

Veileder

IS-1022
(2010)

Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente

Heftets tittel: Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

Utgitt: 06/2010

Bestillingsnummer: IS-1022 (2010)

Kun elektronisk

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling minoritetshelse og rehabilitering
(Postmottak 6020PHMR)

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

Nettside: helsedirektoratet.no

Forord

Daværende Sosial- og helsedirektoratet utgav i 2003 IS-1022 *Veileder for helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*. Helsedirektoratets [Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022 \(2010\)](#) er en revidert utgave av IS-1022 (2003).

Nytt i denne utgaven er informasjon om helsetjenestetilbudet til familiegjenforente. Veilederens hovedfokus er imidlertid fortsatt asylsøkere og flyktninger, da disse er grupper som ofte omfattes av annet regelverk enn hva som gjelder for personer som er permanent bosatt i Norge.

Helsedirektoratet ønsker å presisere kommunens ansvar for å sikre kvalitativt gode og likeverdige tjenester også til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Veilederen omfatter helseundersøkelse i transittfase, i ordinære statlige mottak og etter bosetting i kommune.

Veilederen er i første rekke beregnet på helsepersonell og personell i administrative stillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er den beregnet på personell i mottak, kommunalt, regionalt og statlig ansatte på ulike beslutningsnivåer i primær- og spesialisthelsetjeneste. Vi anbefaler at alle aktuelle tjenestesteder og tjenesteytere tar veilederen i bruk, og vi håper at den vil inspirere til videre innsats og fagutvikling innen dette viktige og krevende arbeidsfeltet.

Denne "Veileder for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente" vil kun foreligge i elektronisk utgave, hvilket gjør det raskt å finne bakgrunnsinformasjon og lov- og regelverk via lenkene, samt enkelt å kunne orientere seg ved bruk av dokumentkart. Veilederen vil løpende oppdateres og er tilgjengelig på Helsedirektoratet: [Migrasjon og helse](#).

Denne versjonen er revidert 15.12.2011, med endringer i kapittel 1: avsnitt 2.3, 2.4 og 2.7; og kapittel 3: avsnitt 5.5.

Juni 2010



Bjørn-Inge Larsen
direktør

Innhold

Forord	2
Innledning	7
1 Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – generelt	8
1.1 Ansvars- og oppgavefordeling mellom helsemyndighetene	9
1.2 Organiseringen av mottakssystemet	11
1.2.1 Transittmottak	12
1.2.2 Botilbud for enslige mindreårige asylsøkere (EMA)	13
1.2.3 Menneskehandel	15
1.2.4 Reflektanter	15
1.2.5 Ordinære mottak	16
1.2.6 Ordinære mottak med forsterket avdeling (FA)	16
1.2.7 Retur og tilbakevending	17
1.3 Lovpålagte og anbefalte helseundersøkelser	18
2 Helsetjenester i transittfasen	19
2.1 Nødvendige helsetjenester i transittmottak	19
2.1.1 Undersøkelse for tuberkulose	19
2.1.2 Umiddelbart behandlingstrengende sykdommer og lidelser	23
2.1.3 Spesielle hensyn ved plassering i mottak – tilrettelagt botilbud	24
2.2 Informasjon til pasienter og informasjonsoverføring til kommune ved bosetting i ordinært mottak	24
3 Helsetjenester under opphold i ordinært mottak	26
3.1 Kommunenes ansvar for helsetjenester	26
3.2 Organisering av helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente	27
3.2.1 Tverrfaglige team	28
3.2.2 Interkommunalt samarbeid	28
3.3 Kort om helseplager som hyppigere forekommer hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente enn hos den øvrige befolkningen	29
3.3.1 Psykiske lidelser	30
3.3.2 Somatiske lidelser	31
3.3.3 Smittsomme sykdommer	31
3.3.4 Andre sykdommer	32
3.3.5 Seksuell orientering og kjønnsidentitet	32
3.4 Smittevern, undersøkelser og tester	33

3.4.1	Tuberkulose	33
3.4.2	Andre smittsomme sykdommer	34
3.4.3	Tidspunkt for testing og oppfølging av smittede personer	35
3.4.4	Testing for annet enn smittsomme sykdommer	35
3.4.5	Vaksinasjon	35
3.5	Psykososiale problemstillinger	36
3.5.1	Kartlegging av psykiske reaksjoner	37
3.5.2	Følger av tortur og / eller annen alvorlig traumatisering	37
3.5.3	Oppfølging av barn	38
3.5.4	Forebygging av trusler og vold i mottak	39
3.5.5	Oppfølging av eventuelle tilfeller av menneskehandel	39
3.6	Svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	41
3.6.1	Oppfølging av gravide asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente	41
3.6.2	Barnevaksinasjonsprogrammet	43
3.7	Seksuell helse	43
3.7.1	Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)	44
3.7.2	Seksualundervisning	45
3.7.3	Svangerskapsavbrudd	46
3.8	Prevensjon	46
3.9	Kjønnslemllestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse	47
3.10	Tannhelsetjeneste ved opphold i statlig mottak	48
3.11	Undersøkelse av syn og hørsel	49
3.12	Miljørettet helsevern	50
3.13	Kosthold	51
4	Helsetjenester i kommune for bosatte flyktninger fra mottak og direktebosatte overføringsflyktninger	53
4.1	Innledning	53
4.1.1	Overføringsflyktninger	53
4.1.2	Bosatte som kommer fra asylmottak	53
4.1.3	Bosetting av flyktninger med ressurskrevende helseproblemer	54
4.2	Smittevern og vaksinasjon	55
4.2.1	Tuberkulose (TB) og hiv	55
4.2.2	Infeksjonsmedisinske og mikrobiologiske tester	56
4.2.3	Vaksinasjon	56
4.3	Fastlege	56
4.3.1	Egenandeler	58
4.4	Helsestasjon	59
4.4.1	Nyfødtscreening	59
4.5	Kjønnslemllestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse	60
4.6	Tannhelsetjeneste	60
4.7	Undersøkelse syn og hørsel	61
5	Helsetjenester til familiegjenforente	62
5.1	Smittevern	62
5.1.1	Undersøkelse for tuberkulose	62

5.1.2	Tilbud om hiv-test	63
5.1.3	Infeksjonsmedisinske og mikrobiologiske tester	63
5.1.4	Vaksinasjon	64
5.2	Fastlege	64
5.3	Familiegjenforentes behov for helsehjelp	65
5.4	Helsestasjon og vaksinasjon	66
5.4.1	Nyfødtscreening	67
5.5	Kjønnslemllestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse	67
5.6	Tannhelsetjenester til familiegjenforente	68
5.7	Undersøkelse syn og hørsel	68
6	Taushetsplikt, journalføring, D-nummer, helseattester og videresending av helseopplysninger	69
6.1	Taushetsplikt	69
6.2	Journalføring	69
6.3	D-nummer	69
6.4	Helseerklæringer i utlendingssaker	71
6.5	Videresending av helseopplysninger	71
7	Bruk av tolk	73
7.1	Ansvar for bestilling og betaling av tolk	73
7.2	Personer som kan tolke	74
7.3	Fjerntolking	75
7.4	Retningslinjer for tolkebruk	75
7.5	Lær mer om bruk av tolk	76
8	Økonomiske forhold knyttet til helsetjenesten	77
8.1	Utgifter i forbindelse med tuberkulosekontroll	77
8.2	Kompensasjon for nødvendige helsetjenester i transittmottak	77
8.3	Egenandeler & Frikort	77
8.3.1	Automatisk frikortordning	78
8.4	Dekning av helseutgifter for beboere i ordinære mottak og flyktninger som er bosatt	79
8.5	Utgifter til tannbehandling	79
8.6	Reiseutgifter til undersøkelse og behandling	80
8.7	Rett til stønad til helsetjenester	80
8.7.1	Stønad i henhold til folketrygdloven	80
8.7.2	Stønad i henhold til spesialisthelsetjenesteloven	81
8.8	Kompensasjon til vertskommuner	81
8.9	Statlige bosettingstilskudd til kommunene	81
8.10	Hovedreglene for betaling av utgifter ved helsehjelp i norske helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten	82
	Vedlegg 1 – Begreper / definisjoner	83
	Vedlegg 2 – Eksempler på skjemaer	86
	Skjema 1: Helseundersøkelse for flyktninger og asylsøkere/egenmelding	86
	Vedlegg 3 – Utenlandske legemidler	93

Vedlegg 4 Lover, veiledere, forskrifter og rundskriv	94
Lover kronologisk	94
Forskrifter kronologisk	95
Rundskriv fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD)	96
Rundskriv fra AID/AD	96
Rundskriv fra Justis- og politidepartementet (JD)	97
(BLD)	97
Rundskriv fra Utlendingsdirektoratet (UDI)	97
Rundskriv fra Integrasjons- og Mangfoldsdirektoratet (IMDi)	97
Rundskriv fra Statens helsetilsyn (Htil)	97
Rundskriv fra Helsedirektoratet (Hdir)	98
Faktahefter fra Helsedirektoratet (Hdir)	98
Veiledere	98
Retningslinjer	99
Vedlegg 5 – Kilder og litteratur	100
Vedlegg 6 – Adresser	102
Vedlegg 7 – Informasjons- og bakgrunnsmateriale	103

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.

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.

Veilederen omfatter helseundersøkelser i transittfasen, i ordinære statlige mottak, i ventemottak og etter bosetting i kommune for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.

Helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har mange fellestrekk med helsetilbudet som gis den øvrige del av befolkningen. Ulike gruppers 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 arbeidsinnvandreres (sesongarbeidere, grensearbeidere, au pairer, studenter, mv) rettigheter og plikter utover helsetjenester har IMDi i samarbeid med relevante sektormyndigheter utarbeidet en publikasjon som inneholder en samlet oversikt over rettigheter og plikter, samt praktiske råd og tips til arbeidsinnvandrere i Norge. Denne publikasjonen "Ny i Norge" finnes elektronisk på www.nyinorge.no og kan bestilles i papirversjon på norsk, engelsk og polsk fra bestilling@imdi.no. For spørsmål vedrørende publikasjonen, kontakt [IMDi](http://imdi.no).

Kommunen skal sørge for at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente får tilbud om primær- og spesialisthelsetjenester. 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 migrasjon 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. Personer som antas å være ofre for menneskehandel har også særskilte rettigheter til beskyttelse og bistand. Antatt ofre for menneskehandel kan søke om såkalt refleksjonsperiode, og får da status som reflektant. Det er ikke anledning til å søke om både beskyttelse og refleksjon. Oppholdsstatus er altså enten som asylsøker eller som reflektant.

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. Enkelte kan ha hatt dårlig tilgang til helsetjenester og derfor lide 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. Ulike minoritetsgrupper kan likeledes ha behov for særskilt hensyntagen. 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 er ofte 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 asylmottak 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 bør legges til rette for samtaler og veiledning av involverte beboere og personell.

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](#)). Sentrene 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 (jamfør [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, 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, jamfør [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. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten.

Fylkeskommunene skal sørge for at tannhelsetjenester, inklusive spesialisttjenester er tilgjengelige i rimelig grad for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket, jamfør [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, jmfør [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 2-1 og [psykisk helsevernloven](#). Helseforetakene bør være spesielt oppmerksomme på sykdomsbildet til målgruppen som kan avvike noe fra majoritetsbefolkningen.

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 og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket jmfør [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 kompetanseenhet 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 beskyttelse, samt drift av botilbud for personer som søker beskyttelse.

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har ansvar for etablering og drift av omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere under 15 år og for bosetting av enslige mindreårige flyktninger under 15 år. Bufetat har også ansvar for å gi veiledning til kommuner ved valg av botiltak for enslige mindreårige generelt.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) har ansvar for bosetting av flyktninger som kommer fra asylmottak 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 inndelt i forhold til hvilken fase beboeren befinner seg i:

Transittmottak er for perioden fra ankomst og registrering, til første gangs helseundersøkelse og asylintervju er foretatt. Førstegangs helseundersøkelse innebærer tuberkulosekontroll med røntgen og Mantoux.

Ordinære mottak er for perioden under søknadsbehandlingen og fram til bosetting eller frivillig retur/uttransportering. Oppfølging av tuberkulosekontroll, eventuelt å få tatt en IGRA-test (QFT ®)

En oversikt over alle 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 og kan som offer for menneskehandel ha behov for særskilt oppfølging.
- 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 asylsøkere / flyktninger og / eller familiegjenforente. Slike team har opparbeidet kompetanse og oversikt over arbeidsfeltet og målgruppen. Slike team bør være en integrert del av den samlede helse- og sosialtjenesten i kommunen og ikke personavhengig.

Beboere på mottak må få konsultasjon med både helsesøster og lege. Det bør tilrettelegges for fastlegetimer uavhengig av om vedkommende pasient har D-nummer eller fødselsnummer. Planlagte konsultasjoner med helsetjenesten vil gjøre det mulig å tilrettelegge tilstrekkelig tid, tolk og eventuelt andre forberedelser

Den som søker om beskyttelse 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 selv må besørge kost, losji og øvrige utgifter. Asylsøkere har uansett samme rett til førstegangsundersøkelsen og helsetjenester.

Utlendingsdirektoratet (UDI) driver ikke selv asylmottak. Drift av mottakene legges ut på anbud etter lov om offentlige anskaffelser. Driftsoperatøren som tildeles oppdraget etter anbudsrunderen 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*

Personer som kommer til Norge og ber myndighetene om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning må først registrere seg hos politiets utlendingsenhet (PU), som henviser vedkommende til Utlendingsdirektoratet (UDI) etter registrering. Rett etter registrering hos PU, innkvarteres asylsøkere som takker ja til tilbud om mottaksplass midlertidig i en såkalt ankomsttransitt.

Etter utfylling av egenerklæring og obligatorisk tuberkuloseundersøkelse (Mantoux-test og eller lungerøntgen) fordeles asylsøkerne til andre avlastningstransittmottakene. Mantoux brukes for å diagnostisere latent tuberkulose (TB), ikke for å avdekke aktivt syke. Alle barn skal ha Mantoux-prøve, mens for voksne anbefales kun inntil ca 40 års alder. For å avdekke aktiv sykdom brukes lungerøntgen, som tas av alle fra 15 år og eldre. Asylsøkerne blir i avlastningstransittene til intervjuet er fullført. [Transittmottakene](#) har sin hovedfunksjon knyttet til ankomst. Oppholdstid i transitt skal være kortest mulig. Mantoux-test må avleses etter 72 timer, og dersom oppholdet er kortere, må Mantoux-testen utføres ved neste bosted. Etter at tuberkuloseundersøkelsen er ferdig, asylintervjuet er gjennomført og de formelle papirene foreligger, flytter asylsøkerne til ordinære mottak ulike steder i landet.

Dokumentasjon av tuberkuloseundersøkelse og eventuell annet smittevern skal oversendes kommunelegen i kommunen hvor det ordinære mottaket ligger. Det bør også følge den enkelte dersom det er behov for snarlig oppfølging. Gode kommunikasjonsrutiner for formidling av informasjon om smitteverntiltak og prøveresultater mellom helsepersonell i kommune med transittmottak og helsepersonell i bosettingskommune er viktig. Det vil bidra til bedre smittevernoppfølging av den enkelte og også være ressursbesparende i forhold til å

hindre eventuell dobbelttesting av pasienter.

Kommunale og statlige virksomheter har viktige roller i tuberkulosekontrollarbeidet, og kommunen har i henhold til [smittevernloven § 7-1](#) primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen. Kommunen plikter å utarbeide eget tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplanen jmfør [tuberkuloseforskriften § 2-1](#) og skal sørge for at dette inngår som en del av kommunens internkontrollsystem jmfør [lov om statlig tilsyn § 3](#). Kommunens ledelse har ansvaret for gjennomføringen. For mer informasjon om tuberkulose se punkt 2.1.1.

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, såkalt forsterkede avdelinger ([FA](#)) tilknyttet enkelte ordinære asylmottak.

I transittmottaket får asylsøkeren utdelt en sengetøys- og klespakke. Utstyret er varig eie og bringes med videre til det ordinære mottaket.

1.2.2 Botilbud for enslige mindreårige asylsøkere (EMA)

En asylsøker under 18 år som ankommer Norge uten foreldre eller andre som utøver foreldreansvar regnes som enslig mindreårig asylsøker (EMA). Dette gjelder også de som kommer med følgespersoner som ikke har foreldreansvar (søsken, slektinger eller bekjente). Enslige mindreårige skal få oppnevnt en [hjelpesverge](#). 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 hjelpeverge i henhold til [vergemålsloven](#). Det er viktig at kommunen overholder plikten til å oppnevne kvalifisert hjelpeverge. Oppgavene for verge / hjelpeverge er i praksis de samme: ivaretagelse av den mindreåriges interesser, blant annet å være tilstede under asylintervjuet.

Omsorgsansvar for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år ligger hos det statlige barnevernet, som skal sørge for botilbud i omsorgssentre tilpasset denne gruppen. Omsorgsansvaret for EMA mellom 15 og 18 år ligger hos Utlendingsdirektoratet (UDI). Søkere i denne gruppen gis botilbud i egne avdelinger tilknyttet ordinære mottak, fram til barnevernet overtar omsorgsansvaret. Nyankomne enslige asylsøkere som kommer alene plasseres i et eget transittmottak, mens enslige asylsøker som kommer med følgespersoner plasseres i ordinære mottak med følgespersonene.

Ved tvil om alder tilbys en frivillig aldersundersøkelse. Personer som antas å være mindreårige skal behandles som mindreårige inntil alderen er verifisert, jmfør Europarådskonvensjonen artikkel 10 nr 3. Aldersundersøkelsen består av tann- og håndrostrøntgen, som gjennomføres ved henholdsvis det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) og barneradiologisk seksjon Oslo Universitetssykehus (OUS). Resultatene vurderes av barneklubnikken (OUS) sammen en medisinsk uttalelse om antatt alder, som oversendes Udi. Udi tar hensyn til resultatet av

aldersundersøkelsen i sin helhetsvurdering av asylsøkers alder og eventuelle status som EMA. Undersøkelse er frivillig og forutsetter samtykkeerklæring. Samtykke innhentes i vergesamtalene som gjennomføres dag 3-4 av søkers opphold i Norge. Samtykkeerklæringen signeres av hjelpeverge og søker. Resultatet på aldersundersøkelsen vil være retningsgivende for hvilket tilbud til innkvartering som gis den enkelte søker i tillegg til å være retningsgivende for hvilken alder som legges til grunn i vedtaket. Resultatet av aldersundersøkelsen er en av mange faktorer som samlet inngår i en helhetsvurdering som gjøres av alder.

Det er imidlertid slik at plassering i de ulike typer mottak avgjøres administrativt av UDI, som blant annet vurderer behov for skjerming og kapasitet. I praksis betyr dette at selv om alle som søker beskyttelse i Norge har rett på mottaksplass, er det ingen rett å få plass i mottak for enslige mindreårige eller avdeling for enslige mindreårige. Dette innebærer at beboere som er registrert som enslige mindreårige kan bli plassert på ordinære voksenmottak uten at det er grunn til å betvile vedkommendes oppgitte alder og status som EMA. Oppgitt alder registreres i Utlendingsdirektoratets datasystem for utlendingsforvaltning (DUF) og datasystem for administrasjon av asylmottakene (SESAM). Tjenesteapparatet i kommunen skal i prinsippet forholde seg til denne alder inntil vedtak i asylsak er fattet, selv om en eventuell frivillig aldersundersøkelse er foretatt. Etter vedtak i saken er fattet vil den alder som er lagt til grunn i vedtaket registreres i DUF / SESAM og være den alder tjenesteapparatet skal forholde seg til.

I løpet av transittiden skal søkeren som hovedregel ha vært gjennom obligatorisk helseundersøkelse, vergesamtale, samtale med Norsk organisasjon for asylsøkere ([NOAS](#)), ha gjennomført asylintervju, og resultat av eventuell frivillig aldersundersøkelse skal ha kommet inn. Enslige mindreårige asylsøkere med såkalt dublinsak – altså at Norge ikke er det første land søker har søkt om beskyttelse i - blir ikke innkalt til asylintervju eller aldersundersøkelse og blir som hovedregel værende i transitt, mens øvrige søkere fordeles til et ordinært mottak for voksne eller enslige mindreårige avhengig av resultatet på aldersundersøkelsen. Søkers alder på vedtakstidspunktet legges til grunn, dvs at dersom en enslig mindreårig asylsøker i løpet av saksbehandlingstiden før vedtak fattes, fyller 18 år, vil søker behandles som voksen asylsøker.

Vedtaket om opphold medfører som hovedregel bosetting i en kommune. Ved bosetting av enslige mindreårige flyktninger er det ofte behov for å involvere flere ulike aktører i planlegging for å sikre koordinert oppfølging fra kommunen. Helsepersonell bør vie særskilt oppmerksomhet overfor enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger, som ofte er en særskilt sårbar gruppe.

Det bør vurderes hvor omfattende integreringsprosess som igangsettes, dersom vedkommende mindreårige har tidsbegrenset opphold og altså skal forlate landet ved fylte 18 år. Praktiske hensyn og vedkommendes selvstendigjøring og mestringsevne bør også legges til grunn i avveiningen. Dersom det framkommer endringer i hjemlandet, nye forhold i personens helsetilstand eller liknende forhold som kan ha betydning for vurdering av behov for beskyttelse, kan vedkommende fremsette anmodning om omgjøring av vedtaket.

1.2.3 **Menneskehandel**

Såkalt sårbare personer kan være i risikozonen for å bli rekruttert inn i menneskehandel. Menneskehandel kan være utnyttelse av andre i prostitusjon eller andre seksuelle formål; tvangsarbeid, tvangstjenester eller tigging; krigstjeneste i fremmed land; eller fjerning av vedkommendes organer (se Straffeloven § 224) Avdekking av en sårbar person, skjer gjerne når personen befinner seg i trygge omgivelser, en "normalsituasjon", som eksempel i skole- eller mottakssituasjon, og sjeldnere i første møte med helsetjenesten. Barn er per definisjon sårbare. Det er avgjørende at helsesektoren samarbeider med andre sektorer for å forebygge og identifisere eventuelle ofre for menneskehandel. Se [Istanbul-protokollen](#) United Nations High Commissioner for Human Rights (2004): "Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment".

Antatte ofre for menneskehandel kan blant annet få bistand og beskyttelse i form av trygge bosteder med oppfølging, kvalifiseringskurs og annet. God og tilpasset oppfølging forutsetter tverretattlig samarbeid. Den nasjonale koordineringsenheten for ofre for menneskehandel (KOM) er en pådriver for tverrfaglig samarbeid om forebygging, avdekking og oppfølging av tilfeller av menneskehandel, og har ansvar for kompetanseutvikling og informasjonsvirksomhet. KOM har utarbeidet en [veileder](#) for identifisering av mulige ofre for menneskehandel (se også Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel [2011-2014](#)).

[Taushetsplikt](#) skal følges og innebærer krav til [samtykke](#) med mindre vedkommende er mindreårig (se § 33). UDI har ansvar for aldersvurdering (se praksisnotat [2010 - 024](#), se også UDIs rundskriv [2010 – 149](#); [2010 – 153](#); [2011 - 006](#)).

1.2.4 **Reflektanter**

Utlendingsdirektoratet (UDI) innvilger lovlig opphold for eventuelt antatte ofre for menneskehandel. Antatte ofre for menneskehandel omtales gjerne som reflektanter. Oppholdstillatelsen er midlertidig og gis i første omgang som en såkalt refleksjonsperiode på 6 måneder, uten mulighet for fornyelse. Det er ikke anledning til samtidig å være asylant – ha søkt om beskyttelse – og å være reflektant. Ved utløp av refleksjonsperioden på 6 måneder, kan reflektant søke om midlertidig oppholdstillatelse. Slik midlertidig oppholdstillatelse gis for opptil ett år og kan fornyes. Personen som innvilges opphold på slikt grunnlag vil ofte betegnes reflektant, selv om den formelle oppholdsstatus i UDIs vedtak er "midlertidig opphold, og ikke refleksjonsperiode. Oppholdsgrunnlaget har i likhet med refleksjonsperiode målgruppen antatte ofre for menneskehandel, med fokus på bistand og beskyttelse (Se UDIs rundskriv [2010 – 141](#), punkt 5 og 6).

Det følger ingen spesifikke rettigheter til helsehjelp med reflektantstatus. Reflektanter har lovlig opphold i landet og følgelig rett til helsehjelp. Det er viktig at reflektanter tilbys helsehjelp, også før de får et 11-sifret identifikasjonsnummer / D-nummer.

HELFO rekvirerer D-nummer for tildeling av fastlege. D-nummer rekvireres ved å fylle ut skjemaet "Rekvisisjon av D-nummer": [D-nr-skjema](#). Søknad om D-nummer skal *ikke* sendes folkeregisteret. Rekvisisjon skal sendes Skatt nord, Personregisteret, 9613 Hammerfest.

1.2.5 Ordinære mottak

De ordinære mottakene er et botilbud for personer som har søkt beskyttelse 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 beskyttelse i Norge. Botilbud i ordinære mottak gjelder fra asylsøknaden er presentert og til vedkommende enten har fått oppholdstillatelse og er bosatt i en kommune eller fått avslag på søknad og må forlate landet. Personer med endelig avslag som ikke forlater landet etter gitt utreisefrist får tilbud om å bo i såkalt ventemottak.

Enkelte mottak har en desentralisert struktur. Det betyr at asylsøkerne bor i egne leiligheter. Dette gjør at mottakspersonale systematisk oppsøker beboerne for å ivareta deres eventuelle behov for helsehjelp. I sentraliserte mottak oppsøker som regel beboerne selv mottakets kontor. Beboere i desentraliserte mottak bør bestille tid til lege gjennom mottaket. Mottaket vurderer ikke eventuelt behov for helsehjelp, men kan bidra med tilleggsinformasjon, samt bidra til god koordinering.

Det er spesielt viktig at kommuner er tidlig ute med informasjon til asylsøkere om hvor de kan få helsehjelp, enten de bor i sentraliserte eller desentraliserte mottak, slik at de raskt kan få nødvendig helsehjelp og også tildeles D-nummer som er en forutsetning for at de kan stå på liste hos fastlege. Asylsøkere har rett til helsehjelp uten å ha fått tildelt D-nummer. Har de behov for legekonsultasjon utføres dette av annen lege i kommunen enn fastlegen.

Personer under ca 40 år som har forhøyet verdi på tuberkulose-testen Mantoux forut for ankomst til ordinært mottak, skal tilbys videre utredning for latent tuberkulose ved å få tatt en IGRA-test (QFT®). De som også har en positiv IGRA test skal tilbys henvisning til spesialisthelsetjenesten for vurdering av eventuell forebyggende behandling. Denne utredningen bør vanligvis skje mens asylsøkeren oppholder seg i ordinært mottak. Dersom det er behov for å følge opp funn gjort ved tuberkuloseundersøkelsen skal journal oversendes kommunelegen i neste bosettingskommune. Det skal også meldes om undersøkelsen ikke er utført.

1.2.6 Ordinære mottak med forsterket avdeling (FA)

I 2005 opprettet UDI flere såkalt forsterkede avdelinger ([FA](#)) tilknyttet enkelte ordinære asylmottak. Avdelingene er hverken tvangsinstitusjon eller et behandlingstilbud, men et døgnbemannet frivillig botilbud tilrettelagt 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 har psykiske problemer og trenger behandling, tas hånd om innen psykisk helsearbeid i kommunen. Søknad om plass på forsterket mottak meldes UDI.

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 av politiet eller helsetjenesten som farlige. 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 inntil de kan reise hjem på egen hånd eller gjennom det frivillige returprogrammet i regi av [International Organization for Migration](#) (IOM).

1.2.7 Retur og tilbakevending

Asylsøkere som har fått endelig avslag på søknaden om beskyttelse eller søknad om opphold på annet grunnlag har plikt til å forlate landet innen en gitt tidsfrist. Personer som returnerer frivillig kan få hjelp fra norske myndigheter, og kan søke om [reintegreringsstøtte](#).

Alle som oppholder seg i landet har rett til øyeblikkelig hjelp og vurdering av somatisk og psykisk helse innen primær- og spesialisthelsetjeneste. Videre har alle rett på helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente utover en tidsperiode på tre uker. I tillegg har alle personer som oppholder seg i landet rett til smittevern hjelp i henhold til gjeldende regler i smittevernloven allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Barn under atten år har tilnærmet full rett til helsehjelp, men ingen rett til syke transport eller å stå på liste hos fastlege. Gravide har rett til svangerskaps- og barselomsorg, alternativt abort.

Personer uten fast opphold skal selv betale for helsehjelpen fullt ut. Det kan imidlertid ikke kreves forhåndsbetaling for øyeblikkelig hjelp eller for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som ikke kan vente.

Se [rundskriv I-5 / 2011](#) Helsehjelp til personer uten fast opphold i riket og personer uten lovlig opphold.

Flyktningshjelpen ved [Information and Counselling on Return and Repatriation](#) (INCOR) gir asylsøkere informasjon og rådgivning om retur.

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:

Transittmottak	Ordinært mottak	Overføringsflyktninger og familiegjenforente direkte til kommuner
<p>Lovpålagt TB-screening (røntgen ≥ 15 år, Mantoux på alle under 40 år hvis opphold lenger enn 72 timer)</p> <p>Frivillig hiv-test tilbys</p>	<p>Oppfølging av resultatet av lovpålagt TB-screening</p> <p>*røntgen for personer fylt 15 år hvis ikke tatt i transitt</p> <p>*Mantoux hvis ikke tatt i transitt</p> <p>Ved forhøyet verdi på Mantoux, rekvireres IGRA-test (QFT®)</p> <p>Frivillig hiv-test tilbys</p>	<p>Lovpålagt TB-kontroll,</p> <p>*røntgen for personer ≥ 15 år,</p> <p>*Mantoux < 40 år</p> <p>*evt IGRA-test</p> <p>Frivillig hiv-test tilbys</p>
<p>Akutte helseproblemer</p>	<p>Tilbud om ytterligere helseundersøkelser for somatiske og psykiske lidelser, samt relevant smittevern og barnevaksinasjon</p>	<p>Relevante helseundersøkelser for somatiske og psykiske lidelser, samt relevant smittevern og barnevaksinasjon</p>
<p>Spesielle hensyn ved flytting til ordinære mottak</p>	<p>Tilbud om samtale og eventuell frivillig underlivsundersøkelse for kvinner og jenter fra land der kjønnslemlestelse praktiseres</p>	<p>Tilbud om samtale og eventuell frivillig underlivsundersøkelse for kvinner og jenter fra land der kjønnslemlestelse praktiseres</p>

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. De obligatoriske helseundersøkelsene gjennomføres i ankomsttransitt av ansvarlig helsekontor. 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 lovpålagt 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 (Mantoux-test) av alle nyankomne under 40 år. 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 har aktiv tuberkulose ved ankomst til landet, eller får diagnosen mens de bor i transittmottak, overføres til et forsterket mottak hvor de blir boende til behandlingen er fullført. Dette kan ta fra 6 mnd til 2 år.

Kommuner og statlige virksomheter har viktige roller i tuberkulosekontrollarbeidet, og kommunen har i henhold til [smittevernloven § 7-1](#) primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen. Kommunen plikter å utarbeide eget tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplanen, jmfør [tuberkuloseforskriften § 2-1](#) og skal sørge for at dette inngår som en del av kommunens internkontrollsystem, jmfør [lov om statlig tilsyn § 3](#). Kommunens ledelse har ansvaret for gjennomføringen. For mer informasjon om tuberkulose, se punkt 2.1.1 og Folkehelseinstituttets [Tuberkuloseveileder](#).

Pasienter som utredes for mulig tuberkuløs sykdom, eller som får behandling for aktiv tuberkulose 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 blir uttransportert, 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. Se Folkehelseinstituttets [skjema](#).

Opplysninger om tuberkulose er taushetsbelagte og skal ikke formidles per telefaks. Opplysninger skal sendes til PU og til 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

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

Tuberkuloseundersøkelsene ved ankomst til Norge viser at en høy andel personer er smittet med tuberkulose en eller annen gang, og har en såkalt latent tuberkulose. Risikoen for at disse utvikler aktiv tuberkuløs sykdom er størst de første 1-3 årene etter smitte, men risikoen vedvarer livet ut. DNA-analyser viser at de fleste utenlandsfødte pasienter som er registrert med TB i Norge (80-90 %) har blitt smittet før ankomst til landet.

Plikten til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse

Alle personer 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. Det skal utføres røntgenundersøkelse av lungene hos personer som har fylt 15 år. Undersøkelsen omfatter i tillegg tuberkulointesting av alle nyankomne under 40 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 har høy forekomst er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider: [folkehelseinstituttet](#)
Per juni 2010 er dette følgende:

Europa inkludert Sentral-Asia og Israel:

Albania, Armenia, Aserbajdsjan, Bosnia- Herzegovina, Bulgaria, Estland, Georgia,

Hviterussland, Kasakstan, Kirgisistan, Kosovo, Kroatia, Latvia, Litauen, Makedonia, Moldova, Montenegro, Romania, Russland, Serbia, Tadsjikistan, Turkmenistan, Tyrkia, Ukraina og Usbekistan.

Andre verdensdeler

Alle land utenom USA, Canada, Australia, Japan og Ny-Zealand.

Personer fra EU-medlemsland

Omfattes av plikt til tuberkuloseundersøkelse (Bulgaria, Estland, Latvia, Litauen og Romania) er ikke fritatt for plikt til tuberkuloseundersøkelse, men plikten inntreer først når de søker oppholds- eller arbeidstillatelse eller etter seks måneder.

Kommuner og statlige virksomheter har viktige roller i tuberkulosekontrollarbeidet, og kommunen har i henhold til [smittevernloven § 7-1](#) primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen. Kommunen plikter å utarbeide eget tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplanen, jmfør [tuberkuloseforskriften § 2-1](#) og skal sørge for at dette inngår som en del av kommunens internkontrollsystem, jmfør [lov om statlig tilsyn § 3](#). Kommunens ledelse har ansvaret for gjennomføringen.

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, men kommunelegen er ansvarlig for at 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), har vært undersøkt for tuberkulose ved første innreise/bosetting i Norge. Ny undersøkelse kan være aktuell dersom besøket i hjemlandet har vart lenger enn tre måneder.

Spesialisthelsetjenesten og helseforetakene

Spesialisthelsetjenesten / helseforetakene har ansvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollprogrammet i det regionale helseforetaket.

Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for å utføre og betale for IGRA-tester (QFT®). Spesialisthelsetjenesten skal vurdere henvisninger fra primærhelsetjeneste og andre som er pålagt å utføre tuberkulosekontroll i henhold til [forskriften](#).

Tuberkulosekoordinator

I forskrift om tuberkulosekontroll pålegges de regionale helseforetakene å utpeke tuberkulosekoordinatorer. Regionale tuberkulosekoordinatorer er et viktig ledd i

styrkingen av tuberkulosekontrollarbeidet i Norge. Tuberkulosekoordinatorerne skal lage en behandlingsplan for den enkelte pasient sammen med pasienten, behandlende spesialist og kommunehelsetjenesten. De skal også koordinere den videre oppfølging, dvs 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. Tuberkulosekoordinatorerne skal sikre at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer både i forhold til pasienter og på systemnivå. Se [forskrift](#).

På Folkehelseinstituttets nettside finnes oversikt over tuberkulosekoordinatorerne i de ulike helseregionene: [Folkehelseinstituttet](#)

Meldingssystemet for tuberkulose

I henhold til [tuberkuloseforskriften § 4-10](#) har legen meldeplikt for alle tilfeller av aktiv tuberkulose. Hensikten med meldingssystemet er å overvåke forekomsten av tuberkulose, sikre tidlig diagnostikk og effektiv behandling for å begrense smitteoverføring og resistensutvikling. De ulike meldingsskjemaene kan bestilles hos Nasjonalt folkehelseinstituttets Publikasjonsavdeling eller lastes ned [her](#). Kopi av alle meldinger skal sendes kommuneoverlegen og tuberkulosekoordinatoren. Se Folkehelseinstituttets [skjema](#).

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 supplerende undersøkelser. Ved mistanke om smittsom lungetuberkulose skal utredning igangsettes umiddelbart, jmfør [forskrift om tuberkulosekontroll § 3-3](#).

Spesialist i lungemedisin, infeksjonsmedisin eller pediater har ansvar for å starte behandling og å velge behandlingsregime. Spesialisten skal straks varsle tuberkulosekoordinator som er ansvarlig for å etablere en behandlingsplan og å sette i gang arbeidet, 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 tuberkuloseundersøkelser.

Behandling

Det er kun pasienter med aktiv lungetuberkulose som kan smitte andre. Etter to uker med riktig behandling antar man at de fleste ikke lenger er smitteførende.

Behandlingen må vanligvis fortsette i 6-9 måneder. Behandlingen kan vare opp til 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. Avbrutt behandling øker risikoen for at bakterien utvikler resistens.

For å sikre helbredelse for den enkelte og forebygge utvikling av multiresistent tuberkulose bør behandlingen foregå under direkte observasjon, også omtalt som [Direkte Observert Terapi](#) (DOT), jmfør [forskrift](#) om tuberkulosekontroll § 3-3 annet ledd, 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 / flyktingens nye bopelskommune dersom undersøkelsen har vist funn som krever oppfølging. 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](#).

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 ikke medisiner mot bivirkninger av behandlingen eller utgifter til sårstell. Kostnader til medikamenter mot bivirkninger, smerter og lignende kan dekkes av HELFO etter individuell søknad fra behandlende spesialist (se også [blåreseptforskriftens § 5](#)). Informasjon og søknadsskjema for legemiddel-refusjon finnes hos [HELFO](#).

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 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 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 såkalt forsterket avdeling der det ligger til rette for slik oppfølging. Andre hensyn kan blant annet være seksuell legning. Kjønnssidentitet som homofili og transseksualitet er i enkelte kulturer så strengt tabubelagt at personer med utradisjonell seksuell orientering risikerer sterke reaksjoner både i opprinnelsesland og fra medboere i asylmottak i Norge.

Reaksjoner kan være trakassering, vold og overgrep. I transittmottak vil det være viktig å forsøke å fange opp dem som eventuelt berøres av problemstillingen slik at de blir informert om at homofili og transseksualitet anses som normalt i Norge, og at dette ved behov tas hensyn til ved plassering i ordinære mottak. Det kan være viktig at de plasseres i mottak der de kan komme i kontakt med likesinnede, eksempelvis organisasjonen [Skeiv Verden](#) som har lokallag i Oslo og Trondheim og arbeider for homofile og transpersoner med innvandrerbakgrunn.

Ved bruk av tolk er det alltid viktig at pasient og tolk ikke gjenkjenner hverandre, og at anonymiteten ivaretas ved bruk av tolk uansett språkgruppe. Ved mistanke om at en asylsøker er homofil eller transkjønnet bør man være oppmerksom på at ulike språkgrupper praktiseres av få personer som tolker, og telefontolkning kan være en mulighet for å ivareta anonymitet. (For mer om tolkebruk se kapittel 7.)

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. Oversendelse skal skje i samsvar med gjeldende regelverk som omhandler overføring av helseopplysninger, jamfør helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Det vises i denne sammenheng til rundskriv om helsepersonelloven [I-20/2001](#). Resultatet av tuberkuloseundersøkelsen skal sendes fra helsetjenesten i kommune med transittmottak til helsetjeneste i kommune med ordinært mottak 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](#)). Vaksinasjon skjer kun unntaksvis i transitt, grunnet kortvarig opphold. Personer som er registrert i SYSVAK vil bli søkbare først når de har fått tildelt personnummer / fødselsnummer 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, flyktningskontakt, 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 helst innen to uker, etter asylsøkers ankomst til ordinært mottak bør helsepersonell opprette kontakt og gjøre en første vurdering av helsetilstand og eventuelt behov for helsetjenester. Helseundersøkelsen bør likeledes foretas snarest mulig, og helst 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 inkludere samtale med sykepleier i tillegg til 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 er ofte en forutsetning for å sikre pasientens rett til blant annet å få informasjon som er forståelig og å kunne gi informert samtykke til helsehjelp, jmfør blant annet pasientrettighetslovens §§ [3-5](#) og [4-1](#). Familiemedlemmer bør ikke brukes som tolk. Barn skal *aldri* brukes som tolk (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.

Imidlertid er det viktig å være oppmerksom på at å avdekke potensielle sårbare personer gjerne er en tidkrevende prosess som forutsetter tillit og trygghet. Se også punkt 1.2.3. om menneskehandel over og [rapport](#) om identifisering av sårbare.

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. [Manual for diagnostisk intervju](#) kan være et nyttig verktøy i kartleggingsarbeidet.

Selv om det er uvisst hvor lang tid asylsøkere skal bli i landet, har de rett til helsetjenester fra både kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Beslutning om eventuell behandling skal alltid baseres på individuell vurdering, og i enkelte tilfeller skal det ikke innledes langvarig behandling for mindre alvorlige tilstander, med mindre utsettelse av behandlingen kan anses å medføre risiko for vesentlig forringelse av helsetilstanden, jf. [forskrift om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer](#) av 14. mai 2008. Se punkt 1.2.7 over.

3.2 Organisering av helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

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

Erfaringer har imidlertid vist at det finnes ulike utfordringer og barrierer i forbindelse med helsetjenesten og tilgjengelighet for denne personkretsen. Utfordringer kan blant annet være at de kan ha hatt liten erfaring med timebestilling, de kan mangle kjennskap til språk, kultur, helsesystemets struktur, osv. Enkelte kan uanmeldt møte opp på legekantoret, og andre kan utebli fra avtalt time. Resultat kan bli at helsetjenestene som ytes er utilfredsstillende, eller at pasienter som har behov for helsetjenester ikke får det. Pasientene må informeres om fastlegeordningen, samtykke, taushetsplikt, rett og plikt som pasient, mv. I tillegg er det viktig at pasienter får tilgang til legekonsultasjon uavhengig av om vedkommende har fått tildelt såkalt D-nummer. D-nummer er en forutsetning for å kunne stå på liste hos en fastlege, men må ikke hindre at pasient får konsultasjon med lege. Helsesøstre har betydelig kompetanse og gjør en viktig jobb i mange sammenhenger, men kan ikke erstatte en lege-pasient-konsultasjon, og enhver pasient må sikres lege-konsultasjon. Planlagte konsultasjoner vil gi rom for å bruke tilstrekkelig med tid og kvalifisert tolk.

Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente må tilrettelegges slik at disse pasientgruppene sikres et tilbud som er likeverdig tilbudet som ytes den øvrige befolkning. Et tilrettelagt helsetjenestetilbud kan for noen kommuner innebære at fastlønnet personell kan være det mest hensiktsmessige.

Direktoratet anbefaler imidlertid ikke at asylmottak ansetter helsepersonell, da dette vil kunne bidra til å utydeliggjøre sektoransvaret, uten at beboerne avhjelpest. Kommunen bør sikre lett tilgang til helsetjenester for beboere og gjøre det enkelt å få kontakt med helsepersonell. Den beste løsningen er et fastlegekontor i nærheten av mottaket. Der dette ikke lar seg gjøre, må kommunen sikre at mottaket har en tilgjengelig fastlege eller en lege tilknyttet mottaket. Det er avgjørende for kvaliteten

at det settes av tilstrekkelig tid til tolk og tilrettelegging for samarbeid med andre viktige aktører.

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 personavhengig.

3.2.2 Interkommunalt samarbeid

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

Interkommunalt samarbeid vil kunne gjøre helsetjenesten stor nok til at de ansatte utgjør et team. Arbeid med asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente kan være krevende, og et faglig og sosialt arbeidsfellesskap kan bidra til et godt arbeidsmiljø og effektiv oppgaveløsning. Opparbeidet kompetanse og verdifull erfaring vil kunne deles og bli nyttig kunnskap for fler.

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 bydelssamarbeid i store kommuner) vil kunne være stor nok til å være tilgjengelig på dagtid. Dermed vil belastningen på legevakten bli mindre.

Ett eksempel på vellykket interkommunalt samarbeid er et migrasjonshelsesenter som tilbyr spesielt tilrettelagt helsetjeneste for asylsøkere, nyankomne bosatte flyktninger og familiegjenforente. Helsetjenesten består av "førstegangsundersøkelsen", fastlegefunksjon, smittevernfunksjon og psykologisk utredning og behandling. Senteret fungerer som en utvidet primærhelsetjeneste. Personer med psykososiale problemer kan få rask kartlegging og oppfølging av psykolog. 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 helseplager som hyppigere forekommer hos asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente enn hos den øvrige befolkningen

Nyankomne flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente 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. Dette kan også være tilfelle i forhold til bruk av rusmidler og en eventuell utvikling av rusrelaterte problemer.

Det å være migrant og samtidig ha rusmiddelproblemer eller å tilhøre et miljø som i stor grad er sentrert rundt 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.

Helsetilstanden må ses i sammenheng med de konkrete forholdene som førte til flukt og oppbrudd, hvilket geografisk område vedkommende kommer fra og hvilke erfaringer og utfordringer migrasjonen representerer for den enkelte.

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. Enkelte kvinner kan ha helseproblemer som følge av kjønnslemlestelse.

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

Enkelte nyankomne har senskader av feilbehandlete sykdommer, eller helseplager som skyldes dårlig tilgang på helsetjenester og ubehandlede sykdommer, i tillegg til helseproblemer av psykososial art. En del 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. Angstlidelser forekommer relativt hyppig, både som del av posttraumatisk stressyndrom og som reaksjon på usikkerhet i forbindelse med framtiden. 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.

Forskjeller relatert til sosioøkonomisk status som utdanningsnivå, påvirker som kjent helsetilstanden. Det gjelder asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente på samme måte som den øvrige populasjonen. Marginaliserte grupper i samfunnet har høyere forekomst av livsstilsrelaterte helseplager, tilpasningsvansker og mangel på nettverk.

Traumatiserte familiemedlemmer har generelt store utfordringer i reetablering av familiefunksjoner etter lang tids atskillelse og vil kunne ha behov for oppfølging.

3.3.1 *Psykiske lidelser*

Helsetilstanden kan preges av:

- posttraumatisk stressreaksjon
- depresjon
- personlighetsforandringer med uro, ustabilitet og aggresjon
- andre psykiske lidelser
- angst

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 en normal reaksjon på en unormal situasjon og betyr ikke nødvendigvis psykisk lidelse. Barn kan også vise angst, tilbaketrekking, hyperaktivitet eller ha mareritt, og det må vurderes hvem som har behov for psykisk helsevern.

Psykiske lidelser arter seg svært forskjellig innad i og mellom grupper. Flyktninger har økt risiko for utvikling av helseplager, som har sammenheng med forhold før, under og etter flukt (1). En undersøkelse der psykisk helse ble målt med et spørreskjema om angst og depresjon (HSCL-10), fant man at andelen flyktninger som rapporterte om psykiske plager var 31 % mot 10 % av de norsk fødte (2). I en norsk undersøkelse fant man at krigsopplevelser, fengsling og tortur bidro til økt hyppighet av psykiske helseproblemer blant ikke vestlige innvandrere, hvor de færreste var flyktninger, men at forhold etter flyttingen til Norge så ut til å spille en større rolle.

I enkelte grupper antar man at mer enn halvparten av dem som søker om opphold i Norge, har psykiske senskader av en art som normalt vil kreve behandling (3). De vanligste diagnosene i flyktninggruppen er såkalt posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depressive lidelser, angstlidelser, somatiske lidelser, korte reaktive psykoser og tilpasningsforstyrrelser (4). Formidling av egne historier kan i enkelte tilfeller bidra til å begrense identitetstap. [Manual for diagnostisk intervju](#) kan være et nyttig verktøy i kartleggingsarbeidet.

Tortur medfører svekket psykisk helse. 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 beskyttelse i ett eller flere land før de søker i Norge. Ifølge Dublin-konvensjonen skal en asylsøknad behandles i det

medlemslandet asylsøkeren først ankom. Dette innebærer at asylsøkeren, hvis vedkommende har vært registrert som ankommet til eller har søkt beskyttelse i et annet land som er medlem av Dublin-samarbeidet før ankomst til Norge, skal tilbakeføres til dette landet. Enkelte asylsøkere oppgir derfor ulike identiteter i ulike land, og har vært på flukt mellom ulike søkerland i flere år. Helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på denne gruppen, da en slik livssituasjon gjerne skaper og ledsages av psykiske problemer.

Barns psykiske helse og psykososiale helseplager bør vies særskilt oppmerksomhet og følges opp med egnede tiltak og reaksjoner. Barns psykiske helsetilstand kan i stor grad knyttes til hvordan omsorgspersonene klarer å ivareta sitt omsorgsansvar under svært belastende forhold. Helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på tegn på svekket psykisk helse hos barn og unge som har måttet flykte. Alle barn i mottak har vært utsatt for store påkjenninger. Den barnefaglig ansvarlige på mottaket bør ha særskilt fokus på oppfølging av både barnet og barnets familie.

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](#)).

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. I forhold til antall innvandrere som årlig ankommer Norge, diagnostiseres det relativt sett få infeksjoner. Det er likevel helt avgjørende at sykdom raskt identifiseres og behandles. Dette gjelder fremfor alt tuberkulose. Det er derfor et betydelig smittevernarbeid som må utføres.

Kommuner og statlige virksomheter har viktige roller i tuberkulosekontrollarbeidet, og kommunen har i henhold til [smittevernloven § 7-1](#) primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen. Kommunen plikter å utarbeide eget tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplanen jmfør [tuberkuloseforskriften § 2-1](#) og skal sørge for at dette inngår som en del av kommunens internkontrollsystem, jmfør [lov om statlig tilsyn § 3](#). Kommunens ledelse har ansvaret for gjennomføringen. For mer informasjon om tuberkulose se boks punkt 2.1.1 og Folkehelseinstituttets [Tuberkuloseveileder](#).

Oppsporing og behandling av smittsomme sykdommer har betydning for samfunnet den smittede lever i, og vil også kunne være ressursbesparende for kommune- og spesialisthelsetjenesten dersom disse kjenner pasientens smittestatus.

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 oppmerksomme på, og testing må tilbys på indikasjon.

Minoritetsbefolkningen er heterogen og har forskjellige behov i møte med helsetjenesten, blant annet grunnet etnisk bakgrunn, kjønn, alder, seksuell orientering og eventuelle funksjonshemninger, hvilket gjør det nødvendig å se de individuelt ulike behov pasientene har. Eksempelvis kan det dreie seg om kjønns spesifikke sykdomsgrupper og pasientroller hos henholdsvis kvinner og menn og deres helse, eller særlige forhold tilknyttet eldreomsorg.

Pasientene skal etter individuell vurdering tilbys likeverdige tjenester, hvilket gjør det nødvendig å se de ulike diskrimineringsgrunnlagene i sammenheng. Kommunen har aktivitets- og rapporteringsplikt i henhold til diskrimineringslovene, som innebærer aktivt, målrettet og planmessig arbeid for å hindre diskriminering på grunnlag av etnisitet, nedsatt funksjonsevne, religion og kjønn, og å fremme likestilling. Kommunene må i sine årsrapporter synliggjøre hvilke tiltak de har igangsatt for å hindre diskriminering med hensyn til helsetjenester.

3.3.5 Seksuell orientering og kjønnsidentitet

Kjønnsidentitet som homofili og transseksualitet er i enkelte kulturer så strengt tabubelagt at personer med utradisjonell seksuell orientering risikerer sterke reaksjoner fra medbeboere i asylmottak i Norge. Reaksjoner kan arte seg i form av trakassering, vold og overgrep. Mange av asylsøkerne har også opplevd vold, seksuelle overgrep og forfølgelse i hjemlandet.

Seksuell orientering og forfølgelse kan være den opprinnelige årsak til flukt og påfølgende søknad om beskyttelse, men de kan mangle språk for å sette ord på

dette, samtidig som de ikke er kjent med at forfølgelse på grunn av seksuell orientering kan gi grunnlag for beskyttelse og opphold i landet. Det er viktig at de blir informert om at homofili og transseksualitet anses som normalt i Norge og at helsepersonell er oppmerksomme på at de kan ha psykiske lidelser som følge av belastninger og traumer knyttet til deres seksuelle orientering og forfølgelse i hjemlandet.

Ved bruk av tolk er det alltid viktig at pasient og tolk ikke gjenkjenner hverandre, og at anonymiteten ivaretas ved bruk av tolk uansett språkgruppe. Ved mistanke om at en asylsøker er homofil eller transkjønnet bør man være oppmerksom på at ulike språkgrupper kan praktiseres av få personer, og telefontolkning kan være en mulighet for å ivareta anonymitet. (Mer om tolkebruk kapittel 7.) Det er også viktig å være oppmerksom på at denne gruppen asylsøkere kan forsøke å skjule sin kjønnsidentitet i frykt for represalier, utsendelse eller at norske myndigheter overleverer opplysninger til myndigheter i opprinnelseslandet. (Mer om taushetsplikt og videresending av helseopplysninger kapittel 6.)

Organisasjonen [Skeiv Verden](#), som har lokallag i Oslo og Trondheim, arbeider for homofile og transpersoner med innvandrerbakgrunn. Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) tilbyr i samarbeid med blant annet den Norske legeforening og Norsk sykepleierforbund veiledning for helsepersonell og andre i hjelpeapparatet som møter personkretsen: [Rosa kompetanse](#).

3.4 Smittevern, undersøkelser og tester

Smittevernarbeidet i asylmottak skal gjennomføres i henhold til gjeldende lov- og regelverk for smittevern.

3.4.1 Tuberkulose

Kommuner og statlige virksomheter har viktige roller i tuberkulosekontrollarbeidet, og kommunen har i henhold til [smittevernloven § 7-1](#) primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen. Kommunen plikter å utarbeide eget tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplanen jmfør [tuberkuloseforskriften § 2-1](#) og skal sørge for at dette inngår som en del av kommunens internkontrollsystem jmfør [lov om statlig tilsyn § 3](#). Kommunens ledelse har ansvaret for gjennomføringen. For mer informasjon om tuberkulose se punkt 2.1.1 og Folkehelseinstituttets [Tuberkuloseveileder](#).

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 tuberkulose.

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. Formidling av slik informasjon krever pasientens samtykke, se Folkehelseinstituttets [skjema](#).

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 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 aktiv tuberkuløs sykdom, og ikke for personer som får forebyggende behandling for latent infeksjon med tuberkulosebakterien. 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. Se Folkehelseinstituttets [Tuberkuloseveileder](#).

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 (bilharzia)
- Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA)

Enkelte asylsøkere kan ha symptomer på parasitter, MRSA og hepatitt B og C, som krever mikrobiologiske tester for å kunne verifiseres eller avkreftes. Behandling og oppfølging av eventuelle parasittsykdommer og andre infeksjonsmedisinske sykdommer anses som nødvendig helsehjelp. Det er viktig å være oppmerksom på at ikke alle asylsøkere har disse sykdommene. Slik screening bør derfor ikke utføres automatisk for nevnte pasientgruppe. Kun på medisinsk indikasjon bør lege rekvirere undersøkelser som parasittologisk screening av avføringsprøver og andre

mikrobiologiske tester. På rekvisisjonen til laboratoriet bør det stå klart hva som er indikasjonen for at videre prøvetaking anses som nødvendig. Prøveresultater skal følges opp. Legen har ansvar for MSIS-meldinger til 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, slik 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. Dersom det ikke foreligger dokumentasjon på vaksinasjon, skal barn /unge tilbys vaksinasjon i henhold til det norske barnevaksinasjonsprogrammet. 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 (jmfør [blåreseptforskriften § 4](#)). [BCG-vaksine](#) inngår som en del av barnevaksinasjonsprogrammet for barn med en eller to foreldre fra høyendemiske land. Såkalt levende vaksiner som MMR og BCG skal ikke gis hiv-positive.

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 3 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. Se Utlendingsdirektoratet ([UDi](#)) om tilrettelegging for lek i mottak.

Psykiske og sosiale problemer påvirker hverandre, og problemer av psykisk eller sosial karakter som mennesker opplever, omtales gjerne som psykososiale problemer. Nøkkelbegrep 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 at barna kan delta i såkalte barnebasert mottak driver. Foreldre bør oppfordres til å snakke med andre foreldre i samme situasjon.

Barn med traumatiserte foreldre som ikke har tilstrekkelig omsorgsevne skal få bistand av barnevern til å få tildelt prioritert barnehageplass. De såkalte barnebasene i mottaket er ikke ment som avlastning for foreldre, men tvert om for aktivisering av barna. Basene er til for lek og utfoldelse og er ikke et alternativ for barn med særlige behov.

Asylsøkere som trenger bistand for psykiske og psykososiale problemer skal ivaretas i det ordinære behandlingsapparatet.

[NKVTS](#) og [RVTS](#) kan informere om hvordan man kan forstå psykiske problemer hos flyktninger og asylsøkere og hva man som ansatt kan gjøre for å forebygge / lindre plagene.

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"). Formålet med kartleggingen er å avdekke behov for hjelp. Kartleggingen kan også danne grunnlag for videre samtaler og oppfølging. [Manual for diagnostisk intervju](#) kan være et nyttig verktøy i kartleggingsarbeidet.

Kartlegging og klinisk virksomhet 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 kartleggingsskjema alene er tilstrekkelig for å identifisere psykiske lidelser. Det er viktig også å være oppmerksomme på at sykdomsbegreper og forståelsen av sykdom er kulturelt betinget og at åpenhet om eksempelvis psykiske lidelser for enkelte kan være tabubelagt og forbundet med skam. Videre vil helsepersonell måtte være varsom i valg av oppfølgingstiltak for den enkelte, særskilt gjelder dette dersom det hersker usikkerhet omkring hvorvidt tiltakene kan fullføres forsvarlig her i landet eller ved eventuell utsendelse til annet land. Både helseetiske og medisinskfaglige aspekter bør vurderes.

3.5.2 Følger av tortur og / eller annen alvorlig traumatisering

Ved mistanke om fysisk eller psykisk skade etter tortur og eller annen alvorlig traumatisering, 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 er det viktig at [retningslinjer for helseattester](#) følges.

Helsepersonell møter mange flyktninger som har vært utsatt for systematisk vold, tortur og traumatiske krigsopplevelser. Det er viktig å kjenne til skadenes mekanismer og dyktiggjøre seg i diagnostisering og behandling av denne type

traumer. For mer informasjon se RVTS Sørs [læringsmoduler](#). Torturofre er lite tilbøyelige til å presentere sine skader i sammenheng med torturopplevelsene (5).

Dokumentasjon av torturskader er viktig, og tilrettelagt behandling en internasjonal forpliktelse (6). Videre vil tidlig kartlegging av behov for tilrettelagte tiltak være av betydning ved en eventuell fremtidig bosetting og søknad om ekstratilskudd fra IMDi. [NKVTS](#) har kompetanse på flyktninghelse 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 Oppfølging av barn

Barn bør få særskilt oppmerksomhet og ivaretagelse. Barn som har hatt traumatiske opplevelser reagerer ofte med tilbaketrekning slik at personell 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 Udi har ansvar for EMA fra 15 til 18 år. Bufetat har etter [barnevernloven](#) § 5A-1 plikt til å tilby alle enslige mindreårige asylsøkere opphold på et [omsorgssenter](#) for mindreårige. Ansvar et inntreer fra den enslige mindreårige har akseptert tilbudet og 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 vedtak er fattet.

Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre. Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i [spesialisthelsetjenesten](#), [kommunehelsetjenesten](#) og private helsetjenester. Helseforetakene er forpliktet til å ansette en [barneansvarlig](#) for å koordinere arbeidet rundt barn som er pårørende. Se Helsedirektoratets [rundskriv](#).

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.

3.5.4 Forebygging av trusler og vold i mottak

Utlendingsdirektoratet ([UDI](#)) har et betydelig fokus på sikkerhet i mottak, både for beboere og ansatte. Brøset kompetansesenter ved St. Olavs hospital utarbeidet i 2007 en rapport for Helsedirektoratet (2008) "Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak". [Rapporten](#) viser at det ble innrapportert 189 hendelser om vold og trusler i asylmottak i 2007. Rapporten tok utgangspunkt i at det bodde 7092 personer i mottak i perioden. Videre har [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. Vold som foregår i det private rom er vanskeligere både å avdekke og å forebygge. UDI holder kurs for å heve kompetanse knyttet til blant annet psykisk helse, risiko for vold, menneskehandel og konflikthåndtering for ansatte i mottakene og deres samarbeidspartnere. 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](#).

[UDI](#) har også kurs for menn med formål om å forebygge vold og seksualisert vold mot kvinner. Mer informasjon om voldsundervisning finnes som en del av [introduksjonsordningen](#), basert på materiale utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress ([NKVTS](#)), den statlige voksenopplæringsinstitusjonen [Vox](#), med [Alternativ til vold](#) (ATV) og de regionale ressursentre om vold og traumatisk stress ([RVTS](#)) som samarbeidspartnere. Helsepersonell bør være oppmerksomme på at seksuelle minoritetsgrupper kan være spesielt utsatt når det gjelder vold og overgrep fra medbeboere på mottak, slik at bosituasjonen kan tilpasses den enkelte.

3.5.5 Oppfølging av eventuelle tilfeller av menneskehandel

Menneskehandel krenker de mest grunnleggende menneskerettigheter. Menneskehandel er definert i [straffeloven § 224](#) og [Europarådets konvensjon](#) mot menneskehandel. Etter lovens definisjon 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 tiggning, krigstjeneste i annet land og organhandel. Det er videre uten betydning om personen i utgangspunktet involverte seg frivillig i virksomheten. Når det gjelder mindreårige, er det irrelevant hvilke midler som har blitt benyttet. Menneskehandel krever ikke en grensepassering, men kan finne sted innenfor et lands grenser.

Personer som er utsatt for eller antas å være utsatt for menneskehandel skal sikres et tilpasset tilbud om bistand og beskyttelse. Dersom vedkommende ikke har lovlig opphold i landet, kan personen søke om såkalt refleksjonsperiode, som en begrenset, midlertidig oppholdstillatelse som varer i seks måneder, se [utlenningsforskriften](#) § 8-3 og Rundskriv [2010-141](#). Formålet med tillatelsen er at ofre for menneskehandel skal kunne bryte med miljøet bak menneskehandelen, og

at det legges til rette for at bakmenn skal kunne straffeforfølges, eller søke om beskyttelse. Refleksjonsperioden varer i seks måneder og kan ikke fornyes, men det kan innvilges en ny midlertidig oppholdstillatelse i inntil ett år dersom det skulle være nødvendig for å kunne straffeforfølge bakmennene.

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. Se [Istanbul-protokollen](#) United Nations High Commissioner for Human Rights (2004): "Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment".

Utlendingsdirektoratet (UDI) har fokus på antatte ofre for menneskehandel i mottakssystemet. UDIs regionkontorer har egne kontaktpersoner og rutiner som skal følges dersom noen der får mistanke om at en beboer kan være offer for menneskehandel ([regelverk](#)). Dersom det antatte offeret for menneskehandel samtykker, kan saken meldes til politiet.

Mottaket kan tilby å formidle kontakt med bistandsadvokat. [Rettshjelpsloven § 7](#) tredje ledd gir personer som kan være utsatt for menneskehandel rett til fri rettshjelp i henhold til gjeldende regler uten behovsprøving eller egenandel, se [Rundskriv G/13-05](#). Advokaten skal dekke eventuelle tolkeutgifter, men kan søke refusjon fra Fylkesmannen.

Helsepersonell som mistenker at noen er utsatt for menneskehandel bør melde fra til mottaket. Taushetsplikten skal ivaretas, og hvis personen er over 18 år må vedkommende samtykke til å sende slik melding. Er vedkommende mindreårig, er det vergen eller andre med foreldreansvar som skal gi samtykke. Beboerens sikkerhet blir vurdert, og eventuelle tiltak vil bli iverksatt for å trygge vedkommende. Det er viktig å være spesielt oppmerksom på at unge jenter og gutter kan være særlig utsatt for rekruttering til menneskehandel i en migrasjonsprosess.

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 problemstillinger omkring ofre eller antatte ofre for menneskehandel. 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](#). Brosjyren 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.

Det følger direkte av lov at bestemmelsen innebærer at helsetjenesten kan pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll, jmfør [kommunehelsetjenesteloven § 2-2](#). Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, jmfør [helsepersonelloven § 33](#). (Se også [barnevernloven § 1-1](#)).

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, og kan bidra med problemløsning. Tidlig kartlegging og tett oppfølging gir et godt grunnlag for å bistå 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 familiegjenforente*

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 svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon eller gjennom den organiseringen som kommunen velger. Svangerskapsomsorgen ivaretas som regel i samarbeid mellom fastlege og jordmor, se [faglige retningslinjer](#).

For alle gravide som trenger oppfølging fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten er det ofte best for kvinnen 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, jamfør [pasientrettighetsloven](#). For opplysninger om tolk, se kapittel 7.

Kvinnens behov og ønsker er utgangspunktet for svangerskapsomsorgen. Blant asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente 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. Gravide fra Sørøst-Asia, Midtøsten og Nord-Afrika har svangerskapsdiabetes svært mye hyppigere enn etnisk norske og bør testes for dette. Familieplanlegging kan for enkelte være et relevant tema å ta opp. 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 gravide som er kjønnslemlestet tidligst mulig slik at fødselen kan planlegges nøye. Kvinnene kan ha behandlingstrengende plager og eventuelt ønske deinfibulering (åpnende inngrep). Kvinnen må informeres om at norsk lov forbyr kjønnslemlestelse og forbyr helsepersonell å rekonstruere gjensying 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 henhold til [forskrift](#) tilby gravide svangerskapskontroll, for eksempel hos fastlege, 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 potensiell risiko for unormal fødsel som følge av tilstander hos kvinnen eller fosteret. For oppfølging og håndtering av gravide og fødende med risikotilstander, se 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](#).

3.6.2 Barnevaksinasjonsprogrammet

Vaksinasjonsstatus må kartlegges, og det skal legges en plan for tilbud om oppfølging med vaksiner av barn i samsvar med [Barnevaksinasjonsprogrammet](#). Dersom det mangler informasjon om et barns vaksinasjonsstatus, bør det lages en vaksinasjonsplan som om barnet 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 sin seksuelle helse. Seksuell utnyttelse og tvangsekteskap er ekstreme eksempler på manglende seksuell autonomi. Også menn som har sex med menn kan ha mangelfulle kunnskaper om hvordan de skal ivareta egen seksuell helse. 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. (Informasjon om kjønnslemlestelse se punkt 3.9.)

Helsepersonell bør være oppmerksomme på at det kan være behov for tolk med særskilt medisinsk faglig kompetanse, samtidig som det er viktig at det for mange kan være svært sensitive tema, som gjør at helsepersonells og tolkens kjønn kan ha betydning. Helsepersonell bør tilgjengeliggjøre de tre viktigste forutsetningene for å kunne ivareta egen seksuell helse:

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

3.7.1 Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)

Flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente 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. Helsetjenesten må sørge for at hiv-positive med ikke-norsk bakgrunn 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.

For informasjon om hiv, se [Folkehelseinstituttet](#).

Hiv-positive pasienter må gis god informasjon og veiledning om sykdom og behandlingsmuligheter. Informasjon om at testresultatet ikke får konsekvenser for oppholdsstatus er et sentralt element her. Helsepersonell bør forklare at hiv-positive vanligvis vil kunne leve et tilnærmet normalt liv dersom de får behandlingstilbud tilsvarende det som tilbys her i landet.

For informasjon om smittevern, se Folkehelseinstituttets [Smittevern 18](#).

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 er kjent med at de har 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.

Bosettingskommunen har ansvar for å tilby helseundersøkelse og relevant informasjon og veiledning. Ved konsultasjoner som omhandler hiv eller andre sensitive temaer vil det ofte være særskilt viktig å ivareta fullstendig anonymitet ved bruk av tolk (se kapittel 7).

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](#) og [Aksept](#) er aktører som vil kunne gi ytterligere informasjon og hjelp.

3.7.2 Seksualundervisning

God seksualundervisning er avgjørende for styrke minoritetsgruppers seksuelle kompetanse og autonomi. Helsepersonell bør bidra med undervisning, gjerne i samarbeid med mottakets informasjonsprogram. Informasjonen må ikke begrenses til kun å omhandle heterofile relasjoner, og undervisningen bør ta tydelig hensyn til beboernes kjønn, alder og modenhet. Bruk av tolk er som regel en forutsetning for forsvarlig og god formidling av sensitive tema som 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-Senteret](#) og organisasjonen [KIK – selvforsvar og grensesetting](#).

3.7.3 Svangerskapsavbrudd

Kvinnens 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](#).

3.8 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.

3.9 Kjønnslēmlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse

Begrepet kjønnslēmlestelse betegner flere varianter av inngrep i kvinners kjønnsorganer. Ifølge Verdens helseorganisasjon ([WHO](#)) omfatter kjønnslēmlestelse alle inngrep der jenters eller kvinners ytre kjønnsdelar 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 kjønnslēmlestelse og tvang til seksuelle handlinger er straffbart i Norge: [Lov om forbud mot kjønnslēmlestelse](#).

Se også avvergelsesplikten for visse yrkesgrupper: [IS-1193 Veileder](#) og regjeringens andre [Handlingsplan mot kjønnslēmlestelse 2008-2011](#). Se Barne- og likestillingsdepartementets Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslēmlestelse [Q-1145B](#). (Se eventuelt også Helsetilsynets IK-20/2001 om [rettslige](#) problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring.)

Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse skal gis jenter og kvinner som kommer fra områder WHO definerer som risikoområder: [WHO.fgm](#), se rundskriv I-5/2009 [Tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter / kvinner med innvandringsbakgrunn](#). Tilbud 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. For nærmere informasjon om tilbud og finansiering, se I-5/2009 og Veileder forebygging av kjønnslēmlestelser [IS-1746](#).

Dersom asylsøker ikke har gjennomgått den ordinære helseundersøkelse i mottak, skal kommune ved 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 kjønnslēmlestelse](#) og Veileder forebygging av kjønnslēmlestelser [IS-1746](#).

Frivillig underlivsundersøkelse forutsetter skriftlig [samtykke](#), jmfør [pasientrettighetsloven](#) §§ 4-1, jmfør § 4-2.

Jenter og kvinner som har blitt kjønnslēmlestet før ankomst skal tilbys helsehjelp. Dette temaet er for mange sensitivt, og vil kunne stille ekstra krav til fagkunnskap hos helsepersonell, og forutsetter som regel bruk av [tolk](#). Ved tolkebruk kan enkelte pasienter ha behov for å bevare sin anonymitet overfor den aktuelle tolk, eksempelvis ved å benytte telefontolk. (Generelt om tolk: kapittel 7).

Enkelte former for kjønnslēmlestelse 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).

3.10 Tannhelsetjeneste ved opphold i statlig mottak

Det er fylkeskommunen, ikke kommunen, som etter [lov](#) om tannhelsetjenesten skal sørge for at nødvendig tannhelsehjelp er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket, 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 offentlige tannhelsetjenesten 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.

I noen deler av landet er den offentlige tannhelsetjenesten eneste tannhelsetilbudet til voksenbefolkningen, mens det i andre deler av landet er privatpraktiserende tannleger som står for mesteparten av tilbudet til de voksne.

Alle barn med lovlig opphold i landet har samme rettigheter når det gjelder oppsøkende tannhelsetjenester. Dette innebærer at flytninger og asylsøkere i alderen 0 – 20 år har rett til innkalling og undersøkelse fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten må imidlertid få melding om hvilke barn det dreier seg om. Det mest hensiktsmessige er at en liste over barn som skal omfattes av tiltakene, sendes fra asylmottak til tannklinikken, distriktets overtannlege, eller til fylkestannlege. Dette kan f.eks. sikres ved at tannhelsetjenesten og statlige mottak inngår samarbeidsavtaler som trekker opp rutiner og fordeler ansvar for hvordan nødvendig tannhelsehjelp, herunder forebyggende tjenester, skal ytes.

I de første fire ukene etter ankomst til landet prioriteres tilbud om akutt hjelp, som behandling av smerter og infeksjoner. I løpet av de første 6 månedene skal det gis akutt hjelp og foreløpig undersøkelse, og tilbud om primær- og sekundærforebyggende tjenester. Se [Rundskriv I-23/99](#) fra Sosial- og helsedepartementet. Igangsetting av tannregulering med fast apparatur er ikke aktuelt før vedkommende har fått oppholdstillatelse og har flyttet til permanent bolig.

For barn i alderen til og med det året de fyller 18 år er all tannbehandling, med unntak av tannregulering, gratis dersom den utføres i den offentlige tannhelsetjenesten eller hos privatpraktiserende tannlege som har avtale med fylkeskommunens tannhelsetjeneste. Ungdom i alderen 19 - 20 år må betale 25 % av takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i den offentlige tannhelsetjenesten eller hos privatpraktiserende tannlege som har avtale med fylkeskommunen.

Dersom det er tvil om asylsøkers alder, skal personen behandles som mindreårig inntil den frivillige alderstesten resulterer i at vedkommende defineres som myndig, eller det på annen måte kan dokumenteres at vedkommende er myndig.

Personer i statlige mottak som er over 20 år og som ikke tilhører en gruppe som fylkeskommunen gir et oppsøkende tilbud til, må selv oppsøke tannlege ved behov. Tannbehandlingen kan skje enten i den offentlige tannhelsetjenesten eller i privat praksis. Behandlingen skjer mot betaling etter den taksten som gjelder i vedkommende praksis, enten fylkeskommunal takst eller takst fastsatt i den aktuelle privatpraksis.

Rundskriv 2008-035 UDI "Reglement for økonomiske ytelser til beboere i statlig mottak, "Pengereglementet", er ment å inkludere utgiftene til tannlege for flyktninger og asylsøkere i statlige mottak.

Dersom tilleggssytelser er nødvendig for at behandlingen skal kunne gjennomføres, må det søkes Utlendingsdirektoratets regionkontor om støtte til dette. Ekstraordinære tilleggssytelser kan vurderes under forutsetning av at tilbud etter folketrygdloven er utnyttet. Beboer i statlig mottak må i så tilfelle søke om forhåndsgodkjenning av dekning av utgiftene. Prosedyrer for søknad er beskrevet i [Rundskriv I-23/99](#). Prosedyren forutsetter at kostnadsoverslag fra tannlege sendes fylkestannlegen for godkjenning, før det sendes til UDIs regionkontor for avgjørelse. Dersom søknad om dekning av ekstraytelser for nødvendig helsehjelp innvilges, kan tannlegen sende regning for det beløp som overstiger egenandel direkte til UDIs regionkontor.

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, jamfør også [helsepersonelloven § 15](#).

I mange tilfeller vil det være nødvendig at kvalifisert tolk bistår tannhelsepersonell i forbindelse med undersøkelse og behandling. For opplysninger om tolkebruk, se kapittel 7.

Ved behandling av barn og andre i prioriterte grupper ([prioriterte grupper](#) § 1-3) dekkes utgifter til tolk over den offentlige tannhelsetjenestens budsjett. Ved behandling av personer i statlig mottak som ikke hører inn under de prioriterte gruppene i tannhelsetjenesteloven, er det bostedskommunen som er ansvarlig for å dekke utgiftene til tolketjenester, uavhengig av om behandlingen utføres av offentlig ansatt eller privatpraktiserende tannlege.

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

3.11 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. Helsesøstre og leger i primærhelsetjenesten må bidra til at foreldre følger opp de ulike trinn i screeningsprogrammet og eventuell habilitering. Målrettede 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 barn fra ikke-vestlige land. 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.

Personer som eksponeres for sterk sol har ofte risiko for å utvikle grå stær (cataract).

3.12 Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern handler om å sikre befolkningen helsefremmende, trygge levekår. Miljørettet helsevern er en lovpålagt tjeneste jamfør kommunehelsetjenestelovens [kapittel 4a](#) 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 inneklime 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 tilfredsstillende forhold.

Kommunen skal ha tilsyn med de faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på helse og trivsel, og kan benytte virkemidler i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenestelovens [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.

Dersom det forekommer tilfeller av trusler og vold i mottak, vil det naturligvis påvirke den volds- eller trusselutsattes fysiske og psykiske helse, men kan også påvirke øvrige beboeres helsetilstand psykisk (se punkt 3.5.4.). Det påhviler kommunen å sikre helsefremmende og trygge miljøer også for personer bosatt i mottak.

3.13 Kosthold

Statlige mottak bør gi beboere informasjon om hvilket kosthold som dekker grunnleggende behov. [Helsetilsynet](#) fører overordnet faglig tilsyn og veiledning jmfør kommunehelsetjenesteloven [§ 6-3](#).

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](#)). De fleste asylmottak i Norge har imidlertid selvhushold, hvilket innebærer at beboerne selv avgjør eget kosthold.

Ernæringsstatus kartlegges for barn gjennom helsestasjon og skolehelsetjeneste, og for voksne i førstegangsundersøkelsen. Beboere bør informeres om riktig ernæring.

4 Helsetjenester i kommune for bosatte flyktninger fra mottak og direktebosatte overføringsflyktninger

4.1 Innledning

Det er et mål at flyktninger (asylsøkere som får innvilget beskyttelse) 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 beskyttelse.

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 det ansvarlige helsepersonell i bosettingskommunen. Aktuelle tiltak må drøftes med flyktningen og familien ut fra forventet behov for behandling og tilrettelegging.

Dokumentasjon av tuberkuloseundersøkelse og eventuell annet smittevern bør følge den enkelte med kopi til kommuneoverlegen for eventuell oppfølging. Gode rutiner for formidling av informasjon om smitteverntiltak og øvrige prøveresultater mellom UNHCR og helsepersonell i bosettingskommune er viktig både med hensyn til smittevernoppfølging og ressursbesparelser i forhold til å hindre eventuell dobbelttesting av pasienter, samt tilrettelegging for nødvendige helsetiltak.

Barn bør gis særlig oppmerksomhet og omsorg med tanke på egnete tiltak for å hindre psykososiale helseplager tilknyttet traumatiske opplevelser, tilpasningsvansker, språk, deltakelse og utvikling, mv.

4.1.2 Bosatte som kommer fra asylmottak

Dersom fødselsnummer (fødselsnummeret består av fødselsdato og personnummer) ikke er opprettet må kommunen bidra til at dette gjøres så snart som mulig etter ankomst. Søknad fremsettes Personregisteret. (Skatt nord, 9613 Hammerfest). Alle som er registrert som bosatt i sentralt folkeregister i henhold til [folkeregisterloven](#) og forskrift om folkeregistrering (se [§ 4](#)) får fødselsnummer. For

andre personer kan det fastsettes enten et fødselsnummer eller et D-nummer ved begrunnet behov jmfør [folkeregisterloven](#). Fødselsnummer eller D-nummer er en forutsetning for å stå på liste hos fastlege. Når fastlege er tildelt, kan pasient be om oversendelse av helsejournal fra helsetjenesten i mottakskommunen. Det anbefales at fastlegen informerer om dette, slik at pasienten kan gi fastlegen opplysninger i journal. Kommunen bør sikre at tildeling av fødselsnummer / D-nummer skjer ved ankomst til kommunen og bidra til at den bosatte tidlig får konsultasjon hos fastlegen.

Konsultasjonen bør omfatte en gjennomgang av helsetjenestetilbudet den enkelte har mottatt under oppholdet i asylmottaket. Helsetjenestene i Norge forutsetter blant annet ikke privat helseforsikring som i andre land, ei heller er det dyrere enn legevakt / akuttmottak.

4.1.3 Bosetting av flyktninger med ressurskrevende helseproblemer

Kommuner som bosetter flyktninger med omfattende pleiebehov / ressurskrevende bistandsbehov kan søke om ekstra tilskuddsmidler. [IMDi](#) forvalter det [ekstraordinære tilskuddet](#) ved bosetting av flyktninger med alvorlige, kjente funksjonshemminger, alvorlige behandlingstrengende [torturskader](#) eller atferdsvansker. Søknadsfrist ett år etter første bosetting. Se [rundskriv 01/10 IMDI](#).

Det stilles dokumentasjonskrav i forbindelse med søknad som 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*. Eksempel på ekstraordinær kostnad kan være utgifter til nødvendig fysisk behandling av torturskader. Se [rundskriv IMDI 02/10](#).

Tjenesteyter skal ta initiativ til utarbeidelse av individuell plan ([IP](#)) for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven [§ 4-3a](#) og pasientrettighetsloven [§ 2-5](#). Plikten til å utarbeide IP er hjemlet i sosialtjenesteloven [§ 4-3a](#), kommunehelsetjenesteloven [§ 6-2a](#), lov om spesialisthelsetjenesten [§ 2-5](#) og psykisk helsevernloven [§ 4-1](#). Planen skal utarbeides i henhold til bestemmelsene i [forskrift om individuell plan](#). Dette er en rettighet for alle med behov for langvarige og koordinerte helse- og/ eller sosialtjenester.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder ([IS-1253](#)) til hjelp i arbeidet med å utarbeide planen, for både tjenesteapparatet og brukeren selv.

Tilbakemeldinger antyder at bruk av individuell plan ikke gjennomføres i tilstrekkelig grad i dag. Helsedirektoratet anmoder kommuner og helseforetak om å forbedre sin praksis med hensyn til bruk av individuell plan for denne målgruppen.

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 asylmottak.

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 jamfør tuberkuloseforskriften [§ 3-2](#).

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente som har opplevd seksuelle overgrep kan ha høyere risiko for å være [hiv-smittet](#).

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.

Kommuner og statlige virksomheter har viktige roller i tuberkulosekontrollarbeidet, og kommunen har i henhold til [smittevernloven § 7-1](#) primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen. Kommunen plikter å utarbeide eget tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplanen jamfør [tuberkuloseforskriften § 2-1](#) og skal sørge for at dette inngår som en del av kommunens internkontrollsystem jamfør [lov om statlig tilsyn § 3](#). Kommunens ledelse har ansvaret for gjennomføringen. Se Folkehelseinstituttets [Tuberkuloseveileder](#). For mer informasjon se punkt 2.1.1.

Hiv-infeksjon er mer utbredt blant flyktninger og asylsøkere enn i den norske befolkningen, særlig gjelder dette personer fra Afrika og Sørøst-Asia, samt at menn som har sex med menn er en høyrisikogruppe. Dagens moderne 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. For mange kan det være en følelsesmessig påkjenning å ta en hiv-test. Hiv-test er ofte forbundet med angst og skam, og 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.

4.2.2 Infeksjonsmedisinske og mikrobiologiske tester

Enkelte flyktninger kan ha symptomer på parasitter, MRSA og hepatitt B og C, som krever mikrobiologiske tester for å kunne verifiseres eller avkreftes. Behandling og oppfølging av eventuelle parasittsykdommer og andre infeksjonsmedisinske sykdommer anses som nødvendig helsehjelp. Det er viktig å være oppmerksom på at ikke alle flyktninger har disse sykdommene. Slik screening bør derfor ikke utføres automatisk for nevnte pasientgruppe. Kun på medisinsk indikasjon bør lege rekvirere undersøkelser som parasittologisk screening av avføringsprøver og andre mikrobiologiske tester. På rekvisisjonen til laboratoriet bør det stå klart hva som er indikasjonen for at videre prøvetaking anses som nødvendig. Prøveresultater skal følges opp. Legen har ansvar for MSIS-meldinger til Folkehelseinstituttet, med kopi til kommuneoverlegen.

4.2.3 Vaksinasjon

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 brev fra

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) med tilbud om å velge fastlege i en kommune. Kommune bør sørge for å informere nybosatte flyktninger fra asylmottak, direktebosatte kvoteflyktninger og nyankomne familiegjenforente om fastlegeordningen.

Personer som har rett til å stå på fastlegeliste kan fremsette legeønske blant fastlegene som har ledig plass på sin liste. Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommune. For beboere i asylmottak som har behov for flere tjenester enn fastlege-konsultasjoner, kan det imidlertid være hensiktsmessig å ha fastlege i bostedskommunen.

Fastlegen har ansvaret for allmennlegetilbudet til personer som står på sin liste og skal prioritere disse pasientene foran andre med unntak av øyeblikkelig hjelp, og skal henvise til andre primær- og spesialisthelsetjenester ved behov. Fastlegen skal også ved behov dokumentere helsetilstand overfor andre instanser (nødvendige helseattester, legeerklæringer og gi helseopplysninger om pasienter som søker om helse-, sosial- og trygdeytelser, mv).

[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 en bestemt fastlege. Mindreårige som kommer til landet uten foreldre vil få oppnevnt hjelpeverge som blant annet kan bistå med valg av fastlege. Kommunen har ansvar for oppnevning av hjelpeverge, se punkt 1.2.2.

Personer som ikke selv velger fastlege, tildeles plass på liste hos fastlege med ledig kapasitet. Personer som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, melder dette til kommunen. Fastlegelistene administreres av Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

Fastleger har i likhet med alt annet helsepersonell [taushetsplikt](#). Opplysninger om pasienter og deres helsetilstand kan kun i henhold til samtykke fra pasienten gis til annet helsepersonell som trenger helseopplysninger for å yte nødvendig helsehjelp. (For informasjon om taushetsplikt, se kapittel 6.)

Informasjon om fastlegeordningen er tilgjengelig hos [HELFO](#).

Minoritetsbefolkningen er heterogen og har forskjellige behov i møte med helsetjenesten, blant annet grunnet etnisk bakgrunn, kjønn, alder, seksuell orientering og eventuelle funksjonshemminger. Eksempelvis kan det dreie seg om kjønnsspesifikke sykdomsgrupper og pasientroller hos henholdsvis kvinner og menn og deres helse, eller særlige forhold tilknyttet eldreomsorg eller grupperettet folkehelse og forebygging.

Kommunen har aktivitets- og rapporteringsplikt i henhold til diskrimineringslovene ([diskriminerings- og tilgjengelighetsloven](#), [diskrimineringsloven](#), [likestillingsloven](#) og [arbeidsmiljøloven](#)), som innebærer aktivt, målrettet og planmessig arbeid for å hindre diskriminering på grunnlag av etnisitet, nedsatt funksjonsevne, religion og kjønn, og å fremme likestilling. Kommunene må i henhold til ovennevnte diskrimineringslover blant annet synliggjøre i sine årsrapporter hvilke tiltak de har igangsatt for å hindre diskriminering med hensyn til helsetjenester. Pasientene skal

etter individuell vurdering tilbys likeverdige tjenester, hvilket gjør det nødvendig å se de ulike diskrimineringsgrunnlagene i sammenheng.

Språklig tilrettelegging skriftlig og muntlig er helsetjenestens hovedansvar. 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.

4.3.1 Egenandeler

Det er knyttet egenandeler til mange helsetjenester. Fastlegene er pliktig til 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 boks punkt 2.1.1). Kondomer og p-piller for unge mellom 16 og 18 år er også gratis. Barn under 16 år er fritatt fra egenandeler. Pasienter under 18 år skal ikke betale egenandeler for psykoterapeutisk behandling. Menn som har sex med menn får gratis hepatitt B-vaksine.

Flyktninger som bosettes i kommune etter opphold på mottak og overføringsflyktninger som direktebosettes uten opphold på mottak har allerede medlemskap i folketrygden ved ankomst til bosettingskommune. Veiledning finnes i regler 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.

Flyktninger tildeles fødselsnummer (bestående av fødselsdato og personnummer) som gir rett til å stå på fastlegeliste. D-nummer, som asylsøkere som regel skal få tildelt etter fjorten dager, gir rett til å stå på liste hos fastlege selv om fødselsnummer ikke er tildelt i bosettingskommune. Flyktingen må selv registrere seg ved sitt lokale folkeregister eller skattekontor dersom vedkommende ikke har fått fødselsnummer i løpet av tiden i mottak. Det kan ta inntil to uker å få fødselsnummer.

Hvis det er behov for legeundersøkelse før flyktingen har fått tildelt fastlege, må dette utføres av annen lege i kommunen. Det betales vanlig egenandel takst 2ad inntil registrering hos fastlege er i orden. Legen kan ha rett til kompensasjon for manglende basistilskudd dersom vedkommende fyller kriteriene i henhold til [Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter](#).

Folketrygden gir full refusjon for undersøkelser i forbindelse med svangerskapsomsorg (for mer om svangerskapsomsorg, se punkt 3.6). 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. Flyktningbarn 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, jmfør [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 vaksiner 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 veiledningsmaterieell 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 avverge kjønnslemlestelse, se [lov om forbud mot kjønnslemlestelse](#) § 2 og å melde fra ved brudd på lover som regulerer forbud mot tvangsekteskap: [barneloven](#), lov om [ekteskap](#), straffeloven [§ 222](#) og [§ 220](#), konferer helsepersonelloven [§ 33](#).

Svangerskapsomsorg: punkt 3.6.

4.4.1 Nyfødtscreening

Nyfødte screenes 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.

Flyktinger som kommer til Norge fra land som ikke har de samme screening-tilbudene 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 flyktinger tilbud om screening.

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

4.5 Kjønnslæstelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse

Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse gis jenter og kvinner som kommer fra områder WHO definerer som risikoområder: [WHO.fgm](#), se rundskriv se I-5/2009 [Tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter / kvinner med innvandringsbakgrunn](#). Tilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente 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. For nærmere informasjon om tilbud og finansiering, se I-5/2009 og Veileder forebygging av kjønnslæstelser [IS-1746](#).

Frivillig underlivsundersøkelse forutsetter skriftlig [samtykke](#), jmfør [pasientrettighetsloven](#) §§ 4-1, jmfør § 4-2.

Jenter og kvinner som har blitt kjønnslæstet før ankomst skal tilbys helsehjelp. Dette temaet er for mange sensitivt, og vil kunne stille ekstra krav til fagkunnskap hos helsepersonell, og forutsetter som regel bruk av [tolk](#). Ved tolkebruk kan enkelte pasienter ha behov for å bevare sin anonymitet overfor den aktuelle tolk, eksempelvis ved å benytte telefontolk. (Generelt om tolk: kapittel 7).

For mer informasjon se punkt 3.9.

4.6 Tannhelsetjeneste

Når flyktninger bosettes i en kommune har de rett til tannhelsetjenester på lik linje med norske borgere. [lov om tannhelsetjenesten](#) angir hvilke grupper av personer som har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten eller hos privatpraktiserende tannlege som har avtale med fylkeskommunen. Gruppene omfatter blant annet barn og unge, langtidssyke som mottar hjemmesykepleie, m fl.

Ut over dette ytes det stønad til tannbehandling etter bestemmelsene i [lov om folketrygd, kapittel 5 – 6](#), med [forskrift](#). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege gir opplysninger om hva som berettiger til stønad, se [Rundskriv I-7/2009](#) B, Helse- og omsorgsdepartementet.

I tilfeller hvor det etter tannhelsetjenesteloven og folketrygdloven ikke ytes støtte til tannbehandling, kan det søkes om stønad til tannbehandling fra [NAV](#) etter bestemmelsene i [lov om sosiale tjenester](#).

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, jmfør også [helsepersonelloven § 15](#).

Helsepersonell skal sørge for at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle

forutsetninger og forsikre seg om at informasjonen er forstått, jamfør blant annet [pasientrettighetslovens § 3-5](#). Se kapittel 7 om tolk.

4.7 Undersøkelse syn og hørsel

Flyktninger 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. 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. 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.

Personer som eksponeres for sterk sol kan risikere å utvikle grå stær (cataract).

5 Helsetjenester til familiegjenforente

Familiegjenforente har rett på nødvendig helsehjelp og har rett til å stå på liste hos 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 fra land med høy forekomst av tuberkulose har, uansett alder, 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 ofte være behov for bruk av tolk. Helsepersonell skal sørge for at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, jmfør [pasientrettighetsloven](#).

Kommuner og statlige virksomheter har viktige roller i tuberkulosekontrollarbeidet, og kommunen har i henhold til [smittevernloven § 7-1](#) primæransvar for gjennomføring av tuberkulosekontrollen. Kommunen plikter å utarbeide eget tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplanen jmfør [tuberkuloseforskriften § 2-1](#) og skal sørge for at dette inngår som en del av kommunens internkontrollsystem jmfør [tilsynsloven § 3](#). Kommunens ledelse har ansvaret for gjennomføringen. For mer informasjon om tuberkulose se punkt 2.1.1 og Folkehelseinstituttets [Tuberkuloseveileder](#).

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 [utlendingsforskriften](#) § 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. Dette er bare aktuelt ved mistanke om smitteførende tilstand, og er ikke aktuelt overfor personer som ikke møter til screening.

Familiegjenforente fra høyendemiske land som reiser til sitt opprinnelsesland og så kommer tilbake skal være undersøkt for tuberkulose ved første innreise / bosetting i

Norge. Ny undersøkelse er bare lovpålagt om vedkommende skal tiltre eller gjenoppta arbeid knyttet til helse-, omsorgs- eller barnesektoren, og dersom besøket i hjemlandet har vart lenger enn tre måneder, jmfør forskrift om tuberkulosekontroll [§ 3-1](#). For en innvandrer som kommer til Norge med ny oppholdstillatelse må undersøkelse for å utelukke aktiv lungetuberkulose (lungerøntgen) gjøres ved hvert nye opphold.

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. Dersom den familiegjenforente er homofil, vil dette kunne være særskilt sensitivt. Helsepersonell har ansvar for at informasjon er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, jmfør [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 smitteforebyggende tiltak.

Det anbefales videre at den smittede får samtale om muligheten til å leve et vanlig familieliv med barn, såfremt vedkommende har tilgang på behandling tilsvarende den norske. De vil også kunne ha behov om å få forsikring om at så godt som alle yrkesvalg mulige.

Mer om smittevern i Folkehelseinstituttets [smittevern 18 håndbok](#).

5.1.3 Infeksjonsmedisinske og mikrobiologiske tester

Enkelte familiegjenforente kan ha symptomer på parasitter, MRSA og hepatitt B og C, som krever mikrobiologiske tester for å kunne verifiseres eller avkreftes. Behandling og oppfølging av eventuelle parasittsykdommer og andre infeksjonsmedisinske sykdommer anses som nødvendig helsehjelp. Det er viktig å være oppmerksom på at ikke alle flyktninger har disse sykdommene. Slik screening

bør derfor ikke utføres automatisk for nevnte pasientgruppe. Kun på medisinsk indikasjon bør lege rekvirere undersøkelser som parasittologisk screening av avføringsprøver og andre mikrobiologiske tester. På rekvisisjonen til laboratoriet bør det stå klart hva som er indikasjonen for at videre prøvetaking anses som nødvendig. Prøveresultater skal følges opp. Legen har ansvar for MSIS-meldinger til Folkehelseinstituttet, med kopi til kommuneoverlegen.

5.1.4 Vaksinasjon

Det anbefales at vaksinasjonsstatus sjekkes. Se Folkehelseinstituttets [e-bok, barnevaksinasjonsprogram](#) og "Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2007 og smittevern 18" ["Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten"](#)

Barn og unge under 25 år fra høyendemiske områder som ikke har immunitet mot hepatitt B skal tilbys gratis hepatitt B-vaksine (se [folkehelseinstituttet](#) for aktuelle land). Det samme gjelder menn som har sex med menn og 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 3.6.2 og punkt 4.2.2 over.

5.2 Fastlege

Familiegjenforente får tildelt fødselsnummer (dvs et identifikasjonsnummer bestående av fødselsdato og personnummer) og ikke et såkalt D-nummer. Den familiegjenforente må selv oppsøke sitt lokale skattekontor for å få tildelt fødselsnummer som gir medlemskap i folketrygden og 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 en lege i kommunen. Det betales vanlig egenandel takst 2ad inntil registrering hos fastlege er i orden. Legen kan sende krav til HELFO om takst 2hd – tillegg for pasient som er tilmeldt annen fastlege – som kompensasjon for manglende basistilskudd.

Det er knyttet [egenandeler](#) til helsetjenester. Fastlegene er pliktig til å opplyse om dette. Medlemskap av 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 boks punkt 2.1.1).

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 brev fra Helseøkonomiforvaltningen ([HELFO](#)) med tilbud om å velge fastlege i en kommune. Kommune bør sørge for å informere nyankomne familiegjenforente om fastlegeordningen.

Personer som har rett til å stå på fastlegeliste kan fremsette legeønske blant fastlegene som har ledig plass på sin liste. Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommune.

Fastlegen har ansvaret for allmennlegetilbudet til personer som står på sin liste og skal prioritere disse pasientene foran andre med unntak av øyeblikkelig hjelp, og skal henvise til andre primær- og spesialisthelsetjenester ved behov. Fastlegen skal også ved behov dokumentere helsetilstand overfor andre instanser (nødvendige helseattester, legeerklæringer og gi helseopplysninger om pasienter som søker om helse-, sosial- og trygdeytelser, mv).

[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.

Barn under 16 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 punkt 3.6). Pasienter skal ikke betale egenandel for konsultasjon, behandling og legemidler i forbindelse med [allmennfarlig smittsom sykdom](#). (For mer informasjon om tuberkulose, se punkt 2.1.1). Kondomer og p-piller for unge mellom 16 og 18 år er gratis.

Personer som ikke selv velger fastlege, tildeles plass på liste hos fastlege med ledig kapasitet. Personer som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, melder dette til kommunen. Fastlegelistene administreres av Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

Fastleger har i likhet med alt annet helsepersonell [taushetsplikt](#). Opplysninger om pasienter og deres helsetilstand kan kun i henhold til samtykke fra pasienten gis til annet helsepersonell som trenger helseopplysninger for å yte nødvendig helsehjelp. (For informasjon om taushetsplikt, se kapittel 6.)

Informasjon om fastlegeordningen er tilgjengelig hos [HELFO](#).

5.3 Familiegjenforentes behov for helsehjelp

Minoritetsbefolkningen er heterogen og har forskjellige behov i møte med helsetjenesten, blant annet grunnet etnisk bakgrunn, kjønn, alder, seksuell orientering og eventuelle funksjonshemminger, hvilket gjør det nødvendig å se de individuelt ulike behov pasientene har. Eksempelvis kan det dreie seg om

kjønnsespesifikke sykdomsgrupper og pasientroller hos henholdsvis kvinner og menn og deres helse, eller særlige forhold tilknyttet eldreomsorg eller grupperettet folkehelse og forebygging.

I forbindelse med familiegjenforening er det viktig å være oppmerksom på at en familie som over tid har vært splittet kan møte mange utfordringer ved gjenforening, både kulturelt, erfarings- og forventningsmessig. Kommunikasjon og samhandling vil kunne preges av familiemedlemmers ulike perspektiver, og påvirke grad av integrering eller marginalisering. Enkelte kan ha vært utsatt for tortur eller annen form for traumatiske opplevelser, barn kan føle nye omsorgspersoner som fremmede, varierende grad av tilpasning til eksiltilværelsen, er blant faktorer som vil kunne prege reetablering. Det kan for enkelte familier eller familiemedlemmer være behov for forebyggende eller oppfølgende psykososiale helsetiltak.

Kommunen har aktivitets- og rapporteringsplikt i henhold til diskrimineringslovene, som innebærer aktivt, målrettet og planmessig arbeid for å hindre diskriminering på grunnlag av etnisitet, nedsatt funksjonsevne, religion og kjønn, og å fremme likestilling. Kommunene må i sine årsrapporter synliggjøre hvilke tiltak de har igangsatt for å hindre diskriminering med hensyn til helsetjenester. Pasientene skal etter individuell vurdering tilbys likeverdige tjenester, hvilket gjør det nødvendig å se de ulike diskrimineringsgrunnlagene i sammenheng.

Språklig tilrettelegging skriftlig og muntlig er helsetjenestens hovedansvar. 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.

5.4 Helsestasjon og vaksinasjon

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 vaksiner i samsvar med [det nasjonale 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 evt mangelfull vaksinasjon tilbys i samsvar med det norske barnevaksinasjonsprogrammet (se Folkehelseinstituttet [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.

5.4.1 Nyfødtscreening

Nyfødte screenes 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 sørger for at pasientene får forsvarlig behandling og oppfølging. Det anbefales å gi flyktninger tilbud om screening.

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

5.5 Kjønnsllestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse

Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse gis jenter og kvinner som kommer fra områder WHO definerer som risikoområder: [WHO.fgm](#), se I-5/2009 [Tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter / kvinner med innvandringsbakgrunn](#). Tilbud til familiegjenforente inngår i den ordinære helseundersøkelsen som gjennomføres i bostedskommune innen ett år etter ankomst til Norge. Utgifter dekkes av kommunen i likhet med øvrige helsetjenester. For nærmere informasjon om tilbud og finansiering, se I-5/2009 og Veileder forebygging av kjønnsllestelser [IS-1746](#).

Frivillig underlivsundersøkelse forutsetter skriftlig samtykke, jmfør [pasientrettighetsloven](#) §§ 4-1, jmfør § 4-2.

Jenter og kvinner som har blitt kjønnsllestet før ankomst skal tilbys helsehjelp. Dette temaet er for mange sensitivt, og vil kunne stille ekstra krav til fagkunnskap hos helsepersonell, og forutsetter som regel bruk av [tolk](#). Ved tolkebruk kan enkelte pasienter ha behov for å bevare sin anonymitet overfor den aktuelle tolk, eksempelvis ved å benytte telefontolk. (Generelt om tolk: kapittel 7).

For mer informasjon se punkt 3.9.

5.6 Tannhelsetjenester til familiegjenforente

Familiegjenforente har de samme rettigheter til tannhelsetjenester som befolkningen generelt. Barn og unge har rettigheter etter [lov om tannhelsetjenesten](#), se prioriterte grupper punkt 4.6 over.

Medlemskap i folketrygden gir grunnlag for refusjon for hele eller deler av behandlingen som hører inn under bestemmelsene i forskrift gitt med hjemmel i lov om folketrygd, se [Rundskriv I-7/2009/B](#).

Familiegjenforente bosatt i en kommune kan i likhet med andre bosatte søke om stønad til tannbehandling fra [NAV](#). Tildeling av denne typen stønad skjer i henhold til [lov om sosiale tjenester](#). Mer informasjon finnes hos NAV eller i NAV-kontor i den enkelte kommune. Se punkt 4.6 over.

5.7 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. Helsesøstre og leger i primærhelsetjenesten må bidra til at foreldre følger opp de ulike trinn i screeningsprogrammet og eventuell habilitering. Måltrettede undersøkelse 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. 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.

Personer som eksponeres for sterk sol kan risikere å utvikle grå stær (cataract).

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 den som opplysningene gjelder. 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 har ved tverretattlig samarbeid bidratt til unødige forsinkelser i blant annet smitteverns- og bosettingsarbeid. Helsepersonell plikter å selv sette seg inn i gjeldende regelverk og bestemmelser.

Det er hensiktsmessig at helsetjenestens personell samarbeider nært sammen med asylmottakets personell og med kommunens flyktningkonsulenter. I dette samarbeidet skal helsepersonells taushetsplikt ivaretas, men må ikke hindre effektivt samarbeid.

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, flyktninger og familiegjenforente er [kommunens ansvar](#), men kommunene bestemmer selv hvordan de organiserer tjenestene praktisk. [Helsetjenesten](#) ved enkelte av transittmottakene har som eksempel vært under administrasjon og drift av kommunalt helsekontor med spesialkompetanse på migrasjonshelse. Enkelte kommuner har, enten alene eller i interkommunalt samarbeid, opprettet migrasjonshelsesentre. Uansett hvordan kommunen velger å organisere tjenestene må journalføring og overføring av journal og helseopplysninger skje i henhold til lov- og regelverk.

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

6.3 D-nummer

[D-nummer](#) er et "midlertidig fødselsnummer", det vil si et 11-sifret identifikasjonsnummer bestående av fødselsdato hvor første siffer er tillagt fire og personnummer. Alle som er registrert bosatt i sentralt folkeregister i henhold til

forskrift om folkeregistrering (se [§ 2-1](#)) får fødselsnummer. For andre personer kan det fastsettes enten et fødselsnummer eller et D-nummer ved begrunnet behov jmfør [folkeregisterloven § 4](#).

D-nummer eller fast fødselsnummer er en forutsetning for å kunne stå på liste hos fastlege. Asylsøkere har i henhold til [fastlegeforskriften](#) kapittel 2 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, vanligvis 2-4 uker.

Helsedirektoratets underliggende etat HELFO er ansvarlig for administrering av fastlegeordningen og dermed av rekvirering av D-nummer til asylsøkere i forbindelse med tildeling av fastlege jmfør folkeregisterforskriften § 2-6 litra g). Bekreftet kopi av registreringsbevis for asylsøkere samt undertegnet samtykkeskjema fra HELFO med fastlegeønske sendes HELFO, jmfør folkeregisterforskriften § 2-7. Personer innen kommunal helseadministrasjon kan stemple "rett kopi" av identitetskortet som skal følge søknad om D-nummer med søkers underskrift.

D-nummer rekvireres fra tildelingsmyndigheten av den registreringsenhet som har behov for D-nummer for å registrere personer som er nevnt i [folkeregisterforskriften](#) § 2-6. Tildelingsmyndighet er: Skatt nord, Personregisteret, 9613 Hammerfest. Rekvirent i h.t. [§ 2-6 litra g](#) er etter [§ 2-7](#) første ledd HELFO.

D-nummer rekvireres ved å fylle ut skjemaet "Rekvisisjon av D-nummer": [D-nr-skjema](#). Søknad om D-nummer skal *ikke* sendes folkeregisteret. Rekvisisjon D-nummer sendes Tildelingsmyndighet. Pasientens D-nummer føres inn i feltet for fødselsnummer 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. Kommunen 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 sentralt folkeregister.

[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 den som har foreldreansvaret velger en annen. Mindreårige enslig asylsøkere skal få hjelp av sin oppnevnte verge. Dersom verge ikke ennå er oppnevnt, anbefales det at kommune bistår med dette.

Dersom det ikke er en lege tilknyttet asylmottaket, bør kommune 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 skal få tildelt fast fødselsnummer ved ankomst. Det er imidlertid vedkommende selv som må oppsøke sitt lokale skattekontor for å få tildelt dette. Fødselsnummer er en forutsetning for å kunne stå på fastlegeliste. Det anbefales at kommunens helsepersonell på akuttmottak eller andre i kommunen som møter familiegjenforente, for eksempel ansatte på Nav-kontor, informerer om fastlegeordningen. Enkelte er uvant med at det offentlige subsidierer helsetjenestene, og antar derfor at akutt-mottak 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.

6.4 Helseerklæringer i utlendingssaker

Retten til beskyttelse mot forfølgelse og retten til å bli vurdert med vektlegging av sterke menneskelige hensyn ved spørsmål om oppholdstillatelse, er forankret i norsk lov. Helseerklæringer i utlendings- og asylsaker er nødvendig for å ivareta rettsikkerhet i forhold til mange sammenhenger, både i forhold til søknad om beskyttelse og tilrettelegging av opphold i landet. Konsekvensen av mangel på relevant dokumentasjon kan særlig bli alvorlig i forhold til søknad om beskyttelse. Her kan helseerklæringer være viktig som dokumentasjon, både i forhold til å dokumentere konsekvensen av tortur, forfølgelse og andre menneskerettighetsbrudd, samt i forhold til opphold på humanitært grunnlag.

Når det gjelder helsepersonells plikter ved utstedelse av attester, legererklæringer og lignende vises det til [helsepersonelloven § 15](#). Det fremgår her bl.a. at den som utsteder slike skal være varsom, nøyaktig og objektiv.

Ved dokumentasjon av torturskader skal [retningslinjer for helseattester](#) følges. Se også IR-10-11-01 Om behandling av utlendingssaker med anførsler om helsemessige forhold ([UNE](#)).

6.5 Videre sending av helseopplysninger

Pasientjournal bør overføres fra fastlegen / kommunehelsetjenesten i mottaks-kommunen til fastlegen / kommunehelsetjenesten i bosettingskommunen dersom opplysningene er nødvendig for å yte helsehjelp og pasienten samtykker til dette (se helsepersonelloven [§ 22](#), pasientrettighetsloven §§ [3-4](#), [4-3](#)). 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 fra helsetjenesten i transittmottakskommunen til helsetjenesten i kommunen med ordinært mottak, uansett samtykke, og uavhengig av om det er negativt eller positivt prøvesvar. Resultat av undersøkelsen skal sendes fra helsetjenesten i kommune med ordinært mottak til helsetjeneste i bosettingskommune kun dersom det foreligger behov for behandling eller annen form for oppfølging.

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. Formidling av slik informasjon krever pasientens samtykke, se Folkehelseinstituttets [skjema](#).

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 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

For mer om tuberkulose, se punkt 2.1.1 og Folkehelseinstituttets [Tuberkuloseveileder](#).

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 i utgangspunktet 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 punkt 4.1.3.

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 vises i denne sammenheng til [pasientrettighetsloven](#) §§ 3-1 - 3-5, [helsepersonelloven](#) § 10. I tillegg har man [forvaltningsloven](#) § 11 som generelt regulerer veiledningsplikten. Det er helsetjenesten og ikke pasienten som har hovedansvar for at kommunikasjonen er entydig og forståelig, se omtale av informasjons- og veiledningsplikten i [nasjonalt tolkeregister](#).

Kommunikasjon med bruk av tolk kan for mange personer 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, jamfør 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. Bruk av tolk kan være nødvendig for å utføre oppgavene forsvarlig. Kommunen skal bestille og betale for tjenesten selv. Dette innebærer at kommunen skal dekke utgifter til bruk av tolk over eget budsjett, inkludert privatpraktiserende helsepersonell med tilknytning til kommunehelsetjenesten, eksempelvis fastleger og avtalefysioterapeuter.

Tolkeutgifter i forbindelse med behandling på sykehus, offentlige klinikker og helsetilbud RHF har inngått avtale med skal dekkes over institusjonens eget driftsbudsjett. Bruk av tolk på sykehus og offentlige poliklinikker finansieres dermed av institusjonen selv. Det samme gjelder privatpraktiserende helsepersonell (eksempelvis psykologer og andre avtalespesialister) som har avtale med helseforetak (HF / RHF), som ansvarlig for tjenesten.

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 konsultasjon med en offentlig lege som mottaket ikke har avtale med / annen fastlege enn den vedkommende pasient er tilmeldt. Legen skal dokumentere utgiftene tilknyttet de ytte tjenester, og får disse refundert fra HELFO. Pasienten skal da betale [egenandel takst 2ad](#) og [legen kan ha krav på takst 2dd, 2hd og / eller 7](#).

Fastleger kan søke om ekstra kompensasjon for lange konsultasjoner med bruk av tolk jamfør forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling

hos lege [F25.06.2009 nr 949, takst 7](#). Refusjonsordning for spesialisthelsetjenesten begrenses i prinsippet til formidling av alvorlige diagnoser og samtale omkring dødsfall.

Det anbefales at helsetjenester som bruker tolketjenester synliggjør utgiftene til bruk av tolk, da rapportering og rapporteringsordninger er viktige for budsjettering, planlegging og kvalitetssikring av tolkebruk.

Se [IS-1924](#) Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene.

7.2 Personer som kan tolke

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

Tolking skal være av en slik kvalitet at informasjonen som blir gitt oppfyller bestemmelsene i [Lov om pasientrettigheter](#).

Helsetjenesten 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.

Tillit er viktig for at tolkingen skal fungere tilfredsstillende, spesielt i samtaler som berører sensitive spørsmål. Dersom en av partene ikke ønsker å bruke den tolken som er bestilt, bør man først forsøke å avklare hva som er begrunnelsen for dette. Det er også viktig å klargjøre for alle parter hva som er tolkens oppgave og tolkeetiske forpliktelser som taushetsplikt og upartiskhet. Dersom den minoritetsspråklige likevel motsetter seg å bruke denne tolken, bør man prøve å finne en annen.

Alle tolker oppført i Nasjonalt tolkeregister er bundet av [Retningslinjer for god tolkeskikk](#). De yrkesetiske reglene skal forsikre samtalepartene som bruker tolk om at de kan uttale seg i full fortrolighet slik de ville ha gjort om de snakket samme språk og kunne henvende seg direkte til hverandre. Det er viktig at man gir tolken anledning til å forberede seg, både på relevant terminologi og på situasjonen.

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](#). Se veileder for kjøp av tolketjenester til offentlige virksomheter "[Når du trenger tolk](#)".

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 for tjenesteyter som bestiller tolketjenester på andre språk enn de 66 ulike språk tolkeportalen tilbyr. Taushetsplikten må ivaretas også for ikke statsautoriserte tolker. For mange vil det være praktisk å inngå en skriftlig avtale med tolken i hvert enkelt tilfelle. En skriftlig avtale vil kunne sikre at tolken bindes av strengere taushetskrav enn hva som følger av [forvaltningsloven § 13](#).

7.3 Fjerntolking

Dersom det oppstår behov for akutt tolkehjelp kan det være vanskelig å organisere personlig oppmøte av kvalifisert tolk. Geografisk avstand kan også gjøre det vanskelig å skaffe en fysisk tilstedeværende tolk. Dersom tolken av ulike årsaker har problemer med å stille personlig, kan telefontolking være en praktisk og ressursbesparende løsning, men kan innebære både tolketekniske og sikkerhetsmessige utfordringer. Tolken kan ikke se samtalepartene og får slik en svært krevende oppgave. For samtalepartene kan det by på sikkerhetsmessige problemer at de ikke vet hvor tolken befinner seg eller hvorvidt vedkommende er sammen med andre. Benyttes likevel telefontolking er det særskilt viktig å bruke godt kvalifiserte tolker, at tolkebruker og tolk på forhånd enes om hvordan samtalen skal forløpe, samt har tilstrekkelig antall pauser, og sørger for at de sikkerhetsmessige aspektene ivaretas.

Ved konsultasjoner som omhandler hiv eller andre sensitive temaer vil det ofte være særskilt viktig å ivareta fullstendig anonymitet. Årsaken kan blant annet være at temaet er tabubelagt slik at vedkommende pasient er engstelig for å benytte tolk fra egen etnisk gruppe eller opprinnelsesland. Særlig viktig vil dette være i møte med homofile, lesbiske, bifile og transpersoner som kommer fra opprinnelsesland der homofili er forbudt ved lov og kan medføre tortur og dødsstraff. Finner man ikke en kvalifisert tolk som også kan ivareta anonymitetshensyn, kan fjerntolking være en løsning. En fordel med telefontolking er at den ivaretar anonymitet. I psykiatrien vil tilstedeværende tolk kunne være en forutsetning for faglig forsvarlig arbeid, da telefontolking ikke formidler kroppsspråk og annen nonverbal kommunikasjon. Imidlertid kan også telefontolking i slike behandlingssituasjoner være en fordel da pasient kan føle at taushetsplikt og anonymitet bedre ivaretas.

Skjermtolking ("tv-overført" tolketjeneste) vil også kunne ivareta anonymitet på en god måte, da det er mulig å styre kameranlinen. Skjermtolking 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, personer som behersker språket og som kjenner systemene. For å sikre hele befolkningen likeverdige tjenester, må tjenestene tilrettelegges og tilpasses. Tolkning 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 [forskrift 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 er en offentlig myndighet, næringslivet eller en privat person.

[Retningslinjer for god tolkeskikk](#)

Alvorlige brudd på retningslinjene bør meldes skriftlig til Nasjonalt tolkeregister. Enkelte situasjoner vil kunne stille ekstra krav til fagkunnskap og sensitivitet hos helsepersonell og tolk for å kunne yte adekvat hjelp. Slike situasjoner kan være innleggelse på psykiatrisk institusjon, rehabiliterings- og attføringssaker, 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](#).

Se [IS-1924](#) Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene.

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 er altså gratis uten egenandeler. For mer informasjon om tuberkulose, se boks punkt 2.1.1.

8.2 Kompensasjon for nødvendige helsetjenester i transittmottak

UDI dekker utgiftene forbundet med tuberkuloseundersøkelse og akutt helsehjelp for beboere i transittmottak. Dette gjelder også akutt tannbehandling. Helsetjenesten ved transittmottakene og ventemottakene har egen lege tilknyttet mottaket som konsulteres ved behov.

I transittmottakene 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 legemidler til akutt tannbehandling.

8.3 Egenandeler & Frikort

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har automatisk rettigheter i folketrygden ved ankomst, men må selv melde seg for skattekontoret for registrering. Som medlem i folketrygden betaler pasienter kun en bestemt del av utgiftene til offentlige helsetjenester, såkalt egenandel. Dette gjelder blant annet legebehandling, kjøp av medisiner på blå resept, fysioterapi, psykolog og reise til undersøkelse og behandling. For godkjente egenandeler, se [HELFO](#).

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, ett for [egenandelstak 1](#) og ett for [egenandelstak 2](#). Beløpene for frikort blir fastsatt av Stortinget hvert år, se satser hos [HELFO egenandeler](#).

Barn under seksten år er fritatt fra å betale egenandeler for offentlige helsetjenester.

Fritaket gjelder også blant annet barn og unge under atten 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.

For egenandelstak 1 er automatisk frikortordning innført i hele landet. Frikortet kommer i posten automatisk til pasientens folkeregistrerte adresse når egenandelstaket er passert. Kvitteringskortet skal fortsatt stemples for egenkontroll.

Egenandelstak 1

I frikortordningen for egenandelstak 1 inngår følgende behandling og helsetjenester:

- lege
- psykolog
- poliklinikk (sykehus)
- røntgeninstitut
- pasientreiser
- medisiner og utstyr på blå resept

Egenandelstak 2

I frikortordningen for egenandelstak 2 inngår godkjente egenandeler for følgende behandling og helsetjenester:

- undersøkelse og behandling hos fysioterapeut
- enkelte former for tannsykdommer
- opphold ved offentlig godkjent opptreningsinstitusjon
- behandlingsreiser til utlandet

For å få frikort egenandelstak 2 må du sende søknad til ditt HELFO-regionskontor når egenandelstaket er passert.

8.3.1 Automatisk frikortordning

Automatisk frikortordning gjelder egenandelstak 1. Opplysninger om egenandeler samles fra oppgjør som sendes inn fra lege, apotek, poliklinikker, osv. Egenandelene skal inneholde 11-sifret fødsels- eller D-nummer. Plikt til innsending av egenandeler og påføring av fødsels- eller D-nummer er [forskriftsfestet](#) for alle behandlere og tjenesteytere som utføres helsetjenester under egenandelstak 1.

Det finnes enkelte unntak fra plikten til påføring av fødsels- eller D-nummer. Ett av unntakene er dersom personen ikke har fødsels- eller D-nummer. Egenandelene for disse skal rapporteres inn fra behandlere og tjenesteytere, men det er ikke krav til at fullt fødsels- eller D-nummer er påført. Helsehjelp skal altså ytes selv om personen ikke har fødsels- eller D-nummer.

Den automatiske frikortordningen vil bare kunne utstede frikort automatisk til personer med norsk fødselsnummer eller D-nummer. I praksis innebærer dette at

personer uten fødselsnummer eller D-nummer selv må framsette krav om frikort ved å sende kvitteringene til HELFO. Bakgrunnen for dette er at det er vanskelig å sikkert identifisere personen som har betalt egenandelene. Forvaltningen har heller ikke noe adresseregister over personer uten fødsels- eller D-nummer, og kan derfor ikke sende frikortet automatisk.

HELFO vil for personer uten fødsels- eller D-nummer foreta en manuell behandling av kravet, og vurdere om egenandelstaket er nådd. Dersom bruker har rett på frikort, men ikke har fødsels- eller D-nummer, vil HELFO rekvirere D-nummer, fordi fødsels- eller D-nummer er nødvendig for å kunne saksbehandle vedtak og å utbetale eventuell refusjon (se punkt 6.3 over). Tilsvarende gjelder ved utbetaling av alle andre trygdeytelser fra HELFO eller NAV.

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](#). Personer som har søkt om beskyttelse i landet og har status som asylsøker har derimot ikke krav på hjelp med mindre de er bosatt i kommune i henhold til særlig avtale mellom utlendingsmyndighetene og den enkelte kommune.

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 fastsatt av [Utlendingsdirektoratet](#). Innbetalt beløp på folketrygdens egenandelskort inngår som del av egenandel. Søknad sendes Utlendingsdirektoratet ved mottaksansvarlig regionkontor.

8.5 Utgifter til tannbehandling

Lov om tannhelsetjenesten fastsetter at enkelte grupper i befolkningen har rett til gratis tannbehandling når behandlingen utføres i den offentlige tannhelsetjenesten eller hos privatpraktiserende tannlege som har avtale med fylkeskommunen.

Ut over det som fremgår av tannhelsetjenesteloven skal den voksne delen av befolkningen i hovedsak selv betale for tannbehandling. Det finnes imidlertid støtteordninger som tar sikte på å gi støtte til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Dette gjelder blant annet ordningene som er omtalt i: [Rundskriv 2008-035 UDI "Reglement for økonomiske ytelser til beboere i statlig mottak, "Pengereglementet"; lov om folketrygd, kapittel 5 – 6](#), med [forskrift](#), og [Lov om sosiale tjenester](#).

Det henvises forøvrig til veilederens avsnitt 3.10, 4.6 og 5.6 hvor de aktuelle de økonomiske støtteordningene er omtalt.

8.6 Reiseutgifter til undersøkelse og behandling

Pasienttransport dekkes ved reise til undersøkelse og behandling i henhold til gjeldene regler. 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](#)

8.7 Rett til stønad til helsetjenester

8.7.1 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 får automatisk rettigheter i folketrygden ved registrering av 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 jf § 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 beskyttelse og dermed får flyktningstatus har fulle trygderettigheter fra dato for vedtak om beskyttelse.

8.7.2 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, jamfør § 5-1. Denne retten opphører dersom endelig avslag på asylsøknaden vedtas og fra det tidspunkt vedtak foreligger. Asylsøkere med endelig avslag, men 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.

Asylsøkere som har fått midlertidig kollektiv beskyttelse for 12 måneder har, i motsetning til andre asylsøkere, trygderettigheter som bosatte fra ankomst til Norge. Asylsøkere som har fått innvilget søknad om beskyttelse, og dermed har status som flyktning, har trygderettigheter som bosatte fra dato for vedtak om beskyttelse.

8.8 Kompensasjon til vertskommuner

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

Se [Rundskriv 2010-088](#) Satser for tilskudd til kommuner som har statlig mottak eller et omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere

8.9 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, innvandrer- 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 [integreringsstilskudd](#) 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, dersom en person har en så alvorlig funksjonshemming at denne gjør bosettingen ekstra krevende. Eventuell utbetaling av ekstra engangstilskudd forutsetter som regel forhåndstilsagn før bosetting.

Kommuner som bosetter enslige mindreårige flyktninger mottar et særskilt tilskudd for enslige mindreårige som utbetales til det året barnet fyller 20 år. I tillegg kan kommunene få statlig refusjon for utgifter til barneverntiltak for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger etter [barnevernloven § 4-4](#), i den grad utgiftene overstiger den kommunale egenandelen som gjelder for enslige mindreårige.

Når det er inngått en avtale om bosetting i en kommune for asylsøker som ikke har fått vedtak om opphold i landet utbetales det et eget tilskudd ved denne typen alternativ mottaksplassering til kommunene. UDI forvalter denne tilskuddsordningen. 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.

8.10 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 asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.

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" benyttes vanligvis ved tiltak og valg som anbefales for å kunne gjennomføre faglig forsvarlige løsninger.

Asyl: Se beskyttelse

Asyl- og flyktningpolitikk: Mål, prinsipper og tiltak for hvordan mennesker på flukt kan sikres beskyttelse som varig løsning. Nasjonalt omhandler det behandling av søknader om beskyttelse, mottakstilbud for asylsøkere, tilrettelegging for retur når dette er trygt; samt overføring av såkalt kvoteflyktninger etter samarbeid mellom [FNs høykommissær for flyktninger](#) (UNHCR) og [Utlendingsdirektoratet](#) (UDI), behandling av søknader om asyl, mottakstilbud for asylsøkere og tilrettelegging for tilbakevending når dette er trygt.

Asylsøker: Person som kommer til Norge og 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.

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

Beskyttelse: Fristed for personer som risikerer alvorlige overgrep. Personer som trenger beskyttelse i henhold til [flyktningkonvensjonen](#) eller andre internasjonale konvensjoner Norge er bundet av kan søke beskyttelse. De som får innvilget beskyttelse i Norge får oppholdstillatelse som danner grunnlag for permanent oppholdstillatelse.

Bosetting: Brukes i denne veilederen om bosetting med offentlig hjelp 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 IMDi som ansvarlig.

D-nummer: D-nummer er et "midlertidig fødselsnummer", det vil si et 11-sifret identifikasjonsnummer bestående av fødselsdato hvor første siffer er tillagt fire og personnummer. Alle som er registrert bosatt i sentralt folkeregister i henhold til forskrift om folkeregistrering (se [§ 2-1](#)) får fødselsnummer. For andre personer kan det fastsettes enten et fødselsnummer eller et D-nummer ved begrunnet behov jmfør [folkeregisterloven § 4](#). D-nummer eller fast fødselsnummer er en forutsetning for å kunne stå på liste hos fastlege. Blankett RF 1450 kan lastes ned fra [skatteetaten](#).

Dubliner: Person som søker beskyttelse og behandles i henhold til Dublinregelverket

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

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 person som har søkt om beskyttelse endret oppholdsstatus fra asylsøker til flyktning når søknad om beskyttelse er innvilget. 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.

Hjelpeverge Hjelpevergens oppgave er å sikre enslige mindreårige asylsøkers rettsikkerhet og være dens rettslige representant overfor offentlige myndigheter. Frem til vedtak i asylsaken er hjelpevergens hovedoppgave å bistå asylsøkeren i asylsaken.

Innvandrere: En person med to utenlandskfødte foreldre som selv er innvandret til Norge jamfør statistisk sentralbyrå ([SSB](#))

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: Prosessen der innvandrere og flyktninger blir funksjonsdyktige medlemmer av majoritetssamfunnet, uten å miste sin kulturelle eller etniske identitet.

Kollektiv beskyttelse: Midlertidig oppholdstillatelse som kan innvilges personer i en massefluktsituasjon på [kollektivt](#) grunnlag, det vil si etter en gruppevurdering. Eventuelle søknader om beskyttelse stilles i bero i inntil tre år. Slike tillatelser danner ikke grunnlag for permanent oppholdstillatelse de første fire år. 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 om beskyttelse eller opphold på annet grunnlag.

Omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere: Tilbud om bo- og omsorgstiltak i regi av [Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet](#) (Bufdir) til enslige mindreårige asylsøkere under 15 år. De som tar imot tilbudet plasseres direkte uten opphold på transittmottak. Helseundersøkelsen gjennomføres på omsorgssentret.

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 beskyttelse i henhold til lov; men som kan gis personer dersom det foreligger sterke menneskelige hensyn eller utlendingen har særlig tilknytning til Norge.

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 på søknad om beskyttelse.

Statlig mottak: Frivillig innkvarteringstilbud med tilhørende tilbud for livsopphold for personer som har søkt om beskyttelse 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.

Vertskommune: Kommune med asylmottak som dermed er ansvarlig for lovpålagte oppgaver og tjenester i forhold til mottakets beboere.

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.

Etternavn:		Fornavn:	
Fødselsdato Personnummer Dnr		Kjønn:	
Morsmål: Behov for tolk:	Annet språk:		
	JA	NEI	

Kontaktperson i kommunen:

Fastlege:

Bakgrunnsopplysninger:

Opprinnelsesland:

Etnisk bakgrunn /
tilhørighet til etnisk
gruppe (f.eks kurder fra
Tyrkia, serber fra
Kosovo, hutu fra
Rwanda eller alternativt
minoritetsgruppe (f.eks.
engelsktalende
kameruner,
ahmadiamuslim fra
Pakistan):

Flukttidspunkt:

Tidspunkt for ankomst
Norge:

Rural / urban:

Evt. transittland:

Oppholdsstatus:

Familie/sosialt:

Sivilstatus:

Barn (kjønn/født år):

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 utdypning under):

Nåværende helseproblemer, somatisk og psykisk (utdypning psykiske problemer under):

Allergier:

Faste medisiner:

Funn/status presens: (inkl. syn og hørsel) :

Undersøker: Sted/dato/signatur:

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				

Utfylles i tråd med informasjons- og taushetspliktsbestemmelser og annet relevant regelverk, i samarbeid med helsepersonell og tolk.

Fornavn:

Etternavn:

Kjønn:

Fødselsdato/Personnummer (evt. D-nummer/ DUF-nummer):

Traumatiske erfaringer (Basert på Harvard Trauma Questionnaire og PTSS – 10)	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 I-12):

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

SKJEMA 2

Forslag til samtykkeerklæring

Jeg, samtykker i at følgende opplysninger:

.....

.....
kan formidles til ((tittel) (navn)(org) kan eks. være NAV/IMDi/UDI/osv))

..... for følgende formål:

.....

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

.....

**Dette samtykket er gitt ved hjelp av tolk som er bundet av
taushetspliktsbestemmelser i fvl § 13:
ikke gitt ved hjelp av tolk:**

Dato og sted

Underskrift

.....

SKJEMA 3

Henvist av navn/org.nr.:

Sendes til:

(navn og adresse til spesialist / avdeling / osv):

**Henvisning til spesialisthelsetjenesten etter tuberkuloseundersøkelse i
kommune**

(screening eller andre undersøkelser):

Etternavn:

Fornavn:

Fødsels- og personnummer/ D-nr / osv:

KJØNN

Mann Kvinne

Adresse:

Tlf/ mobil:

Postnummer og -sted:

Pårørende/ verge/ kontaktperson:

Tlf/ mobil:

<p>Opprinnelsesland</p> <p>Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Hvis ja, hvilket språk ?</p>	<p>Ankomst Norge (måned/år):</p> <p>Årsak til opphold i Norge (Asylsøker, flyktning, familiegjenforent):</p> <p>Planlagt varighet av oppholdet:</p>
<p>Arr etter BCG vaksine</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> usikkert</p> <p>År:</p> <p>Kommentarer:</p>	<p>Tuberkulinprøve:</p> <p>Dato/batch:</p> <p>Tidligere resultat dato:</p> <p>Resultat:</p>
<p>Røntgen thorax:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Dato:</p> <p>Hvor:</p> <p>Funn:</p> <p>Tidligere røntgen thorax:</p> <p>Dato:</p> <p>Hvor:</p> <p>Funn:</p>	<p>IGRA –test (QFT®)</p> <p>Dato <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/></p> <p>Inkonklusiv <input type="checkbox"/></p> <p>Symptomer på tuberkulose</p> <p>Hoste <input type="checkbox"/> Vekttap <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/></p> <p>allmenntilstand <input type="checkbox"/></p> <p>Annet:</p> <p>Tidligere behandlet for tuberkulose?: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Evt. hvor, når og hvilken behandling</p>

	Behov for oppfølging (beskriv)
--	--------------------------------

Kjent tidspunkt for smitte (nærkontakt med smitteførende syk de siste 2 år, opphold i flyktningleir el):

Fylles ut hvis henvisning skyldes funn ved smitteoppsporing:

Opplysninger om syk/smitten person (årsak til smitteoppsporingen) Diagnose: Grad av smittsomhet: Tuberkulosebakterier påvist <input type="checkbox"/> Dir. mikroskopi <input type="checkbox"/> Dir. PCR el likn. <input type="checkbox"/> Dyrking Periode pasienten kan ha vært smittsom:

Relasjon til indeksskasus Relasjon: Husstand <input type="checkbox"/> Arbeidssted <input type="checkbox"/> Skole <input type="checkbox"/> Familie/omgangskrets <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/> Kommentarer:
--

Andre relevante helseforhold eller risiko

(Kjent hiv-smitte, andre immunsvikt sykdommer, maligne lidelser, silikose, diabetes mellitus, osv)

Henvisende lege

Navn

Tittel

Arbeidssted/ adresse (evt. stempel)

Telefon

Annen kontaktperson i kommunehelsetjenesten

Navn

Arbeidssted

Telefon

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 legemiddelinformasjonscenter ([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 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre [Barnelova - bl](#)
- 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 bvl](#)
- 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 - sphsl](#)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern [Psykisk helsevernloven - phlsv1](#)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter [Pasientrettighetsloven - pasrl](#)
- 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 arbeidsmiljølov Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. [arbeidsmiljøloven aml](#)
- Lov av 6. juni 1988 nr. 64 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 23. november 1983 nr 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- [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 27.april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek](#)
- [Forskrift](#) av 18.juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter
- [Forskrift](#) av 18. desember 2009 nr. 1839 om legemidler
- [Forskrift](#) av 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene
- [Forskrift](#) av 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd
- [Forskrift](#) av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- [Forskrift](#) av 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd
- [Forskrift](#) av 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering
- [Forskrift](#) av 20. desember 2002 nr 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- [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 20. juni 2003 nr 739 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften)
- [Forskrift](#) av 23. desember 2004 nr 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- [Forskrift](#) av 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv.
- [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 9. november 2007 nr. 1268 om folkeregistrering
- [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 21. desember 2007 nr 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)

- [Forskrift](#) av 3. april 2008 nr 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- [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.
- [Forskrift](#) av 13. februar 2009 nr. 205 om tuberkulosekontroll
- [Forskrift](#) av 18. desember 2009 nr. 1639 om Forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften)

Rundskriv fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD)

- [Rundskriv I-5/2011](#) Helsehjelp til personer uten fast opphold i riket og personer uten lovlig opphold
- [Rundskriv I-7/2009](#) B Informasjon om regelverk vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling
- [Rundskriv I-5/2009](#) Forebygging av kjønnslemlestelse
- [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 AID/AD

- Rundskriv om ikrafttredelse av [ny utlendingslov og ny utlendingsforskrift](#) fra 1. januar 2010
- [Vedlegg](#)

Rundskriv fra Justis- og politidepartementet (JD)

- G-13/05 Ny forskrift om salær fra det offentlige til advokater m.fl. etter faste satser ved fri rettshjelp og i straffesaker ([stykkprisforskriften](#))

Rundskriv fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD)

- [Q-06/2010](#) Barneverntjenestens ansvar for enslige mindreårige asylsøkere og andre mindreårige personer i mottak, omsorgssentre og kommuner

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 2008-035](#) UDI "Reglement for økonomiske ytelser til beboere i statlig mottak"
- Rundskriv [2010-141](#) Oppholdstillatelse for utlendinger som antas å være utsatt for menneskehandel
- Rundskriv [2010-176](#) Krav til arbeid med enslige mindreårige beboere i ordinære statlige mottak

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 01/11](#) Integreringstilskudd for år 1 og år 2-5 | 2010-04-26

Rundskriv fra Statens helsetilsyn (Htil)

- Rundskriv IK-27/93 "Tilbud om hiv-test til asylsøkere og innvandrere" (ikke oppdatert)
- [IK-2723](#) for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring
- [IS-1183](#) Internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- [IK-20/2001](#) Rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring

Rundskriv fra Helsedirektoratet (Hdir)

- [Rundskriv IS-12/2004](#) Lov om pasientrettigheter
- [Rundskriv IS-9/2006](#) Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende
- [Rundskriv IS-9/2008](#) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- [Rundskriv IS-5/2010](#) Barn som pårørende

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-1924](#) Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene
- [IS-1154](#) Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- [IS-1183](#) Veileder Internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- [Smittevern 20](#) Tuberkuloseveilederen
- [Veileder IS-1746](#) Forebygging av kjønnslemlestelse
- [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 18](#). Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten
- 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](#)
- [IR-10-11-01](#) Om behandling av utlendingssaker med anførsler om helsemessige forhold

Vedlegg 5 – Kilder og litteratur

- (1) Lavik,NJ. Et al. 1996; Marshall, GN. Et al. 2005
- (2) Dalgard, OS, 2006,2007; Thapa et al. 2007
- (3) Jakobsen et al 2007
- (4) Ayazi,T. et al. 2008
- (5) Torturskader Lie B, Skeie H. [Torturskader – en medisinsk utfordring](#). Diagnostisering og behandling av falanga. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1073–5.
- (6) United Nations High Commissioner for Human Rights (2004): “Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment” ([ISTANBUL PROTOCOL](#))

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

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

Brunvatne R m.fl: Flyktninger 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 for flyktninger. Kommuneforlaget.

Jareg, Kirsti og Zarin Pettersen (2006): Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak. Fagbokforlaget.

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)

[Rapport IS-1855](#) Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi

Rapport [ISF 2010: 14](#) Sårbare asylsøkere

Vedlegg 6 – Adresser

Utlendingsdirektoratet ([UDI](#)): Utlendingsdirektoratets servicesenter

Postadresse: Kun personlig oppmøte klokken 09.00-14.30 (14.00)

Besøksadresse: Hausmannsgate 21, 0182 Oslo

[Kontakt UDI](#)

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet ([IMDI](#))

Postadresse: Postboks 8059 Dep., 0031 Oslo

Besøksadresse: Tollbugata 20, 0152 Oslo

e-post: post@imdi.no

Regionale enheter: [Kontakt IMDI](#)

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

Adresse: Kirkeveien 166, bygning 48, 0407 Oslo

e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

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

RVTS [region Øst](#)

RVTS [region Vest](#)

RVTS [region Midt](#)

RVTS [region Nord](#)

RVTS [region Sør](#)

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 og e-post: info@helfo.no

Helseøkonomiforvaltningen ([HELFO](#)) Pasientformidling

Dersom sykehuspasient opplever brudd på behandlingsfrist, sørger HELFO pasientformidling for å tilby samme tjeneste ved annen behandlingssituasjon 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

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](#)

Ot. Prp. nr. 28 (2007-2008) [Barneverntjenester](#) (Omsorgen for enslige mindreårige asylsøkere inntil bosetting eller retur)

[Ny i Norge](#)

Samtykke til helsehjelp [e-læringskurs](#)

[Kultur, kontekst og psykopatologi Manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen DSM - IV](#)

Psykososialt arbeid med flyktningbarn. [Introduksjon og fagveileder](#). NKVTS (2006)

Enslige mindreårige flyktnings stemme i tall og tale [FHI Rapport 2009:11](#)

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)

FNs verdenserklæring om [menneskerettigheter](#)

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter ([ØSK](#))

FNs [barnekonvensjon](#)

FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ([CAT](#))

Utlendingsdirektoratets regelverk [Udi regelverk](#)

[Flyktningkonvensjonen](#)

[Tolkeportalen](#)

[Nasjonalt tolkeregister](#)

[Statsautoriserte translatørers forening](#)

[Tolketjenesten i Oslo](#)

Jareg, Kirsti og Zarin Pettersen (2006): tolk og tokebruker – to sider av samme sak. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1 / 2006

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

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

[Tolkenett](#)

[Flerspråklig helseinformasjon](#)

[Helsetjenestens Veiledningssenter](#)

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

e-læringsmodul [RVTS Sør](#)

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

[Folkehelseinstituttets informasjonsbrev](#) på mange ulike språk

Folkehelseinstituttets smittevern vakt for helsepersonells telefonnr: 91622414

[Meldingsskjemaer](#) for tuberkulose

[Felleskatalogen](#)

Egenandeler [Helfo](#)

[Skatteetaten](#)

Utlendingsdirektoratet [Udi](#)

Faglig forum for kommunalt flyktningarbeid [FFKF](#)

[Fagforbundet](#)

Norsk Organisasjon for asylsøkere [NOAS](#)

Selvhjelp for innvandrere og flyktninger [Seif](#)

Veileder [Individuell plan 2010](#)

[Skeiv verden](#)

Brosjyre helsepersonell LLH [Ta det ikke for gitt at pasienten er heterofil](#)

Flyktningarbeid [HERO](#)

Ny arbeids- og velferdsforvaltning [NAV](#)

Godkjenning utenlandsk utdanning [NOKUT](#)

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](#))

Informasjonsnettverk [flyktninghelse](#)

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

Små barns hverdag i asylmottak [NOVA-rapport](#)

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

"Berg, Berit, Lise Dalby og Torunn Fladstad (2002): *Jeg kom for å redde livet. Om mottak og integrering av overføringsflyktninger*. Trondheim: SINTEF

Berg, Berit, Torunn Fladstad og Kirsten Lauritsen (2006): *Kvinneliv i eksil*. Gyldendal norsk forlag AS.

Fladstad, Torunn (1993): Mestring og mening. Unge vietnameseres historier om sine liv. IMER-programmet, Universitetet i Bergen.

Fladstad, Torunn (1994): *Hvis jeg hadde vært en fugl. Asylsøker- og flyktningbarn i statlig mottak*. IMER-programmet, Universitetet i Bergen”

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
[Oslo](#) e-post mso-styret@studmed.uio.no
[Tromsø](#) e-post msotromso@yahoo.com
[Trondheim](#) e-post msotr-styret@list.stud.ntnu.no

[KIK – Selvforsvar og grensesetting](#) e-post 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)

Utbruddshåndboka [helsebiblioteket](#)

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](#)

Mental helse hjelptelefon internasjonalt nummer 116 123

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

Helsetiltak for personer i rusmiljø [SUBrosa](#)

[Barns miljø og sikkerhet](#)

[Foreldrerettledning](#) etter ICDP-metoden for foreldre og annet omsorgspersonell

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](#)

[Pasientinformasjon på ulike språk](#) Akershus univertitetssykehus

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

Informasjon om arbeidet med bosetting av flyktninger og innvandrere hos [Husbanden](#)

[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)

[Legemiddelinformasjon barn og unge](#)

[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](#)

Veiviser i det offentlige [Norge](#)

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 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 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