

Veileder

IS-xxxx

## Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente

Heftets tittel: Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

Utgitt: 12/2009

Bestillingsnummer: IS-xxxx  
kun elektronisk

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling kommunale helsetjenester  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

# Innhold

<b>Innledning</b>	<b>4</b>
<b>1 Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – generelt</b>	<b>5</b>
1.1 Ansvars- og oppgavefordeling mellom helsemyndighetene	6
1.2 Organiseringen av mottakssystemet	8
1.2.1 Transittmottak	9
1.2.2 Enslige mindreårige asylsøkere	9
1.2.3 Ordinære mottak	10
1.2.4 Ordinære mottak med forsterket avdeling (FA)	10
1.2.5 Ventemottak	11
1.3 Lovpålagte og anbefalte helseundersøkelser	12
<b>2 Helsetjenester i transittfasen</b>	<b>13</b>
2.1 Nødvendige helsetjenester i transittmottak	13
2.1.1 Undersøkelse for tuberkulose	13
2.1.2 Umiddelbart behandlingstrengende sykdommer og lidelser	16
2.1.3 Spesielle hensyn ved plassering i mottak – tilrettelagt botilbud	17
2.2 Informasjon til pasienter og informasjonsoverføring til kommune ved bosetting i ordinært mottak	17
<b>3 Helsetjenester under opphold i ordinært mottak</b>	<b>18</b>
3.1 Kommunenes ansvar for helsetjenester	18
3.2 Organisering av helsetjenestetilbudet	19
3.2.1 Tverrfaglige team	19
3.2.2 Interkommunalt samarbeid	20
3.3 Kort om helsetilstanden til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente	20
3.3.1 Psykiske lidelser	22
3.3.2 Somatiske lidelser	22
3.3.3 Smittsomme sykdommer	23
3.3.4 Andre sykdommer	23
3.4 Smittevern, undersøkelser og tester	23
3.4.1 Tuberkulose	24
3.4.2 Andre smittsomme sykdommer	24
3.4.3 Tidspunkt for testing og oppfølging av smittede personer	25
3.4.4 Testing for annet enn smittsomme sykdommer	25
3.4.5 Vaksinasjon	25
3.5 Psykososiale problemstillinger	26
3.5.1 Kartlegging av psykiske reaksjoner	27
3.5.2 Følger av tortur og annen alvorlig traumatisering	27

3.5.3	Familiesamtale	27
3.5.4	Oppfølging av barn	28
3.5.5	Trusler og vold i mottak	28
3.5.6	Menneskehandel	29
3.6	Svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	31
3.6.1	Oppfølging av gravide asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente	32
3.6.2	Barnevaksinasjonsprogrammet	33
3.7	Seksuell helse	33
3.8	Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)	34
3.9	Seksualundervisning	35
3.10	Svangerskapsavbrudd	35
3.11	Prevensjon	36
3.12	Kjønnslemlestelse	36
3.13	Tannhelsetjeneste i opphold i ordinært mottak	38
3.14	Undersøkelse av syn og hørsel	39
3.15	Miljørettet helsevern	40
3.16	Kosthold	42
<b>4</b>	<b>Helsetjenester etter bosetting i kommune for flyktninger fra mottak og direktebosatte overføringsflyktninger</b>	<b>43</b>
4.1	Innledning	43
4.1.1	Overføringsflyktninger	43
4.1.2	Bosatte som kommer fra asylmottak	43
4.1.3	Bosetting av flyktninger med ressurskrevende helseproblemer	43
4.2	Smittevern og vaksinasjon	44
4.2.1	Tuberkulose (TB) og hiv	44
4.3	Fastlege	45
4.4	Helsestasjon	47
4.4.1	Nyfødtscreening	48
4.5	Tilbud om frivillig underlivsundersøkelse	48
4.6	Tannhelsetjeneste	49
4.7	Undersøkelse syn og hørsel	49
<b>5</b>	<b>Helsetjenester til familiegjenforente</b>	<b>51</b>
5.1	Smittevern	51
5.1.1	Undersøkelse for tuberkulose	51
5.1.2	Tilbud om hiv-test	52
5.1.3	Vaksinasjon	52
5.2	Fastlege	53
5.2.1	Nyfødtscreening	54
5.3	Tilbud om frivillig underlivsundersøkelse	54
5.4	Tannhelsetjeneste	55
5.5	Undersøkelse syn og hørsel	55
<b>6</b>	<b>Taushetsplikt, journalføring, D-nummer, helseattester og videresending av helseopplysninger</b>	<b>57</b>
6.1	Taushetsplikt	57
6.2	Journalføring	57
6.3	D-nummer	57

6.4	Helseattester	59
6.5	Videresending av helseopplysninger	59
<b>7</b>	<b>Bruk av tolk</b>	<b>61</b>
7.1	Ansvar for bestilling og betaling av tolk	61
7.2	Personer som kan tolke	62
7.3	Fjerntolking	62
7.4	Retningslinjer for tolkebruk	63
7.5	Lær mer om bruk av tolk	63
<b>8</b>	<b>Økonomiske forhold knyttet til helsetjenesten</b>	<b>64</b>
8.1	Utgifter i forbindelse med tuberkulosekontroll	64
8.2	Kompensasjon for nødvendige helsetjenester i transittmottak	64
8.3	Egenandeler & frikort	64
8.4	Dekning av helseutgifter for beboere i ordinære mottak og flyktninger som er bosatt	65
8.5	Reiseutgifter til undersøkelse og behandling	65
8.6	Rett til stønad til helsetjenester	65
8.6.1	Stønad i henhold til folketrygdloven	65
8.6.2	Stønad i henhold til spesialisthelsetjenesteloven	66
8.6.3	Asylsøkere med kollektiv beskyttelse	66
8.7	Kompensasjon til vertskommuner	66
8.8	Statlige bosettingstilskudd til kommunene	67
8.9	Hovedreglene for betaling av utgifter ved helsehjelp i norske helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten	68
	<b>Vedlegg 1 – Begreper / definisjoner</b>	<b>69</b>
	<b>Vedlegg 2 – Eksempler på skjemaer</b>	<b>72</b>
	Skjema 1: Helseundersøkelse for flyktninger og asylsøkere / egenmelding	72
	<b>Vedlegg 3 – Utenlandske legemidler</b>	<b>76</b>
	<b>Vedlegg 4 Lover, veiledere, forskrifter og rundskriv</b>	<b>77</b>
	Lover kronologisk	77
	Forskrifter kronologisk	78
	Rundskriv fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD)	78
	Rundskriv fra Utlendingsdirektoratet (UDi)	79
	Rundskriv fra Integrasjons- og Mangfoldsdirektoratet (IMDi)	79
	Rundskriv fra Statens helsetilsyn (Htil)	79
	Rundskriv fra Helsedirektoratet (Hdir)	79
	Faktahefter fra Helsedirektoratet (Hdir)	79
	Veiledere	80
	Retningslinjer	80
	<b>Vedlegg 5 – Kilder og litteratur</b>	<b>82</b>
	<b>Vedlegg 6 – Adresser</b>	<b>84</b>
	<b>Vedlegg 7 – Informasjons- og bakgrunnsmateriale</b>	<b>87</b>

# Innledning

Denne veilederen er en revidert utgave av IS-1022 *Veileder for helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2003.

En revisjon av den tidligere veilederen har vært nødvendig blant annet på grunn av endringer i lov, forskrifter og rundskriv, i tillegg til endringer i organisasjonsstrukturer og i selve mottakssystemet.

Ett viktig forhold som har endret seg er at meldeplikten har falt bort, hvilket innebærer at nyankomne kan oppholde seg i landet uten å automatisk bli innskrevet i offentlige registre. Dette kan innebære at kommunens helsetjeneste må endre sine rutiner for å kunne fange opp og yte helsetjenester til sin personkrets.

Ordet skal brukes i en veileder der det henvises til pålagte oppgaver med hjemmel i lov og forskrift. Ordet bør brukes ved en faglig anbefaling om hva som er god praksis uten at det er direkte lovpålagt. Det forutsettes god faglig begrunnelse for ikke å følge bør-anbefalinger.

Veilederen omfatter helseundersøkelser i transittfasen, i ordinære statlige mottak, i ventemottak og etter bosetting i kommune. I transittmottak begrenses helseundersøkelsen til obligatorisk tuberkuloseundersøkelse og helsehjelp som ikke kan vente, altså akutthjelp. Ytterligere helseundersøkelser tilbys når asylsøkeren kommer til ordinært mottak, og etter å eventuelt ha fått innvilget asyl og bosettes som flyktning i kommune.

Helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har mange fellestrekk med helsetilbudet som gis den øvrige del av befolkningen. Ulike grupper rett til helsehjelp omtales og i vedleggene gis det eksempler på skjemaer, oversikt over lover, forskrifter, rundskriv, veiledere, adresselister, lenker og annen praktisk informasjon.

For spørsmål vedrørende arbeidsinnvandrere (sesongarbeidere, grensearbeidere, au pairer, studenter, mv) kontakt [IMDi](#).

Kommunen skal sørge for at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente får tilbud om helsetjenester. Helsedirektoratet forventer at kommunene legger veilederen til grunn ved planlegging, organisering og drift av helsetjenester til denne delen av befolkningen.

# 1 Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – generelt

## Innledning

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

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente kan i varierende grad ha gjennomgått traumer og tap før de kommer til Norge. Man må anta at alle kan ha lidt tap i forbindelse med selve migrasjonen, både materielle (hjem og eiendom), sosiale (familie, arbeid og sosialt nettverk) og psykiske tap (opplevelse av redusert egenverdi eller tap av identitet). Personer som av ulike årsaker har blitt tvunget til å flykte kan ofte ha større behov for helsetjenester enn andre i befolkningen.

De fleste aktuelle helseproblemer blant asylsøkere og flyktninger er vanlige også i Norge, men noen helseproblemer som er vanlige i enkelte land kan være uvanlige her. Noen har hatt dårlig tilgang til helsetjenester og lider av tidligere ubehandlede sykdommer og skader. Videre står man overfor helseproblemer forårsaket av forhold som ledet til flukten, som fysiske og psykiske skader etter voldtekt, tortur eller krigshandlinger, samt langvarige perioder med atskillelse, tap og usikkerhet. Infeksjoner, skader etter vold og overgrep og andre helseskader kan også ha oppstått i flyktningleire eller under flukt.

Tilværelsen som asylsøker, flyktning eller familiegjenforent kan i seg selv utgjøre en helserisiko. Passivitet, endrede familieroller, trangboddhet og tap av kjente omgivelser er alle faktorer som kan føre til psykiske problemer og lidelser. Livskriser, eller også mindre påkjenninger som en ukomplisert sykdom hos et familiemedlem, kan medføre sammenbrudd i familiestrukturen i familier utsatt for ekstraordinære belastninger. Lang ventetid i mottak og stor usikkerhet om fremtiden kan ha negative helsekonsekvenser.

Ved planlegging og organisering av helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente bør det tas hensyn til at disse gruppene kan ha vært utsatt for tortur og / eller annen alvorlig psykisk eller fysisk traumatisering, og / eller ha vært vitne til at andre er blitt torturert eller drept. Enkelte har vært utsatt for voldtekt og / eller annen seksualisert vold, noe som kan føre til traumatisering med eller uten varige mén. Barn, særlig enslige mindreårige asylsøkere (EMA) og barneforeldre bør gis særskilt omsorg. Det er også viktig å vite at noen kan ha vært torturert av helsepersonell før ankomst til landet.

Kommunikasjonen med asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente vil ofte kunne innebære store utfordringer. Det er svært viktig å være sikker på at all informasjon som gis blir forstått, for eksempel behovet for kartlegging, utredning og medisinsk oppfølging ved smittsom sykdom. Ansvar for dette ligger hos tjenesteyterne og hos dem som organiserer tjenestene. Samarbeid med tolk kan ofte være en forutsetning for å sikre pasientens rett til informasjon, samtykke til helsehjelp, m.v. (se kapittel 7). Det vises for øvrig til rundskriv om lov om pasientrettigheter [IS-12/2004](#).

Ansatte i mottak kan utsettes for sterke følelsesmessige påkjenninger i møtet med beboerne. Traumatiserte personer kan reagere med ukontrollert sinne, voldstendenser, tilbaketrekning, depresjon, mentalt fravær, osv. Dette kan over tid gi slitasje på både beboere og personell. Det er viktig å være forberedt på slike situasjoner og å ha tenkt igjennom hvordan ulike situasjoner skal håndteres. Det skal legges til rette for samtaler og veiledning av de involverte.

Tortur fører ofte til psykiske problemer. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress ([NKVTS](#)) har forskning og kunnskapsformidling blant sine oppgaver og samarbeider med de fem regionale sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging ([RVTS](#)). NKVTS driver ikke klinisk virksomhet, men kan bistå med veiledning og rådgiving. RVTSene har spesialkompetanse om flyktninghelse og tilbyr konsultasjon til helsepersonell.

Kommunen har plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell (jf. [kommunehelsetjenesteloven § 6-1](#)). Helsetjenesten bør ved behov bidra til å organisere et egnet veiledningsopplegg for ansatte i mottakene.

## 1.1 Ansvars- og oppgavefordeling mellom helsemyndighetene

Ansvar for helsetjenestene til asylsøkere på mottak, flyktninger og familiegjenforente i kommuner følger av [kommunehelsetjenesteloven](#). Det betyr i praksis at fagmyndigheter og utøvende helsepersonell har ansvar overfor disse gruppene på linje med den øvrige befolkningen. Hva ansvaret består i henger sammen med hvilke rettigheter de ulike målgruppene har, og blir behandlet i senere kapitler.

**Kommunene** skal sørge for nødvendige helsetjenester til alle som bor, eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf [kommunehelsetjenesteloven § 1-1](#). Kommunen har primæransvaret for at asylsøkere i statlige mottak og bosatte flyktninger og familiegjenforente får de helsetjenester de har krav på i henhold til lov.

**Fylkeskommunene** skal sørge for at tannhelsetjenester, inklusive spesialisttjenester er tilgjengelige i rimelig grad for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket, jf. [tannhelsetjenesteloven § 1-1](#).

**De regionale helseforetakene** skal sørge for at personer med fast bopel, eller oppholdssted i helseregionen, tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorie- og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nød- og ambulansetjeneste, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1](#).



**Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)** skal styrke kunnskap og kompetanse om vold og overgrep, flyktninger, katastrofer og traumatisk stress. Senteret driver forsknings- og utviklingsarbeid, undervisning og kompetanseheving, og skal veilede og drive rådgiving. NKVTS samarbeider med regionale sentre og kliniske miljøer og faginstanser. Det driver ikke klinisk virksomhet, men skal ha sin forankring i praksisfeltet.

**Regionale ressursentre om vold, traumer og selvmordsforebygging (RVTS)** er ressursentre for fagpersoner som i sitt arbeid kommer i kontakt med mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Sentrene har et fagteam innen området flyktningshelse og migrasjon, og skal bidra til kompetanseheving, gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av forvaltningsnivåer, etater og sektorer.

**Helsetilsynet/Helsetilsynet i fylket** skal føre tilsyn med alt helsetjenesten og alt helsepersonell i fylket i samsvar med lov eller forskrift, jf [lov](#) om statlig tilsyn med helsetjenesten. Helsetilsynet i fylket skal medvirke til at retningslinjer blir kjent og overholdt, og at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. Hvis virksomhet innen helsetjenesten i kommunen drives på en måte som er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi [pålegg](#) om å rette på forholdene.

**Nasjonalt folkehelseinstitutt** skal i henhold til [smittevernloven](#) § 7-9 overvåke den epidemiologiske situasjonen, forske på smittevernområdet, sikre vaksineforsyning og gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer og smittevern.

**Helsedirektoratet** er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet (**HOD**). Helsedirektoratet skal blant annet bidra til å utvikle tjenester av god kvalitet og med god tilgjengelighet for alle, basert på vitenskapelig og annen faglig kunnskap. Direktoratet har ansvar for utgivelse og revidering av faglige retningslinjer og veiledere.

**Nasjonal kompetansenhet for migrasjonshelse (NAKMI)** skal arbeide for et best mulig helsetilbud til minoritetsgrupper, bla flyktninger og familiegjenforente gjennom å fremskaffe, samordne og formidle tverrfaglig kunnskap og kompetanse. NAKMI skal videre legge til rette for utveksling av kunnskap og erfaring mellom forskere, klinikere og brukere. NAKMI er lokalisert på Oslo Universitetssykehus HF i Oslo.

**Utlendingsdirektoratet (UDI)** har ansvaret for å gjennomføre statens innvandringspolitikk. Dette omfatter utlendingskontroll, behandling av søknader om visum, oppholdstillatelse, arbeidstillatelse, statsborgerskap og asyl, samt innkvartering av personer som søker asyl.

**Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI)** har ansvar for bosetting av tidligere asylsøkere og overføringsflyktninger. IMDi er også kompetansesenter og pådriver for integrering og mangfold og iverksetter statlig politikk på sine områder.

**Utlendingsnemnda (UNE)** er et politisk uavhengig forvaltningsorgan som behandler klagesaker på vedtak truffet av UDI.

## 1.2 Organiseringen av mottakssystemet

Det statlige mottakssystemet er differensiert i forhold til den fasen beboerne befinner seg i:

**Transittmottak** er for perioden fra ankomst og registrering til første gangs helseundersøkelse og asylintervju er foretatt.

**Ordinære mottak** er for perioden under søknadsbehandlingen og fram til bosetting eller frivillig retur/uttransportering.

**Ventemottak** er for perioden fra endelig avslag er gitt og til vedtaket kan iverksettes.

En oversikt over alle de ulike mottakene og adresseliste finnes hos [UDI](#).

Kommunene står fritt i organiseringen av helsetjenestene innenfor rammen av kommunehelsetjenesteloven og kommuneloven. Økonomiske forhold knyttet til helsetjenestene behandles under de relevante kapitlene, samt i kapittel 8.

Kommunens planlegging og organisering bør ta hensyn til følgende problemstillinger:

- Mennesker kan ha vært utsatt for tortur og/eller annen alvorlig psykisk eller fysisk traumatisering.
- Noen kan ha vært vitne til at andre er blitt torturert eller drept.
- Enkelte kan ha vært utsatt for voldtekt og/eller annen seksualisert vold.
- Noen kan ha vært utsatt for menneskehandel.
- Mange kommer fra områder hvor det er høy risiko for bestemte infeksjonssykdommer.
- Mange mangler sosiale nettverk.
- Gravide kan trenge spesiell oppfølging.
- Enslige mindreårige asylsøkere (EMA) og barn av asylsøkere og flyktninger utgjør en spesielt utsatt gruppe og kan trenge spesiell oppfølging.

Både vertskommuner og mottak har gode erfaringer med å opprette team, der deler av eller hele stillinger er øremerket tverrfaglig samarbeid i forhold til mottaksbeboere og/eller innvandrere. Slik opparbeides kompetanse og oversikt over arbeidsfeltet. Det er viktig å utvikle slike team med kompetanse overfor målgruppen, men de bør være en integrert del av den samlede helse- og sosialtjenesten i kommunen. Kompetansen kan ellers bli person-avhengig, og kunnskapen kan bli borte med personen dersom denne forlater sin stilling.

Regelmessige tilbud om kontakt med helsetjenesten avlaster helse- og sosialtjenesten med ikke-planlagte kontakter både i og utenom arbeidstid. Det anbefales derfor at kommunen oppretter faste tidspunkt med helsepersonell i mottaket. Dette letter tilgangen for brukerne.

Den som søker asyl i Norge får tilbud om å bo i [asylmottak](#). Dette er et frivillig botilbud. Dersom asylsøkeren velger å si nei til tilbudet, må vedkommende klare seg selv økonomisk. Det betyr at vedkommende mister retten til økonomisk støtte fra UDI og retten til den helsehjelpen som tilbys gratis i mottaket.

Utlendingsdirektoratet (UDI) driver ikke selv asylmottak. Drift av mottakene legges ut på anbud etter lov om offentlige anskaffelser. Driftsoperatøren som vinner anbudsrunden står for den daglige driften av mottaket i henhold til retningslinjer gitt av UDI. Driftsoperatør kan være kommuner, humanitære organisasjoner, private selskaper og privatpersoner.

### **1.2.1 *Transittmottak***

Rett etter ankomst til Norge innkvarteres asylsøkere som takker ja til tilbud om mottaksplass midlertidig på Tanum transittmottak i Bærum kommune. Dette er en såkalt ankomsttransitt, og her oppholder asylsøkerne seg gjennomsnittlig i 5-10 dager.

Etter registrering, skriving av egenerklæring og obligatorisk tuberkuloseundersøkelse fordeles asylsøkerne til de andre avlastningstransittmottakene. De som ikke har fullført asylintervjuet hos UDI mens de var på Tanum, gjør det etter ankomst til avlastningstransittmottaket. [Transittmottakene](#) har sin hovedfunksjon knyttet til ankomst. Oppholdstid i transitt skal være kortest mulig. Etter at tuberkuloseundersøkelsen er ferdig, asylintervjuet er gjennomført og de formelle papirene foreligger, flytter asylsøkerne til ordinære mottak ulike steder i landet.

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

I transittmottaket får asylsøkeren utdelt en sengetøypakke, og kan ved behov få klær. Hvis mottaket har selvhushold, får asylsøkeren også utdelt en kjøkkenpakke. Både sengetøy, klær og eventuelt kjøkkenutstyr er varig eie og bringes med videre til det ordinære mottaket.

### **1.2.2 *Enslige mindreårige asylsøkere***

En asylsøker under 18 år som ankommer Norge uten foreldre eller andre som utøver foreldreansvar er enslig mindreårig asylsøker (EMA) i henhold til [utlendingsforskriften](#) § 55 a annet ledd. Dette inkluderer de som kommer med følgespersoner som ikke har foreldreansvar (søsken, slektinger eller bekjente). Enslige mindreårige skal få oppnevnt en hjelpeverge. Dersom foreldre / personer som utøver foreldreansvar for vedkommende EMA er bekreftet døde skal verge oppnevnes. Det er Overformynderiene i hver enkelt kommune har ansvar for å oppnevne verge / hjelpeverge i henhold til [Vergemålsloven](#).

Oppgavene for verge / hjelpeverge er i praksis de samme: ivaretagelse av den mindreåriges interesser, blant annet å være tilstede under asylintervjuet. Søkers alder på vedtakstidspunktet legges til grunn, dvs at dersom UDi bruker lang tid på saksbehandling og fattning av vedtak og enslig mindreårig asylsøker i denne tidsperiode fyller 18 år, vil søker behandles som voksen asylsøker. Ved tvil om alder tilbys en frivillig alderstest, i praksis tannrøntgen. Frivillighet forutsetter samtykkeerklæring, og det er vergen eller eventuelt hjelpevergen som signerer på

vegne av enslig mindreårig asylsøker.

Omsorgsansvar for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år ligger hos det statlige barnevernet, som skal sørge for botilbud i omsorgssentre tilpasset denne gruppen. Eidsvoll omsorgssenter har omsorgsansvar for EMA under 15 år.

Omsorgsansvaret for EMA mellom 15 og 18 år ligger hos UDi. Søkere i denne gruppen gis botilbud i [egne avdelinger](#) tilknyttet ordinære mottak fram til barnevernet overtar omsorgsansvaret. For nyankomne enslige asylsøkere som kommer alene er det et eget transittmottak, mens enslige asylsøker som kommer med følgespersoner plasseres i ordinære mottak med følgespersonene.

Som hovedregel vil positivt vedtak om opphold medføre bosetting i kommunen. Ved midlertidig / begrenset opphold må hensiktsmessighet av å starte integreringsprosess avveies mot selvstendigjøring og mestringsevne som vil utvikles ved bosetting og vil kunne komme til nytte ved retur til hjemlandet. Vurderingen vil også legge til grunn praktiske hensyn, da det ofte kan være vanskelig å bosette personer med tidsbegrenset tillatelser. Når mindreårig med begrenset tillatelse fyller 18 år skal vedkommende forlate landet. Dersom det er framkommet endringer i hjemlandet, nye forhold i personens helsetilstand eller liknende, må vedkommende fremsette anmodning om omgjøring av vedtaket.

### **1.2.3 Ordinære mottak**

De ordinære mottakene er et botilbud for personer som har søkt asyl i Norge og venter på søknadsbehandling, eventuelt bosetting eller utreise. Et asylmottak er ikke å anse som en tvangsinstitusjon, men et frivillig botilbud for personer som søker asyl i Norge. Botilbudet gjelder fra asylsøknaden er presentert og til vedkommende enten har fått oppholdstillatelse og er bosatt i en kommune, eller for asylsøker med avslag på asylsøknad, inntil vedtaket er effektivt. Under opphold i mottaket skal det gis tilbud om ytterligere helseundersøkelser.

Enkelte mottak har en desentralisert struktur. Det betyr at asylsøkerne bor i egne leiligheter. Dette gir helsetjenesten i vertskommunen noen ekstra utfordringer. I motsetning til andre mottak, vil ikke personer som har behov for helsehjelp fanges opp av tilstedeværende mottakspersonale eller helsepersonell tilknyttet mottaket. Det er derfor spesielt viktig at kommuner med desentraliserte mottak er tidlig ute med informasjon til asylsøkerne om hvor de kan få helsehjelp ved behov, og at de raskt tildeles fastlege.

### **1.2.4 Ordinære mottak med forsterket avdeling (FA)**

I 2005 ble det opprettet forsterkede avdelinger ([FA](#)) ved fire asylmottak: Dale, Leira, Hobøl og Setermoen. Avdelingene er verken tvangsinstitusjon eller et behandlingstilbud, men et døgnbemannet frivillig botilbud for personer med særskilte hjelpebehov. Hovedmålgruppen er personer med psykiske problemer som ikke har behov for innleggelse i psykisk helsevern, men som for eksempel får poliklinisk oppfølging. Beboere som trenger behandling, tas hånd om innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Det er helsetjenesten som skal drive behandling også når det gjelder beboerne i de forsterkede mottakene. Nærhet til et forsvarlig helse- og behandlingstilbud innen psykisk helsevern tillegges stor vekt når de forsterkede mottakene etableres. De forsterkede mottakene skal ikke ta inn beboere som på inntakstidspunktet blir vurdert som farlige av politiet eller helsetjenesten. Tilbudet bidrar også til å skape en bedre situasjon for øvrige beboere og ansatte i ordinære mottak.

Personer med alvorlig somatisk sykdom eller funksjonshemming, vil også kunne få tilbud om plass ved en forsterket avdeling. Noen vil få tilbudet fordi de trenger hjelp til grensesetting eller til å strukturere hverdagen sin, uten at de nødvendigvis har en psykiatrisk diagnose. Personer som blir alvorlig syke skal innlegges på sykehus. Personer med endelig avslag kan få plass i forsterkede avdelinger i mottak inntil de kan reise hjem på egen hånd eller ved hjelp av repatrieringsprogram i regi av [International Organization for Migration](#) (IOM).

### **1.2.5 Ventemottak**

Asylsøkere som har fått endelig avslag på søknaden om asyl eller søknad om opphold på humanitært grunnlag har plikt til å forlate landet innen en gitt tidsfrist. Disse får tilbud om plass ved et [ventemottak](#) dersom det av forskjellige årsaker ikke er mulig for vedkommende å overholde denne plikten. Utlendingsdirektoratet etablerte i mars 2006 et ventemottak i Lier og i desember 2007 et ventemottak på Nannestad. Ventemottakene er et botilbud til tidligere asylsøkere som har mistet tilbudet i ordinære asylmottak etter endelig avslag på søknaden om asyl.

Lov om helsetjenesten i kommunene og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. regulerer tjenestetyper og omfang av de helsetilbud som personer som befinner seg i Norge har rettskrav på. Kommunehelsetjenesteloven stiller vilkår om at "alle personer må sikres tilgang til øyeblikkelig hjelp og annen helt nødvendig helsehjelp som ikke kan utsettes". Personer med negativt asylvedtak omfattes også av denne helselovgivningen. En egen helsetjeneste på ventemottaket, finansieres av UDI, og har ansvar for å ivareta eventuelle behov for øyeblikkelig hjelp. Det innebærer at asylsøkere med endelig avslag på søknaden ikke henvises til kommunenes sosialtjeneste for å få hjelp mens de venter på politiets uttransportering, men blir tatt hånd om på ventemottak.

Dersom det under opphold i ventemottak er nødvendig med øyeblikkelig hjelp i form av behandling eller innleggelse på sykehus for en person med avslag på asylsøknad, skal dette dekkes av helseforetaket, jmfør [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 5-3 og [forskrift](#) om tryggedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer.

Enslige mindreårige asylsøkere, barnefamilier med barn under 18 år, syke og alle personer som samarbeider med den internasjonale organisasjonen for migrasjon, [International Organization for Migration](#) (IOM) eller politiet om retur, skal fortsatt kunne bo i ordinære asylmottak inntil avreise. Disse skal kunne få nødvendig helsehjelp ved behov i mottakskommunen i denne perioden. IOM gir informasjon til asylsøkerne og er ansvarlig for praktisk tilrettelegging og gjennomføring av et program for frivillig retur til asylsøkernes hjemland.

Flyktningshjelpen ved [Information and Counselling on Return and Repatriation](#)

(INCOR) gir asylsøkere informasjon og rådgivning om retur og tilbakevending.

Politiets utlendingsenhet (PU) ble opprettet i 2003 og fikk det nasjonale ansvaret for å transportere personer uten lovlig opphold i Norge ut av riket.

### 1.3 Lovpålagte og anbefalte helseundersøkelser

Diagrammet under viser hvilke helseundersøkelser som er lovpålagt og hvilke som anbefales i henholdsvis transittmottak, ordinært mottak og i bosettingskommune:

<b>Transittmottak</b>	<b>Ordinært mottak</b>	<b>Overføringsflyktninger direkte til kommuner</b>
Lovpålagt TB-screening Frivillig hiv-test	Oppfølging av resultatet av lovpålagt TB-screening Frivillig hiv-test	Lovpålagt TB-kontroll Frivillig hiv-test
Akutte helseproblemer	Tilbud om ytterligere helseundersøkelser for somatiske og psykiske lidelser, samt relevant smittevern og barnevaksinasjon	Relevant helseundersøkelse med utgangspunkt i opprinnelseslandet
Spesielle hensyn ved flytting til ordinære mottak	Tilbud om samtale og eventuell frivillig underlivsundersøkelse for kvinner og jenter fra land der kjønnslemlestelse praktiseres	Tilbud om samtale og eventuell frivillig underlivsundersøkelse for kvinner og jenter fra land der kjønnslemlestelse praktiseres

## 2 Helsetjenester i transittfasen

### 2.1 Nødvendige helsetjenester i transittmottak

Transittfasen skal være kortvarig og helsetjenestetilbudet bør konsentreres om forhold som krever hurtig avklaring / oppfølging. Det er Bærum kommune som skal organisere helsetjenestetilbudet til beboere i transittmottak. Formålet med helsetjenestetilbudet i mottaket er å:

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

#### 2.1.1 *Undersøkelse for tuberkulose*

Asylsøkere og flyktninger har plikt til å gjennomføre tuberkuloseundersøkelse, jmfør [forskrift](#) om tuberkulosekontroll § 3-1 første ledd. Plikten gjelder uavhengig av om asylsøkeren / flyktingen oppholder seg i mottak eller ikke. Det at undersøkelsen er obligatorisk begrunnes dels med at faren for smittespredning antas å være større i asylmottak enn andre steder, og dels med at asylsøkeren / flyktingen kan komme fra land hvor en stor del av befolkningen er smittet med tuberkulose.

Undersøkelsen omfatter tuberkulintesting av alle nyankomne. I tillegg skal det utføres røntgenundersøkelse av lungene hos personer som har fylt 15 år. For asylsøkere og flyktninger skal tuberkuloseundersøkelsen være gjennomført innen 14 dager etter innreise.

Asylsøkere som blir diagnostisert med tuberkulose ved ankomst til landet, eller mens de bor i transittmottak, sendes til Løren transittmottak for behandling. Her blir de boende til behandlingen er avsluttet.

Pasienter som utredes for mulig tuberkuløs sykdom, eller som får behandling for tuberkulose (TB), vil normalt få bli i landet inntil utredningen eller behandlingen er avsluttet. Dette er det viktig å informere både pasienten og Politiets utlendingsenhet (PU) om, slik at vedkommende ikke forlater landet eller flytter til ukjent adresse så lenge behandlingen pågår. Dette gjelder selv om det foreligger et avslag på asylsøknad. Slike meldinger krever pasientens samtykke.

Opplysninger om TB er taushetsbelagte og skal ikke formidles per telefaks. Opplysninger skal sendes til PU og til UDI ved Asylavdelingen per post i lukket konvolutt. Dersom det haster kan melding i tillegg gis pr telefon eller telefaks såfremt taushetsplikten ivaretas.

Adresser:

PU v / Koordineringsenhet, Postboks 9277 Grønland - 0134 Oslo



&:

UDI v/ Asylavdelingen, Postboks 8108 Dep, 0032 Oslo

Dersom det er så store ankomster til transittmottaket at botiden blir kortere enn 72 timer, må røntgen av lungene prioriteres slik at personer med smitteførende aktiv tuberkulose kan diagnostiseres og behandles raskt. Dersom man har 72 timer til disposisjon før flytting til annet mottak settes også Mantoux. UDI vil inngå avtale med neste mottakskommune om fullføring og oppfølging av screeningen dersom botid i transitt blir under 72 timer.

## **GENERELT OM TUBERKULOSE, BEHANDLING OG ANSVARSPASSERING**

I 2008 ble det meldt 323 tilfelle av tuberkulose i Norge. 80 % av disse ble meldt blant personer født utenfor Norge. Tuberkuloseundersøkelsene ved ankomst til Norge viser at en høy andel personer er smittet med tuberkulose en eller annen gang, såkalt latent tuberkulose. Risikoen for at disse utvikler aktiv tuberkuløs sykdom er størst de første 1-3 årene etter smitte. De fleste innvandrere som blir syke med TB i Norge utvikler aktiv sykdom pga slik latent infeksjon. Enkelte kan utvikle aktiv sykdom etter å ha vært mange år i landet med latent TB. DNA-analyser viser at de fleste utenlandsfødte pasienter som er registrert med TB i Norge (80-90 %) har blitt smittet før ankomst til landet. I 2008 fikk 36 innvandrere påvist aktiv tuberkuløs sykdom nær tidspunkt for ankomst.

### Plikten til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse

Alle personer, uansett alder, fra land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal oppholde seg mer enn tre måneder i Norge, har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse kort tid etter ankomst, jmfør [forskrift om tuberkulosekontroll § 3-1](#) første ledd. Plikten gjelder ikke personer som er unntatt fra utlendingslovens krav om arbeidstillatelse eller oppholdstillatelse, dvs. personer fra de andre nordiske landene og diplomater. Undersøkelsen omfatter tuberkulintesting av alle nyankomne. I tillegg skal det utføres røntgenundersøkelse av lungene hos personer som har fylt 15 år.

### Land med høy forekomst av tuberkulose

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i henhold til forskriftens § 4-5 angi hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose. Oppdatert liste over hvilke land som anses å ha høy forekomst er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider: [folkehelseinstituttet](#)

I november 2008 er dette alle land utenom USA, Canada, Australia, Japan og Ny-Zealand og i Europaregionen: Albania, Armenia, Aserbajdsjan, Bosnia- Herzegovina, Bulgaria, Estland, Georgia, Hviterussland, Kasakhstan, Kirgisistan, Kroatia, Latvia, Litauen, Makedonia, Moldova, Romania, Russland, Serbia og Montenegro, Tadsjikistan, Turkmenistan, Tyrkia, Ukraina og Usbekistan. Personer fra EU-medlemsland som omfattes av plikt til tuberkuloseundersøkelse (Bulgaria, Estland, Latvia, Litauen og Romania) er ikke er fritatt for plikt til tuberkuloseundersøkelse, men plikten inntreer først når de søker oppholds- eller arbeidstillatelse eller etter seks måneder.

Kommunelegen har ansvar for at alle som kommer fra høyendemiske land



undersøkt for å utelukke aktiv TB. Visse grupper, som asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, skal også undersøkes for mulig latent TB. Arbeidet kan delegeres til fastlege eller helsestasjonslege. Det skal undersøkes om undersøkelse for TB er utført og fulgt opp. Ved vurdering av hvem som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten må det også gjøres en klinisk vurdering av prøvefunn, helsesituasjon og individuell risiko.

Kommunelegen, eventuelt annet personell i kommunehelsetjenesten, skal kontakte personer som ikke innen rimelig tid møter frem på eget initiativ, slik at tuberkuloseundersøkelsen blir foretatt og vedkommende får et dokument som viser at undersøkelsen er gjennomført. Etter [smittevernloven § 5-2](#) er det adgang til å vedta tvungen legeundersøkelse dersom det er mistanke om smittsom tuberkuløs sykdom.

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

#### Tuberkulosekoordinator

I forskrift om tuberkulosekontroll pålegges de regionale helseforetakene å utpeke tuberkulosekoordinatorer. Innføring av regionale tuberkulosekoordinatorer er et viktig ledd i styrkingen av tuberkulosekontrollarbeidet i Norge. Tuberkulosekoordinatorene skal utforme en behandlingsplan for den enkelte pasient sammen med pasienten, behandlende spesialist, kommunehelsetjenesten og koordinere videre oppfølging. De skal bidra til at tuberkulosekontrollen fungerer i alle ledd, at meldingssystemet fungerer, overvåke forekomsten av tuberkulose i regionen og delta i opplæring av personell.

På Folkehelseinstituttets nettside finnes en oversikt over hvem som er utpekt som tuberkulosekoordinatorer i de ulike helseregionene: [folkehelseinstituttet](#)

#### Oppfølging ved påvist tuberkulose

Oppdages det symptomer eller tegn på tuberkulose, skal personen henvises til diagnosestasjon, barneavdeling, lungemedisinsk eller infeksjonsmedisinsk poliklinikk for nærmere vurdering og eventuelt behandling, jf. [forskrift om tuberkulosekontroll § 3-3](#).

Spesialist i lungemedisin eller infeksjonsmedisin eller pediater har ansvar for å starte behandling og å velge behandlingsregime. Spesialisten skal straks varsle tuberkulosekoordinator som er ansvarlig for å sette i gang arbeidet med en behandlingsplan for pasienten, jmfør forskrift om tuberkulosekontroll § 3-3. Behandlingsplanen skal etableres i samarbeid med spesialisten, tuberkulosekoordinatoren, pasienten og kommunelegen.

Det er internasjonalt et økende antall pasienter som har både tuberkulose og hiv-infeksjon. Helsepersonell bør anbefale at alle som har påvist tuberkuløs sykdom eller smitte også testes for hiv. Hiv-testen er frivillig. Likeledes anbefales det at alle som er hiv-positive også tilbys tuberkulosestest.

### Behandling

Etter to uker med riktig behandling antar man at de fleste ikke lenger er smitteførende. Behandlingen må vanligvis fortsette i seks måneder, men kan ta opp mot to år hvis vedkommende er smittet med bakterier som er resistente mot de vanligste medikamentene. Det er et stort problem hvis behandlingen ikke fullføres. Selv om pasienten kan ha blitt kvitt symptomene kan sykdommen blusse opp igjen og gjøre vedkommende smittefarlig.

For å sikre helbredelse for den enkelte og forebygge utvikling av multiresistent tuberkulose skal behandlingen foregå under direkte observasjon, også omtalt som [Direkte Observert Terapi](#) (DOT), jmfør forskrift om tuberkulosekontroll § 3-3, se også [WHO](#). Med DOT menes et standardisert behandlingsopplegg der helsepersonell observerer pasientens inntak av alle doser av tuberkulosemedikamenter. Se [Folkehelseinstituttet](#) om forebygging og kontroll av tuberkulose.

### Overføring av helseopplysninger

Kommunelegen har ansvar for gjennomføring av kommunens tuberkulosekontrollprogram, jmfør [forskrift om tuberkulosekontroll § 4-2](#) og [forskriftsendring](#). Kommunelegen skal etter denne bestemmelsen sikre at journalen med resultatet av tuberkuloseundersøkelsen blir oversendt kommunelegen i asylsøkerens / flyktningens nye bopelskommune. Det skal også gis informasjon dersom undersøkelse ikke er utført. Ved flytting fra transittmottak skal journal alltid oversendes. Oversendelsen skal skje i samsvar med gjeldende regler om overføring av helseopplysninger i [helsepersonelloven](#) og [forskrift om pasientjournal](#).

For nærmere informasjon kontakt Nasjonalt Folkehelseinstitutt se også [e-håndbok](#) om vaksinasjon.

### Betalingsordninger

Tuberkulose er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Folketrygden yter derfor full godtgjørelse av utgifter til legehjelp ved undersøkelse, behandling og kontroll, og pasienten skal ikke betale egenandel. Dette gjelder også ved undersøkelse som ledd i smitteoppsporing. Folketrygden og NAV dekker normalt ikke medisiner mot bivirkninger av behandlingen eller utgifter til sårstell (konferer også [Blåreseptforskriftens § 5](#))

Det er kommunen eller det regionale helseforetaket som skal dekke alle utgifter, også reiseutgifter: Kommunen har plikt til å dekke alle utgifter knyttet til gjennomføringen av tiltak i tuberkulosekontrollprogrammet som utføres av kommunehelsetjenestens ulike ledd, jmfør forskrift om [tuberkulosekontroll § 4-1](#). Det regionale helseforetaket har plikt til å dekke alle utgifter knyttet til gjennomføringen av tiltak i tuberkulosekontrollprogrammet som utføres av spesialisthelsetjenesten i eller utenfor sykehus, jmfør forskrift om [tuberkulosekontroll § 4-3](#).

## **2.1.2 Umiddelbart behandlingstrengende sykdommer og lidelser**

I transittmottakene bør helsepersonell konsentrere seg om å yte helsehjelp til personer med tilstander som trenger umiddelbar behandling. Kliniske funn som

sterkt redusert allmenntilstand, tegn på smittsomme sykdommer og redusert psykisk funksjonsevne, indikerer behov for rask utredning for eventuell behandling. Det samme kan gjelde personer med kroniske sykdommer som trenger umiddelbar oppfølging. Ved akutte tegn på nylig gjennomgått traumatisering eller tortur bør det tilbys legeundersøkelse og oppfølging.

Oppfølging av spesielle grupper bør som hovedregel ikke igangsettes i transittfasen dersom dette betyr brudd i det terapeutiske opplegget ved overføring til ordinært mottak. Unntaket er gravide som må følges opp umiddelbart. Mange gravide har ikke vært til kontroll tidligere i svangerskapet og svangerskapskontroll bør derfor tilbys så raskt som mulig. Gravide bør tilbys frivillig hiv-test.

### **2.1.3 Spesielle hensyn ved plassering i mottak – tilrettelagt botilbud**

Helsetjenesten ved transittmottaket bør ta initiativ til at personer som har behov for hyppig medisinsk oppfølging, hyppige kontroller i sykehus, eller som har fysisk eller psykisk tilstand som tilsier det, blir overført til mottak med forsterket avdeling eller andre mottak der det ligger til rette for slik oppfølging. Behov for tilrettelagt mottaksplass eller forsterket avdeling meldes til UDI.

## **2.2 Informasjon til pasienter og informasjonsoverføring til kommune ved bosetting i ordinært mottak**

Det er begrenset mulighet til å gi helseinformasjon til asylsøkere i transittfasen. Informasjonen må tilpasses dem som til enhver tid bor i mottaket, og følges opp i ordinært mottak i kommunen for å sikre at tidligere gitt informasjonen er forstått.

Medisinsk informasjon skal gå fra helsetjenesten i transittmottaket til helsetjenesten i mottakskommunen. Oversendelsen skal skje i samsvar med gjeldende regelverk som omhandler overføring av helseopplysninger, jfr. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Det vises i denne sammenheng til rundskriv om helsepersonelloven [I-20/2001](#). Resultatet av tuberkuloseundersøkelsen skal sendes uavhengig av om det er et negativt eller positivt resultat. Det kreves ikke samtykke til dette. For mer informasjon om videresending av helseinformasjon, se kapittel 6.

Vaksinasjoner som er gitt i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet skal registreres i Nasjonalt vaksinasjonsregister ([SYSVAK](#)). Personer som er registrert i SYSVAK vil bli søkbare først når de har fått tildelt personnummer eller D-nummer.

## 3 Helsetjenester under opphold i ordinært mottak

### 3.1 Kommunenes ansvar for helsetjenester

Vertskommunene er forpliktet til å sørge for nødvendig helsehjelp til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, jmfør [kommunehelsetjenesteloven](#).

Helsetilstanden hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente kan være noe forskjellig fra det helsepersonell vanligvis står overfor. Det anbefales at mottakspersonell, fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, flyktingkontakt, bosettingskonsulent og andre relevante aktører samarbeider om å sikre forsvarlige helsetjenester til disse pasientgruppene.

Det kan være nødvendig at kommunen medvirker til undervisning og praktisk opplæring (jmfør [kommunehelsetjenestelovens § 6-1](#)) og / eller videre- og etterutdanning (jmfør [kommunehelsetjenestelovens § 6-2](#)).

Snarest mulig og innen to uker etter asylsøkers ankomst til ordinært mottak skal helsepersonell opprette kontakt og gjøre en første vurdering av helsetilstand og behov for helsetjenester. Helseundersøkelsen skal foretas snarest mulig og senest innen to uker etter første kontakt og vurdering av helse er foretatt.

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

Helseundersøkelsen bør omfatte samtale med sykepleier og legeundersøkelse der det dreier seg om personer i en risikogruppe, eller der det avdekkes helseproblemer. Samtalen er viktig blant annet for at asylsøker og helsepersonell skal bli kjent med hverandre. Helseundersøkelsen er samtidig en god anledning til å gi informasjon om den kommunale helsetjenesten og opplysninger om hvordan man får hjelp ved sykdom. Samarbeid med tolk kan ofte være en forutsetning for å sikre pasientens rett til blant annet informasjon og samtykke til helsehjelp, jmfør blant annet pasientrettighetslovens §§ [3-5](#) og [4-1](#). Familiemedlemmer bør ikke brukes som tolk. Barn skal *aldri* brukes som tolk (For informasjon om tolk, se kapittel 7).

Enkelte kan unnlate å melde helseproblemer av frykt for at opplysninger om helsetilstanden får direkte konsekvenser for asylsøknaden, og fordi de er ukjent med [helsepersonells taushetsplikt](#). Det er derfor viktig å informere om hva taushetsplikten innebærer (jmfør også [pasientrettighetslovens § 3-6](#)).

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

og egenverd. Et eget skjema for helseundersøkelse kan brukes som hjelpemiddel, se vedlegg 2. Asylsøker kan eventuelt fylle ut dette selv med nødvendig assistanse.

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

### **3.2 Organisering av helsetjenestetilbudet**

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

Erfaringer har imidlertid vist at fastlegeordningens struktur passer dårlig for en del asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. En del av dem kan ha hatt liten erfaring med timebestilling og kan, av språklige årsaker, ofte ikke ringe for å bestille time. Enkelte dukker derfor uanmeldt opp på legekantoret. Hvis ikke konsultasjonen er godt planlagt, er det en fare for at den foregår på for knapp tid og uten profesjonell tolk. Resultat kan bli at helsetjenestene som ytes er utilfredsstillende.

Primærhelsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente ivaretas best ved en tilrettelagt helsetjeneste for å sikre disse pasientgruppene likeverdige tjenester. Et tilrettelagt helsetjenestetilbud, med fastlønnnet personell, vil i de fleste kommuner være det mest hensiktsmessige.

Det er Helsedirektoratets oppfatning at legetjenesten bør organiseres slik at legearbeid rettet mot beboere i mottak regnes som offentlig allmenntilleggslegearbeid, der det er rammer for å sette av tilstrekkelig tid til tolkekonsultasjoner og tilrettelegging for samarbeid med andre viktige aktører.

Videre anbefaler direktoratet at flere mottak ansetter helsepersonell. Dette kan gjøre det enklere for asylsøkere og flyktninger å orientere seg i helsetjenestesystemet og kan bidra til at flere raskt får den hjelpen de trenger. Kommunen bør sikre lettere tilgang til helsetjenester for beboere og gjøre det enklere for nyankomne å få kontakt med helsepersonell, eksempelvis ved å opprette faste dager med helsepersonell i mottaket eller på et fast kontor utenfor mottaket. Erfaringer har vist at regelmessige tilbud om kontakt med helsetjenesten på dagtid avlaster helse- og sosialtjenesten med ikke-planlagte konsultasjoner / kontakter, både i og utenom arbeidstid.

#### **3.2.1 Tverrfaglige team**

Kommuner og helseforetak bør avsette fagressurser til å arbeide spesielt med likeverdige helsetjenester til asylsøker, flyktninger og familiegjenforente, og det bør etableres tverrfaglige fagmiljøer eller team som opparbeider seg kompetanse på feltet. Dette er ikke minst viktig med tanke på å styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Mange kommuner har gode erfaringer med tverrfaglige team, der deler av eller hele stillinger er øremerket arbeidet med asylsøkere og flyktninger eller generell migrasjonshelse. Dette gjør det lettere å få oversikt over arbeidsfeltet. Det er imidlertid viktig at teamene er en integrert del av den samlede helse- og sosialtjenesten i kommunen, slik at kompetansen som opparbeides ikke blir for person-avhengig.

### **3.2.2 Interkommunalt samarbeid**

Interkommunalt samarbeid kan være hensiktsmessig. Mange kommuner samarbeider allerede om blant annet [introduksjonsprogrammet](#), og samarbeid om helsetjenestetilbudet er en tilsvarende mulighet.

Ved interkommunalt samarbeid vil helsetjenesten kunne bli så stor at de ansatte utgjør et team, som kan gi hverandre gjensidig støtte. Arbeidet med asylsøkere og flyktninger kan være krevende, ikke minst for helsepersonell og flyktningkonsulenter som arbeider alene. Det kan oppleves tungt å ta del i mange tragedier som flyktningene lever med. Dersom man ikke har et faglig og sosialt arbeidsfellesskap kan enkelte velge å slutte, og ta med seg opparbeidet kompetanse og verdifull erfaring. Kollegial støtte og et større miljø kan bidra til å gjøre arbeidsmiljøet lettere og beholde ansatte med erfaringer og kunnskap.

Ved interkommunalt samarbeid kan tolk brukes mer kostnadseffektivt ved at arbeidsdagen planlegges slik at man fortløpende har flere pasienter tilhørende samme språkgruppe. En interkommunal helsetjeneste (eller store kommuner / bydeler) vil kunne være stor nok til å være tilgjengelig på dagtid. Dermed vil belastningen på legevakten bli mindre.

Et eksempel på vellykket interkommunalt samarbeid er Vestfold migrasjonshelsesenter, som er et samarbeidstiltak finansiert av kommunene Stokke, Andebu, Tønsberg og Nøtterøy, sentrert rundt Tønsberg. Senteret tilbyr spesielt tilrettelagt helsetjeneste for asylsøkere, nyankomne bosatte flyktninger og familiegjenforente. Helsetjenesten består av "førstegangs-undersøkelsen", fastlegefunksjon, smittevernfunksjon og psykologisk utredning og behandling. Senteret fungerer som en utvidet primærhelsetjeneste. Personer med psykososiale problemer kan få rask kartlegging og oppfølging av psykologen. Dermed er det bare personer med de mest alvorlige psykiske plagene som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Barn følger vanlig program i regi av den kommunale helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Senteret fungerer som et kompetansesenter for ulike kommunale enheter.

### **3.3 Kort om helsetilstanden til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente**

Nyankomne flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente kan ha mange helseproblemer som også er vanlige i den etnisk norske befolkningen. I tillegg kan de ha en del plager eller problemer som ikke er vanlig hos norskfødte. Psykiske lidelser og infeksjonssykdommer forekommer oftere hos asylsøkere og flyktninger enn ellers i befolkningen. Disse har ulike erfaringer og opplevelser som igjen på ulike

måter vil kunne påvirke dem selv og deres eventuelle barn på forskjellig vis. Dette gjelder også i forhold til bruk av rusmidler og en eventuell utvikling av rusrelaterte problemer.

Det er dokumentert at asylsøkere og flyktninger er en mer utsatt gruppe når det gjelder utvikling av rusrelaterte problemer. Årsakene til dette er komplekse. Delvis kan dette skyldes at bruk av enkelte rusmidler kan være mer vanlig i opprinnelseslandet enn i Norge. Det kan også ha sammenheng med migranttilværelsen. Det å være migrant og samtidig ha rusmiddelproblemer eller å tilhøre et miljø som i stor grad er sentrert rundt illegale rusmidler, kan medføre dobbel stigmatisering. En kan bli møtt av majoritetssamfunnet med dobbelt sett av fordommer. Slik kan møtet med majoritetssamfunnet vanskeliggjøre veien ut av misbruk og dermed få større negative konsekvenser enn rusmisbruket i seg selv, fordi det hindrer tilfriskning og normalisering av tilværelsen.

Mange nyankomne kan ha mistet sine nærmeste, og en stor del vil måtte leve under påkjenning av langvarig eller definitiv atskillelse fra familie, slekt og venner.

Asylsøkere og flyktninger som nettopp har fått oppholdstillatelse har ofte til felles å være ensomme, uten penger og uten håp. Delvis skyldes dette et pasifiserende og langvarig opphold på mottak i rurale strøk uten anledning til norskopplæring, utdanning eller arbeidsoppgaver. Mange vil være dårlig rustet til å delta i yrkeslivet og slik bli ytterligere marginalisert, og slik være utsatt for påfølgende psykiske eller rusrelaterte problemer.

Hos den enkelte asylsøker og flyktning må man se helsetilstanden i sammenheng med forholdene som førte til flukten, hvilket geografisk område vedkommende kommer fra og oppbruddet flukten representerer.

Forekomsten av smittsomme sykdommer gjenspeiler forekomsten i hjemlandet. Mine- og skuddskader er relativt utbredt. Svært mange ankommer med jernmangelanemi og D-vitamin-mangel. Relativt utbredt er også genetisk betingede tilstander som thalassemi og sigdcelleanemi. Mange kvinner kan være plaget med helseproblemer som følge av kjønnslemlestelse.

Det er imidlertid ikke systematiske helsemessige forskjeller mellom asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente i forhold til deres respektive opprinnelsesland.

Enkelte nyankomne har senskader av feilbehandlede sykdommer, eller helseplager som skyldes dårlig tilgang på helsetjenester og ubehandlede sykdommer. De mest utbredte helseproblemene er imidlertid av psykososial art. Mange asylsøkere og flyktninger er traumatisert etter overgrep og vold i fengsel, krig, under flukt og i flyktningleire. Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og alvorlig depresjon forekommer derfor hyppig i disse gruppene. Personer med de alvorligste skadene er de som har vært utsatt for systematisk tortur. Voldtekt og annen form for seksuelle overgrep på kvinner og menn vil som oftest gi dyptgripende psykiske følger.

For familieegjenforente er det generelt slik at, i likhet med den norske befolkningen for øvrig, forskjeller relatert til utdannelsesnivå og sosioøkonomisk status påvirker ulikhet i helse. Personer med høyere utdanning har ofte en livsstil som i større grad



er helsefremmende og forebygger sykdom. Psykososiale helseplager forbundet med tilpasningsvansker, manglende nettverk, (yrkes-)aktivitet og / eller språk arter seg ofte likedan som for andre marginaliserte grupper i samfunnet.

### 3.3.1 **Psykiske lidelser**

Helsetilstanden kan preges av:

- post traumatisk stressreaksjon
- depresjon
- personlighetsforandringer med uro, ustabilitet og aggresjon

Forskning viser at psykiske lidelser hos asylsøkere og flyktninger i stor grad henger sammen med påkjenninger i eksilsituasjonen, blant annet manglende sosialt nettverk, mangel på meningsfulle oppgaver i hverdagen, tap av roller, nedgang i økonomisk status osv. Slike faktorer kan ha mer å si for den psykiske helsen enn påkjenninger opplevd før og under flukt eller migrasjon.

Symptomer på engstelse er vanlig. Dette kan være normal reaksjon på en unormal situasjon og betyr ikke nødvendigvis psykisk lidelse. Barn kan også vise angst, tilbaketrekking, hyperaktivitet eller ha mareritt, men få trenger behandling i psykisk helsevern.

Tortur fører ofte til psykiske problemer. Beregninger av andelen asylsøkere / flyktninger som har vært torturert varierer fra 5 % til 30 %, avhengig av asylsøkerens / flyktingens opprinnelsesland og hvilken definisjon av tortur man bruker. Se [NKVTS](#) for ytterligere informasjon.

Enkelte asylsøkere har tidligere søkt asyl i flere EU-land. Ifølge [Dublin-konvensjonen](#) skal en asylsøknad behandles i det landet asylsøkeren først ankom. Dette innebærer at asylsøkeren, hvis vedkommende har søkt asyl i et annet land før ankomst til Norge, skal tilbakeføres til dette landet. Enkelte asylsøkere oppgir derfor ulike identiteter i ulike land. Man antar at mange kontinuerlig har reist mellom ulike søkerland i flere år. Helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på denne gruppen, ettersom en slik livssituasjon gjerne ledsages av og skaper psykiske problemer. Barnas psykiske helse kan i stor grad knyttes til hvordan omsorgspersonene klarer å ivareta omsorgsansvar under svært belastende forhold. Helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på tegn på svekket psykisk helse hos barn og unge som har måttet flykte.

Rusmiddelmisbruk kan forekomme blant beboere på mottak, og ofte i kombinasjon med psykiske lidelser. Enslige mindreårige flyktninger (gutter) kan være spesielt utsatt for rusmiddelmisbruk ([Rusmiddeletaten 2008](#)).

### 3.3.2 **Somatiske lidelser**

Sykdomsbildet er:



- Dårlig behandlede kroniske sykdommer som diabetes, leddgikt m.m.
- Feilernæring
  - Jernmangelanemi
  - Vitaminmangel
- Smittsomme sykdommer, Hepatitt B og C, hiv m.m.
- Skader / brudd / amputasjoner etter krig, mineulykker, tortur

### 3.3.3 **Smittsomme sykdommer**

Forekomsten av alvorlig smittsomme sykdommer hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente gjenspeiler forekomsten i hjemlandet. Det er helt avgjørende at sykdom raskt identifiseres og behandles. Dette gjelder fremfor alt tuberkulose. Det er derfor et betydelig smittevernarbeid som må utføres.

Oppsporing og behandling av smittsomme sykdommer har også betydning for det samfunnet den smittede oppholder seg i, og vil kunne spare ressurser i forhold til kommune- og spesialisthelsetjenesten dersom disse kan forholde seg til en pasients kjente smittestatus.

Sett i forhold til antall innvandrere som årlig ankommer Norge, diagnostiseres det relativt få infeksjoner. Data fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) viser at importerte infeksjoner hos asylsøkere og flyktninger sjeldent fører til sekundærtifeller i Norge. Som oftest skjer smitteoverføring innen innvandremiljøene. DNA-analyser viser at dette også gjelder tuberkuløs sykdom. Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente som har opplevd seksuelle overgrep kan ha høyere risiko for å være hiv-smittet.

For oppdatert informasjon om smittsomme sykdommer, se folkehelseinstituttet: [statistikk og overvåking](#).

### 3.3.4 **Andre sykdommer**

Utbredelsen av diabetes, hypertensjon og hjertesykdom er høyere blant personer som kommer fra Øst-Europa, deler av Asia og Afrika. Hodepine, ryggplager og diffuse smerter er vanlige som konsekvens av traumer, muskelspenninger eller engstelse.

Anemier og andre mangelsykdommer, som mangel på jod og Vitamin D, er vanlig i mange land nyankomne kommer fra, og rammer kvinner i sterkere grad enn menn. Hos barn forekommer også anemier hyppig, og laktoseintoleranse er ikke uvanlig. Disse forholdene bør helsepersonell være spesielt oppmerksom på, og testing må tilbys på indikasjon.

## 3.4 **Smittevern, undersøkelser og tester**

Smittevernarbeidet i asylmottak gjennomføres i henhold til smittevernlovgivningen og med kommunens smittevernplan.

### **3.4.1 Tuberkulose**

Kommuneoverlegen har ansvar for at de som plikter å gjennomføre undersøkelse for tuberkuløs sykdom får dette utført og at resultatet følges opp i henhold til gjeldende forskrift og veileder. Leger som undersøker asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente klinisk må være oppmerksomme på eventuelle symptomer på TB.

Pasienter som er til utredning ved mistanke om tuberkulose, eller som får behandling for tuberkulose, vil normalt få bli i landet inntil utredningen eller behandlingen er avsluttet selv om de ikke har innvilget opphold. Dette er det viktig å informere både pasienten og politiets utlendingsenhet (PU) om, slik at vedkommende ikke forlater landet eller flytter til ukjent adresse så lenge behandlingen pågår. Dette gjelder selv om det foreligger et avslag på asylsøknad.

Oppdages tuberkulose (TB) mens asylsøkere bor i ordinært mottak skal dette rapporteres. Opplysninger om TB er taushetsbelagte og skal ikke formidles per telefaks. Opplysninger skal sendes til PU og til Utlendingsdirektoratet (UDI) v/ Asylavdelingen per post i lukket konvolutt. Dersom det haster kan melding i tillegg gis pr telefon eller telefaks, såfremt taushetsplikten ivaretas.

Adresser:

PU v/ Koordineringsenhet, Postboks 9277 Grønland, 0134 Oslo

UDI v/ Asylavdelingen, Postboks 8108 Dep, 0032 Oslo

Rutinene gjelder for de som behandles for tuberkuløs sykdom og ikke for personer som får forebyggende behandling for latent tuberkuløs sykdom. Personen som har fått påvist tuberkulose bør overføres til mottak der det ligger til rette for nødvendig oppfølging.

For asylsøkere i ordinære mottak bør tuberkulosekoordinator i samarbeid med behandlende lege, spesialist / sykehus og kommunelege har et særlig ansvar å sikre god informasjonsflyt mellom helsemyndighetene, utlendingsmyndighetene og politiet.

### **3.4.2 Andre smittsomme sykdommer**

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

Smittsomme sykdommer som kan være aktuelle å undersøke:

- Hiv / Samtidig hiv og tuberkulose
- Syfilis
- Hepatitt B og C

- Tarmparasitter
- Schistosomiasis
- Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA)

Legen har ansvar for meldinger til MSIS, Folkehelseinstituttet, med kopi til kommuneoverlegen.

### **3.4.3 Tidspunkt for testing og oppfølging av smittede personer**

Personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer skal gis personlig smittevernveiledning, jmfør [smittevernloven](#) § 2-1, og det skal iverksettes nødvendig behandling og eventuelt smitteoppsporing. Pasienten skal ved medisinske behov henvises til videre undersøkelser ved sykehus.

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

Det er svært viktig at det informeres om at prøveresultatene ikke vil få negativ betydning ved søknad om opphold i Norge. Det er også viktig å informere om at hiv-positive får gratis medisiner, og at det ikke skal betales egenandel for testing eller oppfølging.

Det skal alltid understrekes at hiv-testing er frivillig og at ingen kan testes mot sin vilje. Den enkelte skal få rådgivning om hva testen innebærer i forkant av testen, og testen skal følges av rådgivning og informasjon om smitteveier og smitteforebyggende atferd.

Hiv-positive må sikres psykososial oppfølging og må orienteres om nettverkstilbud som finnes for denne pasientgruppen. Personer med hiv-infeksjon må sikres fortsatt støtte og medisinsk oppfølging ved flytting.

### **3.4.4 Testing for annet enn smittsomme sykdommer**

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

- Jernlager
- Leverfunksjonsprøver
- Nyrefunksjonsprøver
- Blodsukker

### **3.4.5 Vaksinasjon**

Det anbefales at vaksinasjonsstatus sjekkes. Alle førskolebarn og barn i grunnskolealder som ikke er grunnvaksinert i henhold til det norske barnevaksinasjonsprogrammet bør tilbys gratis vaksinasjon med de vaksinene som

mangler.

Samtlige barn i førskole- og grunnskolealder som kommer fra land med høy forekomst av hepatitt B får dekket hepatitt B-vaksine gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Unge voksne opp til 25 år som kommer fra land med høy forekomst av hepatitt B, kan få refundert utgifter til hepatitt B-vaksinasjon på blå resept (jamfør [blåreseptforskriftens § 4](#)).

Undersøkelser viser at kvinner som er født og oppvokst i tropiske og subtropiske land langt oftere mangler immunitet mot rubella i voksen alder enn norske kvinner. Disse bør derfor få tilbud om gratis MMR-vaksine. Vaksinen skal ikke gis til gravide. Som for andre levende vaksiner, bør graviditet unngås de tre første månedene etter vaksinasjon. Tilbudet er gratis, også når det ikke er dokumentert med blodprøve at kvinnen er seronegativ. Ved usikker vaksinasjonsstatus hos unge, ikke-gravide kvinner oppvokst i ikke-vestlige land, vil det i praksis ofte være fornuftig å tilby rubellavaksinasjon uten forutgående antistofftesting.

For annen vaksinasjon må utgiftene til dette dekkes av den som blir vaksinert.

For mer informasjon, se Folkehelseinstituttets [e-håndbok om vaksinasjon](#).

Se Folkehelseinstituttets "Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2007 og ["Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten"](#):

Folkehelseinstituttet kan gi nærmere rådgivning om smittevern ([folkehelseinstituttet](#)).

Informasjon om barn og vaksinasjon: [Barnevaksinasjonsprogrammet](#)

### 3.5 Psykososiale problemstillinger

Reaksjoner etter ankomst til Norge vil ofte være preget av en blanding av lettelse, utmattelse og usikkerhet. Det kan være stor variasjon i hvordan situasjonen mestres. En del barn har vært utsatt for store påkjenninger og trenger særskilt oppmerksomhet. Lek er en måte å normalisere en unormal livssituasjon for barn i mottak: [UDI](#)

Nøkkelt begrep i psykososialt arbeid rettet mot barn er forutsigbarhet, trygghet og mulighet for ivaretagende voksenkontakt. Foreldre kan være preget av traumatiske hendelser, og av den grunn ha nedsatt evne til å støtte sine barn. Mange vil trenge hjelp og støtte for å gi sine barn nødvendig omsorg i tillegg til hjelp til å delta i såkalte barnebaser som mottaket driver. Foreldre bør oppfordres til å snakke med andre foreldre i samme situasjon.

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

[NKVTS](#) kan informere om hvordan man kan forstå psykiske problemer hos flyktninger og asylsøkere og [RVTS](#) kan gi veiledning i hva man som ansatt kan gjøre for å forebygge / lindre plagene. NKVTS har utarbeidet en [veileder](#) om psykososialt arbeid med flyktninger rettet mot behandleren, der det understrekes at det viktigste

er å etablere dialog og samarbeid slik at flyktingen blir trygg nok til å kunne nyttiggjøre seg tilbudet.

### **3.5.1 Kartlegging av psykiske reaksjoner**

Kartlegging av psykiske reaksjoner kan gjennomføres ved å bruke et skjema som kan fylles ut av sykepleier eller annet helsepersonell i samarbeid med den enkelte (se skjema 1 "psykisk helse", vedlegg 1). Formålet med kartleggingen er å avdekke behov for hjelp. Kartleggingen kan også danne grunnlag for videre samtaler og oppfølging.

Utfyllingen av skjemaet kan utløse sterke reaksjoner. I kommuner med ordinære mottak bør helsepersonell få opplæring i å takle situasjoner som kan oppstå. [NKVTS](#) utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Ved behov kan ansatte henvende seg til det regionale ressurscenteret om vold, traumer og selvmordsforebygging ([RVTS](#)) i sin region for veiledning og råd. RVTSene kan også gi opplysninger om kurs og eksisterende nettverk av helsepersonell.

NKVTS har i en [studie](#) dokumentert signifikante forskjeller i symptombelastning mellom ulike asylsøkergrupper, og konkluderer videre med at det er store variasjoner mellom asylsøkere i hvilken grad kartleggings skjema alene er tilstrekkelig for å identifisere psykiske lidelser.

### **3.5.2 Følger av tortur og annen alvorlig traumatisering**

Ved mistanke om fysisk eller psykisk skade etter tortur bør asylsøkeren innkalles til en samtale med lege eller sykepleier. Fysiske skader etter tortur kan være vanskelig å oppdage. Ved funn av skader eller alvorlige posttraumatiske reaksjoner bør det raskt henvises til spesialisthelsetjenesten. Ved dokumentasjon av torturskader skal [retningslinjer for helseattester](#) følges.

[NKVTS](#) har kompetanse på flyktinghelse og kan informere om hvordan man kan avdekke og avhjelpe psykiske problemer. Helsepersonell kan også få veiledning i hvordan de kan håndtere pasienter som har overlevd tortur og / eller annen alvorlig traumatisering ved [RVTS](#).

### **3.5.3 Familiesamtale**

En kort familiesamtale anbefales for å gi familien mulighet til å presentere seg selv som familie. Med utgangspunkt i helseskjemaet (skjema 1, vedlegg 1) kan en slik samtale sette spesiell fokus på barnas situasjon og bidra til å kartlegge egne ressurser og hjelpebehov. Samtalen vil som oftest oppleves som positiv av familien og vil kunne være tillitskapende. Samtalen vil imidlertid også kunne være en belastning for den enkelte, og vil kunne utløse psykiske reaksjoner. Det er viktig at man på forhånd har tenkt igjennom hvordan eventuelle reaksjoner skal takles, slik at familiens eller den enkeltes behov blir ivaretatt.

### 3.5.4 **Oppfølging av barn**

Barn bør få særskilt oppmerksomhet og ivaretagelse. Barn som har hatt traumatiske opplevelser reagerer ofte med tilbaketrekning slik at mottakspersonell kan komme til å overse dem. En del barn kan ha foreldre som av ulike årsaker ikke mestrer sitt foreldre- og omsorgsansvar. Det kan også forekomme tilfeller av vold i nære relasjoner. Ved mistanke om problemer må aktuelle instanser innen hjelpeapparatet kontaktes, eksempelvis barnevern, PP-tjeneste eller BUP.

Barne- ungdoms- og familieetaten ([Bufetat](#)) har ansvar for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år og Utlendingsdirektoratet har ansvar for EMA fra 15 til 18 år. Bufetat har etter [barneverntjenesteloven](#) § 5A-1 plikt til å tilby alle enslige mindreårige asylsøkere tilbud om opphold på et [omsorgssenter](#) for mindreårige. Ansvaret inntreer fra den enslige mindreårige overføres fra utlendingsmyndighetene. Bestemmelsen gjelder barn som er under 15 år når asylsøknaden fremmes. Videre har Bufetat målsetting om å [bosette](#) enslige mindreårige flyktninger innen tre måneder etter at positivt asylvedtak er fattet.

I 2007 startet regjeringen en satsning rettet mot barn av foreldre med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som nå er utvidet til også å omfatte barn som pårørende. En lovendring skal styrke barnas rettsstilling og innbærer også bedre informasjon og oppfølging. Helseforetakene vil være forpliktet til å ansette en barneansvarlig for å koordinere arbeidet rundt barn som er pårørende. Helsedirektoratet utarbeider et rundskriv om dette, og vil utarbeide informasjonsmateriell rettet mot barn slik at de får økt kunnskap om egne rettigheter.

Helsepersonell og andre bør tidligst mulig fange opp og identifisere rusrelaterte problemer, både hos personer som allerede har utviklet et problem og blant personer som fortsatt befinner seg i en eksperimentfase. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot enslige mindreårige asylsøkere og deres eventuelle omsorgspersoner.

En veileder "Fra bekymring til handling" ([IS-1742](#)) er utviklet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Politidirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Veilederen er rettet mot ansatte og ledere i tjenesteapparatet som er i posisjon til å oppdage personer som selv har et begynnende rusproblem, eller som berøres av andres rusproblemer.

### 3.5.5 **Trusler og vold i mottak**

Det ble innrapportert 189 hendelser om vold og trusler i og ved asylmottak i 2007, viser rapporten "Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak" utarbeidet av Brøset kompetansesenter i Trondheim for Helsedirektoratet (2008). Rapporten tok utgangspunkt i at det bodde 7092 personer i mottak i perioden: [rapport](#)

135 personer sto bak de til sammen 189 innrapporterte hendelsene. 80 prosent av de 135 personene som sto bak hendelsene er registrert én gang, én tredel av hendelsene omhandler kun verbal aggresjon og trusler, mens de øvrige 70 prosent av hendelsene angir en eller annen form for fysisk aggresjon eller vold. I to tredeler av hendelsene førte ikke volden til noen fysiske konsekvenser for den voldsutsatte,

mens den i en tredel av tilfellene førte til fysisk personskade. Mannlig personale og mannlige beboere er de som hyppigst utsettes for aggresjon eller vold.

[UDI](#) har et betydelig fokus på sikkerhet i mottak, både for beboere og ansatte. [Amnesty International Norge](#) har utarbeidet en rapport om "Vold mot kvinner i asylmottak" som viser at vold i nære relasjoner er den formen for overgrep som rammer flest kvinner i mottak. Som ellers i samfunnet er vold mot kvinner utført av familie eller ektefelle, den største utfordringen i asylmottakene. Vold som foregår i det private rom er vanskeligere både å avdekke og å forebygge, men desto viktigere å være oppmerksom på. For å heve mottaksansattes kompetanse knyttet til psykisk helse og risiko for vold har UDI arrangert kurs i risikovurdering i alle regioner. Det har også vært holdt kurs om menneskehandel og konflikthåndtering for mottakene og deres samarbeidspartnere.

Mottakene fikk primo juli 2009 tilsendt en dokumentarisk film som et pedagogisk hjelpemiddel i konflikthåndtering for ungdom fra UDI. Filmen formidler grunnleggende prinsipper og metodikk for konflikthåndtering blant barn og unge i mottak, og kan hjelpe mottaksansatte i opplærings- og informasjonsarbeid for beboerne. Filmen er produsert av Konflikt til samarbeid, som tidligere har gjennomført flere konfliktverksteder med ungdom i avdelinger for enslige mindreårige asylsøkere (EMA). Kurs vil holdes på både ordinære mottak og mottak for EMA. Dette såkalte konfliktverkstedet er en del av informasjonsprogrammet for barn og unge i mottak. Hvert mottak har ansvar for å lage et informasjonsprogram på bakgrunn av [UDIs rammeplan for helhetlig informasjonsarbeid rettet mot barn og unge i statlige mottak](#).

Kurs for menn med formål om å forebygge vold og seksualisert vold mot kvinner er nå igangsatt som prøveprosjekt på asylmottak i Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Vestfold. Utlendingsdirektoratet ([UDI](#)) benytter kursmodellen til [Alternativ til vold](#) (ATV) og har [ATV](#) og de regionale ressursentre om vold og traumatisk stress ([RVTS](#)) som samarbeidspartnere. Voldsundervisning skal høst 09 bli en del av [introduksjonsordningen](#), basert på materiale utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress ([NKVTS](#)) og den statlige voksenopplæringsinstitusjonen [Vox](#). Undervisningsheftet skal oversettes til 15 språk, og UDI har bestilt heftet til samtlige asylmottak som supplement til den undervisning nyankomne får.

### **3.5.6 Menneskehandel**

Menneskehandel krenker de mest grunnleggende menneskerettigheter. Ofre for menneskehandel er definert i [Straffelovens §224](#) og [Europarådets konvensjon](#) mot menneskehandel. Etter denne definisjonen foreligger det menneskehandel når en person ved hjelp av enten vold, trusler, misbruk av sårbar situasjon eller annen utilbørlig atferd utnytter noen til prostitusjon eller andre seksuelle formål, tvangsarbeid, herunder tigging, krigstjeneste i annet land og organhandel. Det er videre uten betydning om personen i utgangspunktet involverte seg frivillig i virksomheten. Menneskehandel krever ikke en grensepassering, men kan finne sted innenfor et lands grenser.

Personer som er utsatt for menneskehandel skal sikres et tilpasset tilbud om bistand



og beskyttelse. Dersom en person er utsatt for menneskehandel, kan vedkommende, avhengig av den gitte situasjonen, søke om refleksjonsperiode, ny midlertidig arbeidstillatelse eller asyl. Dersom et offer for menneskehandel har vitnet i straffesaker mot bakmenn, skal det som hovedregel innvilges oppholdstillatelse selv om vilkårene for asyl eller vern mot utsendelse ikke er oppfylt. Rettigheter til helsehjelp for antatte ofre for menneskehandel er avhengig av oppholdsstatus.

Det å bli utsatt for menneskehandel er en alvorlig belastning og innebærer stor risiko for personens fysiske og psykiske helse. Det er derfor viktig at helsepersonell som kan komme i kontakt med ofrene er kjent med problematikken, og har satt seg inn i ansvarsforholdene.

Utlendingsdirektoratet (UDI) har et generelt fokus på antatte ofre for menneskehandel i mottakssystemet. Utlendingsdirektoratets regionkontorer har egne kontaktpersoner for slike saker, og egne [melderutiner](#) som mottakene skal følge dersom noen der får mistanke om at en beboer kan være offer for menneskehandel ([regelverk](#)). Hvis det er grunnlag for det, blir saken meldt til politiet. Beboerens sikkerhet blir vurdert, og eventuelle tiltak for å trygge vedkommende vil bli iverksatt.

Mottaket kan tilby å formidle kontakt med bistandsadvokat. [Rettshjelpsloven § 7](#) tredje ledd gir personer som kan være utsatt for menneskehandel rett til inntil fem timers samtale med bistandsadvokat, uten behovsprøving eller egenandel. Advokaten skal dekke eventuelle tolkeutgifter, men kan søke refusjon fra Fylkesmannen.

Mottaket må få melding dersom noen i helsetjenesten får mistanke om at en beboer kan være utsatt for menneskehandel. Det er viktig å være spesielt oppmerksom på at unge jenter og gutter kan være særlig utsatt for rekruttering til menneskehandel i en migrasjonsprosess. Taushetsplikten skal imidlertid ivaretas, og hvis personen er over 18 år må det innhentes samtykke til å sende slik melding. Er vedkommende mindreårig, er det vergen eller andre med foreldreansvar som skal gi samtykke.

Dersom personen er under 18 år har ansatte i helsetjenesten plikt til å melde fra til barnevernet ved mistanke om menneskehandel. I slike tilfeller er det ikke nødvendig med samtykke, jmfør [Helsepersonellovens § 33](#).

Koordineringsenheten for ofre for menneskehandel ([KOM](#)) har produsert en veileder til identifisering av mulige ofre for menneskehandel. Prosjektet administreres av Politidirektoratet.

I 2005 ble prosjektet REETABLERING, OPPHOLDSSTEDER, SIKKERHET OG ASSISTANSE (ROSA) opprettet. [ROSA](#) tilbyr bistand og beskyttelse i hele Norge 24 timer i døgnet for kvinner som utsatt for menneskehandel. ROSA tilbyr også offentlige etater, frivillige organisasjoner og advokater veiledning og hjelp, og tar imot henvendelser fra privatpersoner som kommer i kontakt med menneskehandel eller som ønsker å vite mer om dette. Den som tar kontakt kan være anonym. [Kirkens Bymisjon](#), [Prosjenteret](#) i Oslo, [Utekontakten](#) i Bergen og [Albertine](#) i Stavanger er blant organisasjoner med kompetanse på feltet. [Krisesentre](#) finnes over hele landet.



### 3.6 Svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste

[Forskrift](#) om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble fastsatt 3. april 2003 og trådte i kraft 1. juli 2003. Se [Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#).

Tjenestens formål er:

- fremme psykisk og fysisk helse
- fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- forebygge sykdommer og skader

Kommunen har ansvar for ivaretagelse av barns miljø og sikkerhet. Helsestasjonen har en sentral rolle i veiledningsarbeid overfor foreldre og foresatte, allerede fra spedbarnsstadium og videre opp gjennom skolealder. Helsedirektoratet har utarbeidet veiledningsmaterieell som kan lastes ned eller bestilles: [brosjyre om barns miljø og sikkerhet](#). Brosjyrene foreligger på engelsk, arabisk, somali og urdu.

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente skal etter behov og gjeldende regler tilbys svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Alle barn har rett på oppfølging fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barn i mottak skal tilbys vanlige kontrollundersøkelser ved helsestasjon. Ifølge [kommunehelsetjenesteloven § 2-2](#) har barn rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommune barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Bestemmelsen innebærer at helsetjenesten kan pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll. Et slikt pålegg er et enkeltvedtak, som kan være gjenstand for klage. Helsetjenesten har imidlertid ingen sanksjonsmuligheter dersom foreldre unndrar seg denne bistandsplikten. Den må i slike tilfeller vurdere å underrette barnevernet, jamfør meldeplikt- og taushetspliktreglene i [barnevernloven](#).

Tjenestens tilbud omfatter regelmessige helseundersøkelser, rådgivning og veiledning, helseopplysning, og vaksinasjoner, oppfølging og henvisning ved behov. I tillegg tilbys oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte. I dialog med bruker får man kartlagt hvilke behov, problemer og ressurser brukeren har. Man kan på grunnlag av opplysningene fra kartleggingen bistå med problemløsning. Tidlig kartlegging og tett oppfølging gir et godt grunnlag for å hjelpe barn og foreldre med ulike problemer og utfordringer.

Barn som er født før ankomst til Norge bør så tidlig som mulig screenes for Føllings sykdom og medfødt hypothyreose. I tillegg er det viktig at barnet som kommer til Norge uavhengig av alder får tilbud om hørselstesting. Se IS-1235: [Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn](#).

### 3.6.1 **Oppfølging av gravide asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente**

Gravide, fødende og barselkvinner skal ved behov få både [kommunale helsetjenester](#) og [spesialisthelsetjenester](#). Den gravide og hennes familie kan ha behov for oppfølging fra begge nivåer for å sikre en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Kommunen skal i følge [forskrift](#) tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon eller gjennom den organiseringen som kommunen velger.

For alle gravide som trenger oppfølging fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten er det en gevinst for både kvinnen og helsepersonellet at det er så få omsorgspersoner som mulig som ivaretar behandling og informasjon.

Informasjonen skal tilpasses kvinnens forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. For opplysninger om tolk, se kapittel 7.

Kvinnens behov og ønsker er utgangspunktet for svangerskapsomsorgen. Blant asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente kan det være en økt forekomst av kvinner som har behov for særlig omsorg. Jordmødre og leger skal gi individuell oppfølging slik at kvinner som har behov for mer tid enn anbefalt får tilbud om det. Se [Faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen](#).

Kjønnslemlestelse er som regel en risikofaktor i forhold til fødsel. I svangerskapsomsorgen er det anbefalt å tidligst mulig identifisere kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse. En egen vurdering gjøres på gynekologisk poliklinikk, se [Veileder](#).

Kjønnslemlestedede gravide kan trenge betydelig informasjon og støtte. Det er viktig at fødeavdelingen blir gjort oppmerksom på dette tidligst mulig slik at fødselen kan planlegges nøye. Kvinnene kan ha behandlingstrengende plager og eventuelt ønske om deinfibulering (åpnende inngrep). Kvinnen må informeres om at norsk lov forbyr kjønnslemlestelse og forbyr helsepersonell å rekonstruere gjensyning etter fødsel.

Dersom det er behov for deinfibulering er det en fordel at dette gjøres før hun blir gravid, men inngrepet kan også gjennomføres i svangerskapet. Generelt skal det utvises varsomhet ved gynekologisk undersøkelse av kvinner som er utsatt for omskjæring, da det kan være traumer knyttet til inngrepet.

Svangerskapsomsorg til friske gravide er en kommunal oppgave. Kommunen skal i følge [forskrift](#) tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon eller gjennom den organiseringen som kommunen velger.

Helsedirektoratet har utgitt brosjyren "Graviditet, fødsel og barseltid i Norge" som er oversatt fra norsk til engelsk, urdu, arabisk og somali. Brosjyren kan bestilles fra Helsedirektoratet eller lastes ned fra direktoratets nettside: [gravid](#). Se også Helsedirektoratets anbefalinger for friske gravide: [Råd til gravide](#).

Enkelte asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente kan ha behov for flere undersøkelser, tester, mer tid per konsultasjon og flere kontroller enn anbefalt i basisprogrammet.

Under anamneseopptak på første kontroll skal det gjøres en vurdering av om det er behov for å anbefale kvinnen å la seg teste for MRSA. [Folkehelseinstituttet](#) har anbefalinger for hvem som bør få tilbud om en slik test.

Lege eller jordmor bør tilby gravide serologisk testing for hepatitt B-virus. Dette gjelder dersom kvinnen selv, hennes tidligere eller nåværende seksualpartner: er født eller oppvokst i mellom- eller høyendemisk område; er tidligere eller nåværende sprøytemisbruker; har fått blodoverføring i utlandet; har hatt seksuell kontakt med sprøytemisbruker eller biseksuell mann; har vært utsatt for yrkesmessig eksponering eller har hatt hepatitt B.

Det skal differensieres mellom forventet normal fødsel og der det er påvist kjente risikoforhold hos kvinnen eller fosteret. Når det gjelder håndtering av gravide og fødende med risikotilstander henvises det til Gynekologisk forenings [Veileder i fødselshjelp 2008](#).

Kjønnslemlestelse kan ha vidtrekkende konsekvenser for både fysisk og psykisk helsetilstand. Kjønnslemlestelse betegner flere ulike typer inngrep, og de helsemessige konsekvensene varierer derfor sterkt i alvorlighetsgrad.

For ytterligere opplysninger om omskjæring av kvinner, se Helsetilsynets [veileder](#).

Hvor lang tid kvinnen oppholder seg på barselavdelingen etter fødselen avhenger av behovet hos mor og barn. Enkelte kan oppleve kulturelle ulikheter i forhold til hygiene, stell og pass av barn, kosthold og ernæring for mor og barn.

Kvinnen får opplysninger på sykehuset om hvor hun kan henvende seg dersom hun har behov for råd og hjelp når hun kommer hjem. Sykehuset kan bistå familien de første dagene og kan kontakte helsestasjonen for å få et tidlig hjemmebesøk hos familien. Senere er det helsestasjonen som har ansvaret for oppfølging.

### **3.6.2 Barnevaksinasjonsprogrammet**

Vaksinasjonsstatus må kartlegges, og det skal legges en plan for tilbud om oppfølging med vaksinasjon av barn i samsvar med [Barnevaksinasjonsprogrammet](#). Dersom det mangler informasjon om et barns vaksinasjonsstatus, bør det lages en vaksinasjonsplan som om de ikke tidligere har fått vaksiner. Vaksinasjon bør igangsettes selv om utreise fra landet er nært forestående.

For nærmere informasjon om hvem som har rett til gratis hepatitt-B-vaksine, se [folkehelseinstituttet](#). Nærmere informasjon om barnevaksinasjonsprogrammet finnes som [e-håndbok](#).

Folkehelseinstituttet kan gi nærmere rådgivning.

## **3.7 Seksuell helse**

Det er stor variasjon mellom ulike etniske minoritetsgrupper når det gjelder kunnskap

om kropp, seksualitet, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Seksualitet og samliv bør tas opp som tema av helsepersonell i mottaket. Det er viktig å være oppmerksom på at dette kan være tabubelagte temaer som forutsetter varsomhet. Enkelte, særlig kvinner, kan også ha vært utsatt for seksualisert vold som krever oppfølging.

Ulike forhold gjør at jenter og kvinner fra enkelte kulturer har dårligere mulighet til å hevde sine seksuelle rettigheter og å ivareta på sin seksuelle helse. Seksuell utnyttelse og tvangsekteskap er ekstreme eksempler på manglende seksuell autonomi. Andre aspekter kan være mangel på selvbestemmelse med hensyn til bruk av prevensjon, biologiske forhold og økonomisk avhengighet. Det er viktig å gi kvinner informasjon om kjønnslemlestelse og veiledning ved eventuelt gjennomgått inngrep. (Mer informasjon om kjønnslemlestelse se punkt 3.9 side 39.)

Helsepersonell må sørge for at eksempelvis lang ventetid, vansker med tolketjeneste og usikkerhet omkring hvordan man skal ta opp spørsmål tilknyttet samliv og seksualitet med folk fra andre kulturer ikke blir barrierer i tjenesteapparatet som hindrer likeverdige tjenester. Helsepersonell bør også tilgjengeliggjøre de tre viktigste forutsetningene for å kunne ivareta egen seksuelle helse:

- lett tilgjengelig kunnskap og informasjon
- lett tilgjengelige tjenester og rådgivning
- lett tilgjengelig prevensjon

### **3.8 Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)**

Flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente som er smittet før ankomst til Norge, antas å ville være en av de største gruppene med hiv-positive i Norge framover. Flertallet hiv-positive som ankommer Norge kommer fra konfliktområder i det østlige Afrika, hyppigst fra Etiopia, Somalia og Eritrea. De fleste smittede fra Asia er thailandske kvinner som har kommet til Norge som ledd i familieinnvandring.

Det antas at det bor om lag 1000-1200 hiv-positive med ikke-norsk bakgrunn i Norge. Helsetjenesten må sørge for at disse tidlig møtes med godt tilpassede forebyggende smitteverntiltak og nødvendig medisinsk oppfølging for å unngå spredning av hiv-smitte. Forebygging av smitte forutsetter blant annet at personer med smitte har tilstrekkelig kunnskap om hiv og smitteveier.

Hiv-positive menn og kvinner med innvandrerbakgrunn rapporterer at det er vanskelig å være åpen om smitte i sin egen gruppe. God informasjon og veiledning før og etter test må vektlegges. Informasjon om testresultatets betydning for oppholdsstatus er et sentralt element her. Helsepersonell bør forklare at hiv-positive vanligvis vil kunne leve et tilnærmet normalt liv.

Helsedirektoratet har utgitt en brosjyre som også finnes på engelsk og fransk: [Kvinner som lever med HIV](#).

Hepatitt B er utbredt i store deler av verden. Personer som kjenner sin infeksjon kan ta forhåndsregler overfor partner. Det er viktig at hepatitt B bærerskap diagnostiseres tidlig. Særlig utsatte grupper er de som er født eller oppvokst i

mellom- eller høyendemiske områder, personer som er tidligere eller nåværende sprøytemisbrukere, personer som har fått blodoverføring i utlandet, personer som har hatt seksuell kontakt med sprøytemisbrukere eller biseksuelle menn og personer som har vært utsatt for yrkesmessig eksponering eller har hatt hepatitt B. Ved påvist hepatitt B bærerskap må pasienten få grundig informasjon om sykdommen og aktuelle tiltak for å begrense og / eller behandle denne.

Prevensjonsveiledning er viktig som smitteforebyggende tiltak. Kondomer og nødprevensjon bør være tilgjengelig i mottaket. Mottakene kan bestille gratis kondomer og glidemiddel gjennom [Helsedirektoratets kondomordning](#).

Å være smittet med SOI kan oppleves stigmatiserende. En del smittede unngår derfor å oppsøke behandling eller unngår å varsle sin(e) partner(e).

Smitteoppsporing er pålagt i følge smittevernloven. Se også: [Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten](#).

[Kirkens Bymisjon](#), [hivnorge.no](http://hivnorge.no), og [Aksept](#) er aktører som vil kunne gi ytterligere informasjon og hjelp.

### 3.9 Seksualundervisning

God seksualundervisning er avgjørende for styrke minoritetsgruppers handlingskompetanse og seksuelle autonomi, og undervisningen må ta tydelig hensyn til beboernes kjønn, alder og seksuelle orientering. Bruk av tolk kan være en forutsetning for forsvarlig og god formidling om seksualitet og seksuell helse. (Mer informasjon om tolk i kapittel 7).

Enkelte mottak har god erfaring med å invitere Medisinernes seksualopplysning (MSO) til å holde frivillig seksualundervisningskurs for beboere i mottak med tolker på ulike språk. Nøkkeltemaer i seksualundervisningen er autonomi og mestring når det gjelder seksualitet og seksuell helse, samt formidling av kunnskap om kropp, seksualbiologiske funksjoner, graviditet, prevensjon og hvordan unngå smitte med seksuelt overførbare infeksjoner.

Seksualundervisning vil kunne bidra til bedre prevensjonsbruk og å hindre eventuelle uønskede graviditeter. Undervisningen vil også kunne bidra til større bevissthet om hvordan man unngår smitte av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI).

Unge jenter og kvinner kan ha særlig nytte av konkret trening i å hevde egne grenser og seksuelle rettigheter. Kurs for kvinner med flerkulturell bakgrunn arrangeres av blant andre [Mira-sentret](#) og organisasjonen [KIK – selvforsvar og grensesetting](#).

### 3.10 Svangerskapsavbrudd

Kvinneres lovbestemte rett til svangerskapsavbrudd kan være ukjent for enkelte. Det

er derfor viktig at det gis god informasjon om rett til selvbestemt abort i Norge. Det bør understrekes at denne retten er gjeldende også når fosteret og den gravide er friske.

Enkelte grupper innvandrerkvinner er overrepresenterte i statistikken for svangerskapsavbrudd over tolv uker. Helsetjenesten har plikt til å bistå kvinner som ønsker hjelp til å avklare valget mellom å bære frem et barn eller avbryte svangerskapet.

Tilbudet omfatter også informasjon om støtteordninger til gravide som velger å fullføre svangerskapet. Videre er det viktig å opplyse om at enkelte kvinner kan få psykiske vansker i etterkant av et svangerskapsavbrudd og de som ønsker kan få hjelp til å håndtere dette. Kvinner som velger abort har rett til råd og veiledning både før og etter inngrep dersom de ønsker det.

Helsepersonell bør være oppmerksomme på at for en liten andel kvinner kan svangerskap skyldes voldelig overgrep med påfølgende traumer.

Følgende tre informasjonsbrosjyrer kan bestilles hos Helsedirektoratet: [IS-1257](#) om abortloven; [IS-1258](#) til deg som vurderer abort; og [IS-1246](#) om rutiner med svangerskapsavbrudd. Se også rundskriv [I-4 / 2006](#). Se også veileder for abortnemndarbeid [IS-1496](#).

### 3.11 Prevensjon

Prevensjonsveiledning er viktig både som graviditets- og smitteforebyggende tiltak. Helsepersonell er sentrale aktører i arbeidet med god prevensjonsveiledning. De viktigste strategiene for å forebygge uønsket svangerskap er å gjøre sikker prevensjon lett tilgjengelig, og å gi målrettet informasjon og kunnskap. Informasjon må tilpasses spesifikke målgrupper og skje på deres egne arenaer.

Hormonell prevensjon som brukes permanent finnes i mange former og gir høy beskyttelse mot graviditet. Det er nødvendig at helsepersonell orienterer om at disse ikke beskytter mot seksuelt overførbare sykdommer (SOI).

Kondom og femidom er de eneste prevensjonsmidlene som beskytter mot SOI. Kvinnerettede tiltak i Norge viser at bruk av femidom for enkelte kan gi noe mer kontroll over egen seksualitet i tillegg til å beskytte mot infeksjoner.

Kondomer og nødprevensjon bør være tilgjengelig i mottakene. Gratis kondomer og glidemiddel kan bestilles gjennom [Helsedirektoratets kondomordning](#). Det er viktig at mottakspersonell er oppmerksom på at unge kvinner i alderen 16 tom 19 år har rett til subsidiert hormonell prevensjon og at både helsesøstre og jordmødre kan rekvirere hormonell prevensjon til kvinner i denne aldersgruppen.

### 3.12 Kjønnsllestelse

Begrepet kjønnsllestelse brukes som samlebetegnelse på flere varianter av



inngrep i kvinners kjønnsorganer. Ifølge Verdens helseorganisasjon ([WHO](#)) omfatter kjønnslemlestelse alle inngrep der jenters eller kvinners ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis eller inngrep som medfører annen skade på kjønnsorganene, og som foretas av kulturelle, religiøse eller andre ikke-terapeutiske eller medisinske årsaker. Det må opplyses at kjønnslemlestelse og tvang til seksuelle handlinger er straffbart i Norge.

Norske myndigheter har et mål om å hindre praktisering av kjønnslemlestelse. Kjønnslemlestelse ble i 1995 forbudt ved egen lov: [Lov om forbud mot kjønnslemlestelse](#). Paragraf 2 regulerer avvergelsesplikten for visse yrkesgrupper for å sikre beder vern av jenter som befinner seg i faresonen for å bli kjønnslemlestet: [IS-1193 Veileder](#) Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse.

Regjeringens andre [Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011](#) har som hovedformål å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, samt å sikre nødvendig fysisk og psykisk helsehjelp og oppfølging til personer som allerede er kjønnslemlestet. Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse skal gis jenter og kvinner som kommer fra områder WHO definerer som risikoområder: [WHO.fgm](#).

[Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse](#) til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente inngår i den ordinære helseundersøkelsen som gjennomføres i mottak eller bostedskommune innen ett år etter ankomst til Norge. Utgifter dekkes av ordinært vertskommunetilskudd som kommunene får for å ha mottak for asylsøkere og bosatte flyktninger. Dersom asylsøker ikke har gjennomgått den ordinære helseundersøkelse i mottak, skal helsestasjons- og skolehelsetjeneste eller fastlegen sørge for at flyktningen får denne ved bosetting i kommune. Dette gjelder også overføringsflyktninger (kvoteflyktninger) som bosettes direkte i kommune uten opphold i mottak. (se [Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse](#)).

Frivillig underlivsundersøkelse forutsetter skriftlig samtykke.

Helsetjenesten til asylsøkere i mottakene og helsetjenesten til flyktninger og familiegjenforente i bostedskommunen skal informere om lovforbud mot og helsemessige konsekvenser av kjønnslemlestelse. Jenter og kvinner som har blitt kjønnslemlestet før ankomst skal tilbys helsehjelp. Dette temaet som er for mange sensitivt, og vil kunne stille ekstra krav til fag- og kulturkunnskap hos [tolk](#) utover ren språkferdighet (generelt om tolk: kapittel 7). Se Barne- og likestillingsdepartementets Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse [Q-1145B](#). (Se eventuelt også Helsetilsynets IK-20/2001 om [rettslige](#) problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring.)

Konsekvensene av kjønnslemlestelse kan være alvorlige både fysisk og psykisk. Infeksjoner, cyster, smerter og arrvev er blant de vanligste fysiske plagene. Kjønnslemlestedde kvinner kan få kroniske fysiske plager som menstruasjonsmerter, langvarig og smertefull vannlating, seksuelle problemer eller vanskelig samleie og gjentatte urinveisinfeksjoner (se kronikk i Tidsskrift for Den norske legeförening: Omskjæring av kvinner - [komplikasjoner og behandling](#)). Vurderes det å foreta et åpnende inngrep bør fordelene av dette nøye avveies i forhold til fysiske og psykiske

konsekvenser for jenta eller kvinnens livskvalitet. Særlig gjelder dette i en sårbar fase som asylsøker eller nyankommen.

Enkelte former for kjønnslemlestelse kan skape store komplikasjoner ved fødsler. Dersom det er nødvendig med et åpnende inngrep før fødsel, bør dette foretas så tidlig så mulig i svangerskapet. Den gravide må informeres om at det ikke er lovlig for helsepersonell i Norge å rekonstruere infibulering etter fødselen (se Statens Helsetilsyns IK – 2723 [Veileder for helsepersonell](#) i Norge om kvinnelig omskjæring).

### 3.13 Tannhelsetjeneste i opphold i ordinært mottak

Fylkeskommunen skal etter [lov](#) om tannhelsetjenesten sørge for at nødvendig tannhelsehjelp er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylkeskommunen, herunder flyktninger, personer med opphold på humanitært grunnlag og asylsøkere som bor eller oppholder seg i statlige mottak.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig, oppsøkende og vederlagsfritt tilbud til følgende prioriterte grupper:

- a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
- b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- d. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
- e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

I tillegg til de prioriterte oppgaver kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser.

Asylsøkere får i de første fire ukene etter ankomst til landet kun tilbud om akutthjelp, altså behandling av smerter og infeksjoner. Voksne må betale ordinær pris for tjenesten. Det samme gjelder asylsøkere som har fått negativt svar på søknaden og som fremdeles befinner seg i et ordinært mottak. For barn under 18 år er dette gratis, mens for ungdom i alderen 18-20 år dekkes 75 % av pris.

Flyktninger som nettopp har kommet til Norge og asylsøkere som har vært her lenger enn fire uker vil ved behov få tilbud om en foreløpig tannundersøkelse i regi av den offentlige tannhelsetjenesten. I løpet av de seks første månedene gis akutthjelp og tilbud om forebyggende og midlertidig behandling for å forhindre videre sykdomsutvikling. Reglene for betaling er tilsvarende ovennevnte for de første fire uker i landet.

Flyktninger og asylsøkere med opphold i mottak utover seks måneder gis tilbud om ordinær undersøkelse og tannbehandling av den offentlige tannhelsetjenesten. Dette gjelder også tidligere asylsøkere som har fått oppholdstillatelse, men som fremdeles bor i statlig mottak i påvente av permanent bosetting i en kommune.



Alle barn i statlige mottak har samme rettigheter når det gjelder tannhelsetjenester som barn i Norge for øvrig. Det betyr at de har rett til oppsøkende tilbud fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi oppsøkende tilbud til prioriterte grupper, herunder barn. Tannhelsetjenesten må imidlertid få melding om hvilke barn det dreier seg om. Det mest hensiktsmessige er at en liste over barn som skal registreres sendes fra asylmottak til distriktets overtannlege, eventuelt til fylkestannlege.

Personer i statlige mottak som er over 20 år og som ikke tilhører en gruppe fylkeskommunen gir et oppsøkende tilbud, må selv oppsøke tannlege ved behov. "Pengereglement for beboere i statlige mottak" er ment å inkludere utgiftene til tannlege. Dersom tilleggsytelser er nødvendig for at behandlingen skal kunne gjennomføres, kan personer i statlige mottak søke Utlendingsdirektoratets regionkontor om støtte til dette. Asylsøkerne må i så tilfelle søke UDI om forhåndsgodkjenning av dekning av utgifter – godkjent av fylkestannlegen - som overstiger en viss egenandel. Dersom søknad om dekning av 'ekstraytelser for nødvendig helsehjelp' innvilges, kan tannlegen sende regning for det beløp som overstiger egenandel direkte til UDIs regionkontor.

Etter seks måneders opphold i landet gis asylsøkere og flyktninger tilbud om ordinær tannbehandling. Utgifter til tannbehandling utført av offentlig tannhelsetjeneste dekkes av fylkeskommunen ut det kalenderår person fyller 18 år, mens fra 18 år og ut kalenderåret personen fyller 20 dekkes 75 % av utgiftene til behandling i offentlig tannhelsetjeneste. Unntak gjøres for tannregulering. Tannregulering forutsetter oppholdstillatelse og permanent bosetting, og det dekkes heller ikke av den offentlige tannhelsetjenesten. Det kan imidlertid søkes om refusjon inntil 75 % fra folketrygden.

Tannhelsepersonell bør gjøres oppmerksomme på de pasienter som eventuelt har vært utsatt for tanntortur, da de kan lide under smerter og ha skader på tenner og i munnhule, i tillegg til at selve tannundersøkelsen kan oppleves belastende. Ved dokumentasjon av torturskader skal [retningslinjer for helseattester](#) følges.

Det kan være nødvendig å benytte tolk. Kvalifisert tolkeyndig må i fall benyttes. For opplysninger om tolkebruk, se kapittel 7. Utgifter til tolk i offentlig tannhelsetjeneste dekkes av den offentlige tannhelsetjenestens budsjett ved behandling av barn og andre prioriterte grupper ([prioriterte grupper](#) § 1-3). Ved behandling av personer i statlig mottak som ikke er prioritert i tannhelsetjenesteloven bør kommunen dekke utgiftene til tolketjenester, uavhengig av om behandlingen utføres av offentlig ansatt eller privatpraktiserende tannlege.

For mer informasjon, se: I-23/99 – [Retningslinjer](#) for tannhelsetjenesten til flyktninger og asylsøkere i statlige mottak.

### **3.14 Undersøkelse av syn og hørsel**

Asylsøkere kan ha nedsatt syn og/eller hørsel uten selv å være klar over det. Hvis pasienten ikke selv tar dette opp i konsultasjonen kan helsepersonell overse det.

Helsestasjonen har et ansvar for at barn som ikke er blitt hørselsscreenet

umiddelbart etter fødselen, får gjort det i samarbeid med hørselssentral. Spesiell oppmerksomhet må rettes mot barn som er asylsøkerbarn. Helsesøstre og leger i primærhelsetjenesten må bidra til at foreldre følger opp de ulike trinn i screeningsprogrammet og eventuell habilitering. Måltrettede undersøkelser av syn skal gjøres på vide indikasjoner (se Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk: [IS-1235](#)).

Personer med ikke erkjent brillebehov, uoppdaget kronisk mellomørebetennelse eller nedsatt hørsel kan forekomme relativt hyppig blant asylsøkere, spesielt blant barn fra ikke-vestlige land. For at disse barna skal mestre skolegang er det av stor betydning at disse forhold rettes opp. Rutinemessig synsundersøkelse og vurdering av hørsel anbefales derfor for å sikre at syn og hørsel systematisk undersøkes, og ved behov korrigeres.

Personer utsatt for tortur i form av slag mot hodet kan lide av trommehindefekt og plagsom tinnitus. Pasienter med tinnitus bør henvises til audiolog.

Hos personer som eksponeres for sterk sol kan grå stær (cataract) oppstå i tidligere alder enn hva som er vanlig for andre. Eldre mennesker kan gå med grå stær uten selv å vite det.

### **3.15 Miljørettet helsevern**

Miljørettet helsevern handler om å sikre befolkningen helsefremmende, trygge levekår. Miljørettet helsevern er en lovpålagt tjeneste ([lovdata](#)) som kommunene har ansvar for å ivareta. Fysiske, biologiske, kjemiske og ikke minst sosiale miljøfaktorer er sentrale i arbeidet med å sikre folk trygge og sunne miljøer. Dette er viktig for å sikre helsefremmende, trygge miljøer for alle.

Gode oppvekstvilkår og bomiljøer innebærer blant annet mulighet for fysisk aktivitet, forskåning fra støyende omgivelser og beskyttelse mot utrygghet. Miljørettet helsevern omfatter alle grupper i befolkningen. Kommunen har ansvar for ivaretagelse av barns miljø og sikkerhet, men det påhviler også de(n) med foreldreansvar å holde oppsyn med barns miljø og sikkerhet. Helsestasjonen har en sentral rolle i veiledningsarbeid overfor foreldre og foresatte, allerede fra spedbarnsstadium og videre opp gjennom skolealder. Helsedirektoratet har utarbeidet veiledningsmaterieell som kan lastes ned eller bestilles: [brosjyre om barns miljø og sikkerhet](#). Brosjyrene foreligger på engelsk, arabisk, somali og urdu.

Det skal føres tilsyn slik at det er mulig å avdekke blant annet dårlig inneklima eller utilfredsstillende sikring i forhold til å hindre ulykker. Dersom det avdekkes avvik må det iverksettes tiltak.

Utlendingsdirektoratet (UDI) har som overordnet organ hovedansvar for at mottakene holder en tilfredsstillende bygningsmessig standard og at det fysiske og psykososiale miljøet er tilfredsstillende for beboernes helse. UDI har også ansvar for at øvrige bestemmelser i [forskrift](#) om miljørettet helsevern oppfylles.

Helsefremmende og trygge miljøer innebærer også å sikre at kravene til [tilgjengelighet og universell utforming](#) overholdes.

UDI er tilsynsmyndighet for organisering og drift av mottakene, og forutsettes å ha søkt råd hos lokale helsemyndigheter når det gjelder forhold av medisinsk betydning ved planlegging og etablering av mottak. Normalt vil UDI også innhente informasjon fra kommunen i forbindelse med sine tilsyn. UDI kan pålegge driftsoperatør å bedre eventuelle utilfredsstillende forhold.

Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, avdeling Brøset skal i samarbeid med RVTs Midt-Norge lage en undervisningspakke som introduksjonskurs for mottaksansatte om migrasjonshelse. Undervisningspakken skal også inkludere et informasjonsskriv om håndtering av vold i mottak. RVTsene vil ha ansvar for skolering av personell som skal stå for undervisningen.

Kommunen skal ha tilsyn med de faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på helse og trivsel, og kan benytte virkemidler i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenestelovens [kapittel 4a](#).

For å unngå at helsetjenesten i ettertid må kreve at et forhold rettes opp bør lokale helsemyndigheter så tidlig som mulig bli med i rådgivning og vurdering når et nytt asylmottak skal etableres.

Det er etter [forskrift om miljørettet helsevern av 25. april 2003 nr 486 § 14](#) et krav om at asylmottak skal sende melding til kommunen før oppstart og ved vesentlige utvidelser eller endringer i virksomheten. Meldingen skal inneholde en kortfattet oversikt over positive og negative miljøforhold ved virksomheten som kan ha innvirkning på helsen.

For praktisk veiledning om meldeplikten vises til Helsedirektoratets veileder om miljørettet helsevern: [Veileder](#)

Dersom det foreligger forhold ved et asylmottak som er i strid med kravene til tilfredsstillende helsemessig drift, vil kommunen eventuelt den instans som ivaretar kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern kunne gi pålegg etter kommunehelsetjenesteloven [kapittel 4a](#).

Ett eksempel på forhold som ikke vil være helsemessig tilfredsstillende er dersom et asylmottak ikke har sanitære forhold (toaletter, dusjer m.v.) som er dimensjonert for det antall personer som har opphold i asylmottaket.

En rapport utarbeidet for Helsedirektoratet i 2008 viser at det forekommer tilfeller av trusler og vold i mottak. Dette påvirker naturligvis den volds- eller trusselutsattes fysiske og / eller psykiske helse, men kan også påvirke øvrige beboeres helsetilstand psykisk (se pkt 3.6.5.). Det påhviler kommunen å sikre helsefremmende og trygge miljøer også for personer bosatt i mottak.

Asylmottak kan preges av hyppig utskifting av beboere som kommer og reiser brått. Asylsøkere får derfor ikke alltid et personlig forhold til mottaket. Det spesielle med asylsituasjonen kombinert med kulturelle forskjeller når det gjelder renholdsstandarder, matvaner, samt ansvarsfølelse for fellesarealene, er eksempler

på forhold som gjør det viktig at smittevern, renhold og renovasjonsordninger ivaretas tilfredsstillende i henhold til helsemessig forsvarlig standard.

### 3.16 Kosthold

Alle kommuner [skal](#) sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Riktig ernæring er en del av nødvendig helsetjeneste som ytes i statlige asylmottak. Virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for tilrettelegging, jamfør kommunehelsetjenestelovens [§ 1-3 a. Helsetilsynet](#) fører overordnet faglig tilsyn og veiledning jamfør [§ 6-3](#). Statlige mottak har ansvar for å sikre beboere et kosthold som dekker grunnleggende behov.

Norge er også forpliktet gjennom Forente Nasjoners ([FN](#)) [konvensjon](#) om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter til å sikre menneskerettigheter som mat og helse (se artikkel [11](#) og [12](#)). Ernæringsstatus bør kartlegges regelmessig og personer med ernæringsmessige avvik, som feil- eller [underernæring](#), bør få individuell oppfølging. Kosttilbud i asylmottak forventes å være i samsvar med Statens ernæringsråds gjeldende retningslinjer for normalkost i helseinstitusjoner (se [Universitetsforlaget 1995](#)).

## 4 Helsetjenester etter bosetting i kommune for flyktninger fra mottak og direktebosatte overføringsflyktninger

### 4.1 Innledning

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

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

#### 4.1.1 Overføringsflyktninger

Overføringsflyktninger som flytter direkte til kommunen skal tilbys helseundersøkelse. Overføringsflyktninger vil ofte ha en vanskelig bakgrunn med forskjellige former for traumatisering og sykdom. Det vil til en viss grad foreligge helseopplysninger fra Høykommissæren for flyktninger ([UNHCR](#)) allerede før flyktningen kommer til kommunen. Disse bør vurderes av vedkommendes fastlege i samarbeid med den ansvarlige for flyktningarbeidet i kommunen. Aktuelle tiltak må drøftes med flyktningen og familien ut fra forventet behov for behandling og tilrettelegging.

#### 4.1.2 Bosatte som kommer fra asylmottak

Dersom D-nummer (midlertidig personnummer) ikke er opprettet må kommunen bidra til at dette gjøres så snart som mulig etter ankomst (se kapittel 6). Dersom D-nummer og fastlege er tildelt, kan fastlege ved behov be om oversendelse av helsejournal, forutsatt at pasienten samtykker. Tidlig kontakt med fastlegen bør etableres, og det anbefales å forklare hva fastlegeordningen innebærer. Helsetjenestene forutsetter blant annet ikke privat helseforsikring som i andre land, ei heller er det dyrere enn legevakt / akuttmottak. Konsultasjonen bør omfatte en gjennomgang av helsetjenestetilbudet den enkelte har mottatt under oppholdet i asylmottaket.

#### 4.1.3 Bosetting av flyktninger med ressurskrevende helseproblemer

Utlendingsdirektoratet har over flere år erfart at en del asylsøkere som har fått innvilget opphold, fortsetter å bli boende i asylmottak fordi det er vanskelig å finne en bosettingskommune. Blant de lengeventende er personer med omfattende

pleiebehov og ressurskrevende bistandsbehov en gruppe det er spesielt vanskelig å bosette. Det er etablert en egen tilskuddsordning for å stimulere kommunene til å bosette personer med store psykiske helseproblemer / funksjonshemninger.

Det er [IMDi](#) som forvalter det [ekstraordinære tilskuddet](#) ved bosetting av flyktninger med alvorlige, kjente funksjonshemninger eller atferdsvansker. Kommunen kan enten søke engangstilskudd på kr. 146 200,- eller tilskudd på inntil kr. 730 800,- pr år i inntil fem år etter første bosetting. Sistnevnte tilskudd forutsetter som regel forhåndstilsagn.

Det stilles dokumentasjonskrav i forbindelse med søknad om ovennevnte tilskudd. Formålet med dokumentasjonskrav er å belyse saken i tilstrekkelig grad. Dokumentasjonskrav gjelder *funksjonshemmingen / atferdsvanskene* (som hovedregel legeerklæring); opplysninger om den *aktuelle sosiale og familiære situasjon*; fagkyndig beskrivelse av *funksjonsnivå og eventuelle hjelpebehov*; samt beskrivelse av *igangsatte og planlagte tiltak med kostnadsberegning*.

Tjenesteyter skal etter loven ta initiativ til utarbeidelse av individuell plan ([IP](#)) for de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, jmfør [IS-1253](#). Dette gjennomføres ikke i tilstrekkelig grad i dag. Helsedirektoratet anmoder kommuner og helseforetak om å forbedre sin praksis med hensyn til individuell plan.

## **4.2 Smittevern og vaksinasjon**

### **4.2.1 Tuberkulose (TB) og hiv**

Den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen må gjennomføres for personer som kommer direkte til kommunen som overføringsflyktninger og for asylsøkere som flytter direkte privat til familie og venner, uten å ha vært innom transittmottaket på Tanum.

Dersom personen er kommet som overføringsflyktning vil kommunen ha aktuell informasjon om personen i forkant av ankomst. For flyktninger skal tuberkuloseundersøkelsen være gjennomført innen fjorten dager etter innreise.

Tilsyn med kommunenes helsetjeneste i flyktning- og asylmottak avdekket i 2003 til dels store mangler vedrørende rutiner for testing og oppfølging av tuberkulose og hiv.

Hiv-infeksjon er mer utbredt blant flyktninger og asylsøkere enn i den norske befolkningen, særlig gjelder dette personer fra Afrika og Sørøst-Asia. Dagens behandling bedrer leveutsiktene for pasientene, og personer som kjenner sin hiv-status kan ta forholdsregler overfor partnere. Det er derfor viktig for både personene selv og for samfunnet at hiv-infeksjon diagnostiseres tidlig.

Tidspunktet for tilbud om testing må vurderes nøye, og testingen bør tilbys asylsøkere under opphold i ordinært mottak. Overføringsflyktninger og familiegjenforente som bosettes direkte i kommune uten å oppholde seg i mottak, bør tilbys testing med hiv-antistofftest så snart som mulig etter ankomst. Testen må følges av rådgiving og informasjon om smitteveier og smitteforebyggende atferd.

Personer med hiv-infeksjon må sikres videre støtte og medisinsk oppfølging ved flytting.

Verdens helseorganisasjon estimerte i 2008 at hiv-positive i landområder med generalisert hiv-epidemi har 20 ganger større risiko for å utvikle tuberkuløs sykdom (TB) enn hiv-negative. I land med en lavere hiv-prevalens har hiv-positive mellom 26 og 37 prosent større risiko for å smittes av tuberkulose enn hiv-negative.

Dersom en hiv-positiv pasient også er TB-smittet, er det viktig å avdekke dette snarest mulig. TB er i de fleste tilfeller enkelt å behandle, men TB hos en hiv-smittet kan få et mer alvorlig forløp enn hos ikke hiv-smittede. Vice versa er det viktig å vite om en TB-pasient samtidig har hiv, blant annet fordi dette vil få behandlingsmessige konsekvenser for TB-behandlingen.

Både for den enkelte pasient og i et samfunnsmedisinsk perspektiv er det viktig å se disse infeksjonene i sammenheng. Helsepersonell bør anbefale alle som tester positivt for TB å også testes for hiv. Likeledes anbefales det at alle som tester positivt for hiv også testes for TB. Tuberkuloseundersøkelsen er lovpålagt, mens hiv-testen er frivillig.

Det anbefales at vaksinasjonsstatus sjekkes. Se Folkehelseinstituttets "[Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2007](#)" og "[Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten](#)":

Før eventuell vaksine gis skal personen sjekkes for antistoffer.

Barn og unge under 25 år fra høyendemiske områder som ikke har immunitet mot sykdommen skal tilbys gratis hepatitt B-vaksine (se [folkehelseinstituttet](#) for aktuelle land). Det samme gjelder også enkelte voksne som ikke selv er immune mot sykdommen og som er i familie eller har seksualpartner som er smittet.

Unge jenter og kvinner i fertil alder bør rutinemessig testes for immunitet mot rubella, og dersom de påvises seronegative, bør de tilbys gratis MMR-vaksine. For bestilling av MMR-vaksine, se [folkehelseinstituttet](#).

Folkehelseinstituttet kan gi nærmere rådgivning om smittevern ([folkehelseinstituttet](#)).

Informasjon om barn og vaksinasjon: [Barnevaksinasjonsprogrammet](#), punkt 3.8.1 over og Folkehelseinstituttets [e-håndbok](#) om vaksinasjon.

### **4.3 Fastlege**

Enhver som er bosatt i en kommune har rett, men ikke plikt, til å stå på liste hos fastlege. Person som melder flytting til en kommune, skal motta legevalgsskjema med tilbud om å velge fastlege i kommunen.

Fastlegen har ansvaret for allmennlegetilbudet til personer som står på sin liste og skal prioritere disse pasientene. For konsultasjon og behandling av helsetilstander utover allmennmedisinsk art, som psykiater, poliklinikk, spesialister og sykehus, skal



fastlegen etter vurdering henviser til rette instans. Fastlegen skal også skrive nødvendige helseattester, legeerklæringer og gi helseopplysninger om pasienter som søker om helse-, sosial- og trygdeytelser.

Personer som er registrert bosatt har rett til å stå på fastlegeliste kan fremsette legeønske blant fastlegene som har ledig plass på sin liste. Kommunen har i henhold til [forskrift](#) ansvar for at de som har rett til å stå på fastlegeliste får plass på fastlegeliste i eller utenfor bostedskommunen. Fastlegelistene administreres av NAV.

[Barn under 16 år tildeles fastlege](#) i tråd med foreldrenes ønske. Når barnet er mellom 12 og 16 år, kan det i samråd med dem som har foreldreansvaret framsette ønske om bestemt fastlege. Mindreårige som kommer til landet uten foreldre vil få oppnevnt verge som blant annet kan bistå med valg av fastlege. I tilfeller der verge ikke er oppnevnt, må relevant personell bistå. I mange tilfeller vil det være mest hensiktsmessig at helsesøster er behjelpelig med dette.

Personer som ikke selv velger fastlege, settes på liste hos fastlege med ledig plass. Personer som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, melder dette til kommunen.

Fastleger har [taushetsplikt](#). Opplysninger om pasienter og deres helsetilstand er ikke tilgjengelig for andre enn fastlegen selv og [ansatte](#) ved legekantoret som jobber på instruks fra legen. (For informasjon om taushetsplikt, se kapittel 6.)

Bruk av tolk kan i mange tilfeller være en forutsetning for å kunne yte gode og forsvarlige helsetjenester. Fastleger får ekstra kompensasjon for lange konsultasjoner med bruk av tolk. For mer informasjon om bruk av tolk, se kapittel 7.

Informasjonsbrosjyre om fastlegeordningen foreligger på flere språk og er tilgjengelig på [NAV: min fastlege](#)

Det er knyttet egenandeler til helsetjenester. Fastlegene plikter å opplyse om dette. Medlemskap i folketrygden gir rett til økonomisk stønad til helsetjenester og ved kjøp av reseptpliktige legemidler. Når summen av betalte egenandeler blir et gitt beløp, vil man få såkalt frikort. Frikort gir fritak fra egenandeler for resten av det inneværende året. (For mer informasjon, se kapittel 8).

Pasienter skal ikke betale egenandel for konsultasjon, behandling og legemidler i forbindelse med [allmennfarlig smittsom sykdom](#) med mindre annet er bestemt. (For mer informasjon om tuberkulose, se side 18). Kondomer og p-piller for unge mellom 16 og 18 år er også gratis. Barn under 12 år er fritatt fra egenandeler. Pasienter under 18 år skal ikke betale egenandeler for psykoterapeutisk behandling.

Flyktninger som bosettes i kommune etter opphold på mottak og overføringsflyktninger som direktebosettes uten opphold på mottak blir automatisk medlemmer i folketrygden ved ankomst. Veiledning finnes i reglene om medlemskap i folketrygden for asylsøkere og stønad til helsehjelp etter folketrygdloven kapittel 5. Se [forskrift 14. mai 2008 nr. 460 om tryggedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer](#) fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 2-16.



Flyktninger tildeles permanent personnummer (i stedet for et midlertidig D-nummer som asylsøkere) som gir flyktingene i likhet med asylsøkerne rett til å stå på fastlegeliste. Flyktingen må selv registrere seg ved sitt lokale folkeregister eller skattekontor dersom vedkommende ikke har fått personnummer i løpet av tiden i mottak. Det kan ta inntil to uker å få personnummer.

Hvis det er behov for legeundersøkelse før flyktingen har fått personnummer må dette utføres av annen lege i kommunen. Det betales vanlig egenandel takst 2ad inntil registrering hos fastlege er i orden. Legen kan sende krav til trygden om takst 2hd – tillegg for pasient som er tilmeldt annen fastlege – som kompensasjon for manglende basistilskudd.

Folketrygden gir full refusjon for undersøkelser i forbindelse med svangerskapsomsorg (for mer om svangerskapsomsorg, se punkt 3.8.1. side 33). Folketrygden yter også full refusjon ved behandling av pasienter som har en helsetilstand som er til hinder for at legen kan innkreve egenandel. Slike helsetilstander kan blant annet være alvorlige sinnslidelser, akutte større skader, bevisstløshet og dødsfall.

#### **4.4 Helsestasjon**

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud til alle barn og unge. Flyktingbarn bosatt i kommune skal tilbys vanlige kontrollundersøkelser ved helsestasjon. Familiegjenforente skal få tilbud om oppfølging i tråd med det anbefalte programmet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barn har rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll i den kommune vedkommende er bosatt i ([Kommunehelsetjenesteloven § 2-2](#)). Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Tjenesten har blant annet ansvar for å følge opp [barnevaksinasjonsprogrammet](#). Hvis barnet eller ungdommen mangler dokumentasjon på vaksiner skal de tilbys vaksinasjon i samsvar med det norske vaksinasjonsprogrammet.

Helsestasjonen har en sentral rolle i veiledningsarbeid overfor foreldre og foresatte, allerede fra spedbarnsstadium og videre opp gjennom skolealder. Helsedirektoratet har utarbeidet forskjellig veiledningsmateriell som kan lastes ned eller bestilles, blant annet: [brosjyre om barns miljø og sikkerhet](#). Brosjyrene foreligger på engelsk, arabisk, somali og urdu.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være tilrettelagt for alle barn og unge. Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få informasjon om barn og unges oppvekstvilkår, plikter og rettigheter. Tjenesten har også et ansvar for å forebygge kjønnslemlestelse og tvangsekteskap.

Svangerskapsomsorg: kapittel 3 punkt 8 side 30.

#### 4.4.1 **Nyfødtscreening**

Nyfødtscreeningen ved Pedriatisk forskningsinstitutt på Rikshospitalet screener landets nyfødte for to sjeldne, men alvorlige medfødte tilstander, ofte før disse tilstandene har gitt symptomer. Tidlig diagnose betyr at tidlig og effektiv behandling kan iverksettes og derved minske og ofte hindre de skadevirkninger disse tilstandene vil kunne gi senere i barnets liv. Det screenes i dag for tilstandene Fenylketonuri (PKU / Føllings sykdom) og medfødt hypothyreose.

Flyktninger og familiegjenforente som kommer til Norge fra land som ikke har de samme screeningtilbudene for nyfødte, bør tilbys undersøkelse for disse tilstandene. På denne måten forhindrer man at eventuelle diagnoser stilles for sent, og at pasientene ikke får forsvarlig behandling og oppfølging. Det anbefales å gi flyktninger tilbud om screening.

Oslo Universitetssykehus HF: [Rikshospitalet](#) har mer informasjon.

#### 4.5 **Tilbud om frivillig underlivsundersøkelse**

Begrepet kjønnslemlestelse brukes som samlebetegnelse på flere varianter av inngrep i kvinners kjønnsorganer. Ifølge Verdens helseorganisasjon ([WHO](#)) omfatter kjønnslemlestelse alle inngrep der jenters eller kvinners ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis eller inngrep som medfører annen skade på kjønnsorganene, og som foretas av kulturelle, religiøse eller andre ikke-terapeutiske eller medisinske årsaker.

Norske myndigheter har et mål om stoppe denne praksis, og kjønnslemlestelse ble i 1995 forbudt ved egen lov: [Lov om forbud mot kjønnslemlestelse](#). § 2 regulerer avvergelsesplikten for visse yrkesgrupper for å sikre bedre vern av jenter som befinner seg i faresonen for å bli kjønnslemlestet: [IS-1193 Veileder](#). Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse.

Regjeringens andre [Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011](#) har som hovedformål å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, samt å sikre nødvendig fysisk og psykisk helsehjelp og oppfølging til personer som allerede er kjønnslemlestet. Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse skal gis jenter og kvinner som kommer fra områder WHO definerer som risikoområder: [WHO.fgm](#).

[Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse](#) til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente inngår i den ordinære helseundersøkelsen som gjennomføres i mottak eller bostedskommune innen ett år etter ankomst til Norge. Utgifter dekkes av ordinært vertskommunetilskudd som kommunene får for å ha mottak for asylsøkere og bosatte flyktninger. Dersom asylsøker ikke har gjennomgått den ordinære helseundersøkelse i mottak, skal Helsestasjons- og skolehelsetjeneste eller fastlegen sørge for at flyktningen får denne ved bosetting i kommune. Dette gjelder også overføringsflyktninger (kvoteflyktninger) som bosettes direkte i kommune uten opphold i mottak. (se [Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse](#)).

Frivillig underlivsundersøkelse forutsetter skriftlig samtykke.

Helsetjenesten til asylsøkere i mottakene og helsetjenesten til flyktninger og familiegjenforente i bostedskommunen skal informere om lovforbud mot og helsemessige konsekvenser av kjønnslemlestelse. Jenter og kvinner som har blitt kjønnslemlestet før ankomst skal tilbys helsehjelp. Dette er tema som kan være sensitivt for mange, og som vil kunne stille ekstra krav til fag- og kulturkunnskap hos [tolk](#) utover ren språkferdighet (For informasjon om tolk, se kapittel 7).

Konsekvensene av kjønnslemlestelse kan være alvorlige både fysisk og psykisk. Infeksjoner, cyster, smerter og arrvev er blant de vanligste fysiske plagene. Kjønnsllestede kvinner kan få kroniske fysiske plager som menstruasjonssmerter, langvarig smertefull vannlating, seksuelle problemer eller vanskelig samleie og gjentatte urinveisinfeksjoner (se kronikk i Tidsskrift for Den norske legeförening: Omskjæring av kvinner - [komplikasjoner og behandling](#)). Vurderes det å foreta et åpnende inngrep bør fordelene av dette nøye avveies i forhold til fysiske og psykiske konsekvenser for jenta eller kvinnens livskvalitet. Særlig gjelder dette i en sårbar fase som asylsøker eller nyankommen flyktning.

Enkelte former for kjønnslemlestelse kan skape store komplikasjoner ved fødsler. Dersom det er nødvendig med et åpnende inngrep før fødsel, bør dette foretas så tidlig så mulig i svangerskapet. Den gravide må informeres om at det ikke er lovlig for helsepersonell i Norge å rekonstruere infibulering etter fødselen (se Statens Helsetilsyns IK – 2723 [Veileder for helsepersonell](#) i Norge om kvinnelig omskjæring).

For rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring, se [IK-20/2001](#).

#### **4.6 Tannhelsetjeneste**

Når flyktninger bosettes i en kommune kan de i likhet med andre bosatte søke om stønad til tannbehandling fra [NAV](#). (Se også [Rundskriv I-2/2009/B](#)). Tildeling av stønad skjer i henhold til [lov om sosiale tjenester](#). Ved dokumentasjon av torturskader skal [retningslinjer for helseattester](#) følges. Helsepersonell skal sørge for at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, jmfør [pasientrettighetsloven](#).

#### **4.7 Undersøkelse syn og hørsel**

Flyktninger og familiegjenforente kan ha nedsatt syn og / eller hørsel uten selv å være klar over det. Hvis pasienten ikke selv tar dette opp i konsultasjonen kan helsepersonell risikere å overse problemet.

Helsestasjonen har et ansvar for at barn som ikke er blitt hørselsscreenet umiddelbart etter fødselen, får gjort dette i samarbeid med hørselssentral. Spesiell oppmerksomhet må rettes mot barn som er flyktninger eller familiegjenforente. Helsesøstre og leger i primærhelsetjenesten må bidra til at foreldre følger opp de ulike trinn i screeningsprogrammet og eventuell habilitering. Måltrettede undersøkelser av syn skal gjøres på vide indikasjoner (se Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk: [IS-1235](#)).

Pasienter med ikke erkjent brillebehov, uoppdaget kronisk mellomørebetennelse

eller nedsatt hørsel kan forekomme relativt hyppig blant flyktninger og familiegjenforente, spesielt blant barn fra ikke-vestlige land. For at disse barna skal mestre skolegang er det av stor betydning at disse forhold rettes opp. Rutinemessig synsundersøkelse og vurdering av hørsel anbefales derfor for å sikre at syn og hørsel systematisk undersøkes og ved behov korrigeres.

Personer utsatt for tortur i form av slag mot hodet kan lide av trommehinndefekt og plagsom tinnitus. Pasienter med tinnitus bør henvises til audiolog.

Hos personer som eksponeres for sterk sol kan grå stær (cataract) oppstå i tidligere alder enn hva som er vanlig for andre. Eldre mennesker kan gå med grå stær uten selv å vite det.

## 5 Helsetjenester til familiegjenforente

I 2007 kom det 13 700 familieinnvandrere til Norge, hvilket utgjorde 30 % av innvandrerne det året. Majoriteten var fra europeiske land, med polakker som største gruppe på 2552 personer og tyskere som nest størst med 1172 personer. Tredje størst var gruppen med Thailand som opprinnelsesland, med 1005 personer. Familiegjenforente har rett til øyeblikkelig nødvendig helsehjelp og har rett til å stå på liste for fastlege. Familiegjenforente er i likhet med asylsøkere og flyktninger en heterogen gruppe, og skal som alle pasienter behandles individuelt. Gruppen kan imidlertid ha enkelte karakteristika som det kan være nødvendig å være oppmerksom på ut fra en generell tilnærming.

### 5.1 Smittevern

#### 5.1.1 *Undersøkelse for tuberkulose*

Alle familiegjenforente, uansett alder, fra land med høy forekomst av tuberkulose, har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse kort tid etter ankomst. Erfaring viser at det er lavt frivillig oppmøte. Innkalling til undersøkelse bør derfor gjøres på den aktuelle personens eget språk, og fortrinnsvis muntlig i tillegg til skriftlig. Samtidig anbefales det å informere om at eventuell behandling er smertefri og uten kostnader. Det kan være behov for bruk av tolk. Helsepersonell skal sørge for at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, jmfør [pasientrettighetsloven](#).

Det anmodes om at ansatte på skattekontor, folkeregister, NAV, helsepersonell på akuttmottak eller andre aktuelle instanser gjør den familiegjenforente kjent med plikten til å fremstille seg til tuberkuloseundersøkelse, jmfør [utlendingsforskriftens](#) § 51.

Det forutsettes at kommunelegen, eventuelt annet personell i kommunehelsetjenesten, tar kontakt med personer som ikke innen rimelig tid møter frem på eget initiativ, slik at tuberkuloseundersøkelsen blir foretatt og vedkommende får et dokument som viser at undersøkelsen er gjennomført. Etter [smittevernloven](#) § 5-2, jmfør § 5-8, har kommunelegen på visse vilkår adgang til å fatte hastevedtak om nødvendig tvungen legeundersøkelse.

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

### 5.1.2 **Tilbud om hiv-test**

Den største økningen av hiv-positive i Norge de siste årene finner vi blant dem som er smittet før ankomst til landet. Hiv-infeksjon er mest utbredt i Afrika og Asia (se [Folkehelseinstituttet](#)). Bildet kan imidlertid endre seg og det anbefales å tilby familiegjenforente hiv-test. Testen må følges av rådgiving og informasjon om smitteveier og smitteforebyggende atferd. Personer med hiv-infeksjon må sikres videre støtte og medisinsk oppfølging ved flytting.

Familiegjenforente bosettes direkte i kommunen og det er bostedskommunen som har ansvar for å tilby undersøkelse og relevant informasjon og veiledning.

Ved formidling av positivt prøvesvar er det viktig å være varsom ved valg av tolk. Hiv-infeksjon er i mange land særdeles stigmatiserende, og mange kan være redde for bruke tolk fra eget land.

Helsepersonell har ansvar for at informasjon er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, jamfør [pasientrettighetsloven](#).

Det vil være viktig å sikre kontinuerlig medisinsk oppfølging og støtte av den smittede personen. Avdekking av infeksjon vil hindre smittespredning og behandling vil i det fleste tilfeller gi den smittede et tilnærmet normalt liv. Prognosen ved infeksjon kan bedres betraktelig ved tidlig diagnostisering hvis behandling starter før symptomer på sykdom.

Det bør informeres om at det er straffbart å smitte andre med hiv, og det skal gis god veiledning om smitteforbyggende tiltak.

Det anbefales videre at den smittede får samtale om muligheten til å leve et vanlig familieliv med barn. De vil også kunne ha behov om å få forsikring om at så godt som alle yrkesvalg mulige.

Mer om smittevern i Folkehelseinstituttets [håndbok](#).

### 5.1.3 **Vaksinasjon**

Det anbefales at vaksinasjonsstatus sjekkes. Se Folkehelseinstituttets [e-bok](#), [barnevaksinasjonsprogram](#) og "Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2007" og "[Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten](#)":

Når det gjelder hepatitt B skal barn og unge under 25 år fra høyendemiske områder som ikke har immunitet mot sykdommen skal tilbys gratis hepatitt B-vaksine (se [folkehelseinstituttet](#) for aktuelle land). Det samme gjelder også enkelte voksne som ikke selv er immune mot sykdommen og som er i familie eller har seksualpartner som er smittet (jamfør punkt 3.5.5).

Unge jenter og kvinner i fertil alder bør rutinemessig testes for immunitet mot rubella, og dersom de påvises seronegative, bør de tilbys gratis MMR-vaksine. For bestilling av MMR-vaksine, se [folkehelseinstituttet](#).

Folkehelseinstituttet kan gi nærmere rådgivning om smittevern ([folkehelseinstituttet](#)).

Informasjon om barn og vaksinasjon: [Barnevaksinasjonsprogrammet](#), se også punkt 3.5.5 og punkt 3.8.2 over.

## 5.2 Fastlege

Familiegjenforente blir automatisk medlemmer i folketrygden ved ankomst. Som medlem i folketrygden betaler pasienter kun en bestemt del av utgiftene til offentlige helsetjenester, såkalt egenandel. Egenandeler gjelder legebehandling, kjøp av medisiner på blå resept, fysioterapi, psykolog og reise til undersøkelse og behandling. Dersom pasient har betalt egenandeler opp til et visst beløp, har vedkommende rett til å få frikort. Da slipper pasienten å betale egenandeler resten av kalenderåret for offentlige helsetjenester.

Barn under 12 år fritas fra egenandeler, det samme gjelder behandling på en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for unge under 18 år. Folketrygden yter full refusjon for undersøkelser i forbindelse med svangerskapsomsorg (mer om svangerskap side 33, punkt 3.8.1). Pasienter skal ikke betale egenandel for konsultasjon, behandling og legemidler i forbindelse med [allmennfarlig smittsom sykdom](#). (For mer informasjon om tuberkulose, se side 18). Kondomer og p-piller for unge mellom 16 og 18 år er også gratis.

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

Informasjonsbrosjyre om fastlegeordningen foreligger på flere språk og er tilgjengelig på [NAV: min fastlege](#)

Familiegjenforente får et permanent personnummer direkte og ikke et midlertidig D-nummer. Den familiegjenforente må selv oppsøke sitt lokale skattekontor for å få tildelt personnummer som gir rett til å stå på fastlegeliste. Familiegjenforente velger dermed fastlege på bakgrunn av sitt personnummer. Det kan ta inntil to uker å få personnummer. Hvis det er behov for legeundersøkelse før personen har fått personnummer må dette utføres av annen lege i kommunen. Det betales vanlig egenandel takst 2ad inntil registrering hos fastlege er i orden. Legen kan sende krav til trygden om takst 2hd – tillegg for pasient som er tilmeldt annen fastlege – som kompensasjon for manglende basistilskudd.

Samarbeid med tolk kan ofte være en forutsetning for å sikre pasientens rett til informasjon, samtykke til helsehjelp, m.v. Fastleger får ekstra kompensasjon for lange konsultasjoner med bruk av tolk. For mer informasjon om bruk av tolk, se kapittel 7.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud til alle barn og unge. Familiegjenforente barn skal tilbys oppfølging i tråd med det anbefalte programmet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barn rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll i den kommune barnet bor eller midlertidig oppholder seg ([Kommunehelsetjenesteloven § 2-2](#)). Foreldrene plikter å medvirke til at barnet



deltar i helsekontroll.

Fastlegene kan arbeide på helsestasjon noen timer per uke etter avtale med kommunen. Helsestasjonens arbeid er først og fremst forebyggende helsearbeid. Legen kan diagnostisere og behandle ved behov. Legen kan også i samarbeid med helsestasjonen henvise til spesialisthelsetjenesten innenfor det somatiske og psykiske helsevern for barn og unge.

Mange fastleger er engasjert av kommunene for å arbeide på helsestasjon for ungdom, et lavterskeltilbud for ungdom uten egenandel der helsesøster, jordmor og fastlege arbeider sammen.

Tjenesten har blant annet ansvar for å følge opp barnevaksinasjonsprogrammet. Hvis barnet eller ungdommen mangler dokumentasjon på vaksiner skal de tilbys vaksinasjon i samsvar med [det norske vaksinasjonsprogrammet](#). Det kan være nødvendig å vurdere vaksinasjonsbehov hos barn som har påbegynt vaksinasjonsprogram før ankomst til Norge. Vaksinasjonsstatus vurderes i forhold til anbefalt norsk vaksinasjonsprogram og eventuell mangelfull vaksinasjon tilbys i samsvar med det norske barnevaksinasjonsprogrammet (se Folkehelseinstituttet pkt 1.5 [Vaksinasjonsboka](#)).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være tilrettelagt for alle barn og unge. Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få informasjon om barn og unges oppvekstvilkår, plikter og rettigheter. Tjenesten har også et ansvar for å forebygge kjønnslemlestelse og tvangsekteskap.

### **5.2.1 Nyfødtscreening**

Nyfødtscreeningen ved Pediatrisk forskningsinstitutt på Rikshospitalet screener landets nyfødte for sjeldne, men alvorlige medfødte tilstander, ofte før disse tilstandene har gitt symptomer. Tidlig diagnose betyr at tidlig og effektiv behandling kan iverksettes og derved minske og ofte hindre de skadevirkninger disse tilstandene kan gi senere i barnets liv. Det screenes i dag for tilstandene PKU (Fenylketonuri / Føllings sykdom) og medfødt hypothyreose.

Familiegjenforente som kommer til Norge fra land som ikke har de samme screeningtilbudene for nyfødte, kan risikere at det ikke tilbys undersøkelse for disse tilstandene. På denne måten risikerer man at diagnoser stilles for sent, og at pasientene ikke får forsvarlig oppfølging. Det anbefales å gi familiegjenforente tilbud om screening.

### **5.3 Tilbud om frivillig underlivsundersøkelse**

[Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse](#) til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente inngår i den ordinære helseundersøkelsen som gjennomføres i mottak eller bostedskommune innen ett år etter ankomst til Norge. Utgifter dekkes av ordinært vertskommunetilskudd. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste eller fastlegen skal sørge for at familiegjenforente får denne helseundersøkelsen ved bosetting i



kommune. (se [Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse](#)). (For mer om kjønnslemlestelse, se kapittel 5, punkt 5).

Frivillig underlivsundersøkelse forutsetter skriftlig samtykke.

Helsetjenesten til familiegjenforente i bostedskommunen skal informere om lovforbud mot og helsemessige konsekvenser av kjønnslemlestelse. Jenter og kvinner som har blitt kjønnslemlestet før ankomst skal tilbys helsehjelp. Dette er tema som kan være sensitivt for mange, og som vil kunne stille ekstra krav til fag- og kulturkunnskap hos [tolk](#) utover ren språkferdighet (For mer om tolk, se kapittel 7).

For rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring, se Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse [Q-1145B](#) (Barne- og likestillingsdepartementet), og konferer eventuelt [IK-20/2001](#).

#### **5.4 Tannhelsetjeneste**

Familiegjenforente har ingen spesielle rettigheter til tannhelsetjenester ut over de som også gjelder for befolkningen generelt. Medlemskap av folketrygden kan, jmf [§ 5-6](#), gi grunnlag for refusjon for deler av behandlingen av personer med spesifiserte diagnoser: [Rundskriv I-2/2009/B](#). Mer informasjon finnes hos NAV: [tannbehandling](#)

#### **5.5 Undersøkelse syn og hørsel**

Familiegjenforente kan ha nedsatt syn og / eller hørsel uten selv å være klar over det. Hvis pasienten ikke selv tar dette opp i konsultasjonen, kan helsepersonellet overse problemet.

Helsestasjonen har et ansvar for at barn som ikke er blitt hørselsscreenet umiddelbart etter fødselen, får gjort dette i samarbeid med hørselssentral. Spesiell oppmerksomhet må rettes mot barn som er familiegjenforente. Helsesøstre og leger i primærhelsetjenesten må bidra til at foreldre følger opp de ulike trinn i screeningsprogrammet og eventuell habilitering. Måltrettede undersøkelser av syn skal gjøres på vide indikasjoner (se Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk: [IS-1235](#)).

Pasienter med ikke erkjent brillebehov, uoppdaget kronisk mellomørebetennelse eller nedsatt hørsel kan forekomme relativt hyppig blant familiegjenforente, spesielt blant barn fra ikke-vestlige land. For at disse barna skal mestre skolegang er det av stor betydning at disse forhold rettes opp. Rutinemessig synsundersøkelse og vurdering av hørsel anbefales derfor for å sikre at syn og hørsel systematisk undersøkes, og ved behov korrigeres.

Personer utsatt for tortur i form av slag mot hodet kan lide av trommehinnedefekt og plagsom tinnitus. Pasienter med tinnitus bør henvises til audiolog.

Hos personer som eksponeres for sterk sol kan grå stær (cataract) oppstå i tidligere alder enn hva som er vanlig for andre. Eldre mennesker kan gå med grå stær uten

selv å vite det.

## 6 Taushetsplikt, journalføring, D-nummer, helseattester og videresending av helseopplysninger

### 6.1 Taushetsplikt

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

Usikkerhet knyttet til taushetspliktsbestemmelsene kan ved tverretattlig samarbeid bidra til unødige forsinkelser, blant annet i bosettingsarbeidet. Det er hensiktsmessig at helsetjenestens personell samarbeider nært sammen med asylmottakets personell og med kommunens flyktningskonsulenter. I dette samarbeidet skal man ta hensyn til helsepersonellens taushetsplikt. Samtidig er det viktig at taushetspliktsbestemmelsene ikke hindrer nyttig samarbeid. Helsepersonell plikter å selv sette seg inn i gjeldende regelverk og bestemmelser.

### 6.2 Journalføring

Den som yter helsehjelp, skal føre [journal](#) etter bestemmelsene i helsepersonellovens kapittel 8 - §§ 39 flg. og [forskrift om pasientjournal](#).

Helsetilbud til asylsøkere er [kommunens ansvar](#), men kommunene bestemmer selv hvordan de organiserer tjenestene praktisk. [Helsekontorene](#) ved fire av de 15 transittmottakene er som eksempel under administrasjon og drift av Bærum kommune. For informasjon om øvrige mottak må hvert enkelt mottak kontaktes. For adresselister til samtlige asylmottak (mottak for enslige mindreårige asylsøkere (EMA), transittmottak, mottak med forsterket avdeling (FA) og ventemottak) se [UDI](#).

Journaler skal ikke håndteres av andre enn helsepersonell. Pasienten har rett til innsyn i egen journal, samt rett til retting og sletting av journalen. Pasienten har også rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal, jmfør [pasientrettighetslovens](#) kapittel 5.

### 6.3 D-nummer

D-nummer er et "midlertidig personnummer". Midlertidig D-nummer eller permanent personnummer er en forutsetning for å kunne stå på liste hos fastlege. Asylsøkere har i henhold til [fastlegeforskriften](#)s kapittel 3 rett til å få tildelt D-nummer og å stå på en fastleges liste. Erfaringer har vist at tildeling av D-nummer kan ta noe tid. Det anmodes om at mottakspersonell bistår asylsøker i å få D-nummer fra skatteetaten

raskest mulig. Søknad om D-nummer skal *ikke* sendes folkeregisteret. Pasientens D-nummer føres inn i feltet for personnummer i skjemaer.

En del asylsøkere kan ha fått tildelt D-nummer for eksempel i forbindelse med oppretting av bankkonto eller registrering som arbeidssøker, uten å være klar over det. Før søknader om D-nummer behandles er det derfor et betydelig merarbeid for å sjekke om vedkommende allerede har blitt tildelt D-nummer. Asylmottakene må derfor avklare hvorvidt asylsøkeren har dette. Eksempelvis bank eller NAV-kontor vil kunne opplyse om dette.

For å sikre at fastlegens lister er oppdaterte skal mottakene sende kopi av flyttemelding til fastlegekontoret, samt kommune og folkeregister.

Dersom flyktning bosettes uten å ha D-nummer må vedkommende selv oppsøke sitt lokale skattekontor eller folkeregister for å få tildelt dette. Personer innen kommunal helseadministrasjon kan stemple "rett kopi" av identitetskortet som skal følge søknad om [D-nummer](#) med flyktningens underskrift.

D-nummer rekvireres ved å fylle ut skjemaet "Rekvisisjon av D-nummer" som sendes Skatteetaten v/ personregisteret:

[D-nr-skjema](#)

[Forenklet søknad](#) uten rekvisisjoner for hver enkelt asylsøker kan sendes dersom det søkes om ti eller flere asylsøkere samtidig.

Barn må ha eget D-nummer og tildeles samme fastlege som mor med mindre foreldreansvarlige velger en annen. Mindreårige enslig asylsøkere skal få hjelp av sin oppnevnte verge. Dersom verge ikke ennå er oppnevnt, anbefales det at mottakspersonell bistår med dette.

Dersom det ikke er en lege tilknyttet asylmottaket, skal mottaksansatte bistå asylsøkeren med å få [fastlege](#).

Det vises til [Rundskriv I-52/2000](#) "Prosedyrer for valg av fastlege for asylsøkere" og [Rundskriv I-4/2002](#) "Fastlegeordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastlege m.m."

Dersom asylsøkeren har behov for legeundersøkelse før tildeling av D-nummer, utføres undersøkelsen av annen lege i kommunen enn fastlegen. Dersom asylsøkeren har søkt om fastlege skal det kun avkreves ordinær egenandel (takst 2ad). Legen kan sende krav til trygden om takst 2hd – tillegg for pasient som er tilmeldt annen fastlege – som kompensasjon for manglende basistilskudd.

Familiegjenforente får tildelt permanent personnummer ved ankomst. Det er imidlertid vedkommende selv som må oppsøke sitt lokale skattekontor eller folkeregister for å få tildelt dette. Det anbefales at helsepersonell på akuttmottak eller andre i kommunen som møter familiegjenforente, eksempelvis ansatte på Nav-kontor og i utdanningsinstitusjoner, informerer om fastlegeordningen. Enkelte er uvant med at det offentlige subsidierer helsetjenestene, og antar derfor at akuttmottak er eneste alternativ hvis de ikke har en privat helseforsikring.

Brosjyrer på nynorsk / samisk / engelsk / urdu med bestillingsnummer: I-1030 kan bestilles hos Statens Informasjonsforvaltning: [publikasjonsbestilling@ft.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@ft.dep.no)

#### 6.4 Helseattester

Det har vist seg at enkelte asylsøkere går fra lege til lege i håp om å finne en som kan skrive den helseattesten de tror de trenger for å få opphold i landet. Det anbefales derfor å informere asylsøkere om at UDI ikke tar hensyn til denne typen attester når de fatter vedtak om eventuelt opphold. Helsepersonell skal sørge for at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, jmfør [pasientrettighetsloven](#).

Ved dokumentasjon av torturskader skal [retningslinjer for helseattester](#) følges.

#### 6.5 Videresending av helseopplysninger

Journalen kan overføres fra mottakskommunen til fastlegen i bosettingskommunen dersom opplysningene er nødvendig for å yte helsehjelpen og pasienten samtykker til dette. Benyttes samtykkeerklæring skal denne vedlegges journalen, som i lukket konvolutt oversendes helsetjenesten ved neste bosted så snart man får melding om hvor den enkelte flytter (se forslag til samtykkeerklæring i vedlegg 1). Det er ikke krav om at journal skal sendes i rekommandert post.

Resultatet av den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen skal sendes uansett samtykke, og uavhengig av om det er negativt eller positivt prøvesvar. Opplysninger om tuberkulose (TB) er imidlertid taushetsbelagte og skal ikke formidles per telefaks. Opplysninger skal sendes til PU ved Koordineringsenheten og til UDI ved Asylavdelingen per post i lukket konvolutt. Ved eventuelle hastesaker kan i tillegg melding gis per telefon eller telefaks såfremt taushetsplikten ivaretas.

Adresser:

PU v / Koordineringsenhet, Postboks 9277 Grønland, 0134 Oslo

&

UDI v/ Asylavdelingen, Postboks 8108 Dep, 0032 Oslo

For mer om tuberkulose, se side 18.

Medisinsk informasjon skal gå mellom *helsetjenesten* i mottakskommunene, ikke via mottaket.

I vedlegg 1 finnes eksempler på skjemaer som kan brukes for journalføring / helseundersøkelse dersom man ikke har elektronisk journal. Skjemaene gir en oversikt over aktuelle helseproblemer og forenkler overføring av helseopplysninger til nytt helsepersonell.

Rask oversending av helseopplysninger kan være spesielt viktig i forbindelse med bosetting av funksjonshemmede eller alvorlig syke pasienter. Oversending av helseopplysninger forutsetter som hovedregel samtykke fra pasient.

Mottakskommunen kan ta kontakt med [IMDi](#)s regionkontor for å søke om tilskudd for bosetting av personer med spesielle behov. Elektronisk journalsystem anbefales blant annet ut fra hensynet til rasjonell overføring av medisinsk informasjon.

(For bosetting av flyktninger med kjente funksjonshemminger eller atferdsvansker se side 38 punkt 5.1.3).

## 7 Bruk av tolk

### 7.1 Ansvar for bestilling og betaling av tolk

Helsepersonell har ansvaret for å tilrettelegge informasjonen og så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Det er helsetjenesten og ikke pasienten som har hovedansvar for at kommunikasjonen er entydig og forståelig (se lovregulering i blant annet [nasjonalt tolkeregister](#), [offentlighetsloven](#) og [forvaltningsloven](#)).

Kommunikasjon med bruk av tolk kan for mange være nødvendig for å benytte helsetjenester, og det kan ofte være en forutsetning for adekvat helsehjelp. Informasjon er grunnlaget for god kommunikasjon og nødvendig for at pasienten selv aktivt kan delta i behandling og oppfølging. Helsepersonell må derfor tilpasse informasjon til hver enkelt pasient individuelt og forsikre seg om at informasjonen er forstått, jmfør blant annet [pasientrettighetslovens § 3-5](#).

Bruk av tolk skal være en integrert del av helsetjenestene. Alt helsepersonell skal behandle enhver pasient som enkeltindivid uavhengig av kulturell og etnisk bakgrunn. Dette kan innebære at like tjenester ikke alltid er tilstrekkelig for å sikre likeverdige tjenester. De instanser som trenger tolk for å utføre sine oppgaver skal bestille og betale for tjenesten selv.

Utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten dekkes av den kommunen som har ansvar for helsetjenesten. Privatpraktiserende fastleger er del av primærhelsetjenesten, i likhet med andre private aktører som har avtale med staten. Dersom pasientens bostedskommune er en annen enn den kommunen hvor helsetjenesten gis, sørger NAV for at utgiftene til tolk kompenseres og belastes bostedskommunen.

Tolkeutgifter i forbindelse med behandling på sykehus og offentlige klinikker er ikke en egen poliklinikk-takst, men skal dekkes over institusjonens eget driftsbudsjett. Bruk av tolk på sykehus og offentlige poliklinikker finansieres dermed av institusjonen selv, inkludert privatpraktiserende som har avtale med regionalt helseforetak (RHF) som finansierer over eget budsjett på samme måte som spesialisthelsetjenesten.

Statlige asylmottak dekker utgifter til tolk over eget budsjett. Dersom statlige asylmottak har bosatte asylsøkere som mottar helsetjenester som mottaket ikke selv er ansvarlig for, skal mottaket heller ikke finansiere utgifter til disse helsetjenester gitt til mottakets beboere. Eksempel på slik helsetjeneste kan være en beboer som får hjemmebesøk av lege som mottaket ikke har avtale med. Legen skal dokumentere utgiftene tilknyttet de ytte tjenester og få utgiftene til disse refundert fra kommunen (NAV).

Fastleger får ekstra kompensasjon for lange konsultasjoner med bruk av tolk.

Refusjonsordning for spesialisthelsetjenesten begrenses i prinsippet til formidling av alvorlige diagnoser og samtale omkring dødsfall (se [Den Norske Legeforening](#)).

Det anbefales at helsetjenester som bruker tolketjenester synliggjør utgiftene til bruk av tolk, da rapportering gir viktig grunnlag for budsjettering, planlegging og kvalitetssikring av tolkebruk.

## 7.2 Personer som kan tolke

Tolking er en profesjonsutøvelse. Tolker som benyttes av helsetjenesten skal både være underlagt taushetsplikt og ha den nødvendige tolkefaglige kompetanse.

Helsetjenestene er forpliktet å bruke kvalifiserte tolker. Tolk er imidlertid ikke en beskyttet tittel, hvilket innebærer at enhver i prinsippet kan kalle seg tolk. Som et minimumskrav skal tolker som benyttes i den offentlige helsetjenesten stå oppført i nasjonalt tolkeregister. Følgelig bør ikke venner og slektninger brukes som tolker. Barn skal aldri fungere som tolk. Heller ikke personale som tilfeldigvis arbeider i helseinstitusjoner eller på mottak bør benyttes som tolk. De får en uklar rolle og kan få tilgang til informasjon som de ikke bør ha.

Helsetjenestene skal alltid bruke de beste av tilgjengelige tolker. Det betyr at tolker med statsautorisasjon og tolkeutdanning skal prioriteres ([Forskrift om bevilling som statsautorisert tolk og tolkeprøven](#)). Tolker oppført i tolkeregisteret finner man i nasjonalt tolkeregister: [Tolkeportalen](#).

Dersom tjenesteyter kjøper tolketjenester fra andre kommunale eller private tolketjenester, må tjenesteyter inneha bestillingskompetanse for å sikre at tolketjenestene oppfyller kvalitetskrav. Dette gjelder blant andre sykehus som normalt inngår avtaler med tolkebyråer på vegne av institusjonen, slik at den enkelte helsearbeider ikke selv bestiller tolketjenester fra tolkeportalen. Videre gjelder dette blant andre også de tjenesteytere som bestiller tolketjenester på andre språk enn de 66 ulike språk tolkeportalen tilbyr.

## 7.3 Fjerntolking

Dersom tolken ikke kan møte personlig, kan telefontolkning oppleves som en god og ressursbesparende løsning, særlig når det oppstår behov for akutt tolkehjelp. Geografisk avstand kan også gjøre det vanskelig å skaffe en fysisk tilstedeværende tolk. En annen fordel med telefontolking er at den ivaretar anonymitet. Ved konsultasjoner som omhandler tabubelagte sykdommer som hiv eller andre sensitive temaer vil det ofte være mest ønskelig å benytte telefontolk av anonymitetshensyn. I psykiatrien vil tilstedeværende tolk være en forutsetning for faglig forsvarlig arbeid, da telefontolking ikke formidler kroppsspråk og annen nonverbal kommunikasjon.

Skjermtolking ("tv-overført" tolketjeneste) vil også kunne ivareta anonymitet på en god måte, da det er mulig å styre kameranlinen. Skjermtolkning er en spesielt god løsning der man har behov for å demonstrere prosedyrer for pasienten og å få dette tolket.



Det skal alltid stilles de samme kvalitetskrav til tolking uavhengig av om tolking skjer ved personlig tilstedeværelse, over telefon eller via skjerm.

#### **7.4 Retningslinjer for tolkebruk**

Likeverdige helsetjenester betyr ikke like helsetjenester. Helsetjenestene i Norge er tilrettelagt for majoritetsbefolkningen, nordmenn som behersker språket og som kjenner systemene. For å sikre hele befolkningen likeverdige tjenester, må tjenestene tilrettelegges og tilpasses. Tolking er nødvendig for å sikre likeverd og rettssikkerhet i offentlig tjenesteyting uavhengig av eventuelle språkbarrierer. Se også [Stortingsmelding nr. 17 \(2000-2001\) om "Asyl- og flyktningpolitikken i Noreg"](#)

Begrepet god tolkeskikk er en norm for hvordan tolken skal utøve sitt arbeid. I Forskrifter om bevilling som statsautorisert tolk og tolkeprøven av 6. juni 1997 § 5 pålegges statsautoriserte tolker å utføre sin virksomhet i samsvar med god tolkeskikk og yrkesetikk.

Bestemmelsene er også gjeldende for alle som er oppført i Nasjonal tolkeregister, og bør dessuten være retningsgivende for alle som påtar seg tolkeoppdrag, uansett om oppdragsgiveren representerer offentlig myndighet, privat næringsliv eller en privatperson.

#### [Retningslinjer for god tolkeskikk](#)

Alvorlige brudd på retningslinjene bør meldes skriftlig til Nasjonalt tolkeregister.

I enkelte situasjoner kan det være behov for å bruke kulturtolk, ikke bare en språktolk, for å kunne yte adekvat hjelp. Slike situasjoner kan være innleggelser på psykiatrisk institusjon, rehabiliterings- og attførings saker, andre saker hvor NAV er tjenesteyter, i barnevernssaker, osv.

#### **7.5 Lær mer om bruk av tolk**

Det er ikke bare tolken som trenger å vite hvordan tolking skal foregå; også den det skal tolkes til må kjenne spillereglene for bruk av tolk. Mer informasjon finnes hos [nasjonalt tolkeregister](#) og hos IMDi: [tolk](#). Se også Helsebibliotekets [Kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter](#).

## 8 Økonomiske forhold knyttet til helsetjenesten

### 8.1 Utgifter i forbindelse med tuberkulosekontroll

Den obligatoriske tuberkulosekontrollen i henhold til [forskrift om tuberkulosekontroll av 21. juni 2002](#) § 3-1 nr. 1 og 2 skal være uten utgifter for den enkelte. Dette innebærer at utgiftene til tuberkuloseundersøkelse i transittmottak og ordinært mottak dekkes av Utlendingsdirektoratet (UDI). Kommunen eller det regionale helseforetaket (RHF) må dekke alle utgifter, inkludert reiseutgifter, for asylsøkere som flytter privat direkte ved ankomst og takker nei til tilbud om mottaksplass, for overføringsflyktninger og familiegjenforente som bosettes direkte i kommunen. Se ovennevnte forskrifts § 4-1 tredje ledd og § 4-3 fjerde ledd for hvilke utgifter som dekkes av henholdsvis kommune og RHF. Tuberkulosekontrollen skal være gratis uten egenandeler. For mer informasjon om tuberkulose, se side 18.

### 8.2 Kompensasjon for nødvendige helsetjenester i transittmottak

UDI dekker utgiftene forbundet med tuberkuloseundersøkelse og akutt helsehjelp, herunder akutt tannlegebehandling, for beboere i transittmottak og ventemottak. Helsetjenesten ved transittmottakene og ventemottakene har egen lege tilknyttet mottaket som fungerer som fastlege.

I transitt- og ventemottakene er helsetjenestene gratis for beboerne, og de betaler ingen egenandel. Dersom asylsøkeren imidlertid selv velger å benytte en annen lege enn den som er tilknyttet mottaket, må vedkommende selv dekke egenandelen. Egenandel ved henvisning til spesialisthelsetjenester dekkes av helsekontorene og refunderes av UDI. Samme refusjonsordning gjelder for nødvendige medisiner.

### 8.3 Egenandeler & frikort

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente blir automatisk medlemmer i folketrygden ved ankomst. Som medlem i folketrygden betaler pasienter kun en bestemt del av utgiftene til offentlige helsetjenester, såkalt egenandel. Dette gjelder legebehandling, kjøp av medisiner på blå resept, fysioterapi, psykolog og reise til undersøkelse og behandling. Dersom pasient har betalt egenandeler opp til et visst beløp, har vedkommende rett til å få frikort. Da slipper pasienten å betale egenandeler resten av kalenderåret for offentlige helsetjenester.

Det finnes to typer frikort. Beløpene for frikort blir fastsatt av Stortinget hvert år. Behandleren eller tjenesteyteren fører egenandelen inn i et egenandelskort. Dette brukes som dokumentasjon ved NAV lokalt for å søke om frikort. Apotek eller lege kan gi opplysninger om reglene for egenandel og føre egenandelen på egenandelskortet.

Barn under tolv år er fritatt fra å betale egenandeler for offentlige helsetjenester. Fritaket gjelder også blant annet barn og unge under 18 år som får offentlig psykologhjelp og pasienter med hiv-infeksjon. Se [forskrift](#) om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

#### **8.4 Dekning av helseutgifter for beboere i ordinære mottak og flyktninger som er bosatt**

Asylsøkere i ordinære mottak som ikke kan forsørge seg selv, får økonomisk stønad, såkalt basisbeløp som skal dekke utgifter til livsopphold som utgifter til mat, klær, helsetjenester, medisiner, aktiviteter, osv. Asylsøkere som har inntektsgivende arbeid eller annen inntekt trekkes i basisbeløpet etter egne regler.

Flyktninger som er bosatt i en kommune og som ikke kan forsørge seg selv har krav på å få dekket utgifter til nødvendige helsetjenester og livsopphold etter en individuell vurdering i henhold til [lov om sosiale tjenester](#).

Ved ankomst til ordinært mottak vil asylsøker få utbetalt penger til livsopphold etter fastsatte satser. Personer som velger å flytte ut av mottak mister etter noen dager mottaksplassen, og også de økonomiske ytelsene knyttet til det å bo i mottak. Se UDIs Pengereglement for økonomisk hjelp til personer i statlige mottak: [Pengereglementet](#). Se også UDIs regelverk: [mottaksdrift](#).

Pengereglementet for beboere i statlige mottak gir i dag mulighet for å utbetale tilleggsytelser dersom det er nødvendig for å sikre en persons liv og helse. Ekstraordinære tilleggsytelser kan vurderes gitt dersom det er nødvendig for en beboers liv og helse. Før slike ytelser vurderes gitt, forutsettes det at tilbud etter [Lov om folketrygd](#) er utnyttet og at frikortordningen er benyttet fullt ut. I tillegg gjelder en egenandel på kr 2 000 per enslig person og kr 3 000 per kjernefamilie eller ektepar / samboere per år. Innbetalt beløp på folketrygdens egenandelskort inngår som del av egenandel. Søknad sendes Utlendingsdirektoratet ved mottaksansvarlig regionkontor.

#### **8.5 Reiseutgifter til undersøkelse og behandling**

Pasienttransport kan dekkes ved reise til undersøkelse og behandling. Hovedregelen er at billigste rutegående transport dekkes til nærmeste behandlingssted. Pasienter som av helsemessige årsaker ikke kan benytte rutegående transport til behandling, kan få rekvisisjon til pasienttransport av sin lege eller behandler. Det trekkes en egenandel av beløpet som kan legges til grunn for frikort. Se [Helseøkonomiforvaltningen](#).

#### **8.6 Rett til stønad til helsetjenester**

##### **8.6.1 Stønad i henhold til folketrygdloven**

Personer som er bosatt i Norge har rett til stønad etter folketrygdloven, herunder

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

Medlem av folketrygden gir rett til stønad. Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente blir automatisk medlemmer i folketrygden ved ankomst. Veiledning finnes i reglene om medlemskap i folketrygden for asylsøkere og stønad til helsehjelp etter folketrygdloven kapittel 5. Se [forskrift 14. mai 2008 nr. 460 om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer](#) fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 2-16.

Asylsøkere har fra det tidspunkt søknad om asyl er fremsatt til endelig vedtak er fattet, automatisk medlemskap i folketrygden og derav rett til stønad etter [folketrygdloven](#). Asylsøkere har en noe begrenset rett til stønad jmfør § 2 – 16 Forskrifter om asylsøkere. Ved øyeblikkelig hjelp dekkes utgifter til helsetjenester imidlertid også for perioden frem til asylsøkeren faktisk forlater landet. Personer som får innvilget asyl og dermed får flyktningstatus har fulle trygderettigheter fra dato for vedtak om asyl.

#### **8.6.2 Stønad i henhold til spesialisthelsetjenesteloven**

Asylsøkere er å anse som bosatt i riket og har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Behandlings- og forpleiningsutgiftene skal dekkes på vanlig måte av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion etter [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 5-2, jmfør § 5-1. Denne retten opphører dersom endelig avslag på asylsøknaden vedtas og fra det tidspunkt vedtak foreligger. Asylsøkere med negativt vedtak som likevel ikke forlater landet har fortsatt rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, men dette er helsehjelp som de selv har ansvar for å betale. Det er den helseinstitusjonen som yter helsehjelpen som dekker utgiftene dersom pasienten ikke kan betale. Det vises til [Rundskriv I-2/2008: Utgifter ved helsehjelp i norske helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge](#).

#### **8.6.3 Asylsøkere med kollektiv beskyttelse**

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

### **8.7 Kompensasjon til vertskommuner**

Ved etablering av statlig mottak får vertskommunen et statlig tilskudd, såkalt vertskommunekompensasjon. Tilskuddet fastsettes av Stortinget og skal dekke gjennomsnittlige merutgifter vertskommunen har til helsetjenester, barneverntjenester, tolketjenester og administrasjon i forbindelse med mottaket.

Fra 1. juli 2008 har det årlige vertskommunekompensasjonsbeløpet vært en grunnsats per kommune på kroner 392.000,-. Dette beløpet er fast og uten hensyn til hvor mange mottaksplasser kommunen har. I tillegg utbetales det en sats per mottaksplass på kroner 4.200,-, sats per plass for enslige mindreårige asylsøkere på kroner 11.100,-, og sats per forsterket plass på kroner 102.100,-.

## 8.8 Statlige bosettingstilskudd til kommunene

Kommuner som bosetter flyktninger og familiegjenforente mottar et statlig integreringstilskudd forutsatt at kommunene gjennomfører et aktivt bosettingsarbeid som bidrar til at flyktningene raskest mulig finner seg til rette og blir i stand til å forsørge seg selv. Integreringstilskuddet fordeles og utbetales over fem år.

Integreringstilskuddet skal dekke gjennomsnittlige merutgifter i bosettingsåret og de fire påfølgende år til bla sosiale tjenester ved sosialkontor / NAV, sosialhjelp, barnevernstjenester, innvandrers- og flyktningkontortjenester, tolketjenester, bolig- og boligadministrasjonstjenester, sysselsettingstiltak, yrkeskvalifisering, arbeidstrening, barnehagetjenester, kommunale helsetjenester, kultur- og ungdomstiltak, og pleie- og omsorgstjenester. Tilskuddet skal dekke fellesutgifter tilknyttet disse områdene.

Pengene utbetales til den kommunen flyktningen eller den familiegjenforente bor i. Særskilt "skoletilskudd" til norsk- og morsmålsopplæring i grunnskolen for elever fra språklige minoriteter som omfattes av integreringstilskuddsordningen utbetales per barn, men kommunen skal ikke søke om dette separat.

Det utbetales ikke integreringstilskudd til kommunen for en familiegjenforent person hvis herboende person vedkommende skal gjenforenes med har blitt norsk statsborger før søknad om familiegjenforening fremsettes eller det har gått mer enn 5 år etter herboendes førstegangsbosetting før søknad fremsettes. Se [integreringstilskudd](#) Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi).

Det gis ekstratilskudd for bosetting av enkelte grupper, som eldre, enslige mindreårige og funksjonshemmede. Engangstilskudd for personer med kjente funksjonshemninger utbetales etter spesifisert søknad til IMDi. Se [IMDi bosetting](#).

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

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

Kommuner som bosetter enslige mindreårige mottar et særskilt tilskudd for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. Det særskilte tilskuddet utbetales til det året barnet fyller 20 år. Kommunen skal foreta en vurdering av den enkeltes behov og på denne bakgrunn tilby [egnet botiltak](#).

I tillegg kan kommunene få statlig refusjon for utgifter til barneverntiltak i henhold til [barnevernloven § 4-4](#), for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger, i den grad utgiftene overstiger den kommunale egenandelen som gjelder for enslige mindreårige.

Når det er inngått en avtale om direkte bosetting i en kommune for personer som ikke har fått vedtak om opphold i landet utbetales det et eget tilskudd ved direktebosetting til kommunene. Dersom ikke vedtak om oppholdstillatelse er fattet innen 3 måneder etter direktebosettingen, vil kommunene i tillegg få et tilskudd per påbegynt måned utover disse første månedene.

### **8.9 Hovedreglene for betaling av utgifter ved helsehjelp i norske helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten**

De regionale [helseforetak](#) (RHF) dekker utgifter for pasienter som er medlem av folketrygden. Dette gjelder bosatte flyktninger, familiegjenforente og asylsøkere.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) behandler og utbetaler refusjonskrav for pasienter som ikke er bosatt i Norge, men likevel er medlem av folketrygden eller har rett til stønad gjennom [gjensidighetsavtale](#) med annet land.

Fylkesmann ([FM](#)) dekker utgifter til tvungent psykisk helsevern for pasienter uten medlemskap i folketrygden eller er stønadsberettiget etter gjensidighetsavtale med annet land.

Pasienter uten medlemskap i folketrygden eller rettigheter i tråd med gjensidighetsavtale med annet land dekker selv utgifter til helsetjenester utover tvungent psykisk helsevern.

## Vedlegg 1 – Begreper / definisjoner

**Veileder:** Helsedirektoratet utarbeider veiledere innenfor helse- og sosialfaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Når ordet **skal** brukes i en veileder er det med henvisning til pålagte oppgaver med hjemmel i lov og forskrift. Når ordet **bør** brukes, er det en faglig anbefaling om hva som er god praksis, men ikke direkte lovpålagt. Ordet "bør" beskriver faglige tiltak som anbefales for å kunne gjennomføre god praksis. Man skal ha god faglig begrunnelse for ikke å følge "bør-anbefalinger".

**Asyl:** Fristed for personer som er flyktninger i flyktningkonvensjonens forstand. De som får innvilget asyl i Norge får arbeids- og oppholdstillatelse som danner grunnlag for bosettingstillatelse.

**Asyl- og flyktningpolitikk:** Mål, prinsipper og tiltak for hvordan mennesker på flukt kan sikres beskyttelse og varig løsning. Nasjonalt gjelder det overføring av flyktninger, behandling av søknader om asyl, mottakstilbud for asylsøkere og tilrettelegging for tilbakevending når dette er trygt.

**Asylsøker:** Person som ber myndighetene om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning har asylsøkerstatus inntil søknad er behandlet og vedtak fattet i saken. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er avgjort. Asylsøkerstatus gir juridiske rettigheter og plikter, blant annet lovlig opphold og rett til offentlige helsetjenester.

**Avdeling for enslige mindreårige:** Eget omsorgstilbud for ungdom mellom 15 og 18 år, som regel en del av et ordinært mottak.

**Bosetting:** Brukes i denne veilederen om styrt bosetting der tidligere asylsøkere og overføringsflyktninger blir tildelt plass i en kommune. Bosettingen skjer i regi av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) i et samarbeid med kommunene, med Utlendingsdirektoratet (Udi) som ansvarlig.

**D-nummer:** Foreløpig personnummer som viser medlemskap i folketrygden og er en forutsetning for å stå på liste til fastlege, for å kunne søke arbeidstillatelse, mv.

**Enslig mindreårig asylsøker (EMA):** Person under 18 år som ankommer Norge uten foreldre eller andre foresatte.

**Familiegjenforening:** Midlertidig eller permanent oppholdstillatelse som kan gis til nære familiemedlemmer av personer med lovlig opphold i Norge, i hovedsak ektefelle / samboer og barn under 18 år.

**Flyktning:** I juridisk forstand – og i denne veilederen – en person som oppfyller vilkårene for å bli ansett som flyktning etter FNs flyktningkonvensjon eller norsk lov. I Norge får en

flyktning asyl, og dermed endret oppholdsstatus fra asylsøker til flyktning. I dagligtale brukt om personer som er, eller har vært, på flukt.

**Forsterket avdeling (FA):** Avdeling for beboere med særlige hjelpebehov på grunn av somatiske eller psykososiale problemer. Er tilknyttet et ordinært mottak, har døgnbemanning og tilknyttet helsepersonell, men driver ikke behandling.

**Innvandrere:** En person med to utenlandskfødte foreldre som selv er innvandret til Norge. (Personer født i Norge av utenlandskfødte foreldre er etterkommere av innvandrere.)

**Innvandrerbefolkningen:** Personer med to utenlandskfødte foreldre, både de som selv har innvandret til Norge (innvandrere) og de som er født i Norge av to utenlandskfødte foreldre (etterkommere).

**Innvandringspolitikk:** Mål, prinsipper og tiltak som gjelder regulering av innvandring, utlendingskontroll og retur av personer uten lovlig opphold. Utlendingslovgivningen er det viktigste virkemiddelet i gjennomføringen av innvandringspolitikken.

**Integrering:** Prosess hvor minoriteter - som asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente blir funksjonsdyktige medlemmer av majoritetssamfunnet, og samtidig beholde sin kulturelle eller etniske identitet.

**Ikke-vestlige innvandrere:** Betegnelse om personer med innvandrerbakgrunn / innvandrere fra Asia med Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika og Øst-Europa.

**Kollektiv beskyttelse:** Midlertidig arbeids- og / eller oppholdstillatelse kan innvilges personer i en massefluktsituasjon på kollektivt grunnlag, det vil si etter en gruppevurdering. Eventuelle asylsøknader stilles i bero i inntil tre år. Slike tillatelser danner ikke grunnlag for bosettingstillatelse de første fire årene. Flyktninger som får kollektiv beskyttelse, forutsettes å reise tilbake til opprinnelseslandet når den kollektive beskyttelsen oppheves. De som ikke ønsker å vende tilbake til sine hjemland må søke asyl.

**Opphold på humanitært grunnlag:** Samlebegrep på flere typer tillatelse til å oppholde seg i Norge, som gis etter en individuell vurdering til personer som ikke fyller kravene for å få asyl. Opphold på humanitært grunnlag gis til personer som har behov for internasjonal beskyttelse eller når andre sterke menneskelige hensyn gjør at de får lovlig opphold.

**Overføringsflyktning:** Flyktninger som får komme til Norge gjennom et organisert uttak, vanligvis i samarbeid med FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR). Etter forslag fra regjeringen fastsetter Stortinget årlige kvoter for hvor mange overføringsflyktninger Norge kan ta imot. Overføringsflyktninger bosettes direkte i kommune, uten opphold på mottak.

**Ordinært mottak:** Mottak for personer som venter på avklaring av asylsaken.

**Statlige mottak:** Et frivillig innkvarteringstilbud med tilhørende tilbud for livsopphold for personer som har søkt asyl i Norge. Mottakene er differensiert i forhold til fasene i asylprosedyren.



**Transittmottak:** Det mottaket en asylsøker plasseres i for å bli registrert, gjennomgå helsesjekk, tuberkuloseundersøkelse og gjennomgå asylintervju.

**Ventemottak:** Et mottak for tidligere asylsøkere som har fått endelig avslag på søknaden om asyl og derfor har mistet retten til å bo i ordinære mottak. Tilbyr enkel innkvartering i påvente av utreise / uttransportering

**Vertskommune:** Kommune med asylmottak og ansvarlig for lovpålagte oppgaver i forhold til mottakets beboere.

**Vestlig innvandrerbakgrunn:** Betegnelse om personer med innvandrerbakgrunn fra Norden, Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania (Australia og øyer i Stillehavet).

For flere definisjoner og mer informasjon, se: [Regjeringen](#), [UDI](#) og [UDI Regelverk](#).

## Vedlegg 2 – Eksempler på skjemaer

### Skjema 1: Helseundersøkelse for flyktninger og asylsøkere / egenmelding

Dette skjema skal følge den enkelte videre

Etternavn:		Fornavn:	
Fødselsdato Personnummer D-nummer		Kjønn:	
Morsmål: Behov for tolk:	Annet språk:  JA    NEI		

Kontaktperson i kommunen:

Fastlege:

Bakgrunnsopplysninger:

Opprinnelsesland:  
Etnisk bakgrunn (se note  
neste side):  
By / bygd:

Flukttidspunkt:  
Tidspunkt for ankomst:  
Eventuelle transittland:  
Asylstatus:

Familie / sosialt:  
Sivilstatus:

Barn (kjønn / fødselsår):

Familie i Norge:  
Familie i andre land:  
Familie i hjemland:  
Utdanning / arbeid:  
Tuberkulosestatus:  
Mantoux: (dato / resultat):  
BCG-arr (ja / nei):  
Rtg thorax (dato / resultat):

#### LABORATORIEPRØVER

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

Tidligere helseproblemer (spesielt smittsomme sykdommer):

Traumatisering:

(se ev. eget skjema, neste side)

Nåværende helseproblemer, somatisk og psykisk:

(psykisk problemer, se neste side)

Allergier:

Faste medisiner:

Funn / status presens (husk syn og hørsel):

Undersøker:

Sted / dato:

#### VAKSINASJONSSTATUS

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

Med etnisk bakgrunn (se forrige side) menes tilhørighet til etnisk gruppe. Eksempel: en kurder fra Tyrkia, serber fra Kosovo, hutu fra Rwanda, alternativt minoritetsgruppe (for eksempel engelsktalende kameruner, ahmadiamuslim fra

Pakistan). Formål er å differensiere problemstillinger i forhold til opprinnelsesland.  
Utfylles kun hvis det ønskes angitt.  
Utfylles i samarbeid med helsepersonell og tolk.

Fornavn:

Etternavn:

Kjønn:

Fødselsdato / Personnummer / D-nummer:

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

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

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

- Sikker risiko: 6 eller flere JA-svar
- Moderat risiko: 3 til 5 JA- svar
- Liten risiko: 0 til 2 JA-svar

Skjemaet traumatiske erfaringer og psykiske symptomer er basert på henholdsvis Harvard Trauma Questionnaire og PTSS – 10, og bygger på erfaringer fra gjennomføring av prosjektet "Psykososiale problemer blant nylig ankomne flyktninger".

## SKJEMA 2

### Forslag til samtykkeerklæring

Jeg, ..... samtykker i at følgende opplysninger:

.....  
.....  
kan formidles til ((tittel) ( Navn)(org). (Kan for eksempel være IMDi, UDI og andre.)

..... for følgende formål:

.....

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

.....

**Dette samtykket er gitt ved hjelp av tolk / ikke gitt ved hjelp av tolk (stryk det som ikke passer)**

Dato og sted

.....

Underskrift

## Vedlegg 3 – Utenlandske legemidler

Dersom pasienter benytter medikamenter / preparater fra utlandet, er det viktig å finne ut hva slags type legemiddel dette er. Utenlandske legemidler kan imidlertid være vanskelig å identifisere. Regionalt legemiddelinformasjonssenter ([RELIS](#)) eller Giftinformasjonen (døgnåpent tlf 22 59 13 00 eller [giftinformasjonen](#)) kan bistå med opplysninger om medikamenter som er ukjent i Norge. Martindale er et anerkjent oppslagsverk med informasjon om medikamenter som kan benyttes som alternativ kilde eller som supplement.

RELIS vil eventuelt kunne bistå i å finne norske produkter som tilsvarer de utenlandske legemidlene.

RELIS kontaktelefoner:

RELIS Sør:	23 07 53 80
RELIS Øst:	23 01 64 11
RELIS Vest:	55 97 53 60
RELIS Midt-Norge:	73 55 01 60
RELIS Nord-Norge:	77 64 58 90

Utenlandske legemidler uten markedsføringstillatelse i Norge og legemidler som er oppført på Statens legemiddelverks såkalte [negativliste](#) må få særskilt godkjenningsfritak fra [Statens legemiddelverk](#) for å kunne selges / benyttes i landet. Det er lege som må søke om spesielt godkjenningsfritak for det aktuelle preparatet. Legen er ansvarlig for å fylle ut [søknadsskjema](#) korrekt.

Legemidler med fritak utleveres til apotek i henhold til Statens legemiddelverks [rutiner](#).

Se adresseoversikt i felleskatalogen side 59 g. Adressene finnes også på internett: [Felleskatalogen](#)

Pasienter fra land utenfor EU / EØS bør informeres om at privat import av legemidler fra land utenom EU / EØS er forbudt og at eventuelt tilsendte legemidler vil konfiskeres av tollvesenet. Dette forbudet gjelder også andre varer, se: Tollvesenets [importforbud](#).

## Vedlegg 4 Lover, veiledere, forskrifter og rundskriv

### Lover kronologisk

- Lov av 22. april 1927 nr. 23 Lov om vergemål for umyndige [Vergemålsloven vgm1](#)
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker forvaltningsloven [Forvaltningsloven - fv1](#)
- Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd [Abortloven - abl](#)
- Lov av 9. juni 1978 nr. 45 om likestilling mellom kjønnene [Likestillingsloven - likest1](#)
- Lov av 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp [Rettshjelploven - rhj1](#)
- Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven - kh1](#)
- Lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten [tannhelsetjenesteloven - tannh1](#)
- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten [Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten](#)
- Lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. [sosialtjenesteloven sotj1](#)
- Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester [barnevernloven bv1](#)
- Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer [Smittevernloven - smittel](#)
- Lov av 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse [Kjønnslemlestelsesloven](#)
- Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd [folketrygdloven - ftrl](#)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m [Spesialisthelsetjenesteloven - sph1s1](#)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern [Psykisk helsevernloven - ph1sv1](#)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter [Pasientrettighetsloven - pasr1](#)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. [Helsepersonelloven - hlsp1](#)
- Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. [Helseforetaksloven](#)
- Lov av 3. juni 2005 nr. 33 om forbud mot diskriminering pga etnisitet, religion, mv [Diskrimineringsloven](#)
- Lov av 15. mai 2008 nr. 35 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her [Utlendingsloven - utlend1](#)
- Lov av 20. juni 2008 nr. 42 om lov om forbud mot diskriminering pga nedsatt funksjonsevne [Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven](#)
- Lov av 12. juni 2009 nr. 36 om [endringer i folketrygdloven](#) (utvidelse av fedrekvoten mv.)

## Forskrifter kronologisk

- [Forskrift](#) av 21. desember 1990 nr. 1028 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her
- [Forskrift](#) av 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer
- [Forskrift](#) av 6. juni 1997 nr. 571 om bevilling som statsautorisert tolk og tolkeprøven
- [Forskrift](#) av 22. desember 1999 nr. 1559 om legemidler
- [Forskrift](#) av 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene
- [Forskrift](#) av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- [Forskrift](#) av 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd
- [Forskrift](#) av 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- [Forskrift](#) av 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern
- [Forskrift](#) av 20. juni 2003 nr. 740 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften)
- [Forskrift](#) av 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (Blåreseptforskriften)
- [Forskrift](#) av 2. november 2007 om endring i forskrift 21. desember 1990 nr. 1028 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her
- [Forskrift](#) av 13. desember 2007 nr 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom
- [Forskrift](#) av 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak
- [Forskrift](#) av 14. mai 2008 nr. 460 om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer
- [Forskrift](#) av 13. februar 2009 nr. 194 om endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (Endr i blåreseptforskriften)
- [Forskrift](#) av 13. februar 2009 nr. 205 om tuberkulosekontroll

## Rundskriv fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD)

- [Rundskriv I-2/2009/B](#) Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling
- [Rundskriv I-2/2008](#) Utgifter ved helsehjelp i norske helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge
- [Rundskriv I-4/2006](#) Presisering av enkelte bestemmelser i lov 13. juni 1975 om svangerskapsavbrudd (abortloven) og forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd (abortforskriften) – abortnemndenes sammensetning og saksbehandling m.m.
- [Rundskriv I-4/2002](#) Fastlegeordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastlege m.m.
- [Rundskriv I-20/2001](#) Lov om helsepersonell m.v.
- [Rundskriv I-52/2000](#) Innføring av fastlegereformen - kommunale og statlige informasjonsoppgaver med presisering av prosedyre for valg av fastlege for



asylsøkere

- [Rundskriv I-27/2000](#) Rundskriv om endring i blåreseptforskriften og retningslinjer for immunisering mot hepatitt a og b som refunderes av folketrygden
- [Rundskriv I-23/99](#) "Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlig mottak"

### **Rundskriv fra Utlendingsdirektoratet (UDi)**

- [Rundskriv](#) UDI "Rutiner for oppfølging av mulige ofre for menneskehandel"
- [Rundskriv](#) UDI 2007/011 "Alternativ mottaksplassering tilskudd til kommuner som inngår avtale med UDI"

### **Rundskriv fra Integrasjons- og Mangfoldsdirektoratet (IMDi)**

- [Rundskriv](#) IMDi 08/09 "Tilskudd til bosetting av personer med alvorlige kjente funksjonshemninger og adferdsvansker"
- [Rundskriv](#) 09/09 Integreringstilskudd for år 1 og år 2-5 i 2009

### **Rundskriv fra Statens helsetilsyn (Htil)**

- Rundskriv IK-27/93 "Tilbud om hiv-test til asylsøkere og innvandrere"
- IK-28/93 "Råd for anvendelse av smittevernloven § 3-3 vedr. forhåndsundersøkelse av pasienter - smittsomme sykdommer"
- [Rundskriv IK-12/98](#) om kommunenes tilsyn med virksomheter som etter kommunehelsesloven kapittel 4a plikter å føre internkontroll
- [IK-2723](#) for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring
- [IK-20/2001](#) Rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring

### **Rundskriv fra Helsedirektoratet (Hdir)**

- [Rundskriv IS-12/2004](#) Lov om pasientrettigheter
- [Rundskriv IS-22/2004](#) Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – faglige råd og en påminning om gjeldende lov- og regelverk – med særlig vekt på psykisk helse
- [Rundskriv IS-9/2006](#) Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende

### **Faktahefter fra Helsedirektoratet (Hdir)**

- Faktahefte [IS-1246](#) Rutiner ved svangerskapsavbrudd
- Faktahefte [IS-1257/2003](#) Om abortloven
- Faktahefte [IS-1258/2003](#) Til deg som vurderer abort

## Veiledere

- [IS-1154](#) Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- [IS-1183](#) Veileder Internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- [IS-2723](#) Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring
- Nasjonal [Veileder](#) for å forebygge spredning av MRSA i helseinstitusjoner
- [Smittevern 7](#). Veileder om tuberkulosekontroll: Forebygging og kontroll tuberkulose
- [Smittevern 12](#). Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten 2005
- Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell. [Vaksinasjonsboka](#) Smittevern 14
- [Veileder](#) Fødselshjelp
- [IS-1193](#) Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse
- Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse [Q-1145B](#)
- [Veileder](#) om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse
- [Veileder](#) individuell plan
- [Fra bekymring til handling](#) – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet
- Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: [Veileder NKVTS](#)
- Håndbok for abortnemndarbeid [IS-1496](#)

## Retningslinjer

- Nasjonale faglige [retningslinjer](#) for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn
- [Retningslinjer](#) for svangerskapsomsorgen
- [Retningslinjer](#) for tannhelsetjenester for flyktninger og asylsøkere i statlig mottak ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger

- [Retningslinjer](#) for god tolkeskikk
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring [IS-1580](#)

## Vedlegg 5 – Kilder og litteratur

Angel, B og A. Hjern: Att möta flyktingbarn och deras familjer. *Lund Studentlitteratur* (1992).

Brunvatne, R (2006): Flyktinger og asylsøkere i helsetjenesten. Gyldendal akademisk.

Brunvatne R m.fl: Flyktinger i primærhelsetjenesten: psykososialt forebyggende arbeid. 2. utg. Oslo: Den norske lægeforening (1999) *Skriftserie for leger; Etterutdanning og kvalitetssikring*

Burnett A, Peel M: Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ* (2001) 322: 544-547

Burnett A, Peel M: Asylum seekers and refugees in Britain: The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* (2001) 322: 606-609

Dahle UR et al: Continued low rates of transmission of Mycobacterium tuberculosis in Norway. *J Clin Microbiol* (2003) 41: 2968-2973

Dahle UR et al: Impact of immigration on the molecular epidemiology of Mycobacterium tuberculosis in a low-incidence country. *Am J Respir Crit Care Med* (2007) 176: 930-935

Eisenman DP et al: Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *West J Med* (2000) 172(5): 301-4.

Fangen K m.fl: Levekår og livskvalitet blant hivpositive. *Fafo-rapport # 402* (2002)

Farah, M G: Long-term risk of tuberculosis among immigrants in Norway. *Int.J.Epidemiol.Advance Access* (2005)

Gran, Nina og Lena Scoufia (2005): Introduksjonsloven – steg for steg: en veileder i individuelle handlingsplaner fro flyktinger. Kommuneforlaget.

Lauritsen K, Berg B: Mellom håp og lengsel: å leve i asylmottak. SINTEF IFIM *SINTEF-rapport* (1999)

Lie B et al: Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies* (2001)

Magelssen, R (2008): Kultursensitivitet om å finne likhetene i forskjellene. Akribe.

Sandberg, Sveinung og Pedersen, Willy (2006): Gatekapital. Universitetsforlaget.

Statens ernæringsråd (1995): Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Univeristetsforlaget.

Sveaass, Nora og Edvard Hauff (red) (1999): Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Ad Notam Gyldendal.

Sørheim, Torunn Arntsen (2000): Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet. Gyldendal akademisk

Varvin, Sverre (2008): Flyktningpasienten behandling, rehabilitering og utvikling. Universitetsforlaget.

Varvin, Sverre (2003): Flukt og eksil – traume, identitet og mestring. Universitetsforlaget.

Willis GB, Gonzalez A. Methodological issues in the use of survey questionnaires to assess the health effects of torture. *J Nerv Ment Dis* (1998)

Winje BA m.fl: Tuberkulose i Norge 2006. *MSIS-rapport* (2007)

## Vedlegg 6 – Adresser

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi)  
Postadresse: Postboks 8059 Dep., 0031 Oslo  
Besøksadresse: Tollbugata 20, 0152 Oslo  
Telefon: 24 16 88 00  
Telefaks: 24 16 88 01  
E-post: [post@imdi.no](mailto:post@imdi.no)  
Web: [www.imdi.no](http://www.imdi.no)

### Regionale enheter:

#### IMDi Nord:

Postadresse: Postboks 83, 8502 Narvik  
Besøksadresse: Havnegata 28 8502 Narvik

#### IMDi Midt-Norge:

Postadresse: Peter Egges Plass 2, 7005 Trondheim

#### IMDi Vest:

Postadresse: Postboks 159 Sandviken, 5812 Bergen  
Besøksadresse: Bugården 8, 5812 Bergen

#### IMDi Sør:

Postadresse: Postboks 647, 4666 Kristiansand  
Besøksadresse: Tordenskjoldsgate 9, 4666 Kristiansand

#### IMDi Indre Øst:

Postadresse: Postboks 1253, 2806 Gjøvik  
Besøksadresse: Storgata 10, 2806 Gjøvik

### Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Adresse: Kirkeveien 166, bygning 48, 0407 Oslo

Telefon: 22 59 55 00

Telefaks: 22 59 55 01

E-post: [postmottak@nkvts.unirand.no](mailto:postmottak@nkvts.unirand.no)

Web: [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)

### Regionalt ressurscenter om vold, traumer og selvmordsforebygging (RVTS)

Web: [www.rvts.no](http://www.rvts.no)

#### RVTS region Øst: Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold:

Postadresse: RVTS-Ø, Gaustad, Oslo Universitetssykehus HF, Aker, 0514 Oslo

Besøksadresse: Sognsvannsveien 21, bygning 12, etg 1, 0320 Oslo

Telefon: 22 02 90 07

E-post: [rvts@aus.no](mailto:rvts@aus.no)

#### RVTS region Vest: Sogn og Fjordane, Rogaland og Hordaland:

Postadresse: Helse Bergen HF, Postboks 1, 5021 Bergen  
Besøksadresse: Ulriksdal Helsepark, Ulriksdal 2, etg 2, 5009 Bergen  
Telefon: 55 97 66 95  
Telefaks: 55 97 66 90  
E-post: [rvts@helse-bergen.no](mailto:rvts@helse-bergen.no)

RVTS region Midt: Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag:  
Adresse: Schwachs gate 1, 7030 Trondheim  
Telefon: 73 86 12 30  
E-post: [rvts@stolav.no](mailto:rvts@stolav.no)

RVTS region Nord: Nordland, Troms og Finnmark  
Postadresse: RVTS Universitetssykehuset Nord-Norge, Postboks 6124, 9291  
Tromsø  
Telefon: 77 62 73 80  
E-post: [RVTS@unn.no](mailto:RVTS@unn.no)

RVTS region Sør: Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Buskerud og Vestfold:  
Postadresse: Sørlandet Sykehus HF Kristiansand, Serviceboks 416, 4604  
Kristiansand  
Telefon: 92 69 41 00  
E-post: [Rvts Sør](mailto:Rvts Sør)

Utlendingsdirektoratet UDi  
Web: [www.udi.no](http://www.udi.no)

Utlendingsdirektoratets servicesenter  
Postadresse: Kun personlig oppmøte klokken 09.00-14.30 (14.00)  
Besøksadresse: Hausmannsgate 21, 0182 Oslo

Utlendingsdirektoratets regionkontor Indre Østland: Buskerud, Hedmark, Oppland og  
Østfold  
Postadresse: Postboks 1253, 2806 Gjøvik  
Besøksadresse: Storgata 10, 2815 Gjøvik  
Telefon: 61 14 65 00  
Telefaks: 61 17 08 95

Utlendingsdirektoratets regionkontor Oslo: Akershus og Oslo  
Postadresse: Postboks 8108 Dep., 0032 Oslo  
Besøksadresse: Hausmannsgate 21, 0182 Oslo  
Telefon: 23 35 15 00  
Telefaks: 23 30 94 02  
E-post: [udi@udi.no](mailto:udi@udi.no)

Utlendingsdirektoratets regionkontor Midt-Norge: Møre og Romsdal, Nord Trøndelag  
og Sør-Trøndelag  
Postadresse: Peter Egges Plass 2, 7005 Trondheim  
Telefon: 73 89 24 00  
Telefaks: 73 89 24 01  
E-post: [rkm@udi.no](mailto:rkm@udi.no)

Utlendingsdirektoratets regionkontor Vest: Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane

Postadresse: Postboks 4048, 5853 Bergen

Besøksadresse: Bugården 8, 5003 Bergen

Telefon: 55 30 09 99

Telefaks: 55 30 09 88

E-post: [udi@udi.no](mailto:udi@udi.no)

Utlendingsdirektoratets regionkontor Sør: Aust-Agder, Telemark, Vest-Agder og Vestfold

Postadresse: Postboks 647, 4666 Kristiansand

Besøksadresse: Tordenskjoldsgate 9, Slottsquartalet, 4612 Kristiansand

Telefon: 38 10 60 60

Telefaks: 38 02 04 80

E-post: [rks@udi.no](mailto:rks@udi.no)

Utlendingsdirektoratets regionkontor Nord: Finnmark, Nordland og Troms

Postadresse: Postboks 683, 8508, Narvik

Besøksadresse: Havnegaten 28, 8514 Narvik

Telefon: 76 96 58 10

Telefaks: 76 96 58 39

E-post: [rkn@udi.no](mailto:rkn@udi.no)

---

## **Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)**

### **Helsetjenestens veiledningssenter**

For å få hjelp til å finne fram til riktig tjeneste i Helse-Norge kan man kontakte Helsetjenestens veiledningssenter. Her kan man få veiledning av HELFO servicesenter om hvilke tjenester som finnes og grunnleggende informasjon om disse; bli satt videre til bestemte faglige rådgivningstjenester som er knyttet til den sentrale veiledningstjenesten; samt få veiledning om helsesystemets ansvarsdeling, oppbygging og struktur.

Telefon: 815 70 070

E-post: [info@helfo.no](mailto:info@helfo.no)

### **Pasientformidling**

Dersom sykehuspasient opplever brudd på behandlingsfrist, sørger HELFO pasientformidling for å tilby samme tjeneste ved annen behandling sinstitusjon innen- eller utenlands. Sykehuset som brøt fristen betaler utført behandling.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Pasientformidling

Serviceboks 1412

1602 Fredrikstad

Telefon: 815 33 533

E-post: [pasientformidling@helfo.no](mailto:pasientformidling@helfo.no)



## Vedlegg 7 – Informasjons- og bakgrunnsmateriale

[St. meld. nr. 17](#) (2000-2001) Asyl- og flyktningpolitikken i Noreg

[St. meld. nr. 20](#) (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Dublinkonvensjonen [Dublin-regelverket](#)

Ot.prp. nr. 99 (1998-1999) [Fastlegeordningen](#)

[Ny i Norge](#)

Kvalifiseringsprogram i regi av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet ([Imdi](#)):  
[Introduksjonsordningen](#), [Rett og plikt til norskopplæring](#), [Ny sjanse](#)

[Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere](#). Den Norske Legeforening (2008)

[Verdens helseorganisasjon](#) – World Health Organization (WHO)

[De forente nasjoner](#) – United Nations (UN)

Utlendingsdirektoratets regelverk [Udi regelverk](#)

[Flyktningkonvensjonen](#)

[Tolkeportalen](#)

[Nasjonalt tolkeregister](#)

[Statsautoriserte translatørers forening](#)

Bruk av tolk i barnevernet: [IMDi-rapport](#) 5-2008

Fastleger og tolker: [IMDi-rapport](#) 6-2007

[Helsetjenestens Veiledningssenter](#)

Psykisk helse i mottak: [NKVTS-rapport # 4/2007](#)

Folkehelseinstituttets foreldrebrochure om det norske [barnevaksinasjonsprogrammet på arabisk, engelsk, polsk, russisk, somali og urdu](#)

[Folkehelseinstituttets informasjonsbrev](#) på mange ulike språk

Folkehelseinstituttets smittevernkontakt for helsepersonells telefonnr: 91622414

[Felleskatalogen](#)

[Skatteetaten](#)

Utlendingsdirektoratet [Udi](#)

Helsekontoret for asylsøkere [HEAS](#)

Norsk Organisasjon for asylsøkere [NOAS](#)

Selvhjelp for innvandrere og flyktninger [Seif](#)

Flyktningarbeid [HERO](#)

Ny arbeids- og velferdsforvaltning [NAV](#)

Kommunenes Sentralforbund [KS](#)

Produsentuavhengig legemiddelinformasjon [RELIS](#)

Helseøkonomiforvaltningen [HELFO](#)

[Helsebiblioteket](#)

Informasjonsnettverk om helse- og omsorgstjenester for migranter og minoriteter i Europa [Mighealthnet](#)

[Kirkens Bymisjon](#)

Faggruppe migrasjonshelse [MIGRAHEL](#)

Nasjonal kompetanseenhet for migrasjonshelse [NAKMI](#)

Barnefamilier i statlige mottak: [veiledningstjeneste](#)

Veileder og film som egner seg for alle som jobber med barn [Snakk med meg](#)

Psykososialt arbeid med flyktningbarn ([NKVTS](#))

Psykisk helse i statlige asylmottak ([NKVTS](#))

Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger ([NKVTS](#))

Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak ([NKVTS](#))

[Torturskader - en medisinsk utfordring](#). (Lie, B. og Skjeie, H)

Amnesty International Norge: [Voldtekt](#)

[Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak](#) (Brøset kompetansesenter)

Gratis meglertjeneste som tilbys i alle kommuner [Konfliktrådet](#)

Medisinernes seksualopplysning (MSO) [Bergen](#) e-post [mso@uib.no](mailto:mso@uib.no)  
[Oslo](#) e-post [mso-styret@studmed.uio.no](mailto:mso-styret@studmed.uio.no)  
[Tromsø](#) e-post [msotromso@yahoo.com](mailto:msotromso@yahoo.com)  
[Trondheim](#) e-post [msotr-styret@list.stud.ntnu.no](mailto:msotr-styret@list.stud.ntnu.no)

[KIK – Selvforsvar og grensesetting](#) e-post [post@selvforsvarstrening.no](mailto:post@selvforsvarstrening.no)

[Verktøy for identifisering av ofre for menneskehandel](#)

Hjelp for kvinner i prostitusjon [Albertine](#)

Kompetansesenter for alle prostitusjonsrelaterte saker [Pro Sentret](#)

Tuberkulose-brosjyre: [utgitt på 15 språk](#). (Nasjonalt folkehelseinstitutt)

Ressurssenter for innvandrere- og flyktningkvinner [Mira-senteret](#)

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring: [mestring.no](#)

Graviditet, fødsel og barseltid IS-1396: [urdu](#)  
[engelsk](#)  
[arabisk](#)  
[somal](#)

Gravid: [råd for friske gravide](#)

Kvinner som lever med hiv IS-1607: [engelsk](#)  
[fransk](#)

Praktisk informasjon for deg som starter hiv-behandling IS-1328: [engelsk](#)  
[fransk](#)  
[spansk](#)

Informasjon om abortloven IS-1257: [urdu](#)

Informasjon til deg som vurderer abort IS-1258: [urdu](#)

Rutiner ved svangerskapsavbrudd IS-1246: [urdu](#)

Individuell plan IS-1292: [engelsk, vietnamesisk, tyrkisk, arabisk og urdu](#)

Lov om forbud mot kjønnslemlestelse: [engelsk](#)  
[fransk](#)  
[arabisk](#)  
[somal](#)

Instanser som kan gi råd og hjelp i forbindelse med [tvangsekteskap](#)

Aktuell informasjon om seksuelt overførbare sykdommer: [forskjellige språk](#)

[Barns miljø og sikkerhet](#) (kommer på flere språk høst 2009)

Ungdom, samliv og seksualitet – informasjon til foreldre IS 1045:

[engelsk](#)  
[somal](#)  
[albansk](#)  
[fransk](#)  
[sorani](#)  
[serbokroatisk](#)  
[spansk](#)  
[arabisk](#)  
[tamil](#)  
[vietnamesisk](#)  
[russisk](#)  
[urdu](#)  
[tyrkisk](#)

[Norsk nettverk for migrasjonsforskning](#)

Oslo Kommune Migrasjonshelse: [Helsetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente](#) :brosjyrer på arabisk, dari, engelsk, farsi, fransk, russisk, somali, sorani, tamil, thai og tyrkisk.

[Husbandens nettbaserte informasjonsmodul om å bo i Norge](#) (seks språk)

Informasjon på [Husbandens web-sider](#) om arbeidet med bosetting av flyktninger og innvandrere

[VOX](#) Nasjonalt senter for læring i arbeidslivet

Nettjeneste for språklige minoriteter [Bazar](#)

Alarmtelefon for barn og unge 116 111 [flere språk](#) (engelsk, arabisk, spansk, somali, og fransk)

[Barneombudet](#)

[Røde Kors](#)

[Frelsesarmeen](#)

Informasjon for flyktninger og innvandrere som er nye i Oslo [Velkommen til Oslo](#)

[Norsk folkehjelp](#)

Norwegian Refugee Council [Flyktningshjelpen](#)

Nettportal, avis og tv om det flerkulturelle Norge [Utrop](#)

Veiledning for helsepersonell i ivaretagelse av personer utsatt for menneskehandel (utgitt av International Organization for Migration (IOM) 2009): [Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers](#) (kan bestilles på e-post: [pubsales@iom.int](mailto:pubsales@iom.int) med referanse ISBN / ISSN 978-92-9068-526-5)

Treningsmanual for å bistå personer i pandemisk eller andre kriser (utgitt av International Organization for Migration (IOM) 2009): [Introduction to Basic Counselling and Communication Skills: IOM Training Manual for Migrant Community Leaders and Community Workers](#) (kan bestilles på e-post: [pubsales@iom.int](mailto:pubsales@iom.int) med referanse ISBN / ISSN 978-92-9068-531-9)

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet  
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)