helsepersonell yter ofte frivillig hjelp også i tilfeller der de papirløse ikke kan betale for seg.

Rett til grunnleggende helsetjenester

Legeforeningen ga i 2008 ut «Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere» (9). Der tar en opp helsehjelp til papirløse innvandrere og peker på rettslige og andre barrierer for tilgang til helsetjenester. Legeforeningen mener at myndighetene må sørge for at personer uten lovlig opphold kan få dekket sitt behov for nødvendige helsetjenester, også utover øyeblikkelig hjelp.

Også NOU 2008:14 Samstemt for utvikling tar for seg migrasjon, og slår til lyd for en mer offensiv holdning for å bedre forholdene for de papirløse både i Norge og internasjonalt (10). Et av tiltakene som foreslås der, er å gi rett til grunnleggende helsetjenester ut over akutt behandling for papirløse migranter i Norge.

Kostnader et hinder

Alle, turister, forretningsmenn og papirløse innvandrere, har tilgang til helsetjenester hvis de betaler for det. Men for de papirløse kan

kostnadene være et hinder. Og det er flere hindringer for dem, ikke bare mangel på penger, men også helsepersonellens holdninger, frykt for å bli angitt og mangel på forståelse for hvordan helsevesenet fungerer, spiller inn.

Enkelte hevder at ordninger som gir de papirløse adgang til helsetjenester, virker som en pull-factor. Det vil si at personer fra fattige land trekkes til Norge for behandling i helsetjenesten. Der er liten grunn til å tro at dette faktisk er tilfelle.

Helsedirektoratet mener at

- også papirløse skal gis eksplisitt rett til forebyggende og kurative helsetjenester i primærhelsetjenesten.
- for sårbare grupper som barn, personer med funksjonshemninger, gravide kvinner og eldre bør tilbudet være på linje med tilbudet til befolkningen for øvrig.
- det bør etableres informasjonssystemer som bidrar til at også ulovlige innvandrere blir kjent med sine rettigheter til helsetjenestene, og at kontakt med helsetjenesten er omfattet av helsetjenestens taushetsplikt. Informasjon skal ikke formidles til politi eller andre myndigheter.
- det må utarbeides ordninger for finansiering av helsetjenester til ubemidlede papirløse.
- det bør settes ned et utvalg med representanter fra innvandrer-, integrasjons- og inkluderingsmyndigheter, sammen med helsemyndighetene, for å avklare ansvarsforhold og tydeliggjøre rettigheter og plikter knyttet til rett til helsetjenester for de papirløse.
- tjenestene bør omfatte både forebyggende og kurative tjenester, innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

6 Arbeidsinnvandrere

Arbeidsinnvandring har eksistert like lenge som folk har hatt utsikter for arbeid og muligheter til et bedre liv andre steder. Etter EU-utvidelsen mot øst i 2004 har arbeidsinnvandringen til Norge økt kraftig. Innvandringen har gitt Norge tiltrengt arbeidskraft, men den har også skapt noen utfordringer for helsetjenesten, spesielt i forhold til informasjonsformidling, organisering og dimensjonering av tjenestene.



I dette kapittelet drøftes hvilke utfordringer og konsekvenser den økte arbeidsinnvandring som følge av utvidelsen av EU/ EØS området i 2004 og 2007, har for helsetjenesten. Kapittelet gir innledningsvis et innblikk i arbeidsinnvandringen til Norge over tid. Deretter følger en beskrivelse av dagens arbeidsinnvandrere; og utfordringer knyttet til behov for helsetjenester.

Arbeidsinnvandring til Norge

1950 – Norden

Arbeidsinnvandringen til Norge har historisk sett vært økonomisk motivert. Antallet arbeidsinnvandrere har variert med konjunkturforskjellene mellom Norge og de landene arbeidstakerne har kommet fra (1). På 50-tallet bestod arbeidsinnvandringen til Norge i første rekke av svensker, dansker og finner, blant annet som følge av etableringen av det fellesnordiske arbeidsmarked i 1954, som ga innbyggere mulighet til fritt å arbeide og bosette seg i Norden.

1965 – Asia

Mot slutten av 60-tallet tiltok arbeidsinnvandringen fra Asia, spesielt fra Pakistan og Tyrkia.

Denne innvandringen var ikke et resultat av bevisste politiske føringer, og myndighetene hadde ikke ventet at arbeidsinnvandrerne skulle etablere seg permanent. I 1975 ble det innført innvandringsstopp, og arbeidsinnvandringen avtok dramatisk. Innvandringen hadde imidlertid skapt brohoder og fortsatte, til tross for innvandringsstoppen, i form av familieinnvandring, blant annet fra Pakistan.

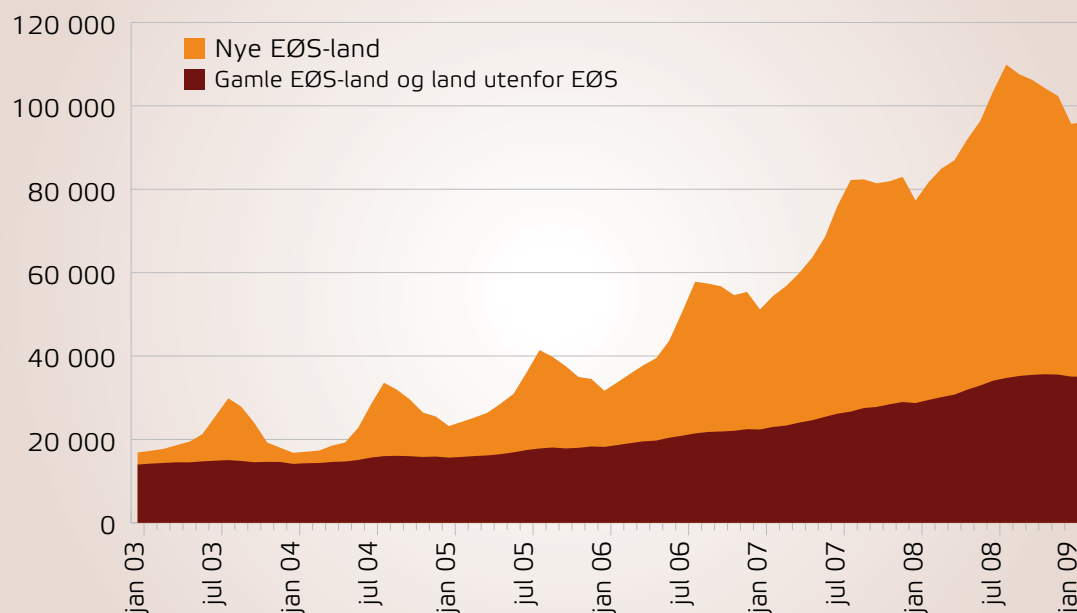
2004 – Øst-Europa

Åpningen av EU mot øst i hhv. 2004 og 2007 ga befolkningen i de nye medlemslandene mulighet til å reise, søke arbeid og utføre tjenester i andre land i EU/EØS-området. Norge ble et attraktivt arbeidsmarked, spesielt for polakker og baltere. Etter EU-utvidelsen har det vært en jevn økning i antallet innvilgede arbeidstillatelser til Norge.

Pr. 1. mars 2009 hadde 60 900 personer fra de nye EU-landene gyldig arbeidstillatelse i Norge, en økning på elleve prosent i forhold til samme tidspunkt i 2008. Fra februar til mars 2009 har det derimot vært en nedgang i antall innvilgede arbeidstillatelser (2).

Figuren under viser antall gyldige arbeidstillatelser i Norge, den første hver måned fra

Figur 6.1 Antallet gyldige arbeidstillatelser i Norge.



Kilde: UDI 2009 (fra august 2007 er Bulgaria og Romania inkludert i nye EØS-land)

1. januar 2003 til februar 2009. Nordiske borgere trenger ikke arbeidstillatelse og er ikke inkludert i oversikten.

Det har vært en jevn økning i arbeidstillatelser fra nye EU-land. Figuren viser også en tydelig sesongvariasjon i antallet arbeidstillatelser.

Endringer i arbeidsinnvandringen

Utvidelsen av EU mot øst har medført endringer i arbeidsinnvandringen til Norge. Selv om de fleste arbeidsinnvandrerne fortsatt kommer fra de nordiske landene, er økningen sterkest fra de nye EU-landene. Arbeidsinnvandrerne fra Polen utgjorde den største gruppen i 2008 (1).

Framskrivninger for innvandringsbefolkningen med bakgrunn fra EU/EØS/EFTA-områdene, foretatt av Statistisk sentralbyrå (SSB), viser en økning fra 161 000 personer pr. i dag til rundt 320 000 i 2014. I 2060 kan denne gruppen utgjøre mellom 480 000 og 930 000 (3).

Den nye arbeidsinnvandringen

Arbeidsinnvandringen etter 2004 har vært konsentrert til lavtlønnet og ufaglært arbeid innenfor enkelte bransjer; fortrinnsvis bygg, renhold, landbruk og enkelte industrigrener (4;5). Dette er bransjer med fysisk tungt arbeid og høy risiko for både ulykker og skader.

Det store flertallet av individuelle arbeidsinnvandrere er menn, kun snaut 20 prosent av arbeidstillatelsene ble gitt til kvinner (6). En studie foretatt av Fafo blant polske arbeidsinnvandrere i Oslo, viste at de fleste hadde utdanning på lavt nivå, eller var ufaglærte. Mennene arbeidet hovedsakelig innen byggebransjen, mens kvinnene arbeidet med renhold i private hushold. Flertallet av kvinnene arbeidet illegalt uten oppholdstillatelse og uten å betale skatt. Mange jobbet deltid (5).

Mye jobb, lite sosial kontakt

Studier av arbeidsinnvandrere fra Polen viser at de jobber så mye at de ikke har tid eller

kapasitet til å lære språk, etablere sosiale nettverk eller drive fritidsaktiviteter (7). Forholdet til Norge kan beskrives som et forretningsmessig forhold, hvor oppholdet primært omhandler arbeid og penger. De fleste arbeidsinnvandrere fra Polen reiser ut alene (8). Kun 20 prosent av gifte par med barn og 10 prosent av ugifte par reiste ut sammen. Det er ofte lettere å bli integrert i samfunnet når man har med familien, og de som tar med seg familien reduserer også sannsynligheten for å returnere (1). Flere studier viser at god sosial integrasjon har positiv effekt på helsen, særlig den psykiske helsen (9).

Lengre opphold

Utviklingen går i retning av lengre opphold for arbeidsinnvandrerne. Mye av arbeidsinnvandringen til Norden har vært av kortvarig karakter, men særlig norske tall viser nå en klar dreining mot mer varige opphold. Det er også en markant vekst i innflytting og familie-gjenforeninger fra de nye medlemslandene i EU (10;11).

I kjølvannet av finanskrisen høsten 2008 er arbeidsmarkedet blitt strammere. Mange arbeidsinnvandrere har mistet jobben, og det var ventet at flere ville returnere til hjemlandet. Foreløpig viser trenden at de aller fleste blir værende. Selv om mange av innvandrerne arbeider i bransjer som er hardt rammet av den nedadgående konjunktoren, er situasjonen trolig bedre i Norge enn i andre EU-land. Den norske konjunktursituasjonen vil, sammen med et høyt lønnsnivå og gode velferdsordninger, trekke i retning av at arbeidsinnvandrerne vil bli i Norge i påvente av bedre tider (1).

Regelendringer skaper uforutsigbarhet

Fra 1. mai 2009 er kravet om oppholdstillatelse erstattet med et meldepliktsystem. Dette gjelder personer fra Estland, Latvia, Litauen, Polen, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia og Ungarn. Erfaringer fra andre EU-land viser at melde-

plikten i liten grad overholdes. Avviklingen av kravet om oppholdstillatelse vil sannsynligvis gi mer uoversiktlige forhold som gjør det vanskeligere å planlegge og dimensjonere helsetjenestetilbudet.

Bruk av helsetjenestene

Økningen i antallet arbeidsinnvandrere stiller krav til helsetjenestene, både i forhold til dimensjonering og organisering av tjenestene, men også til informasjonsformidling. En studie av polske arbeidsinnvandrere og deres helse (7) viser at mangel på informasjon, manglende språkkunnskaper og økonomiske faktorer framstår som barrierer for bruk av helsetjenester. Respondentene i Integrerings- og mangfoldsdirektoratets (IMDi) undersøkelse blant arbeidsinnvandrere (4) rangerer helse som det nest viktigste området å motta informasjon om det første året de er i Norge. Dette betyr ikke nødvendigvis at arbeidsinnvandrere har spesielt stort behov for helsetjenester det første året de bor i Norge, men tyder på at informasjon er viktig for på forhånd å kunne vite hvordan man skal forholde seg ved eventuell framtidig sykdom eller skade, og hva man har krav på når det gjelder behandling og oppfølging.

«Hjelp til selvhjelp blant polske bygningsarbeidere» er et pilotprosjekt som ønsker å bedre situasjonen til polske arbeidsinnvandrere ved å sørge for effektiv og målrettet informasjon om deres rettigheter og plikter som ansatte i Norge. 30 polske bygningsarbeidere har fått undervisning om ulike temaer, samt norskopplæring, og fungerer nå som ressurspersoner i det polske miljøet ved at de sprer relevant informasjon. Prosjektet er et samarbeid mellom Den internasjonale organisasjonen for migrasjon (IOM) og Tømrer og Byggfagforeningen. Programmet startet våren 2008 og vil fortsette i 2009.

Kilde: <http://www.iom.no/>

Det er viktigst at arbeidsinnvandrere får informasjon om medisinsk hjelp, tilgjengelige helsetjenester og hvordan de kan få den hjelpen de trenger. Arbeidsinnvandrere som verken snakker norsk eller engelsk, kan ha praktiske problemer med å få tilgang til helsetjenester (bestille time, kommunisere med lege). Ifølge IMDi undersøkelser snakker arbeidsinnvandrere lite eller ikke noe norsk selv etter noen år i Norge (4). Det forutsetter at helsevesenet benytter profesjonelle tolker i møtet arbeidsinnvandrere som ikke snakker norsk.

IMDi samarbeider med andre offentlige etater, inkludert Helsedirektoratet, om å utarbeide en «Startpakke for arbeidsinnvandrere» med opplysninger om blant annet helsetilbudet.

Rett til akutt helsehjelp, men ikke til fastlege

Alle som oppholder seg i Norge, har rett til nødvendig helsehjelp. Personer som er papirløse eller som har oppholdstillatelse på mindre enn 6 måneder, har derimot ikke rett til fastlege. Svært mange av arbeidsinnvandrerne har kun fått innvilget arbeidstillatelse for kortere enn 6 måneder (ca. 44 prosent av søkere høsten 2008) (11), og har derfor ikke rett til fastlege. (Se for øvrig kapittel 3, *Møtet med helsetjenesten*.) Dette kan skape problemer; både for den enkelte arbeidsinnvandrere som har behov for helsehjelp, men også for tjenesteapparatet, og spesielt legevaktene som får pasienter som burde ha vært hos fastlegen.

Legevakten i Oslo melder om høyt antall behandlede pasienter med d-nummer (midlertidig personnummer). Det høye forbruket av legevakten skyldes trolig høy forekomst av akutte medisinske tilstander, samtidig som mange ikke har andre alternativer å benytte seg av, eller ikke er godt nok kjent med systemet.

Det er uheldig å bruke legevakten til andre forhold enn akutte helseproblemer, både fordi det tar store ressurser og fordi det gir en dår-

ligere kvalitet for pasienter som har sykdommer som bør følges opp over tid. Alternative løsninger bør vurderes for å ivareta helsebehovet for disse personene. Ett alternativ er at fastleger pålegges å motta og behandle personer som ennå ikke står på fastlegelisten. Dette krever i så fall endringer i regelverk i fastlegeordningen.

Ikke-registerte arbeidsinnvandrere

Mange arbeidsinnvandrere seg utenfor den regulerte delen av arbeidsmarkedet. Fafos studie av polske arbeidsinnvandrere i Oslo viser f.eks. at en tredjedel av de intervjuede personene verken betaler skatt til Norge eller Polen (5). Dette innebærer at mange personer som kommer til Norge som arbeidsinnvandrere, omfattes av den samme problematikken som andre papirløse har i forhold til tilgang på helsetjenester. Helsetilstander som burde ha vært behandlet på et tidlig tidspunkt, kan utvikle seg til akutte alvorlige lidelser, fordi personene ikke kontakter helse-tjenesten. (Se for øvrig kapittel 5, *De papirløse*.)

Mulige langsiktige utfordringer

Som tidligere nevnt er mange arbeidsinnvandrere sysselsatt i bransjer med fysisk tungt arbeid og høy risiko for både ulykker og skader. På lengre sikt kan enkelte falle utenfor arbeidsmarkedet som følge av arbeid i utsatte yrker med høy belastning. Noen arbeidsinnvandrere kan ha vansker med å komme seg ut av den svarte økonomien. De får ikke opparbeidet seg trygderettigheter.

I likhet med arbeidsinnvandrere som kom til Norge fra Pakistan, India, Tyrkia og Marokko på 70-tallet, preges dagens arbeidsinnvandring av høy sysselsetting. Arbeidsinnvandrere som kom på 70-tallet, mistet imidlertid i stor grad fotfestet i arbeidslivet etter ti år (12). De forlot arbeidsmarkedet ved fylte 50 år, og lever i dag av uføretrygd eller andre former for statlige overføringer. Ikke-vestlige arbeidsinnvandrere med mer enn 20 år i Norge hadde

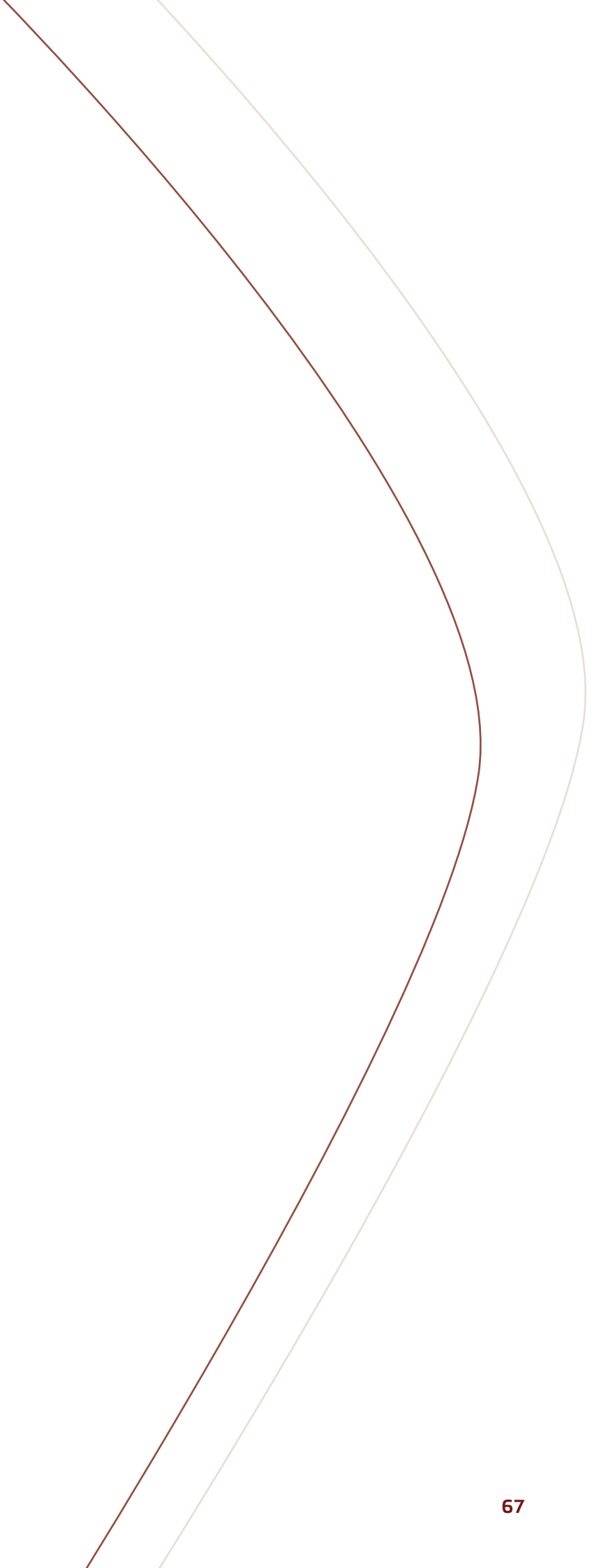
i gjennomsnitt betydelig kortere arbeidskarriere enn nordmenn med samme alder og utdanningslengde (12).

Den lave arbeidsmarkedsdeltakelsen kan skyldes at innvanderne har arbeidet i utsatte næringer og yrker.

Dette er ikke nødvendigvis overførbart kunnskap som forutsier den framtidige utviklingen, men det kan si noe om en mulig utvikling. En utvikling som i tilfelle vil belaste helsetjenestene ut over det som er forventet ved framskrivning av normalbefolkningen. Det blir viktig å integrere arbeidsinnvandrerne godt, slik at de blir stående lenger i arbeid.

Helsedirektoratet mener at

- folkehelsearbeidet og forebyggende arbeid rettet mot arbeidsinnvandrere må styrkes.
- legevakten benyttes som primær helsekontakt for mange arbeidsinnvandrere. Det bør vurderes andre alternative løsninger for å ivareta helsebehovene til denne gruppen.
- det er helsetjenestens ansvar å tilrettelegge for et likeverdig tilbud til hele befolkningen.
- informasjon om rettigheter og tjenestetilbud gjøres tilgjengelig for arbeidsinnvandrere.



7 Helsepersonell over grensen

Helsepersonell flytter på seg og ønsker å jobbe utenfor sitt opprinnelsesland. Det foregår i dag en betydelig internasjonal migrasjon av helsepersonell. Rike land har behov for mer helsepersonell i årene framover. Utdanningskapasiteten vil sannsynligvis ikke være god nok til å dekke behovet. Noen land henter helsepersonell fra andre land som selv har stort behov for helsepersonell. Etisk rekruttering er nødvendig.



I dette kapitlet ser vi på den økende etterspørsel etter helse- og pleiepersonell i rike land i årene som kommer – også i Norge. Mange land vil velge å hente helsepersonell fra fattige land, som da tappes for helsepersonell de selv trenger. Det blir viktig med langtidsplanlegging og fordeling av de globale helsepersonellressursene på en solidarisk måte.

De fleste land mangler helsepersonell

Norge har en omfattende helse- og sosialtjeneste med legedekning noe over middels for europeiske land og den høyeste sykepleierdekningen blant OECD-landene. Legedekningen er avhengig av både legeutdanning av nordmenn ved utenlandske universiteter og utdannede leger med annet statsborgerskap som arbeidsinnvandrere til Norge. Tannlegedekningen er i økende grad avhengig av utenlandsk arbeidskraft, og det er et betydelig antall av utenlandske sykepleiere. Andelen av innvandring fra de nordiske landene avtar.

De fleste land mangler helsepersonell. Planlagt rekruttering fra andre land kan for-

årsake dominoeffekter der avsenderland henter sitt helsepersonell fra land som er i enda vanskeligere situasjon. Og Stokke og Reidun J. Samuelsen skrev Aale høsten 2007 en større reportasjeserie om Norge har tatt initiativ til å begrense skapdelige virkninger for fattige land med kritisk mangel på helsepersonell. Samtidig er det nasjonale helsepersonellpolitikk. Det vil for eksempel bli stor mangel på arbeidskraft i pleie- og omsorgstjenesten i framtiden. Dette er en utfordring Norge deler med store deler av verden: Myndighetene må sørge for at den nasjonale helsepersonellpolitikken er bærekraftig i forhold til egne ressursbehov.

Betydelig migrasjon av helsepersonell

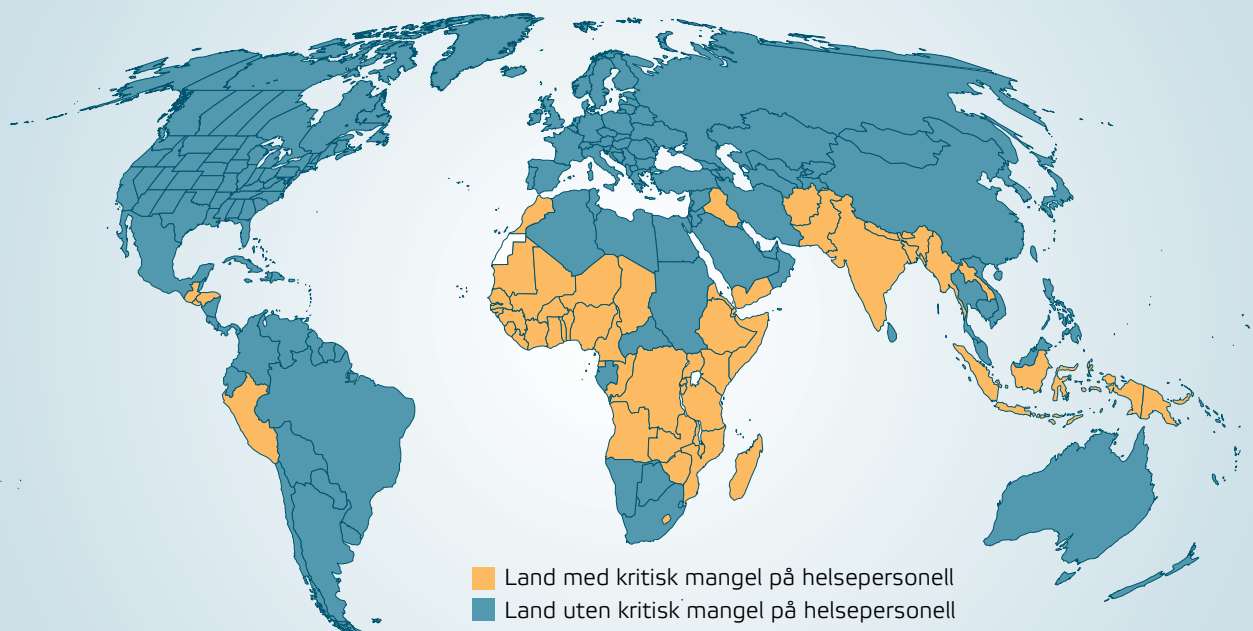
Det foregår i dag en betydelig internasjonal migrasjon av helsepersonell. Rike land vil oppleve økende etterspørsel etter helsepersonell i årene framover. Utdanningskapasiteten vil sannsynligvis ikke klare å holde tritt med den økende etterspørselen.

Når mange rekrutterer helsepersonell fra andre land enn sitt eget, øker migrasjon av helsepersonell også fra fattige land. Flere fattige land har allerede i dag akutt mangel på helse-

Om artikkelforfatteren:

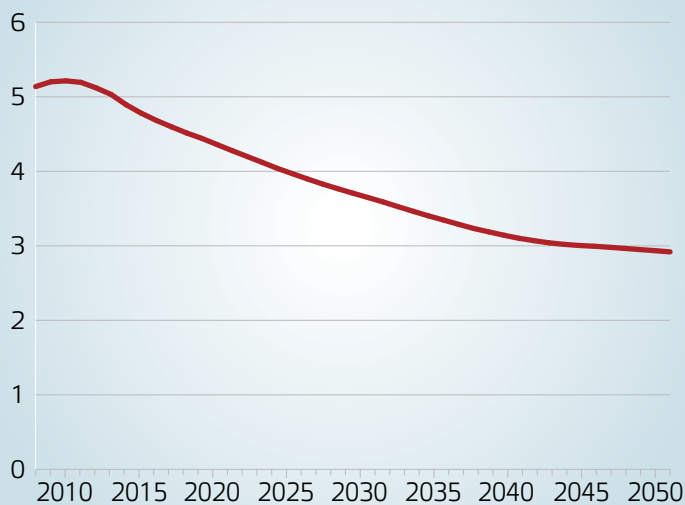
Journalist i Aftenposten. Sammen med helsejournalistene Stokke og Reidun J. Samuelsen skrev Aale høsten 2007 en større reportasjeserie om Norge har tatt initiativ til å begrense skapdelige virkninger for fattige land med kritisk mangel på helsepersonell. Samtidig er det nasjonale helsepersonellpolitikk. Det vil for eksempel bli stor mangel på arbeidskraft i pleie- og omsorgstjenesten i framtiden. Dette er en utfordring Norge deler med store deler av verden: Myndighetene må sørge for at den nasjonale helsepersonellpolitikken er bærekraftig i forhold til egne ressursbehov.

Figur 7.1 Land med mangel på helsepersonell, 2006.



Kilde: WHO, Global Atlas of the Health Workforce (<http://who.int/globalatlas/default.asp>).

Figur 7.2 Aldersbæreevnen (forholdet mellom yrkesaktive, 16–66 år, og pensjonister, 66 år og over) i Norge for perioden 2000–2050.



Kilde: St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer

personell. Fattige land mangler velfungerende helsesystemer, og mangelen på helsepersonell er en viktig årsak til dette. Fattige land har ikke kapasitet til å utdanne det personellet de selv trenger, og store deler av det helsepersonellet som blir utdannet, velger å migrere. Migrasjon av helsepersonell er dermed både en årsak til og konsekvens av svake helsesystemer.

Global skjevfordeling av helsepersonell

I rapporten «Working together for health», 2006 (1), mener Verdens helseorganisasjon (WHO) at alle land trenger et minimum av 2,3 helsearbeidere pr. 1 000 innbyggere for å sikre befolkningen tilgang på grunnleggende helsetjenester. Beregninger viser at 53 land ikke oppfyller dette kravet og har kritisk mangel på helsepersonell. Totalt anslår WHO at det mangler 4,3 millioner helsearbeidere i verden (1). Manglene er størst der behovene er størst. 2,4 millioner helsearbeidere mangler i Afrika sør for Sahara, og i Sørøst-Asia er mangelen 2,4 millioner helsearbeidere.

Det er en global skjevfordeling av helsepersonell. Samtidig som rike land har minst sykdom, har de også flest helsearbeidere. I

2007 var det i Norge nær 361 000 personer med helse- og sosialfaglig utdanning. Det betyr at det var om lag 77 personer med helse- og sosialfaglig utdanning pr. 1 000 innbyggere. Aldringen av befolkningen vil sannsynligvis endre dette. I dag er det fem personer i yrkesaktiv alder pr. pensjonist i Norge. I 2050 vil det være under 3 personer i yrkesaktiv alder pr. pensjonist. Det vil dermed bli mange færre til å forsørge hver pensjonist om drøyt 40 år. Andre rike land har samme utvikling.

En mulig konsekvens av denne utviklingen er økt migrasjon av helsepersonell. Rike lands behov vil sannsynligvis i økende grad bli løst ved rekruttering av arbeidskraft fra andre land. OECD-landene er i dag de som mottar flest. I 2000 var 11 prosent av sykepleierne og 18 prosent av legene i OECD-landene fra et annet land enn der de arbeider. Dette tallet er sannsynligvis høyere i dag på grunn av en økning i den internasjonale migrasjonen av helsepersonell. Undersøkelser har vist at nettostrømmen av helsepersonell går mot USA, Canada, Storbritannia, Australia og New Zealand (2). Også Norge er i gruppen av nettomottakere.

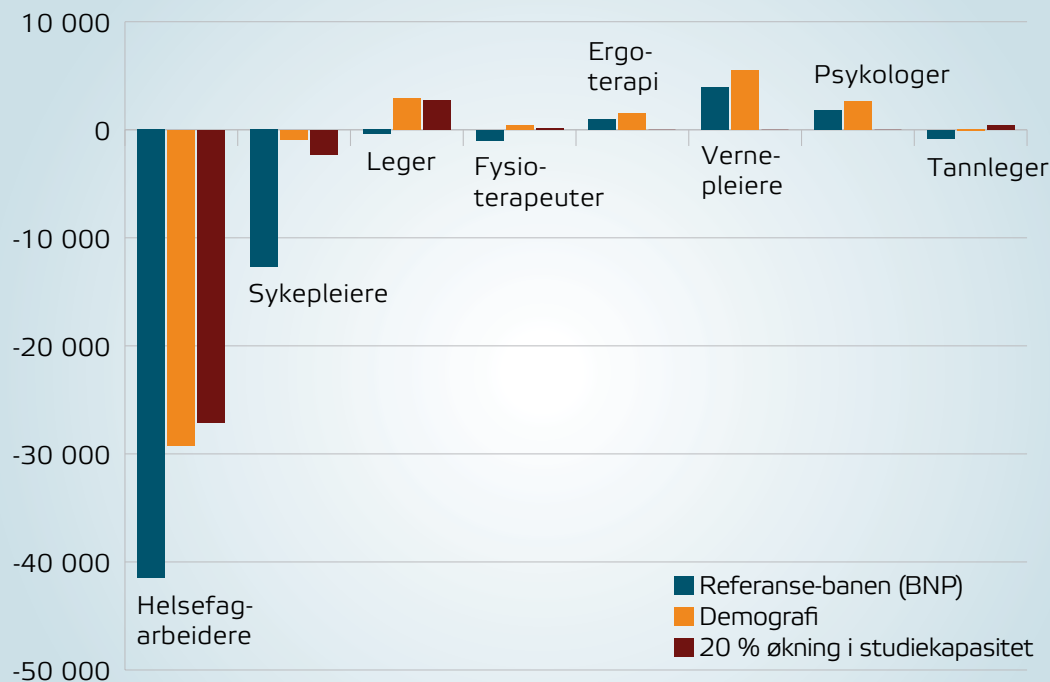
Behov for flere helsefagarbeidere og sykepleiere i Norge i 2030

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at de største personellutfordringene i helsetjenesten i årene mot 2030 vil komme i pleie- og omsorgstjenesten (3). Det vil oppstå spesielt stor mangel på helsefagarbeidere. Det er ventet en underdekning på 40 000 helsefagarbeidere i 2030. Det vil også bli behov for flere sykepleiere enn det dagens kapasitet tilsier. Den ventede behovsøkningen er ikke eneste årsak til dette. Allerede i dag er utfordringen knyttet til å rekruttere nok personer til helsearbeiderfaget.

Høy legedekning i Norge

Det er en tilfredsstillende samlet tilgang på leger i forhold til etterspørselen på kort sikt. Dette må ses i sammenheng med at Norge

Figur 7.3 Framskrivning av arbeidsmarkedet i 2030 i utvalgte helsepersonellgrupper. Forholdet mellom antatt tilgang og antatt etterspørsel.



Framskrivning av arbeidsmarkedet ut fra ulike beregningsalternativer. For mer informasjon om HELSEMOD, se www.helsedirektoratet.no eller www.ssb.no.

Kilde: Helsemod (Helsedir/SSB)

allerede har høy legedekning i forhold til folketallet.

Av de om lag 5 650 nordmenn som i dag studerer medisin, er cirka 2 350 (42 prosent) studenter i utlandet. Siden 2006 er det autorisert 4 397 leger, og bare 1 246 av disse (28 prosent) har sin utdanning fra norske læresteder. I dag har 13 prosent av sysselsatte leger i Norge utenlandsk statsborgerskap (4).

Det tilflytter den norske helsetjenesten ca. 1 050 nyutdannede leger pr. år. Ca. 400 av disse har studert i andre land enn Norge. Flest norske legestudenter finner man i Polen, Ungarn, Danmark, Tsjekkia og Slovakia. Helsedirektoratet har tatt initiativ til at en noe større andel av fremtidens leger skal utdannes i Norge.

Norske myndigheter arbeider også med å etablere en politikk som bidrar til at Norge selv tar ansvar for å utdanne det antall helsepersonell av ulike grupper vi vil ha behov for i tiårene framover.

Norsk helsetjeneste og utenlandske statsborgere

I 2007 hadde 12 642 personer med kombinasjonen av utenlandsk statsborgerskap og helse- og sosialfaglig utdanning arbeid innenfor helse- og sosialtjenesten. Dette var en økning på 5,4 prosent siden 2006, ifølge opplysninger fra SSB (5). Figur 7.2 viser andelen helsepersonell med utenlandsk statsborgerskap i perioden 2001 til 2007.

Kurven viser at den utenlandske arbeidskraften i helse- og sosialtjenesten er betydelig. Økende fast bosetning i Norge av personer som beholder sitt opprinnelige statsborgerskap, vil kunne virke inn på disse tallene. Derfor skal man være varsom med å vurdere alle med utenlandsk statsborgerskap som «ikke-norske».

Sykepleiere, jordmødre og helsesøstre

Sykepleiere, jordmødre og helsesøstre utgjør en vesentlig del av den utenlandske innvandringen av helsepersonell, de registreres under ett i SSB

og utgjør i overkant av 4500 av de totalt 12 642 utenlandske helsepersonell i 2007 (5).

Sykepleiere utgjør den største undergruppen. I 2001 var det totalt sysselsatt 68 000 sykepleiere. I 2007 hadde antallet økt til 83 000 sysselsatte. Tradisjonelt har den største andelen med annet statsborgerskap kommet fra de nordiske landene, men i perioden fra 2003 til 2007 har det også vært en vekst i innvandringen fra resten av Europa (figur 7.5).

De siste årene er det kommet et økende antall sykepleiere fra Filippinene til Norge. Filippinene er et spesielt tilfelle. Filippinske myndigheter bidrar med dialog for å bedre filippinske emigranternes situasjon i andre land. Det er det landet i verden som har flest sykepleiere i andre land. Noe av bakgrunnen for dette kan være økonomiske bidrag som emigrantene sender hjem. Filippinene har imidlertid til dels mangel på helsepersonell i eget land.

Leger

Andelen av leger med utenlandsk statsborgerskap sysselsatt i Norge er nesten på nivå med gjennomsnittet for OECD.

Av figur 7.6 framgår det at antallet tyske leger har økt siden 2003, og i 2007 ble det

registrert flere tyske enn svenske leger i Norge. Siden 2006 har det vært en økning i antall legespesialister fra Tyskland på 18,3 prosent. Antallet leger fra Danmark, Sverige og Tyskland omfatter også leger som er i landet på korttidsvikariater. Antall sysselsatte kan derfor ikke tolkes som antall årsverk utført.

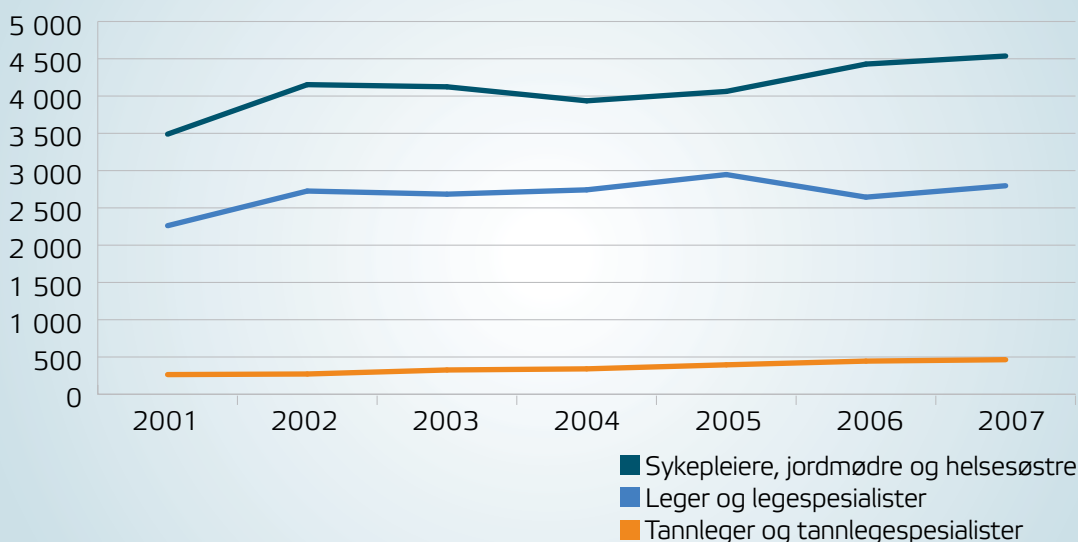
Det kommer stadig flere leger med behov for opplæring i norsk språk og kultur. Legene kommer også fra land som har lavere legedekning enn Norge, men tiltrekkes av god lønn og gode arbeidsvilkår. Et eksempel er danske leger.

4 000 danske leger har norsk autorisasjon og om lag 400 av disse er i arbeid i Norge. Samtidig er det underdekning på leger i Danmark, og danske sykehus rekrutterer leger fra Tyskland, Østerrike og India.

Langtidsplanlegging er nødvendig

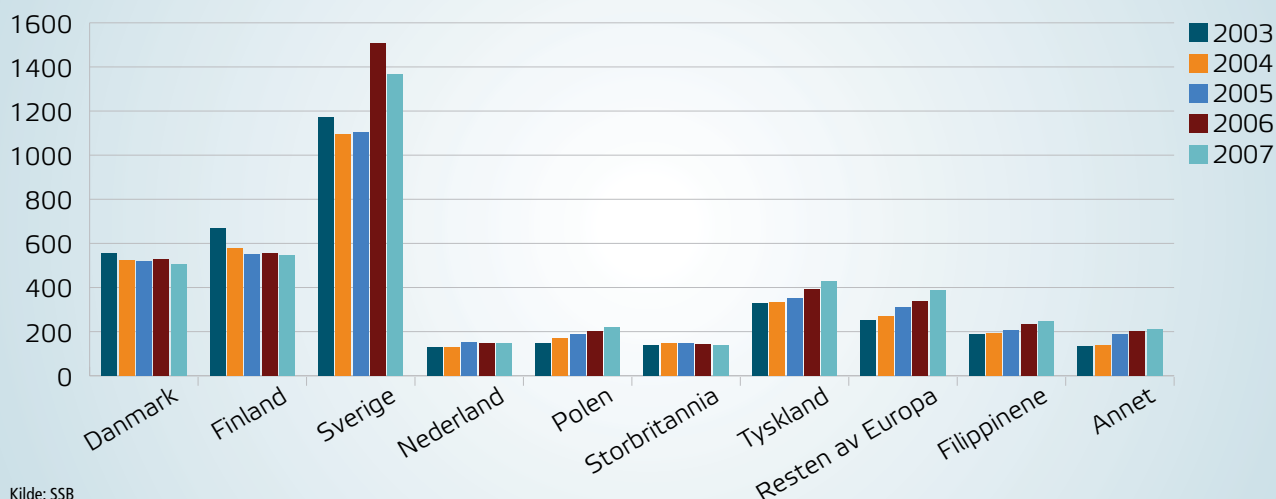
Utdanning av helsepersonell tar tid. Økt tilgang på helsepersonell forutsetter ofte svært lang planleggingstid. Det er én av grunnene til at flere land prøver å løse sin egen underdekning ved å rekruttere ferdig utdannet helsepersonell fra andre land.

Figur 7.4 Helsepersonell med utenlandsk statsborgerskap 2001–2007.



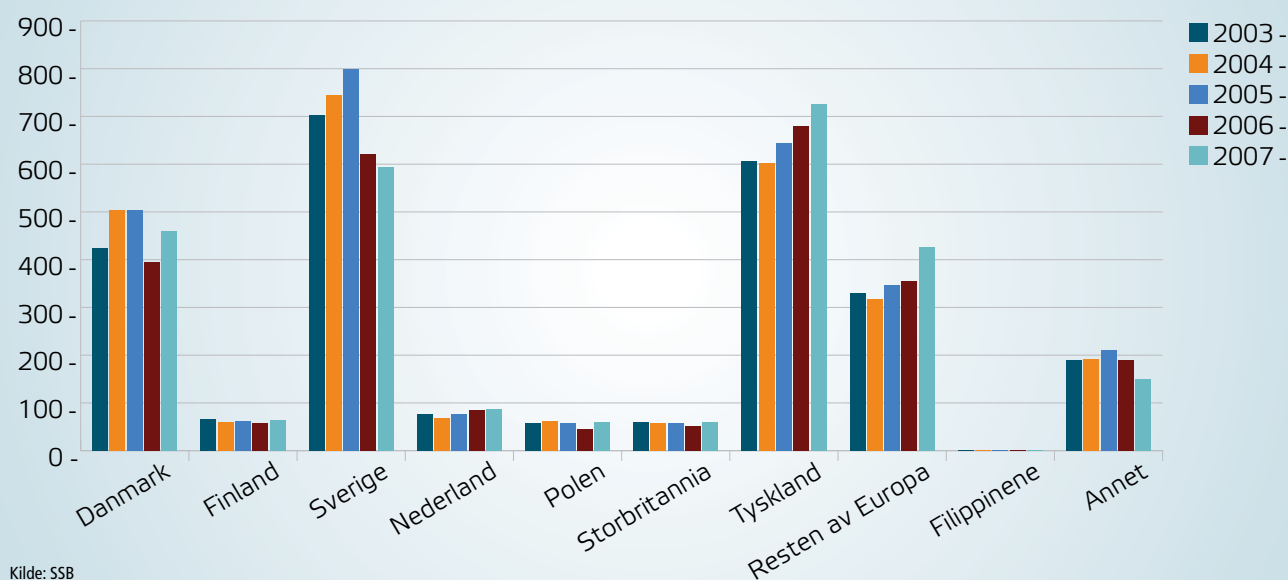
Kilde: SSB

Figur 7.5 Antall sykepleiere, jordmødre og helsesøstre, sysselsatt i Norge, fordelt etter statsborgerskap.



Kilde: SSB

Figur 7.6 Antall sysselsatte leger i Norge etter statsborgerskap.



Kilde: SSB

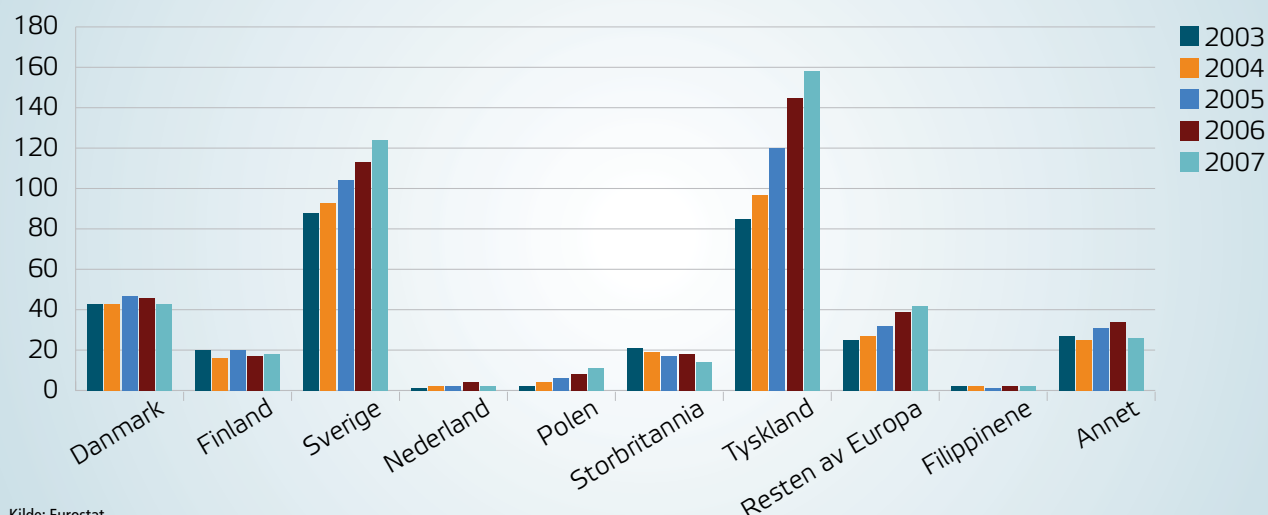
Etisk rekruttering

Et av de sentrale spørsmålene i forhold til rekruttering av helsepersonell er hvilke hensyn man skal ta til andre lands behov når egne utfordringer skal møtes. Migrasjon av arbeidskraft har vært og vil være en del av individenes frihet og nasjonenes behov. Likevel vil omfattende tapping av ressursene i ett land kunne føre til at landets myndigheter blir ute av stand til å tilby forsvarlige helsetjenester for sin egen befolkning. Den norske regjering har derfor bestemt at Norge ikke skal drive aktiv rekruttering fra land med alvorlig mangel på helsepersonell (6).

Regjeringen har vedtatt at Norge skal ta ansvar for å bidra til en utvikling som fordeler de globale helsepersonellressursene på en solidarisk måte. Norge skal føre en politikk som ikke tømmer fattige land for deres kvalifiserte helsearbeidere. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet Helsedirektoratet i første halvdel av 2007 et mulig grunnlag for en norsk helsepersonellpolitikk som er i tråd med disse forpliktelsene (7).

På bakgrunn av denne rapporten vedtok Regjeringen etablering av to nye arbeidsgrupper, ledet av henholdsvis Helsedirektoratet og Utenriksdepartementet, for å foreslå tiltak

Figur 7.7 Antall sysselsatte tannleger i Norge etter statsborgerskap.



Kilde: Eurostat

knyttet til nasjonal behovsdekning av helsepersonell og tiltak relatert til norsk utviklingspolitikk. Disse arbeidsgruppene fullførte sitt arbeid i begynnelsen av 2009. Helsedirektoratets rapport er frigitt og kan finnes på helsedir.no (4).

Norge har vært en pådriver for å løfte og tydeliggjøre helsepersonellkrisen internasjonalt, og har bidratt til å styrke det internasjonale samarbeidet om problemstillingene. Utfordringene diskuteres nå i mange internasjonale fora, blant annet i WHO, EU og OECD. Norges tydelige ståsted og tverrdepartementale tilnærming har fått betydelig oppmerksomhet internasjonalt. Det forventes at Norge fortsetter å spille en aktiv rolle.

Internasjonale retningslinjer kan gjøre en forskjell

Aldersutviklingen i rike land vil med stor sannsynlighet føre til økt migrasjon av helsepersonell og bidra til ytterligere å svekke helsesystemene der behovene er størst. Det er dyrt og tidkrevende å utdanne helsepersonell. Rekruttering av ferdig utdannet personell fra andre land kan derfor være et attraktivt valg for mange land. Men det er viktig å huske at dette kan utgjøre et tap for avsenderlandet, spesielt hvis utdanningen er

offentlig finansiert.

Samtidig er ikke migrasjon av helsepersonell den eneste årsaken til svake helsesystemer i fattige land. Beregninger har vist at kun 12 prosent av underdekningen i afrikanske land skyldes migrasjon til OECD-land. Underdekningen skyldes først og fremst manglende langsiktige investeringer i helsesektoren og feilslåtte reformer. Det har også vært feilslåtte økonomiske tiltak i regi av globale bistands-initiativ (2).

WHOs medlemsland har bedt WHO om å utarbeide retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Kjernen i retningslinjene må være at det ikke blir rekruttert aktivt fra land med mangel på helsepersonell og at rike land tar ansvar for å utdanne minst tilsvarende det behovet landene selv vil ha, i den demografisk krevende perioden fram mot 2050. Retningslinjene bør bidra til at rekruttering av helsepersonell foregår på en etisk forsvarlig måte overfor både migranter og avsenderland. Norge har vært en aktiv deltaker i arbeidet med retningslinjer. Det er ventet at retningslinjene vil ferdigstilles til Verdens helseforsamling i 2010.

Samtidig som det er viktig med retningslinjer for rekruttering, er det helt nødvendig at rike land bidrar til å øke de

fattige landenes egen kapasitet til å utdanne, rekruttere og holde på eget helsepersonell. Konkrete tiltak for å holde på helsepersonell, øke kapasiteten og rekrutteringen til utdanningene samt finansiell støtte til helseinstitusjoner er eksempler på mulige virkemidler. Norge har for eksempel gode forutsetninger for å kunne bidra innen utvikling av forskning og utdanning i fattige land.

Internasjonale retningslinjer for rekruttering må ikke bli en hemske for enkeltmennesker som ønsker å prøve lykken i et annet land. Migrasjonsproblematikken bør også vurderes i forhold til individets rett til å flytte på seg, forlate sitt eget land, og retten til fritt valg av yrke. Dette er slått fast i menneskerettighetserklæringene. Fri bevegelse av arbeidskraft er for Europa-regionen også en sentral del av EØS-avtalen og den nordiske arbeidsmarkedsavtalen. Retningslinjene må derfor utformes på en slik måte at de ikke er i strid med gjeldende rettslige prinsipper. Det

er fullt mulig å oppnå dette uten å legge til rette for systematisk rekruttering til rike land.

Helsedirektoratet mener at

- Norge må forplikte seg til en etisk rekruttering som ikke tapper fattige land for deres egne helsepersonellressurser
- Norge bør kunne bidra innen utvikling av forskning og utdanning i fattige land.
- det er nødvendig at de rike landene bidrar til å øke de fattige landenes egen kapasitet til å utdanne, rekruttere og holde på eget helsepersonell.

St.meld. nr. 25 (2005–2006)

Mestring, muligheter og mening:

De demografiske utfordringene er både nasjonale og transnasjonale. Økt aldring i befolkningen som vil utløse økt behov for omsorgstjenester, kan derfor ikke løses ved import av arbeidskraft. Regjeringen vil understreke at det ikke er aktuelt med en målrettet rekruttering av helse- og sosialpersonell fra utviklingsland, men vil i stedet satse på tilstrekkelig innenlandsk utdanningskapasitet og egen rekruttering.

St.prp. nr. 1 (2006–2007) samt Nasjonal helseplan (2007–2010):

Et fundament for at utviklingsland skal lykkes bedre i å beholde egen kvalifisert arbeidskraft innenfor helsesektoren er at rike land fører en politikk som ikke tømmer fattige land for deres få kvalifiserte helsearbeidere. Norge tar sikte på å føre en slik politikk.

8 Utvandrere – nordmenn i Spania

22 000 personer utvandret fra Norge i 2007. De fleste utvandrere fra Norge reiser til andre europeiske land, men også til Asia, Afrika og Amerika. Spania er blant de landene folk flytter til. Ifølge spansk befolkningsstatistikk var 15 630 nordmenn registrert som bosatt i Spania i januar 2007. Mange har behov for helse- og omsorgstjenester.



I dette kapittelet skal vi se noe nærmere på den norske migrasjonen og utvandringen til Spania. I tillegg til relevant forskning, er teksten basert på statistikk, dokumentstudier, feltstudier og intervjuer med sentrale aktører i de norske miljøene i Spania. Kapittelet er basert på arbeid av forsker Brynhild Solvang. Hun har gjennomført intervjuene i Alicante-provinsen, der vi finner den eldste og største kontingenten nordmenn i Spania.

Først i kapittelet skal vi se på hva vi vet om de mange nordmenn som oppholder seg i landet. Deretter skal vi rette fokus mot hva de selv formidler om behovet for helse- og velferdstjenester i den spanske konteksten. Vi skal også se hvilke oppfatninger de har om Norges ansvar når de av ulike årsaker ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Av plasshensyn blir det lagt størst vekt på behovene til de godt voksne og eldre nordmenn i Spania, som gjennom flere år har arbeidet for at Norge skal ta et større ansvar for dem enn det som har vært gjort til nå.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2007 ble registrert 62 000 innvandring til Norge og 22 000 utvandring fra Norge. Utvandringen skjedde i stor grad til andre europeiske land, men også til Asia, Afrika og Amerika. Av de europeiske landene utvandret flest til Sverige og Danmark, mens utvandringen til Øst-Europa også var relativt omfattende (1).

I Norge har vi de siste to hundre årene stått overfor det vi kan se på som to utvandringsbølger: den ene til Amerika på slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet, og den andre til Spania i andre halvdel av 1900-tallet. Denne andre utvandringsbølgen pågår fortsatt, selv om det i 2007 bare var 162 norske statsborgere som meldte flytting til Spania.

Nordmenn i det flerkulturelle Spania

Siden charterturismens spede start på slutten av 1960-tallet har turisme utviklet seg til å bli en stor og viktig næring for Spania. Landet er gradvis blitt et attraktivt feriemål for folk fra hele verden, og offisielle tall viser at cirka 60 millioner utlendinger besøkte Spania både i 2007 og 2008. Det er foreløpig for tidlig å slå fast hvordan den globale finanskrisen vil påvirke denne sektoren, men mye tyder på at den allerede har gitt negative konsekvenser, med økende arbeidsledighet og stopp i flere planlagte utbyggingsprosjekter.

I 2007 var det registrert 45,5 millioner innbyggere i Spania. Den nasjonale befolkningsstatistikken viser at cirka 10 prosent, eller nesten 4,5 millioner, var utenlandske statsborgere. De fleste kom fra Europa og nye EU-land som Bulgaria og Romania, men en stor andel kom også fra Amerika og Afrika (2). Spania er også et av flere middelhavsland som representerer den såkalte «middelhavsmuren» for personer fra det afrikanske kontinentet. Selv om mange kommer som legale innvandrere, har vi i både spansk, internasjonal og norsk presse de siste årene sett utallige saker om de tusener av båtflyktninger som har lidd og dødd under flukten fra land i Afrika. Mange har likevel lyktes i å komme inn i landet, og spanske myndigheter har store problemer med å holde oversikt over tallet på illegale og legale innvandrere. Landet fremstår som en kulturell smeltedigel og et sentrum for ulike migrasjonsstrømmer, med sin strategiske beliggenhet mellom Afrika og resten av Europa. Forskjellen i individuelle rettigheter er stor for den som er innenfor som EU-medlem (EØS for nordmenn) og for den som er utenfor, og kontrastene er store mellom de privilegerte turistene fra nord og de mindre privilegerte fra sør. Begge grupper søker et bedre liv i Spania, samtidig som de har relativt ulike utgangspunkt for å lykkes med det.

I mange av Spanias kystkommuner er andelen utenlandske innbyggere større enn «etniske spanjoler» – hvordan man nå enn skal definere det. I Valencia-regionen er for eksempel 15 prosent av befolkningen utenlandske statsborgere. I en av provinsene i regionen, Alicante-provinsen, utgjør utlendinger hele 21,5 prosent av den registrerte befolkningen (2). Her finner vi også kommunen Alfaz del Pi, en relativt liten kommune med vel 20 000 registrerte innbyggere, der over halvparten er utlendinger, fra hele 80 forskjellige nasjoner. Alfaz del Pi markedsfører seg som en internasjonal og flerkulturell kommune, og ser gjerne at enda flere ønsker å slå seg ned der. Her finner vi også den eldste og største kontingenten nordmenn i Spania, med i overkant av 2000 registrerte nordmenn. Britiske og nederlandske statsborgere utgjør de største gruppene utlendinger, med nordmenn på tredjeplass. Men her, som i mange andre kystkommuner, regner man med at det reelle antallet utlendinger er minst det dobbelte – spesielt i vinterhalvåret, på grunn av alle nordeuropeere som tilbringer vinteren i det gunstige spanske klimaet.

Hvor mange nordmenn oppholder seg i Spania?

Mange nordeuropeere pendler mellom hjemlandet og Spania i takt med årstidene. En slik moderne livsstil minner om den som trekkfuglene har praktisert i uminnelige tider: Når høsten kommer i nord, settes kursen mot det milde klimaet i sør. Når våren kommer og dagene blir lengre og lysere i nord, settes kursen dit for oversomring. Slik sett har charturismen tatt nye veier ved at stadig flere oppholder seg i landet over lengre tid enn det som kan regnes som vanlige ferieopphold. Andre har tatt det store steget og meldt utflytting fra hjemlandet og søkt om permanent opphold, såkalt *residencia*, i Spania.

Det er vanskelig, om ikke umulig, å si hvor mange nordmenn som oppholder seg i Spania til enhver tid, og det opereres med ulike tall i ulike sammenhenger. Vi står overfor et nokså uoversiktlig transnasjonalt fenomen, der folk beveger seg i tilnærmet fri flyt over landegrensene. I 2003 anslo den norske ambassaden i Madrid at det kunne være et sted mellom 10 000 og 15 000 nordmenn i landet, og at dette omfattet både arbeidstakere og uføretrygdede i alle aldre, førtids- og alderspensjonister samt barnefamilier (3). I 2005 anslo norske myndigheter tallet til å være et sted mellom 20 000 og 30 000 (4). Ifølge spansk befolkningsstatistikk var imidlertid det registrerte antallet nordmenn i landet 15 630 i januar 2007 (2).

Norske gettoer?

Selv om det finnes en viss opphopning av enkelte nasjonaliteter i noen kommuner i Spania, kan det ikke hevdes at det finnes gettoer med nordmenn eller andre utlendinger. De fleste nordmennene oppholder seg i fire ulike områder, eller «kontingenter», i kommunene Alfaz del Pi og Rojales (Torrevieja) på Costa Blanca, i Fuengirola på Costa del Sol og i Arguineguin på Gran Canaria. Her finnes det norske konsulater, avdelinger av den norske sjømannskirken og totalt fem norske skoler. Som statlig støttede organisasjoner mottar de økonomisk tilskudd fra norske myndigheter. Siden 2005 har nordmenn også hatt anledning til å søke hjelp hos Trygdeetatens kontor, nå NAV, i Spania. Norge var den første utenlandske staten som fikk opprette et statlig kontor av denne typen på spansk jord. Kontoret ble opprettet for å yte service til de mange norske trygdemottakerne som oppholder seg i landet, men også for å utøve kontroll og hindre eventuelt trygdemisbruk. NAV har også utarbeidet egne internettsider med informasjon for den som oppholder seg i eller

har tenkt å flytte til et annet land.

I Spania finner vi også flere norske helse- og rehabiliteringsinstitusjoner, etablert og drevet av norske stiftelser eller frivillige organisasjoner. I tillegg finnes det noen pleie- og omsorgsinstitusjoner som eies og drives av norske kommuner. Nordmenn i Spania har også til en viss grad organisert seg og dannet sosiale nettverk, for eksempel i såkalte «norske klubber». Dette er interesseforeninger som finansieres med medlemskontingenter, og som arrangerer ulike sosiale aktiviteter for å fremme trivsel blant medlemmene. I flere år har Fremskrittspartiet hatt et lokallag i Spania, og nylig har Arbeiderpartiet etablert seg med to lokallag – begge på Costa Blanca.

Det at mange fra samme nasjon bor i det samme området eller den samme kommunen i Spania, har dannet grunnlag for drift av ulike typer forretningsvirksomhet og servicetilbud rettet mot egne landsmenn: Her kan man kjøpe typiske norske varer, og man kan få utført de fleste tjenester på sitt eget språk – på lik linje med for eksempel engelske, tyske, nederlandske og danske statsborgere som har gjort Spania til sitt andre hjemland. Til en viss grad kan man se på disse som parallelle grupper av ulike nasjonaliteter, som eksisterer side om side, men med noe begrenset interaksjon og samspill med hverandre eller det spanske vertssamfunnet. Når det er sagt, er det viktig å understreke at det i dette bildet også finnes store variasjoner i graden av deltakelse og samspill mellom de ulike nasjonalitetene i Spania, både på individ- og gruppenivå.

Spania har de siste tiårene åpnet grensene, lagt til rette for og ønsket utlendinger velkommen, men uten en aktiv integreringspolitikk overfor dem som har slått seg ned i landet. Spania har, med høy toleranse for kulturelle variasjoner og levemåter, ikke praktisert noen assimileringpolitikk, men heller lagt vekt på å leve med et kulturelt og internasjonalt mangfold.

Hvorfor Spania?

Studier av nordmenn i Spania har hovedsakelig fokusert på alderspensjonister, og viser at hovedmotivasjonen deres er at de gode klimaforholdene gir helsegevinst og en opplevelse av økt livskvalitet (5–8). Studier av andre nordeuropeere i Spania er i grove trekk sammenfallende, og konkluderer med at pensjonistene generelt sett er lite deltakende og integrert i det spanske samfunnet (9–11). Den svake graden av integrasjon forklares med språkproblemer, og at deltakelse i det spanske storsamfunnet ikke er den primære målsetningen for denne gruppen. Myklebost (7) omtaler denne pensjonistmigrasjonen som en type bekvemmelighetsmigrasjon, mens andre ser på disse personene som en gruppe privilegerte førtids- og alderspensjonister som ønsker å nyte sitt otium i Spanias behagelige klima (12).

Nordmenn i Spania kan heller ikke defineres som en homogen gruppe, verken i levemåte eller i alderssammensetning. I tillegg til alderspensjonister finner vi også yngre førtidspensjonister – både med og uten ektefelle og barn. Fleksible turnusarbeidere, som nordsjøarbeidere, ansatte i flyselskap, internettarbeidere, lærere, helsearbeidere og ulike typer private næringsdrivende, bidrar alle til at vi finner et slags «Norge i miniatyr» i Spania. Mange med helseplager har fått et bedre liv i det spanske klimaet, som har en gunstig effekt på forskjellige revmatiske lidelser, astma og allergier. Elevtallet ved de fem norske skolene har på sin side variert mellom 400 og 600 hvert år de siste ti årene, og et ukjent antall norske barn er elever ved offentlige spanske og private skoler.

Fastboende og turister

Formelt sett er det et skille mellom de som har turiststatus og de som har meldt flytting. Slike forhold påvirker hvilke rettigheter og plikter man har, både i Norge og i Spania. Som vi har sett, var det 15 630 registrerte nordmenn i Spania i 2007. De andre norske som oppholder

seg i landet, og som vi ikke vet tallet på, regnes som turister – selv om de oppholder seg i Spania i flere måneder i vinterhalvåret. Brorparten av disse har verken meldt utflytting fra Norge eller innflytting til Spania, men er norske borgere på langtidsferie.

I et åpent samfunn tar ikke alle seg bryet med å telle dager når man pendler mellom og er tilknyttet to forskjellige stater. I praksis vil det være vanskelig og neppe heller ønskelig for myndighetene i vestlige demokratiske stater å ha full oversikt over hvor lenge hver enkelt borger oppholder seg i Spania (eller i andre land). De som har meldt flytting fra Norge og fått godkjent dette (ikke alle får det), og som samtidig har fått lovlig opphold (recidencia) i Spania, er i hovedsak som spanske samfunnsborgere å regne – selv om de ikke får fulle borgerrettigheter før etter flere år. For disse har Norge, som en særordning, bestemt at de ikke får oppholde seg i Norge i mer enn 61 dager i året, dvs. færre dager enn en utenlandsk turist.

Ifølge spansk lov kan utenlandske statsborgere oppholde seg i landet i inntil 90 dager uten noen form for spesiell tillatelse, på lik linje med det som gjelder for utenlandske turister i Norge. For de problemstillingene som er i fokus her, vil hovedregelen om at man må oppholde seg i Norge minst seks måneder i året for ikke å miste medlemskapet i det norske folketrykdsystemet, være spesielt viktig å være oppmerksom på.

Migrasjon og mobilitet over landegrenser gir mange og ulike konsekvenser på struktur- og individnivå. Dette gjelder også ved en slik grenseoverskridende livsstil som vi her står overfor. Til tross for overnasjonale avtaler mellom europeiske land og egne avtaler mellom Norge og Spania, for eksempel om skattespørsmål, er dette et brokete og komplisert landskap å orientere seg i. Magasiner og internettsider for nordmenn som oppholder seg i Spania (og andre land), er fulle av tips, råd og artikler om hvordan man kan forholde

seg til det som ofte oppfattes som kompliserte og til dels forvirrende regelverk. Ofte dreier det seg om forskjellige regler i forbindelse med midlertidig eller lengre tids flytting. Regler for skatter og avgifter og ved eiendoms- og arvespørsmål, behov for private helseforsikringer og ulike sosiale rettigheter er også vanlige temaer og problemstillinger.

Selv om Norge ikke er medlem av EU, sikrer EØS-avtalen norske borgere rett til nødvendige (og uforutsette) lege- og helsetjenester ved opphold i Spania. Det norske helsetrygdkortet (E 111) er en garanti for dette. De som har meldt og fått godkjent flytting til Spania, vil få et spansk helsetrygdkort (E 121), som gir rett til medisinsk behandling i Spania, og som sikrer rett til akutt behandling hvis man reiser på ferie til Norge.

Turistene, de som har adresse i en norsk kommune, som har sitt medlemskap i det norske folketrykdsystemet, som betaler sin skatt og har sin formelle tilknytning til Norge, kan enkelt reise tilbake hvis de trenger medisinsk behandling eller får behov for tjenester fra den norske velferdsstaten. Utfordringene er imidlertid noe større for de som har meldt flytting, som ikke lenger er medlemmer i folketrygden, og som ikke har fast bosted eller adresse i Norge. Hvilke rettigheter har de i det spanske helsesystemet og det sosiale systemet, og hvordan fungerer dette? Hvilke erfaringer har de, og hvilke forventninger har de til norske myndigheter? Disse spørsmålene skal vi se nærmere på nå.

Tilbud og hindringer knyttet til behovet for helse- og sosialtjenester

Innenfor visse rammer kan nordmenn «ta med seg» ulike trygdeordninger og pensjoner ut av landet, men her er det innført restriksjoner når det gjelder blant annet barnetrygd- og kontantstøtteordningen. En oversikt fra NAV Utland viser at utbetaling av pensjon til nordmenn som

er bosatt i utlandet, øker hvert eneste år. I 2006 ble det utbetalt cirka tre milliarder kroner til pensjonsmottakere i andre land, og her utgjør alders- og uførepensjoner hoveddelen. Spania var da landet med det tredje største antallet norske pensjonsmottakere (4735). Sverige toppet statistikken (14 740), og USA lå på andreplass (6976) (13).

Tallene i den spanske befolkningsstatistikken viste altså at det i januar 2007 var 15 630 registrerte nordmenn i landet. 4735 av disse var norske pensjonsmottakere, og man kan derfor gå ut fra at disse ikke var avhengige av arbeid eller annen inntekt for å forsørge seg. Tallene tilsier videre at det da var cirka 11 000 nordmenn i Spania som ikke levde av trygd eller pensjon fra Norge. Tallene i den spanske befolkningsstatistikken omfatter nordmenn i alle aldre, men dette forholdet bidrar til å fastslå at langt fra alle nordmenn i Spania er trygdede eller pensjonister.

Lege- og sykehustjenester

EØS-avtalen sikrer altså rett til akutte lege- og helsetjenester for norske turister som oppholder seg i Spania. Fastboende pensjonister med spansk helsetrygdkort får på sin side tildelt fastlege, de får behandling på spanske offentlige sykehus, og de får gratis medisin. De praktiserende legene som er intervjuet her, trekker frem dette som et spesielt positivt trekk ved det spanske helsevesenet, som av Verdens helseorganisasjon rangeres høyere enn det norske helsevesenet.

Selv om nordmenn i Spania i all hovedsak sier seg godt fornøyd med det offentlige helsetilbudet i Spania, finnes det også her – som i Norge – de som har negative erfaringer med den medisinske behandlingen og holdningene de er blitt møtt med fra spansk helsepersonells side. Spansk helsevesen legger vekt på den rent medisinske behandlingen, mens pleie- og omsorgsdelen i stor grad overlates til pasientens familie og pårørende. Hvis man ikke har

familie eller pårørende som kan stille opp, blir sykehusoppholdet noe helt annet enn det man kanskje er vant med fra hjemlandet. Det finnes derfor en rekke historier om pasienter som har delt rom med spanske storfamilier på besøk i nabosengen – opplevelser som ikke alle syke nordmenn er like begeistret for. De offentlige sykehusene har heller ikke det samme tilbudet om tolketjenester for sine pasienter som de private sykehusene har. Konsulatene og sjømannskirken har derfor uttrykt ønske om større ressurser til dette fra det offentlige Norge. For å finne ut om det er norske pasienter som trenger hjelp eller bistand, har sjømannskirken faste rutiner der de oppsøker sykehusene i sitt område hver uke. Utover dette blir sjømannskirken eller konsulatet kontaktet av de spanske sykehusene ved behov eller etter ønske fra innlagte pasienter.

I tillegg til det som blir omtalt som et utbygd og velfungerende offentlig helsevesen, finnes det også et stort antall privatpraktiserende leger og private sykehus i Spania. De som ønsker det og har økonomi til det, kan tegne private forsikringer som sikrer behandling ved private klinikker. De norske legene som er intervjuet her, uttrykker at de samarbeider godt med og drar nytte av både spansk og norsk helsevesen. Pasienter som ikke har et helsetilbud, eller som ikke kan benytte det helsetilbudet som finnes, blir oppfordret til å reise hjem til Norge for å få behandling og oppfølging. Legene savner i liten grad norske spesialisttjenester, for som de sier: «Man må huske at de som migrerer, er psykisk robuste mennesker med forholdsvis få problemer.» Samtidig blir det understreket at man også finner personer som har stukket av fra ting hjemme, enten det er myndighetene eller andre forhold. Mange opplever Spania som et fristed, fra overgrep, stigmatisering eller traumer hjemme. En psykologspesialist står derfor på ønskelisten til aktørene på dette feltet, særlig for å kunne få utført sakkyndige utredninger uten at pasienter må reise til Norge for å få

gjort dette. Det fremheves at en slik ordning vil være bedre for personen det gjelder, men at det også vil være en rimeligere ordning for norske myndigheter.

Fysioterapitjenester

Norge har en spesialavtale om gratis fysisk behandling for nordmenn i utlandet, inkludert i Spania. Her gjelder det spesielle regler, men ordningen omfatter de som har rett til slik behandling i Norge, og som har gyldig rekvisisjon fra lege i Norge. Slik sett er dette et tilbud til de som er på ferie eller langtidsopphold – vel å merke i områder der det er norske fysioterapeuter med trygderefusjonsavtale. Denne ordningen blir omtalt som god og nyttig for de mange norske pasientene, som på denne måten kan få kyndig trening og raskere rehabilitering enn om de var hjemme i Norge. Ordningen omfatter altså ikke de som har flyttet til Spania, som kan få slike tjenester gjennom sitt spanske helsetrygdkort og ved å benytte spanske fysioterapitjenester. Ordningen kan synes å være i strid med EUs tjenstedirektiv og bør etter Helsedirektoratets syn vurderes.

Pleie- og omsorgstjenester

«Det meste fungerer godt for oss her nede inntil vi når den 4. alder og trenger omsorg eller pleie.» Denne uttalelsen fra lederen i den norske klubben i Alfaz del Pi oppsummerer på mange måter de faktiske forholdene på dette feltet. Helset et al. (6) konkluderer i sin studie av eldre nordmenn i Spania med at dersom de skal oppleve tilværelsen som god, kreves det evne og vilje til å være sosial, åpen og aktiv – noe som krever god fysisk og psykisk helse. Sørbye et al. (8) konkluderer med at spanske sosiale tjenester nærmest er fraværende for denne gruppen.

For nordmenn i Spania representerer sjømannskirkene på mange måter det som en gang var sosialkontoret i Norge. Diakonen

i sjømannskirken sier det slik når forholdet mellom tilbud og etterspørsel på dette feltet blir diskutert:

Det er nok ikke flere sosiale problemer her nede enn hjemme, kanskje snarere tvert imot, men problemet er at det er et mindre hjelpeapparat her, og folk forventer nesten at det skal være som hjemme ... Man skal ikke forherlige det som er hjemme heller, men problemet gjelder jo først og fremst de eldre, som er overrepresentert her. Mange kom hit for 20–30 år siden, og er preget av at de nå har et større behov for hjelp. De blir både senile og syke her nede, og de dør ... For eksempel når de blir demente og ikke takler hverdagen, er det litt tilfeldig om vi kommer inn og får hjulpet dem, noe vi prøver å gjøre så godt vi kan ...

Når man flytter fra Norge til Spania, flytter man også fra ett velferdsregime til et annet. Mange er neppe klar over hvilke konsekvenser dette har, for eksempel når det gjelder tilbudet om offentlige sosiale tjenester. I Spania vil de møte et samfunn som tradisjonelt er basert på at familien, det sosiale nettverket og den tredje sektor (dvs. frivillige organisasjoner) utgjør sikkerhetsnettet for innbyggerne. I den rudimentære velferdsstatsmodellen, som vi finner i landene rundt Middelhavet, er sosiale rettigheter i stor grad knyttet til og blir utløst gjennom deltakelse i arbeidslivet. Her gjelder subsidiaritetsprinsippet, der det er sterkere innslag av økonomisk behovsprøving og der lokale myndigheter har et større ansvar for utbygging av tjenester, uten statlige normer i den grad vi har i Norge. I den sosialdemokratiske velferdsstatsmodellen, som er dominerende i de nordiske landene, gjelder universalitetsprinsippet. Her blir individuelle sosiale rettigheter i større grad utløst ved at man er bosatt i et nasjonalt territorium, og i mindre grad på grunnlag av arbeidsinnsats eller betalingssevne (14).

Spanske omsorgstilbud

Selv om offentlige sosiale tjenester og omsorg for eldre og pleietrengende stadig bygges ut i Spania, er det lange ventelister for institusjonsplasser for eldre. Hjemmetjenester og hjemmesykepleie fungerer til en viss grad i mange kommuner – og utføres også i både offentlig og privat regi. Når behovet for pleie- og omsorgstjenester melder seg, vil bare de færreste kunne få plass ved en offentlig spansk institusjon. Inntil for få år siden var pensjonister fritatt fra å betale skatt i Spania. Hvis man da heller ikke har betalt til eller vært medlem i det spanske pensjonssystemet, må man benytte seg av private tjenester. Det finnes mange private pleie- og omsorgsinstitusjoner i områdene med mange nordmenn, men med priser på cirka 2000 euro pr. måned vil slike tilbud være uoppnåelige for en norsk minstepensjonist hvis man ikke får økonomisk hjelp fra Norge.

Det norske nettverket og aktørene som er intervjuet her, sier at de har kjennskap til 4–5 eldre nordmenn som oppholder seg ved spanske institusjoner, og som de prøver å holde kontakt med. Men språkproblemer, manglende stimulering og kulturelle forskjeller bidrar til at disse gamle «visner fort», som det blir sagt.

Norske omsorgstilbud

Det finnes også noen norske omsorgsinstitusjoner som tilbyr heldøgnsomsorg for eldre nordmenn i Spania. Disse kan deles inn i tre kategorier: For det første er det de som drives på helt privat basis. Her snakker vi om priser på cirka 2000 euro pr. måned for en plass, det vil si det samme som man må betale for en plass på en privat spansk institusjon. For det andre finnes det såkalte halvoffentlige institusjoner, som får en viss statlig støtte fra Norge, og som drives av forskjellige interesseorganisasjoner. Disse tilbyr sjelden langtidsopphold. Til slutt har vi institusjoner som drives av norske kommuner. Disse gir hovedsakelig

tilbud til kommunens egne innbyggere, eller innbyggere i kommuner som har kjøpt eller leid institusjonsplasser hos dem.

Denne situasjonen, at bare noen få utvalgte eldre har nøkkelen til en norsk institusjonsplass i Spania, oppleves som både urimelig og urettferdig av de som faller utenfor og som ikke vil få anledning til å nyttiggjøre seg av noen av disse tilbudene.

Syke og pleietrengende eldre

Når det gjelder syke og pleietrengende eldre, blir forskjellene i holdninger og avgjørelser fra kommuner og NAV-kontorer i Norge trukket frem som en spesiell utfordring. For noen eldre vil det beste være å komme hjem til Norge, for andre ikke. Her opplever man at søknader blir avvist og avslått, både når det gjelder de som ønsker å komme til Norge, og de som ønsker hjelp til å bli værende i Spania. For de som vil til Norge, og som er så heldige at de har voksne barn der, blir ofte løsningen at de flytter hjem til dem. Dermed får de en adresse, slik at kommunen blir nødt til å forholde seg til dem. Den som har sitt norske pass, beviset på norsk statsborgerskap, sitter også med den formelle nøkkelen til å kunne returnere og fremme krav om å bli ivaretatt i Norge. Men for de som har bodd i Spania i lang tid, vil Norge nærmest oppleves som et fremmed land. Noen har en ektefelle som er død og begravet i Spania, og de har heller ikke familie eller pårørende som kan støtte dem i den norske hverdagen.

De som forholder seg til denne problematikken i Spania – sjømannskirken, de norske klubbene, den norske sosialrådgiveren som driver privat rådgivningstjeneste, de som driver private tjenester for eldre, og til en viss grad det norske konsulatet – omtaler situasjonen som spesielt vanskelig for de som flyttet til Spania for 20–30 år siden og som nå begynner å bli alvorlig pleietrengende. Selv om ingen har fullstendig oversikt, anslås det at

et sted mellom 100 og 200 eldre nordmenn i Alicante-provinsen på Costa Blanca har behov for mer hjelp enn de får i dag. Demens og Alzheimer gir særlige utfordringer, og dette krever spesielle tjenester som i liten eller ingen grad er tilgjengelige.

Hvor skal grensen gå?

Gjennom flere år har sosialt og politisk aktive nordmenn i Spania (og i Norge) mobilisert for å påvirke norsk helse- og sosialpolitikk, og for å få avklart ulike forhold knyttet til at stadig flere norske borgere tilbringer deler av livet i et annet land. Denne aksjonsgruppen, om vi kan kalle dem det, hevder at flere norske lovverk er foreldet, og at de bør moderniseres og tilpasses vår moderne tid. Om de ikke stiller krav om nøyaktig de samme tjenestene som tilbys dem som bor og oppholder seg hjemme i Norge, så krever de rettferdig, samkjørt og rimelig behandling.

Som vi har sett, er det spesielt forskjellige holdninger og ulik praksis i Norge det blir reagert på. Det trekkes frem at små tiltak kan gjøre livet enklere for mange nordmenn som oppholder seg i Spania, og at både kommuner og NAV-kontorer med ansvar for å yte tjenester kan bli mer smidige, imøtekomende og samordnet enn det som er tilfellet i dag. Vi har også sett at eldre nordmenn som oppholder seg i Spania, og som har behov for pleie- og omsorgstjenester, er i det vi må kunne se på som en marginal situasjon. Spørsmålet er da hvem som har – eller rettere sagt hvem som skal ta – ansvaret for dem når de ikke lenger kan ta vare på seg selv. Er det Spania, er det Norge, eller må hver og en ta ansvaret på sin egen kappe?

Disse spørsmålene gjelder prinsipielt sett også utenfor Alicante-provinsen i Spania, og for andre grupper enn eldre nordmenn i landet. De kan også gjelde for andre norske statsborgere som oppholder seg i eller bor i andre land.

For de fleste stater vil det å yte service og assistanse eller å sikre velferden for borgere som frivillig oppholder seg i andre land, fremstå som en relativt ny utfordring. Det er jo slik at tilgangen på, og retten til, ulike helsetjenester og sosiale tjenester for norske borgere har sin legitimitet for de som oppholder seg innenfor Norges territoriale grenser. Dette er en gjennomgående føring i helse- og sosiallovgivningen. Likevel definerer ikke lovverket noe forbud mot at man, i tillegg til pensjoner, også kan få med seg tjenester ut av landet. I stortingsmeldingen om Norges fremtidige omsorgsutfordringer er det et eget avsnitt der alderspensjonister i utlandet blant annet omtales slik:

Det er ikke noe i veien for at kommunene betaler for omsorgstilbud gitt i utlandet, i de tilfeller dette vurderes som en god og faglig forsvarlig løsning og er i tråd med brukerens eget ønske. I en del tilfeller kan dette være en god løsning (15).

Med dette blir nordmenns ønsker om å kunne tilbringe alderdommen i Spania til en viss grad imøtekommet av norske myndigheter. Det formelle og praktiske ansvaret blir imidlertid gitt til kommunene – noe som neppe vil innebære et likeverdig tilbud for alle, slik et statlig ansvar i sterkere grad kunne medvirket til.

Mange pensjonerte nordmenn som har flyttet til Spania, ser på seg selv som norske borgere med rett til tjenester fra den norske velferdsstaten. To ulike lokallag av norske politiske partier er dannet i Spania, og begge har en målsetning om at «norske myndigheter skal erkjenne at de har ansvar for folk her nede». Hovedargumentet er at de har betalt sin skatt og utført sine plikter mens de var yrkesaktive i Norge, og at et tilbud i Spania vil være rimeligere for norske myndigheter enn om de skulle komme hjem. Sett fra sidelinjen kan det virke som et paradoks at disse kravene ikke blir rettet mot spanske myndigheter. Forkla-

ringen på det finner vi i det faktum at denne gruppen, i alle fall frem til våre dager, ikke har sett på seg selv som fullverdige borgere, men som gjester i det spanske samfunnet. Og en kravstor gjest er jo også en uhøflig gjest – og hvem vil vel fremstå som det?

Utfordringer:

- det blir stadig flere eldre nordmenn som oppholder seg i Spania og som i økende grad vil ha behov for helse- og omsorgstjenester
- nordmenns møte med helsetjenester i Spania byr på mange av de samme utfordringer som for innvandrere i Norge; utfordringer knyttet til språk, kommunikasjon og kulturforståelse.
- norske kommuner og NAV-kontorer praktiserer regelverket noe ulikt med hensyn til tjenester til nordmenn i Spania. Det kan være behov for å utvikle felles forståelse og praksis på dette området.
- det åpner seg problemstillinger knyttet til at institusjoner og tjenester, finansiert fra Norge, kun er for etniske nordmenn i Spania. Dette er ikke i overensstemmelse med prinsippene i EUs tjenstedirektiv.

Litteratur

1 Det store bildet

1. Hanssen BH, Solheim E. Globaliseringens tapere [kronikk]. Aftenposten Morgen. 2006 sep 3; s. 4, Seksjon Debatt, Del 2.
2. Tema: Befolkning [nettside]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 2009; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/befolkning/
3. Utenriksdepartementet. Interesser, ansvar og muligheter: hovedlinjer i norsk utenrikspolitikk. St.meld. nr. 15 (2008-2009). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/
4. Donaldson L. Health is global: proposals for a UK government-wide strategy. London: Department of Health; 2007. Tilgjengelig fra: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_072697?IdcService=GET_FILE&dID=134304&Rendition=Web
5. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. Tilgjengelig fra: whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
6. Causes of death. I: The burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. s. 8-26. Tilgjengelig fra: www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part2.pdf
7. Barstad A, Havnen E, Skardhamar T, Sørli K. Levekår og flyttemønstre i Oslo indre øst. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2006. Rapport nr 2006:15. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200615/rapp_200615.pdf
8. Millennium development goals (MDGs) [nettside]. Geneva: World Health Organization [oppdatert 2009; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/
9. Horton R. Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn, and child survival. Lancet 2008;371(9620):1217-9.
10. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008. Tilgjengelig fra: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
11. Maternal and newborn nutrition and health [fact sheet] [nettdokument]. Geneva: World Health Organization [oppdatert 2008; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/nutrition.pdf
12. Climate change and human health [nettside]. Geneva: World Health Organization [oppdatert 2009; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.who.int/globalchange/climate/en/
13. Stoltenberg J. Delivering for women and children. Lancet 2007;371(9620):1230-2.
14. International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2008. Tilgjengelig fra: www.who.int/csr/ihr/IHR_2005_en.pdf
15. WHO Framework convention on tobacco control [nettside]. Geneva: World Health Organization [oppdatert 2003; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.who.int/fctc/text_download/en/index.html
16. Gostin L. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people: toward a framework convention on global health. Georgetown Law Journal 2008;96(2):331-92.
17. The Paris Declaration [nettside]. Paris: OECD [oppdatert 2009; lest apr 2009]. Tilgjengelig fra: www.oecd.org/document/18/0,2340,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html
18. Accra agenda for action [nettdokument]. High level forum on aid effectiveness [oppdatert 2008; lest apr 2009]. Tilgjengelig fra: siteresources.worldbank.org/ACCRAEXT/Resources/4700790-1217425866038/AAA-4-SEPTEMBER-FINAL-16h00.pdf
19. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001. Tilgjengelig fra: www.whoindia.org/LinkFiles/Commission_on_Macroeconomic_and_Health_CMH_Final_Report.pdf

2 Helse og etnisitet

1. Eriksen TH. Små steder - store spørsmål: innføring i sosialantropologi. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
2. Barth F, red. Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference. Bergen: Universitetsforlaget; 1969.
3. Carlsson B. Somalier i Minneapolis - en dynamisk affär. Malmö: Zufi; 2006.
4. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Social Science & Medicine 1995;41(6):819-28.
5. Levekår blant innvandrere 2005/2006.

- Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. Rapport 2008:5. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/rapp_200805.pdf
6. Villund O. Riktig yrke etter utdanning: en registerbasert undersøkelse om kompetanse og arbeidsoppgaver hos ansatte med innvandrerbakgrunn. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. Rapport 2008:37. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/06/01/rapp_200837/rapp_200837.pdf
 7. Nerland SM. Ikke-vestlige innvandreres forhold til arbeidsmarkedet, utdanning og velferdsordninger i ulike livsfaser. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. Rapport 2008:26. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/06/01/rapp_200826/rapp_200826.pdf
 8. Dalgaard OS, Mykletun A, Rognerud M, Johansen R, Zahl PH. Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry* 2007;7:20.
 9. Kumar B, Grøtvedt L, Meyer HE, Søgaard AJ, Strand BH. The Oslo immigrant health profile. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. Rapport 2008:7. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dav/2786e8745f.pdf
 10. Modood T, Berthoud R. Ethnic minorities in Britain: diversity and disadvantage. London: Policy Studies Institute; 1997.
 11. Mladovsky P. Migrant health in the EU. *Eurohealth* 2007;13(1):9-11. Tilgjengelig fra: www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL13No1/Mladovsky.pdf
 12. Oppedal B, Azam GE, Dalsøren SB, Hirsch SM, Jensen L, Kiamanesh P, et al. Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. Rapport 2008:14. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dav/3ef60b2cba.pdf
 13. Oppedal B, Jensen L, Seglem KB. Når hverdagen normaliseres: psykisk helse og sosiale relasjoner blant flyktninger som kom til Norge uten foreldrene sine. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. UngKul-rapport nr. 1. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dav/f3dca2a32c.pdf
 14. Engebretsen A, Fuglerud Ø. Ungdom i flyktningfamilier: familie og vennskap - trygghet og frihet. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2007. NOVA Rapport 2007:3. Tilgjengelig fra: www.nova.no/asset/2558/1/2558_1.pdf
 15. Daugestad, G, red. Innvandring og innvandrere 2008. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. Statistiske analyser 103. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/02/sa_innvand/sa103/sa103.pdf
 16. Sam DL, Vedder P, Liebkind K, Neto F, Virta E. Immigration, acculturation and the paradox of adaptation in Europe. *European Journal of Developmental Psychology* 2008;5(2):138-58.
 17. Blom S. Innvandreres helse 2005/2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. Rapport 2008:35. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/rapp_200835.pdf
 18. Alghasi S, Fangen K, Frønes I, red. Mellom to kulturer. Oslo: Gyldendal; 2006.
 19. Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M, Syed HS. Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006;47(6):551-8.
 20. Syed HR, Dalgaard OS, Hussain A, Dalen I, Claussen B, Ahlberg NL. Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health* 2006;5:7. Tilgjengelig fra: www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16808838
 21. Østby L. Eldre innvandrere: myter og realiteter om innvandring [nettside]. Oslo: Mighealthnet Norge, NAKMI [oppdatert 3 jul 2008; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: mighealth.net/no/index.php/%C3%98stby,_Lars_Eldre_innvandrere_-_myter_og_realiteter_om_innvandring
 22. Blom S. Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1998. Rapport 1998:16. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/00/02/rapp_199816/rapp_199816.pdf
 23. Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007;3:24. Tilgjengelig fra: www.cpementalhealth.com/content/pdf/1745-0179-3-24.pdf
 24. Dahle UR, Eldholm V, Winje BA, Mannsåker T, Heldal E. Impact of immigration on the molecular epidemiology of Mycobacterium tuberculosis in a low-incidence country. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2007;176(9):930-5.
 25. Rieder HL, Zellweger JP, Raviglione MC, Keizer ST, Migliori GB. Tuberculosis control in Europe and international migration. *European Respiratory Journal* 1994;7(8):1545-53.
 26. Lillebaek T, Andersen AB, Dirksen A, Smith E, Skovgaard LT, Kok-Jensen A. Persistent high incidence of tuberculosis in immigrants in a low-incidence country. *Emerging Infectious Diseases* 2002;8(7):679-84.
 27. Jenum AK, Holme I, Graff-Iversen S, Birkeland KI. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society:

- implications for prevention. *Diabetologia* 2005;48(3):435-9.
28. Halvorsen LK, Tonstad S. Metabolsk syndrom hos pasienter med fedme. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2008;128(20):2305-7.
 29. Ravaja N, Keltikangas-Järvinen L, Viikari J. Life changes, locus of control and metabolic syndrome precursors in adolescents and young adults: a three-year follow-up. *Social Science & Medicine* 1996;43(1):51-61.
 30. Pittas AG, Lau J, Hu FB, Dawson-Hughes B. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2007;92(6):2017-29.
 31. Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. *American Journal of Clinical Nutrition* 2008;87(4):1080S-6S.
 32. de Boer IH, Tinker LF, Connelly S, Curb JD, Howard BV, Kestenbaum B, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of incident diabetes in the Women's Health Initiative. *Diabetes Care* 2008;31(4):701-7.
 33. Pittas AG, Dawson-Hughes B, Li T, Van Dam RM, Willett WC, Manson JE, et al. Vitamin D and calcium intake in relation to type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 2006;29(3):650-6.
 34. Surén P, Grijbovski A, Stoltenberg C. Inngifte i Norge: omfang og medisinske konsekvenser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007. Rapport 2007:2. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dav/9b8f570dcd.pdf
 35. Female genital mutilation: prevalence and age [nettside]. Geneva: World Health Organization [lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.who.int/reproductive-health/fgm/prevalence.htm
 36. Statistics by area - Child protection. Percentage of women aged 15-49 who have been cut [nettside]. New York: Unicef, Childinfo [oppdatert jan 2009; lest 20 mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.childinfo.org/fgmc_tables.php
 37. Statistics by area - Child protection. The Challenge [nettside]. New York: Unicef, Childinfo [oppdatert jul 2008; lest 20 mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.childinfo.org/fgmc.html
 38. Lidén H, Bentzen T. Kjønnsllestelse i Norge. Oslo: Institutt for samfunnsforskning; 2008. Rapport 2008:8. Tilgjengelig fra: www.samfunnsforskning.no/files/file38719_r_2008_8_web.pdf
 39. Talle A. Kvinnelig omskjæring: holdninger og praksis blant somaliske kvinner i Norge og blant omskjærere i Somaliland. Oslo: Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo; 2008. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00033/Rapport_prof_Aud-Ta_33849a.doc
 40. Spilker RS, Jareg K, Viggen ED. Kjønnsllestelse - kvinnelig omskjæring [nettside]. Mighealthnet Norge, NAKMI [oppdatert 2009; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: mighealth.net/no/index.php/Kj%C3%B8nnslemlestelse/_kvinnelig_omskj%C3%A6ring
 41. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *New England Journal of Medicine* 2009;360(13):1298-309.
 42. Bergengen B, Larsen Y. Innvandrerdoms bruk av rusmidler: en kunnskapsoversikt. Oslo: Rusmiddelstatens kompetansesenter, Oslo kommune; 2008. Tilgjengelig fra: www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddeletaten%20%28RME%29/Internett%20%28RME%29/innvandrerdoms.pdf
 43. Sandberg S, Pedersen W. Gatekapital. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
 44. Gundersen T. Bruk av khat i Norge: nytelse og lidelse. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2006. Nova skriftserie 2006:1. Tilgjengelig fra: www.nova.no/asset/2396/1/2396_1.pdf
 45. Lorentzen C, Ommundsen Y, Jennum AK, Ødegaard AK. MoRo - «Mosjon på Romsås»: en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo øst. Erfaringer og resultater fra MoRo-prosjektet. Oslo: Norges idrettshøgskole; 2005. Tilgjengelig fra: www.nih.no/Documents/forskning/moro%20red%205.pdf
 46. Birgens HS, Karle H. Hæmoglobinsygdomme og andre spesielle anæmier hos innvandrerbefolkningen. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2000;78:315-30.
 47. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;(2): Art. No.: CD003362. DOI: 10.1002/14651858.CD003362.pub2. Tilgjengelig fra: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003362/pdf_fs.html

3 Møtet med helsetjenesten

1. Kommunal- og regionaldepartementet. Mangfold gjennom inkludering og deltakelse: ansvar og frihet. St.meld. nr 49 (2003-2004). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no
2. Røkenes OH. Bruk av tolk i psykologisk

- arbeid med flyktninger og fremmedspråklige. Tidsskrift for Norsk psykologforening 1995;32(8):727-35.
3. Sørheim TA. Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet. Oslo: Gyldendal akademisk; 2000.
 4. Poulsen C. Taler vi om det samme?: når etniske minoriteter med sjældne handicap møder social- og sundhedsvæsenet. København: Senter for Små Handicapgrupper; 2005.
 5. Fladstad T, Berg B. "Gi meg en sjanse!": minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i Bydel Bjerke. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, Avdeling for innvandringsforskning og flyktningstudier; 2008. Tilgjengelig fra: www.ntnusamfunnsforskning.no/file.axd?fileID=171
 6. Kale E. "Vi tar det vi har". Om bruk av tolk i helsetesenet i Oslo: en spørreundersøkelse. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse; 2006. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse: 2006:2.
 7. Bruk av tolk i barnevernet. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2008. IMDi-rapport: 2008:5.
 8. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. St.meld. nr. 34 (1996-1997).
 9. Steihaug S. Evaluering av familierettede læringstilbud til minoritetsspråklige familier. Trondheim: SINTEF Helse; 2009. SINTEF Rapport A9408. Tilgjengelig fra: www.sintef.no/upload/Sluttrapport%2014%20jan%2009.pdf
 10. Slettebø T. Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. I: Profesjon og fag - sosionomkompetanse i utvikling. Volda: Seksjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere; 2002. s. 59-70.
 11. Slettebø T. Foreldres medbestemmelse i barnevernet: en studie av foreldres erfaringer med individuell og kollektiv medvirkning [Doktoravhandling]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2008.
 12. Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning; 2000. NOU 2001: 22.
 13. Clark HH. Conversation: linguistic aspects. I: Smelser NJ, Baltes PB, red. International Encyclopedia of Social and Behavioral Science. London: Elsevier; 2001. s. 2744-7.
 14. Clark HH. Conversation, structure of. I: Nadel L, red. Encyclopedia of Cognitive Science. Basingstoke: Macmillan; 2002. s. 820-3.
 15. Viken B. Mødre i et nytt land: en studie av flyktninger som er småbarnsmødre. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold; 2004. Rapport 2004:3.
 16. Espelid I, Skeie MS. Karies hos førskolebarn: tid for handling? Den norske tannlegeforenings tidende 2003;113(12):614-8.
 17. Johansen IH. Forebyggende tannhelsearbeid i en flerkulturell befolkningsgruppe. Oslo: Oslo Kommune, Tannhelsetjenesten; 2001. Tilgjengelig fra: www.tannhelsetjenesten.oslo.kommune.no/getfile.php/Tannhelsetjenesten%20Oslo%20KF/Internett/Dokumenter/rapport/sentralt/fotaf-prosjektrapport.doc
 18. Sundqvist R, Larsson E, Nyberg A, Fällström M, Dashti F, Petersson L, et al. En första rapport från studie av karies hos 3-åringar. Tandläkartidningen 2006;98(4):68-72.
 19. Gimmestad AL, Holst D, Grytten J. Tannhelse og etnisk bakgrunn: barn og ungdom i Oslo fra 1999 til 2004. Den norske tannlegeforenings tidende 2006;116(13):836-41.
 20. Skaare AB, Afzal SH, Olli E, Espelid I. Holdninger og vaner hos innvandrerforeldre: oppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen. Den norske tannlegeforenings tidende 2008;118(5):300-5.
 21. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2006;34(2):103-13.
 22. Østby L. Tall fra SSB. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008.
 23. Demens [nettside]. Mighealthnet Norge, NAKMI [oppdatert okt 2008; lest apr 2009]. Tilgjengelig fra: www.mighealth.net/no/index.php/Demens

4 Psykisk helse

1. Lavik NJ, Hauff E, Skrondal A, Solberg Ø. Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an out-patient population. British Journal of Psychiatry 1996;169(6):726-32.
2. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chuun C-A. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. JAMA 2005;294(5):571-9.
3. Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2007;3:24. Tilgjengelig fra: www.cpementalhealth.com/content/pdf/1745-0179-3-24.pdf

4. Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M, Syed HS. Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006;47(6):551-8.
5. Thapa SB, Dalgaard OS, Claussen B, Sandvik L, Hauff E. Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2007;61(6):459-65.
6. Varvin S. Flukt og eksil: traume, identitet og mestrings. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
7. Syed HR, Dalgaard OS, Dalen I, Claussen B, Hussain A, Selmer R, et al. Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health* 2006;6:182. Tilgjengelig fra: www.biomedcentral.com/1471-2458/6/182
8. Syed HR, Dalgaard OS, Hussain A, Dalen I, Claussen B, Ahlberg NL. Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health* 2006;5:7. Tilgjengelig fra: www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16808838
9. De første 20 år. Oslo: Utlendingsdirektoratet; 2008.
10. Jakobsen M, Sveaass N, Johansen LEE, Skogøy E. Psykisk helse i mottak: utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2007. Rapport 2007:4. Tilgjengelig fra: nkweb01.osl.basefarm.net/biblioteket/Publikasjoner/PsykiskHelseMottak.pdf
11. Lavik NJ. Flyktnings psykiske helse. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykososialt senter for flyktnings, Instituttgruppe for psykiatri; 1999.
12. Ovitt N, Larrison CR, Nackerud L. Refugees' responses to mental health screening: a resettlement initiative. *International Social Work* 2003;46(2):235-50.
13. Ayazi T, Bøgwald K-P. Innvandreres bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2008;128(2):162-5.
14. Silove D. The global challenge of asylum. I: Wilson JP, Drozdek B, red. *Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner-Routledge; 2004. s. 13-31.
15. Mollica RF. Surviving torture. *New England Journal of Medicine* 2004;351(1):5-7.
16. Westermeyer J, Neider J, Callies A. Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States. A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1989;177(3):132-9.
17. Oppedal B, Jensen L, Seglem KB. Når hverdagen normaliseres: psykisk helse og sosiale relasjoner blant flyktnings som kom til Norge uten foreldrene sine. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. UngKul-rapport nr. 1. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dav/f3dca2a32c.pdf
18. Berg B, Sveaass N, Lauritsen K, Meyer MA, Neumayer SM, Tingvold L. "Det hainnle om å leve...". Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. Trondheim; Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn; Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2005. SINTEF rapport STF A05054.
19. Varvin S, Aasland OG. Legers forhold til flyktingpasienten. Under publisering.

5 De papirløse

1. Sprengers M. Undocumented migrants: access to health care. *Global Medicine* 2008;(5):20-3. Tilgjengelig fra: www.globalmedicine.nl/images/stories/GM5/pdf/GM5-migrants.pdf
2. Zang L-C. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. Documents 2008:11. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/00/90/doc_200811/doc_200811.pdf
3. Jakobsen M, Sveaass N, Johansen LEE, Skogøy E. Psykisk helse i mottak: utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2007. Rapport 2007:4. Tilgjengelig fra: nkweb01.osl.basefarm.net/biblioteket/Publikasjoner/PsykiskHelseMottak.pdf
4. Verdenserklæringen om menneskerettighetene, 10. desember 1948 [oversettelsen til norsk er utarbeidet i Utenriksdepartementet]. Geneva: OHCHR. Tilgjengelig fra: www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=nrr
5. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16. December 1966]. Geneva: OHCHR. Tilgjengelig fra: www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm
6. Conference conclusions and recommendations. Health and migration in the EU: better health for all in an inclusive society; 27-28 sep 2007; Lisboa, Portugal. Tilgjengelig fra: www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F8363923-B9BF-4CD2-A135-D756EDEA9379/0/Conference-Conclusions2892007_en.pdf
7. Bratislava Declaration on health, human rights

- and migration. People on the move: human rights and challenges for health care systems. 8th Conference of European Health Ministers; 23 - 22 nov 2007; Bratislava, Slovakia. Tilgjengelig fra: www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2007_health/20071123_declaration_en.asp
8. Mighealthnet - Information network on good practice in health care for migrants and minorities in Europe [nettside]. Mighealthnet, European Commission [oppdatert 2007; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: mighealth.net/index.php/Main_Page
 9. Likeverdig helsetjeneste?: om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Oslo: Den Norske Legeforening; 2008. Tilgjengelig fra: www.legeforeningen.no/asset/38858/1/38858_1.pdf
 10. Samstemt for utvikling? Hvordan en helhetlig norsk politikk kan bidra til utvikling i fattige land. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2008. NOU 2008:14. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/
 - benefits, costs and losses. I: Zieba MS, red. Migration - a challenge to the 21st century. Lublin: Catholic University of Lublin; 2008. s. 154.
 9. Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007;3:24. Tilgjengelig fra: www.cpementalhealth.com/content/pdf/1745-0179-3-24.pdf
 10. Polske borgere kommer for å bli [nettside]. Oslo: Utlendingsdirektoratet [oppdatert 11 jul 2007; lest 2 mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.udi.no/templates/Uttalelse.aspx?id=8765
 11. Aldri vært flere utlendinger i arbeid [nettside]. Oslo: Utlendingsdirektoratet [oppdatert 27 aug 2008; lest 2 mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.udi.no/templates/Uttalelse.aspx?id=9484
 12. Bratsberg B, Raaum O, Røed K. The rise and fall of immigrant employment: a lifecycle study of labor migrants to Norway. Oslo: Ragnar Frisch Centre for Economic Research; 2006. Tilgjengelig fra: www.frisch.uio.no/pdf/rise-andfall.pdf

6 Arbeidsinnvandrere

1. Bakken F, Bråthen M, Handal J, Aarethun T. Konjunktursvingninger og arbeidsinnvandring til Norge. *Arbeid og velferd* 2009;(1):13-20. Tilgjengelig fra: www.nav.no/binary/188882/file?download=true
2. Utviklingen på arbeidsmarkedet. *Arbeid og velferd* 2009;(1):5-12. Tilgjengelig fra: www.nav.no/binary/188887/file?download=true
3. Sterk vekst i innvandrerbefolkningen [nettside]. Statistisk sentralbyrå [oppdatert 8 mai 2008; lest 10 mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/vis/emner/02/03/innvfram/main.html
4. Vi blir... Om arbeidsinnvandring fra Polen og Baltikum. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: www.imdi.no/Documents/Rapporter/Rapport_arb_innv3MB.pdf
5. Polonia i Oslo: en studie av arbeids- og levekår blant polakker i hovedstadsområdet. Oslo: Fafo; 2007. Fafo-rapport 2007:27. Tilgjengelig fra: www.fafo.no/pub/rapp/20027/20027.pdf
6. Tall og fakta 2008. Oslo: Utlendingsdirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: www.udi.no/upload/Pub/Aasrapport/2008/UDI_Tall_og_fakta_web_rettet_versjon.pdf
7. Czapka EA. Polske arbeidsinnvandreres helse [post doc prosjekt] ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Under publisering.
8. Kawczynska-Butrym Z. Migration: the micro-social perspective - individual and family

7 Helsepersonell over grensen

1. The world health report 2006: Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006. Tilgjengelig fra: www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
2. The Looming Crisis in the Health Workforce: how Can OECD Countries Respond? Paris: OECD; 2008.
3. Texmon I, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030: dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2009. Rapporter 2009:9. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/06/01/rapp_helse/rapp_200909/rapp_200909.pdf
4. Utdanne nok og utnytte godt: innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00108/Utdanne_nok_og_utny_108299a.pdf
5. Statistikkbanken. Emne 06: Arbeidsliv, yrkesdeltaking og lønn [nettside]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 2009; lest 25 mar 2009]. Tilgjengelig fra: statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=06
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsut-

- fordringer. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/
7. En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490_En_solidaris_18040a.pdf

8 Utvandrere – nordmenn i Spania

1. Innvandring og utvandring, etter personens statsborgerskap 2007 [nettside]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 2008; lest mar 2009]. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/innvutv/tab-2008-05-08-09.html
2. Anuario Estadístico de España 2007. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2007.
3. Hovland BM, Agedal O, red. Det norske Spania - i sol og skygge: en konferanserapport om den nye norske utvandringsbølgen, og om norsk velferd i utlendighet. Oslo: Forskningsavdelingen, Diakonhjemmet høgskole; 2003.
4. Norske familier som flytter med barn til utlandet: en veileder. Oslo: Barne- og familiedepartementet; Utdannings- og forskningsdepartementet; 2005. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/
5. Helset AT. Spania - for helsens skyld: en intervjuundersøkelse blant norske pensjonister på Costa del Sol. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2000. NOVA Skriftserie 2000:2.
6. Helset AT, Sandlie HC, Lauvli M. Norske pensjonister og norske kommuner i Spania: en levekårsundersøkelse blant norske Spaniapensjonister. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2004. NOVA Rapport 2004:3.
7. Myklebost H. Migration of elderly Norwegians. Norsk geografisk tidsskrift 1989;43(4):191-213.
8. Sørbye LW, Kristoffersen AS, Helland OH, Grue EV. Nordmenn i Spania. Pleie, rehabilitering og omsorg: en kartleggingsstudie. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, Avdeling for forskning og utvikling; 2004. Rapport 2004:3.
9. King R, Warnes T, Williams A. Sunset lives: British retirement migration to the Mediterranean. New York: Oxford; 2000.
10. O'Reilly K. The British on the Costa del Sol: transnational identities and local communities. London: Routledge; 2000.
11. Rodríguez VG, Fernandez-Mayorales G, Rojo F. European retirees on the Costa del Sol: a cross national comparation. International Journal of Population Geography 1998;4(2):183-200.
12. Danielsen K, Moen B, Helset AT. Transnasjonale og nasjonale eldrelev: en studie av stedets og hjemmets betydning i eldre år. I: Fuglerud Ø, red. Andre bilder av "de andre": transnasjonale liv i Norge. Oslo: Pax; 2004. s. 33-64.
13. Haga O. Alderspensionistar som bur i utlandet. Arbeid og velferd 2009;(1):37-42. Tilgjengelig fra: www.nav.no/binary/188878/file?download=true
14. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/







Helsedirektoratet
Postboks 7000, St. Olavs plass
0130 Oslo
Tlf 810 20 050
Faks 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

