

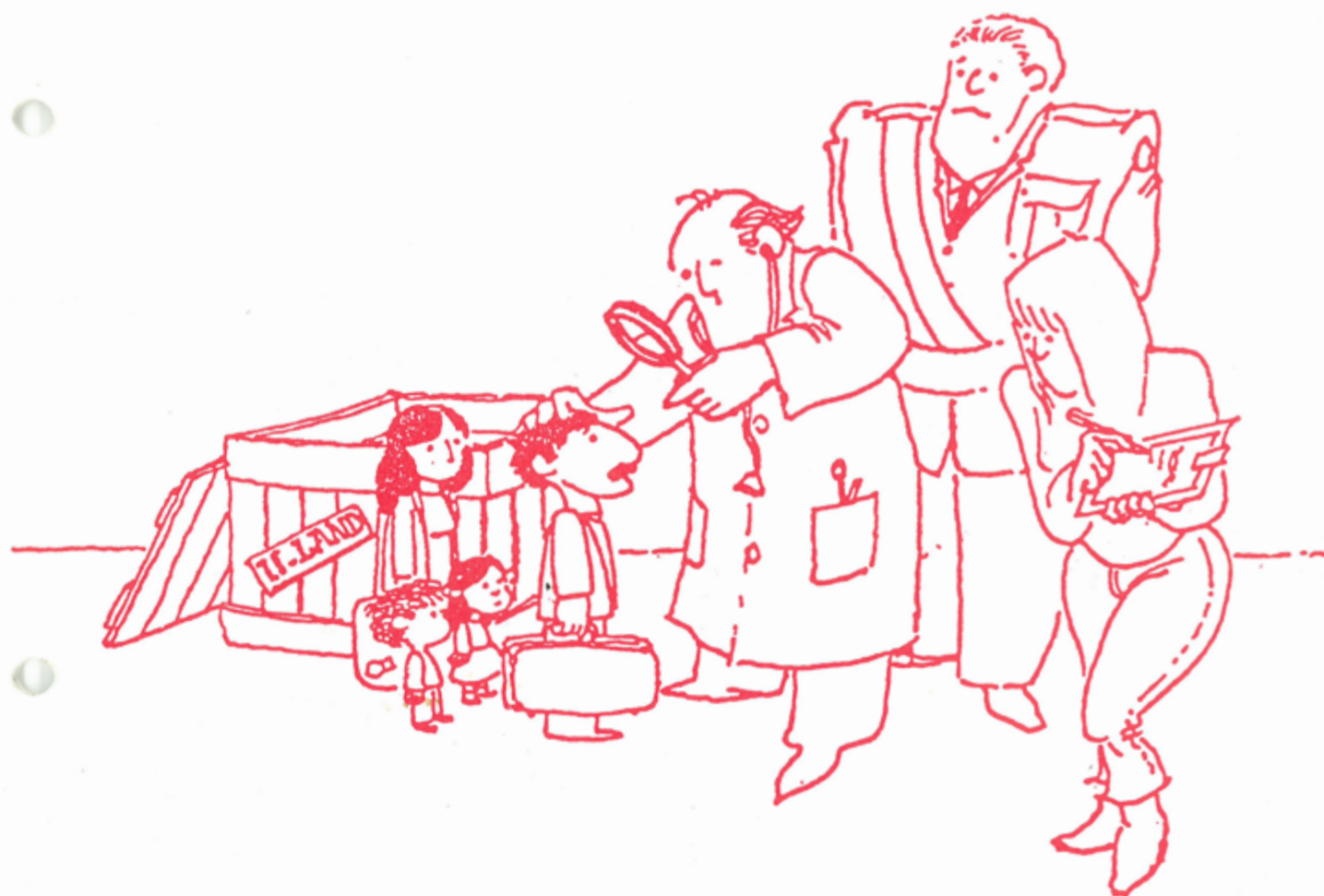
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1988

ÅRGANG 17



GUREYVA AYDIN
NOV. 80

Hovedtema: Flyktninger

Kjære leser.

Mens ny utlendingelov (les flyktningelov) diskuteres og kritiseres i politiske fora og massemedia, bor det personer her i landet fra mange kulturer. Noen er fra I-land og føler kanskje at dette ikke angår dem personlig. Noen er kommet gjennom nåløyet og har fått bli i landet enten som asylsøker eller flyktning. Noen lever imidlertid i usikkerhet på høyfjellshotell eller annen form for ghetto måned etter måned. Får de bli i landet? Hvordan er det med resten av familien? Hva skjer i hjemlandet? Har jeg noen framtid? Blir jeg trodd? Tar jeg feil? Gjorde jeg rett da jeg flyktet? Hva er drøm og hva er virkelighet?

Vi kunne ramse opp i det uendelige med spørsmål, tvil, usikkerhet, fortvilelse.

Så var det den norske allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin med helsesøstre og leger. Noen er midt oppi arbeidet med

personer fra andre kulturer. Noen har lang erfaring, noen er i startgropa. Andre igjen har ikke utlendinger i sin kommune enda.

Åpner vi opp for å lære, blir arbeidet med personer fra andre kulturer en spennende, berikende utfordring. Prøver vi å presse våre norske idealer og metoder inn i arbeidet med flyktninger og asylsøkere, vil vi komme til kort og bli frustrert, stresset og vike unna utfordringene.

Når vi oppdager verdien i det kulturelle mangfold, kan våre egne holdninger, verdinormer, arbeidsmetoder få en gylende anledning til refleksjon og revisjon, en positiv bevisstgjøring. Det kan komme hele den norske allmenn- og samfunnsmedisin til gode.

God lesning!

Eli Berg.

Han har vondt i ryggen. Han må bli operert.
Han " " i maven.
Han " i brystmuskelen.
Han sier at jeg kan ikke spise.
Fordi jeg har vondt i maven.
Han har vært hos lege i Iran
men det hjelper ikke.

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025

Eli Berg
Vepsveien 74
2250 ROVERUD

Mette Brække
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmenntilleggsmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN
K: 05 298119
P: 05 233955

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ
K: 085 51761
P: 085 51443

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 120,- pr. år. Trykkeri: Rema Voss Offset.

Lay-Out og sats på Desktop Publishing: Breivik Design NGD, Bergen.

JEG ER FRA VIETNAM

Etter en langvarig krig mellom Nord-Vietnam og Sør-Vietnam overtok Nord-Vietnam herredømmet over Sør-Vietnam i 1975. Mange kommunister i Sør-Vietnam ønsket det slik, men det viste seg fort at det ikke ble som de hadde tenkt seg. Forholdene ble svært vanskelige for folk i Sør-Vietnam. Friheten ble borte med "freden".

var vi heldige. Andre vietnamesiske båt-flyktninger har senere fortalt om thailandske pirater som voldtok jentene, drepte dem og kastet dem i havet.

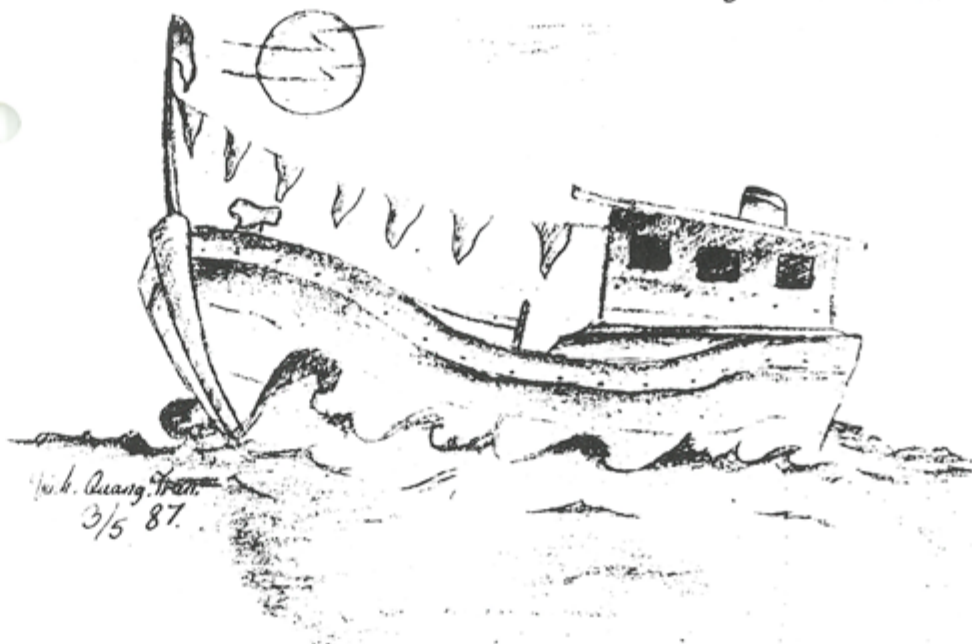
Vi var i Malaysia i 10 dager, men der fikk vi ikke være, så vi måtte ut på havet igjen. I tre uker oppholdt vi oss i båten - uten mat og vann - før vi ble tatt

så det ble ofte misforståelser. Det var grunnen til at jeg sluttet der.

Etter å ha gått arbeidsledig i 4 måneder fikk jeg jobb i Oslo, på Freia Sjokolade-fabrikk. Jeg arbeidet der om kvelden og gikk på Friundervisningens norskkurs om formiddagen. Etter 4 år hadde jeg lyst til å lære mer, få en utdanning. Derfor begynte jeg på frisørinja ved Sogn Videregående skole, der jeg gikk nesten ett år. Da gikk jeg på skole om dagen, og arbeidet på restaurant om kvelden. Det var veldig slitsomt.

I 1985 flyttet jeg til Kongsvinger. Nå går jeg på grunnkurs i Handel og Kontor. Samtidig arbeider jeg 3 timer hver dag som hushjelp.

Nå føler jeg at jeg behersker det norske språk godt. Jeg føler meg hjemme i det norske samfunnet og trives her jeg bor. Men jeg tenker ofte tilbake, kanskje særlig til den tiden jeg var på Hamar. Det var vanskelig å være utlending i Norge når man ikke kan språket. Da blir man lett isolert. Det å beherske det norske språket er liksom inngangsbilletten til det norske samfunnet.



Jeg er fra Baclien i Sør-Vietnam. I 1979, 18 år gammel, levde jeg under trusselen om å bli sendt til arbeidsleir. Mange unge ble sendt til arbeidsleir der de levde under umenneskelige forhold. Arbeidsdagen var lang, opptil 20 timer, og arbeidet var hardt. Det var mye sykdom i arbeidsleirene og mange døde.

I denne situasjonen bestemte jeg meg for å prøve å komme unna. Jeg visste om andre som i all hemmelighet planla å flykte. Hvis politiet hadde fått vite om planene våre, ville vi ha blitt satt i fengsel.

En natt, i ly av mørket, gikk jeg sammen med flere andre ombord i en båt som skulle frakte oss bort fra undertrykkelsen til friheten. Etter 3 døgn på havet, kom vi til Malaysia. Mens vi var på havet, traff vi thailandske pirater som tok alt vi hadde av verdi. Likevel

opp av et norsk skip, "Lysekil". Mannskapet fraktet oss til en flyktningeleir i Singapore, der vi var i 3 måneder. Fordi vi ble tatt opp av en norsk båt, skulle vi reise til Norge. Ambassaden i Singapore ordnet med alle papirene.

Da vi kom til Norge, ble vi plassert på en flyktningestasjon på Haraset i Vallset. Der var det helsekontroll. Mye av tiden gikk med til å lære norsk. Dessuten lærte jeg å strikke. Etter et år på Haraset, flyttet jeg til Hamar der jeg bodde ca. 2 måneder. På den tiden var det ikke så mange vietnamesere på Hamar så jeg følte meg ensom. Dessuten var det veldig trist å være så langt borte fra familien som var igjen i Vietnam.

Så fikk jeg jobb på et sykehjem på Elverum, der var jeg ett år. Jeg forstod fortsatt ikke så mye norsk og hadde store vanskeligheter med å uttrykke meg,



Trung Tran Ngoc
f. 1960
skoleelev.

FLYKTNINGER - ASYL- SØKERE - INNVANDRERE. HVEM ER HVEM?

Etter at asylsøkere kom på den politiske dagsorden og ble "oppdaget" av massemedia for et par år siden, har vi ofte hørt og lest om disse. Men det hersker likevel nokså mye begrepsforvirring.

vet. Så ble markedet mettet, og innvandringsstoppen ble innført i 1975. Først var det meningen at den skulle være midlertidig, men den ble snart gjort permanent. At vi har innvandringsstopp betyr at utlendinger ikke kan få første-

seg til å ta i mot. Dette er gjerne personer som befinner seg i flyktningeleirer, og som tildels har gjort det i lengre tid. Kvoteflyktninger er dermed garantert innreise- og oppholdstillatelse før ankomst til landet, og har formelt sett "flyktningestatus" (se senere).



Asylsøkere. Dette er personer som påberoper seg å være forfulgt i sitt hjemland og som ber om politisk asyl. Dersom politiet anser at det overhode ikke er grunnlag for asylsøknaden, kan søkeren umiddelbart avvises ved ankomsten til landet og anmodes om å reise tilbake til utgangspunktet. Hvis man finner at det kan være grunnlag for asylsøknad, får søkeren midlertidig tillatelse til å oppholde seg i landet, og det fremmes søknad, gjerne via advokat. Søknaden avgjøres til syvende og sist i Justisdepartementet, og kan ha tre utganger:

Når det for eksempel omtales "asylsøkere som har fått oppholdstillatelse i landet", virker dette bakvendt. De fleste av oss har søkt på en stilling en gang, og om vi får stillingen opphører vi å være arbeidssøkere. På samme måte er en asylsøker dette bare inntil asylsøknaden er avgjort.

Men la oss gå tilbake til historien. Inntil i 1975 kunne utlendinger som ønsket det slå seg ned i landet. Det stilles visse krav, blant annet at man skulle forsørge seg selv og ha akseptabel bolig. Landet vårt var i behov for arbeidskraft, og nykommerne kunne fylle dette beho-

gangs arbeids- og oppholdstillatelse. Landet er likevel ikke hermetisk lukket. Det finnes unntak fra innvandringsstoppen. Ved siden av endel eksperter og teknisk personell som landet vårt trenger, pluss noen kunstnere, er følgende grupper unntatt fra innvandringsstoppen:

Familiemedlemmer til personer som er bosatt her. Med familiemedlemmer menes her ektefelle og barn under 20 år. I spesielle tilfeller kan også andre slektninger få oppholdstillatelse.

Kvoteflyktninger. Hvert år fastsettes det i internasjonale drøftinger et visst antall flyktninger som Norge forplikter

- Søknaden avvises, og søkeren må forlate landet.
- Søkeren får full flyktningestatus.
- Søkeren antas ikke å fylle kriteriene for å få politisk asyl, men vektige grunner taler likevel for at vedkommende får være her og får oppholdstillatelse på såkalt humanitært grunnlag.

Mens antallet kvoteflyktninger bestemmes fra år til år, kan man ikke på samme måte regulere asylsøkerantallet. Men landets politikk i forhold til hvor liberal eller restriktiv man skal være overfor asylsøkere, vil i stor grad avgjøre hvor mange som kan få bli her. Inntil nylig holdt man dessuten strengt på "førstelandsregelen". Dette betød at man måtte søke asyl i det første landet en kom til etter at en hadde forlatt sitt

hjemland. Fordi Norge ligger i en avkrok av verden både geografisk og i forhold til f.eks. flyruter, er det relativt sjeldent at Norge kan være "førsteland". I den senere tid har man lettet på dette kravet, og det er en av årsakene til økningen i antallet asylsøkere.

Innvandrere forutsettes å kunne forsørge seg selv, men vil ha krav på stønad etter Lov om sosial omsorg, ved behov. Flyktninger har betydelige rettigheter ved ankomst til landet. Fordi antallet bestemmes på forhånd kan en til en viss grad planlegge mottaket. Flyktningene har krav på praktisk og økonomisk hjelp den første tiden, og har tillatelse til å ta arbeid. Asylsøkere har også krav på praktisk og økonomisk hjelp. Inntil nylig har asylsøkere ikke hatt anledning til å ta arbeid, denne bestemmelsen lettes det nå noe på. Når asylsøknaden er avgjort vil asylsøkeren få rettigheter avhengig av hvilket utfall søknaden får. Hvis utfallet er full flyktningestatus oppnås tilsvarende rettigheter som flyktningene har. Dersom det gies oppholdstillatelse på humanitært grunnlag, er rettighetene tilsvarende de som gjelder innvandrere. Rettigheter i forhold til folketrygden vil være noe forskjellig for innvandrere og flyktninger, idet flyktninger har rett til noen flere ytelser enn innvandrere og asylsøkere har. Det er ikke vanskelig å tenke seg at de som resultat av sin asylsøknad får oppholdstillatelse på humanitært grunnlag, kan oppleve seg å komme i en nokså underlig situasjon. Man erkjenner ikke som flyktning i egentlig forstand, men får likevel lov til å bli. Avgjørelsen er en slags "nei - men - likevel".

Som leger er vi en del av samfunnet og påvirkes av de strømninger som der rår. Det snakkes nå åpent om "reelle" og "ikke-reelle" flyktninger. Spesielt de som får oppholdstillatelse på humanitært grunnlag anses for "ikke-reelle flyktninger". Vi har fått en A og B-klasse, hvor de i A-klassen ses på som mer verdige enn de i B- klassen. Det snakkes også en del om "sinking i køen": Man tenker seg at alle som kan overveie å flykte står i en kø, og de som følger spillereglene og får sin søknad behandlet via FN's høykommissariat for flyktninger nå forbigås i køen av de som søker asyl på egenhånd. (Det var de man tidligere kalte spontanflyktninger.)



Når asylsøknader vurderes, får vurderingene av forholdene i søkerens hjemland den største omtalen. Men det er nok en illusjon å tro at det er forholdene i hjemlandet som i vesentlig grad er utslagsgivende for søknaden. I vel så stor grad er det spørsmål om hvor mange nyankomne vi synes vi kan ta i mot. Om vi virkelig hadde villet åpne våre grenser for personer som er forfulgt i sine fedreland, hadde det ikke vært noe problem å finne nok "verdige flyktninger". Men i praksis er det ofte begrensningene i vårt eget land som er avgjørende.

Det er ikke meningen å forenkle problematikken, eller å skyte på de som skal avgjøre søknadene. Det er en vanskelig nok jobb i seg selv. Men det er viktig når vi møter den enkelte innvandrere, flyktning eller asylsøker, at vi er klar over våre egne bakenforliggende holdninger overfor vedkommende. Og disse er ikke uavhengige av de påvirkninger vi er under.

En annen gjengs oppfatning er at det kommer så mange. Vi leser stadig om "strømmen av asylsøkere". I 1986 kom det ca. 2700 asylsøkere til landet. for 1987 er tallet antakeligvis 8500. Det er nokså symptomatisk når massemedia omtaler dette kun som en tredobling av antallet fra året før. Det kan også ses på en annen måte: Kalkylen for 1987 lå på ca. 10 000 asylsøkere. Det var dette man planla etter, det var det tallet man gikk ut fra. Massemedia kunne derfor

like godt slå opp at det for 1987 kom ca. 1500 færre asylsøkere enn forventet det året. Et slikt oppslag finnes ikke. Vi får inntrykk av at asylsøkere skaper nærmest permanente kriser. Kriser påkaller kriseløsninger, og disse er ofte kvalitativt dårligere enn vel gjennomtenkte opplegg. Nå vil forholdene på de enkelte stedene være annerledes enn for landet som helhet, og man har ofte liten tid til planlegging. Men det vi her ønsker å peke på er at den noe panikkartede atmosfæren som råder omkring dette tema lett kan smitte over på helsearbeidet i alle varianter, og også være av betydning for den holdning vi møter den enkelte pasient med.



Berit Austveg
f.-48
Bydelslege på Helsetjeneste for innvandrere siden 1976.

EN FLYKTNINGE- SEKRETÆR FORTELLER

Else Ødegaard f.1927, kurator ved Kongsvinger sosialkontor. Flyktingearbeid 1979-87.

I 1979 ble det nedsatt en komite for å forberede flyktingemottak i kommunen. Komiteen bestod i folk fra sosialkontoret, arbeidskontoret, boligbyggelaget, skolekontoret og formannskapet.

Komiteen planla så godt de kunne. De hadde ingen retningslinjer og fikk lite hjelp sentralt fra. De mente det ville være gunstig å få en relativt stor gruppe til kommunen. Dermed kunne de ha intern kontakt med hverandre. 1/6-80 kom de første vietnamesiske flyktingene, 9 enslige gutter i alderen 16-26 år. De kom fra mottaket på Hamar og hadde vært i Norge i ca. 1/2 år. De kunne lite norsk.

De 9 ble fordelt på 2 leiligheter, 3 i en eldre bolig, 6 i en leilighet i et nytt boligfelt. Det gikk bra i starten. Det var skaffet vennefamilier, og disse sto på døgnnet rundt. De brente seg derfor ut etterhvert. Røde Kors laget kurs for vennefamiliene for å hjelpe på nettopp dette med å strukturere kontakten med flyktingene.

Mottaket på Hamar ble nedlagt i 1982. Nå var kommunen selv mottak. Familiengjenforening var første primærmottak, - far og 3 barn kom til et 4. barn som bodde her fra før.

Før denne tiden opplevde kommunen at det kom folk direkte til kommunen fra mottaket på Hamar uten at kommunen hadde fått beskjed på forhånd. Bolig var ordnet via Flybo. Dette skapte problemer mht. kommunens engasjement for disse familiene.

Else Ødegaard ble alene med arbeidet med flyktingene etterat komitearbeidet var avsluttet i 1980. Hun famlet i mørke, visste lite. Det var ikke hjelp å få sentralt heller, der var de nok like grønne som oss lokalt, forteller hun.

De første som kom hadde fått penger til klær på Hamar. Men det var sommer, og da vinteren nærmet seg, fant Else Ødegaard ut at hun måtte hjelpe dem med klesinnkjøp så de iallfall fikk det nødvendigeste for en kald Solørvinter.

På det økonomiske plan var det ingen sentrale retningslinjer. Det var opptil hver kommune å bistå med hjelp utfra Lov om sosial omsorg. De fikk 1500 kr. pr. flykting, men dette skulle gå til administrasjon. Fra 1982 ble det så en fast sum pr. flykting. Disse pengene skulle dekke utstyr til bolig, 6 mnd. livsopphold og administrasjon. I dag er det statlig refusjon for alt nødvendig utstyr ved etablering og mat fra 1. dag.

Else Ødegaard fikk etterhvert hjelp av støttekontakt Karin Slåstad, som trådte til utenom arbeidstid. Likevel ble det mye arbeid på fritida for henne selv også. Hun var mor for vietnameserne, - noe de kaller henne enda.

Bolig ble skaffet av Else Ødegaard. Boligbyggelaget solgte til Flybo, en langsom prosess med diskusjon om innskudd etc. Seinere har flyktinger etter en tid kunnet kjøpe boligen av Flybo ved hjelp av husbanklån.

Det gikk ikke lang tid før naboer til flyktinger kontaktet sosialkontoret og klaget over matlukt i oppgangen og biler som stod feilparkert. Flyktingene selv prøvde å gjøre det som var rett, men de følte at de ble voktet på spesielt nøye av naboene sine.

Det går bedre med dette etterhvert. Vietnameserne er behagelige, lite kravstore og lager ikke ubehageligheter selv, så det har stilnet nå.

Det var ikke lett å få jobb for flyktingene. Mange av mennene var flinke bilmekanikere, men det hendte at arbeidsstokken på et verksted ikke ville ha dem som arbeidskamerater. Noen fikk tungt arbeid på en fabrikk, noen pendlet til arbeid nærmere Oslo. De første som kom hadde kun 4-5 år på folkeskole og hadde seinere arbeidet som fiskere. Etterhvert var det noen vennefamilier som gav dem arbeid i egen bedrift.

De første som kom gikk på folkehøgskole etter ankomst. Det virket gunstig, men allerede da var det endel problemer. Depresjoner kom nå etterat den første, spennende tiden var over. Dette var det vanskelig å hjelpe med. Det fantes ikke lokal ekspertise. Idag er det langt lettere når Psykososialt team i Oslo kan tre støttende til. Det var skremmende da en buddhistisk vietnameser barberte hodet og Else Ødegaard fikk seg fortalt at dette betydde at han ville ta livet av seg. Flyktingene savnet sine kjære i Vietnam, - flere av dem viste seg å være gift i Vietnam og ha barn hjemme.

Norskopplæringen lå under skolekontoret. Det var sentralt bestemt at det skulle gis norskkurs over 240 timer. Dette var svært vanskelig undervisning da det stadig kom nye elever til i klassen. Idag er skolegangen forbedret endel for de voksne.

Det er også kommet iranere til kommunen de aller siste årene. Det synes som om de lærer norsk langt raskere. Antakelig kommer det bl.a. av at de er langt mer skolerte enn vietnameserne hos

oss. Dessuten er lydannelsen ikke så ulik den norske.

Hva har vært gledelig i disse årene som flyktningssekretær? spør vi Else Ødegaard. Og det er visst så mye.

Vietnameserne har alltid vært blide, fornøyde, vennlige. En blir så glad i dem, og jeg tror de er glade i meg også, smiler Else Ødegaard. Men det har vært vanskelig også. Å være alene i et så krevende arbeid er ikke godt. Mottakskommunene i Hedmark, samt Gjøvik og Lillehammer begynte å møtes hver annen måned for å drøfte problemer og samordne satser for ulike ytelser. Det hjalp. Ellers har det vært ille å være vitne til alvorlige familietragedier og

andre vanskelige hendelser innad blant flyktingene.

Kanskje er det ikke riktig at så mange familier bor så samlet i samme byggefelt som hos oss? De familier som kom uventet til Kongsvinger har fått bolig mer spredt blant norske og har derved fått mer kontakt med norske familier, det samme har ungdommene deres.

Videre er man etterhvert blitt klar over at barna i de vietnamesiske familiene bør lære vietnamesisk før de begynner i norsk barnehage. Nå taes de inn ca. ved 4 år. Imidlertid har bare under halvparten av barna barnehagetilbud idag. Det skal nå bygges en ekstra avdeling ved

neste barnehagebygging i Kongsvinger, delvis finansiert ved flyktningsmidler.

Det foregår idag en løpende drøftelse om flyktingenes situasjon i kommunen. TEK-gruppa, eller tverretattligkomite, består av sosialkontor, flyktningskontor, skolekontor og helsesøster.

Alt-i-alt har det vært et givende arbeid som jeg ikke ville ha vært foruten, sier en smilende Else Ødegaard og blar i den store håndskrevne bunken av kort på vietnamesiske flyktinger i kommunen.

Takk for praten!



JEG KOMMER FRA IRAN

Jeg heter Masoud. Jeg er 24 år gammel og kommer fra Iran. Først kom jeg til Fornebu. Jeg ble intervjuet av politiet. Jeg måtte fortelle hvem jeg var, hvor jeg kommer fra og hvorfor jeg søker politisk asyl her i Norge. På flyplassen måtte jeg vente i 2-3 timer før jeg fikk vite hva som kom til å skje med meg. Jeg forstod at jeg kunne leve i Norge, fordi det finnes noen som tror på frihet og fred i Norge.

Etterpå reiste jeg til Drammen. Til det kjente "Hotell Annexet". Jeg bodde der i 2 måneder. Det var ikke noe vi kunne gjøre. Jeg hadde et lite rom som jeg kunne bruke til å sove i, bare til å sove i. Etter noen dager begynte jeg å gå på biblioteket i Drammen. Det viktigste for en flyktning er å ha kontakt med mennesker. Flyktninger ønsker at folk

kan forstå flyktnings situasjon, kan forstå at vi måtte flykte fra vårt land.

Noen personer som arbeidet i Statens Flyktningesekretariat på hotellet, hjalp oss når vi skulle til lege og tannlege, og det var bra.

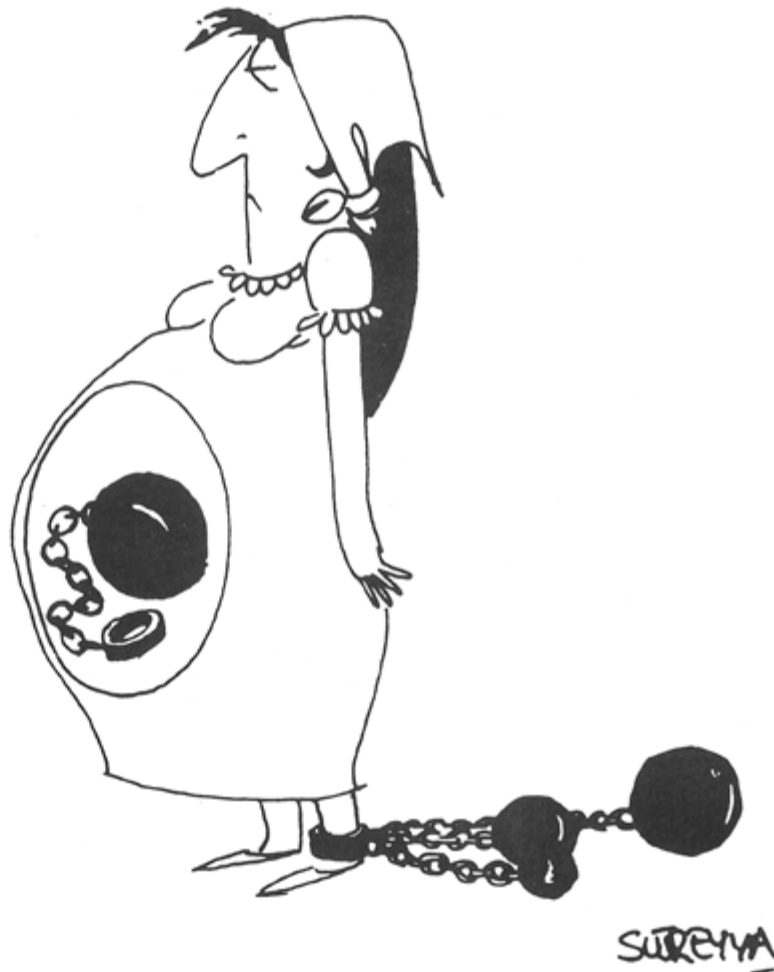
Etter 2 måneder måtte jeg reise til Kongsvinger. Da jeg kom til Kongsvinger var det sommer og skolen var stengt. Jeg begynte å lære norsk ved hjelp av kassetter og norske lærebøker. Jeg var på Solbakken Folkehøyskole i 1 år. Det var vanskelig å flytte derfra. Jeg glemmer ikke mine venner på Solbakken.

Det var veldig vanskelig å finne jobb i sommer, men jeg fikk en jobb ved hjelp av min venn. I år går jeg på Øvrebyen

videregående skole i Kongsvinger. Jeg har artium i fysikk og matematikk fra Iran, men jeg trenger noen fag for å få godkjent min artium her i Norge. Jeg har vansker med det norske språket, men jeg prøver å lære norsk så fort som mulig. Jeg har noen venner på skolen. Jeg håper at jeg kan bli kjent med mange andre, fordi jeg ikke liker å ha bare fremmede mennesker rundt meg. Jeg synes at flyktninger trenger psykisk hjelp også.

Til slutt takker jeg for all hjelp og støtte jeg har fått, særlig i min kommune.

Masoud. K



EN AV DE FØRSTE...

Først litt om meg selv. Jeg er f. 17/9-40, gift og tobarnsmor. Er mor til ei jente som nå er 20 år, og en gutt som er 17. Fra 1/1-88 er jeg ansatt som flyktningsesekretær i Kongsvinger. Det var vel mitt morshjerte som startet min "karriere" blant flyktninger.

høflighet. Vietnamesiske barn er meget strengt oppdratt. De skal vise respekt for voksne personer. Den eldste gjorde det, mens den yngre broren gav blaffen i både høflighet og respekt. Jeg skjønnte fort at han savnet sin mor og 2 brødre som var igjen i Vietnam, mer enn noen ante. Han satt ofte på golvet og rugget

lig kontakt med den yngste. Men så skjedde det noe som skulle bli min redning. Klassen til den yngste av de to - altså mitt "problembarn" skulle synge "Glade jul". Så viste det seg at den sangen hadde de også i Vietnam, og som katolikk brukte de å synge den ved juletid. I tillegg kunne gutten spille gitar, og



Min første virkelige kontakt med de vietnamesiske flyktingene her i Kongsvinger, fikk jeg på Vennersberg barneskole, høsten 1981. Jeg ble satt inn som ekstralærer for skolens to første vietnamesiske elever. Det var en spennende oppgave som rommet så mye: Usikkerhet, uvitenhet, utilstrekkelighet, kjærlighet, håpløshet, medlidenhet....Alt sloss om plassen i meg. På toppen av alle følelsene hadde jeg språkproblemer.

Det var to brødre jeg skulle ta meg av. Den ene fikk jeg tilsynelatende god kontakt med, men jeg mistenkte - og jeg tror med rette - at det var av ren

fra side til side samtidig som han gav fra seg en underlig sørgelig lyd. Det var ikke gråt, men et slags sårt ul. Dette skjedde ofte, og spesielt hvis den eldre broren forsøkte å fortelle noe fra Vietnam. Hvis jeg kom for nær, hendte det at han prøvde å holde meg på avstand ved å slippe "litt vond lukt". Jeg hadde så vondt av denne ungen at det etter hvert betydde alt for meg å kunne bryte gjennom den muren han omgav seg med, men jeg må innrømme at jeg var nær ved å gi opp mer enn en gang. Disse to guttene begynte på skolen i august, og da juleforberedelsene med tanke på juleavslutning for klassene tok til, hadde jeg enda ikke oppnådd skikke-

nå skulle han spille og synge et vers på vietnamesisk og så skulle klassen synge videre på norsk. Så var jeg så "heldig" at han ikke greide å spille i riktig tonehøyde for klassen, og enda "heldigere", jeg kunne spille litt på gitar, og nå fikk jeg sjansen jeg hadde ventet på siden skolen startet. Gutten og jeg gikk ut på gangen, fant riktig tonehøyde, og tok et lynkurs med nye akkorder på "Glade jul". Jeg følte sterkt at nå var muren han omgav seg med i ferd med å slå sprekker. Tenk han så på meg og smilte! Vi gikk tilbake til klassen, men da jeg satt der bakerst i klasserommet og så og hørte på mens de sang "Glade jul", greide jeg ikke sitte stille. Jeg måtte forlate

jeg ikke sitte stille. Jeg måtte forlate klasserommet. Synet av den lille triste gutten som satt sammen med glade norske barn og sang "Glade jul", ble for mye. Jeg visste kanskje bedre enn noen at han ikke hadde noen grunn til å synge denne sangen. Jeg visste hvordan han bodde sammen med far og en bror, og der var det ikke mye å glede seg over hverken ved jul eller andre tider. Far gikk på skole om dagen og norsk-kurs om kvelden. Han rakk akkurat å lage litt mat, for så å forsvinne avsted til norsk-kurs. Blokkleiligheten de bodde i, er det tristeste jeg har sett. Stua var møblert med to utslitte sofaer og et salongbord som klappet sammen hvis ikke far støttet opp litt ekstra med den ene foten. De manglet omtrent alt, men for at ingen skulle se det, hadde de tykke gardiner foran vinduene.

Jeg fortalte dette til rektor ved skolen, og i samråd med ham fikk jeg et møte med daværende skolesjef og representanter fra sosialkontoret. På møtet ble det besluttet at jeg skulle få kjøpe inn "noe". "Noe" var ikke mye, men de fikk det mest nødvendige og det var godt å se hvor mye det betydde for trivselen for denne familien.

Når jeg nå tenker tilbake, så rødmer jeg nesten av skam over et slikt mottak, for det er dessverre ikke bare denne familien som fikk en slik start. Det fantes ikke retningslinjer for noe, hverken når det gjaldt å utstyre leilighet eller kjøp av klær - tilpasse seg samfunnet osv. Alt manglet. De fikk en leilighet da de kom hit. Noen hadde med seg noen godt brukte møbler hvis de hadde bodd i mottakssentra før de kom. De som ikke hadde noe, fikk noen billige triste saker som ikke hadde kvalitet til å holde mer enn toppen to år, men de hadde fått møbler, og kunne ikke kreve nytt. Luksus som et bilde på veggen, en blomstervase eller annen form for pynt var utenkelig. Jeg tror det var verst for kvinnene. De fleste ble gående inne i disse triste leilighetene. Ingen besøkte dem eller tok dem med ut for å bli kjent med butikker, matvarer eller andre nødvendige ting. Mange av kvinnene ble gående hjemme uten å lære norsk, for det var ingen som sørget for barnevakt til barnefamilier når det var norsk-undervisning. Der det var småbarn i familien ble det far som gikk ut for å lære språket, for om mulig å få en jobb senere. Mor ble gående i sitt "bur". Det er svært mange av kvinnene som til dags dato kan lite norsk. Heldigvis gjø-

res det nå mye for å gi disse et godt tilbud om å lære, selv om de har "brukt opp" sine 240 timer som var det de had-

de krav på å få av norskopplæring før 1987.



Jeg kunne ha skrevet bok, for ikke å si bøker om alt som jeg etterhvert så burde ha vært gjort. Selv ble jeg veldig opptatt av kvinnene. Aha, her er det ei "rødstrømpe" som er ute, tenker kanskje mange, men det er nok ikke det. Jeg er opptatt av alle fra 0-90 uansett kjønn, men jeg måtte etterhvert tenke ut noe jeg kunne bruke fritida mi på. Noe som var litt mer planlagt. I lang tid hadde jeg gjort litt her og litt der helt tilfeldig ettersom det var behov, og behovene var mange til veiledning av alle slag. Alt var nytt, ukjent og vanskelig. Kvinnene slet med tekniske hjelpemidler de før bare hadde sett bilder av, og som de nå måtte bruke uten mulighet til å lese bruksanvisning. Så tenkte jeg at det var kanskje en ide å samle kvinnene en kveld pr. uke. Jeg visste at det var vanskelig, for de kunne minimalt med norsk, og jeg kunne to-tre ord vietnamsisk, men språkbarrierer har igrunnen aldri skremt meg, snarere tvert imot, så jeg satte igang. Jeg fikk til å begynne med låne skolekjøkkenet på Vennersberg skole. Etterpå fikk jeg høre at mennene hadde vært svært skeptiske, men hadde i fellesskap besluttet å la damene få gå på mine kvelder i tre måneder som ei prøvetid. Jeg var heldig og vant alles tillit.

Det hendte at det kom både damer og menn, og barna var alltid invitert slik at det ikke skulle hindre kvinnene fra å gå, hvis de hadde lyst. På møtene tok vi for oss enkle ting i huset som f.eks vaskemidler. Det var vel noe av det første vi begynte med, for svært mange ytret ønske om hjelp til å velge riktig vaskemiddel til riktig bruk. Vi fikk gratis prøver fra vaskemiddelprodusenter, for på den tida fantes det ikke penger til slik undervisning. Til meg var det ingen ting, skolen fikk jeg låne gratis, men selv om jeg ikke fikk lønn i form av penger, tror jeg at jeg på den tida fikk den beste lønn noen kan få. Det er ei tid jeg ser tilbake på med bare glede. Etterhvert fikk mange høre om våre "møter", og personer som hadde noen mulighet for å hjelpe oss økonomisk, kom nå inn i bildet. Vi fikk låne en eldre enebolig av kommunen, som vi kunne bruke så mye vi ville, vi fikk penger til å kjøpe inn nødvendig utstyr. Det utviklet seg bare i positiv retning. Mennene aksepterte møtene 100%. Kvinnene ble gladere og friere. De lærte forhåpentligvis noe hver gang og jeg mye. Vi tok opp det de ytret ønsker om. Det kunne være baking, strikking, juletrepynt, norsk mat, kroppspleie, påkledning,

stell av klær og etterhvert inviterte vi inn personer utenfra. Ved en anledning hadde vi besøk av helsesøster og lege. Damene var meget skeptiske, og lurte på om de virkelig brydde seg om å sitte sammen med dem. Jeg husker vi ble enige om å møtes en time før de "prominente gjestene" for å lage bløtkake med marsipanlokk. De var svært stille til å begynne med, men ettersom kaka og kaffekoppene forsvant, forsvant også skepsisen. Her var det ingen lege eller helsesøster i hvit frakk, men to nye venninner. Jeg vet ikke hvem som spurte, svarte eller lærte mest den kvelden. Alle var storfornøyd, både damene og gjestene. Slike kvinnekvelder burde være påbudt. Her får de mulighet til å lære litt fra vårt dagligliv hver gang. Ikke bare høre om ting, men se, lære, lage, smake, diskutere, snakke norsk. Det er uendelig mye som kan taes opp på slike møter. Noen ganger ber de om å lære ting som er så enkle at du ikke har tenkt at det kan være et problem, men ved ettertanke så er det klart at slik er det. Jeg skulle ønske at mange flere satte igang slike kvinnekvelder. Det er et stort behov, og meget hyggelig for den som får lov å være med. En trenger i hvertfall aldri å gå tom for ideer. Jeg gir gjerne ideer til de som måtte ønske å sette igang og ønsker lykke til.

Karin Slåstad
Flyktningesekretær i Kongsvinger.

HVILKEN ETAT BØR FLYKTNINGEKONTORET KNYTTES TIL?

"Det var som jeg måtte bli født en gang til". "Jeg startet på nullpunktet"....

Det er mennesker som har flyktet fra Khomeinis regime som beskriver sin situasjon i Norge.

Vi som arbeider med flyktninger rundt om i landet, kan lykkes i arbeidet dersom vi forstår betydningen av begrepet - innlevelse.

Innlevelse i hvordan det er å være "nyplanning" i det norske samfunn. De som er flinke med blomster vet at en nyplanning bør beskyttes mot for sterk kulde og for sterk sol. Samtidig skal de heller ikke overbeskyttes slik at de blir ute av stand til å overleve selv. Men de skal gis god grobunn og næring.

For første gang er Norge blitt et flerkulturelt samfunn. Utlendingene bor ikke lenger bare i de store byene, de flytter nå inn i de minste kommuner så og si på de ytterste skjær. De har virkelig fulgt oppfordringen og det nye slagordet: "Ut av trengselen!" For kommuner med synkende folketall og minkende ressurser, er de nye landsmenn en vinning i flere betydninger!

Men så spør det da - hvordan tar kommunene imot sine nye medborgere?

En kommune bør ha klare mål med det de foretar seg. Jeg tror at enhver ordfører eller rådmann både håper og tror at flyktningene skal bli gode, nyttige samfunnsmedlemmer som så fort som mulig skal klare seg selv. Men mange kommuner faller i den første fella: "Ja, så er det vel best og mest lettvisst at dere tilknyttes sosialkontoret" (og mener flyktninger og flyktningearbeidere).

Dette røper en endimensjonal tenkning, spør du meg. For her er vi med en gang ved et alvorlig spørsmål som nettopp kaller på - innlevelse-.

Vi nordmenn er ikke kommet lengre i vår oppfatning og våre holdninger enn at det er "tapere" som besøker sosialkontoret. At det er både flaut og nedverdiggende for de (stakkarene) som må gå dit. Alt det andre sosialkontoret arbeider med, har dessverre ikke slått gjennom i folks bevissthet ennå. Dette har flyktningene selvsagt oppdaget.

Samtidig føler de fleste at det er en stor påkjenning å ikke "klare seg selv" slik de gjorde i hjemlandet. Kombinasjonen kan derfor bli påtrengende vanskelig.

Hvilken etat burde så flyktningekontorene høre inn under? I midten av 70-årene da de første kommunale innvandrere- og flyktningekontor ble opprettet, var det bred enighet hos sentrale myndigheter om at tilknytning til sosialkontorene var uheldig. Da Bærum kommune, som den første i landet, ansatte en innvandrerkonsulent, ble hun plassert i skoleadministrasjonen. En heldig plassering! Flyktninger og innvandrere ble tilknyttet et kontor som hadde status. Når de besøkte kontoret, traff de mennesker som hadde med utdannelse og opplæring å gjøre, de gikk forbi (og innom) voksenopplæringen - og barna løp inn på lekoteket. Der satt innvandrerkonsulenten midt i et hus av positive signaler.

I en del kommuner er flyktningearbeidet tilknyttet kulturkontoret. Jeg behøver vel ikke beskrive de positive signalene som burde komme derfra. I noen kommuner er flyktningearbeiderne direkte

knyttet til rådmannskontoret, og det fungerer bra, sier de som har erfaring.

I begynnelsen ønsket flyktningene å komme til Oslo når de skulle plasseres ut i kommunene. Dette er i ferd med å endre seg. Flyktningene ser mer og mer hvor trivelig det er å bo på mindre steder der folk er opptatt av dem, der de møter varme og vennskap og kan ha oversikt over tilværelsen.

Ja, flyktningene møter virkelig varme og vennskap. Gjennom massemedia blir vi fortalt om mobbing og rasisme. Det er også sant, men er bare en del av virkeligheten. Flyktningens nærvær utover i kommunene har utløst varme og vennskap, energi og kreativitet for å løse problemer, og frigjort mye medmenneskelighet hos oss selv som vi kanskje ikke visste vi hadde.



Torill Spilhaug Eide
f. 1938.
Flyktningesekretær i
Kongsvinger.
Startet i Oslo og Bærum i 1973.

FLYKTNINGEBARNA, HVA MED DEM ?

Tallmessig utgjør unge, voksne menn størstedelen av de flyktinger og asylsøkere som kommer til landet vårt. Barna er en liten gruppe, men en viktig gruppe. Barna er en spesiell utfordring hva gjelder somatisk medisin, spesielt hva gjelder smitteoppsporing og vaksinasjonsopplegg. Dette skal vi ikke ta opp her, men drøfte noen forhold omkring barnas psykiske helse, sett i lys av nyere litteratur.

TA BARNA PÅ ALVOR

Som vi senere skal se, er på mange måter flyktingebarna i en spesiell risikosituasjon, og i noen sammenhenger kan de ansees å være i en høyrisikosituasjon. Når barn lider, kan det være vanskelig for voksne å reagere adekvat, også om vi er fagpersoner. Det kan være vanskelig for oss å bevare gangsynet, på den ene siden å erkjenne barnas smerte og tapsopplevelser, og på den andre deres reparasjons- og tilpasningsevne.

FLYKTNINGESITUASJONEN I VERDEN I DAG

Siden verdenskrigen sluttet i 1945 har det foregått ca. 150 kriger, og en regner med at 20 millioner mennesker har blitt drept i disse. Størsteparten av ofrene har vært kvinner og barn. Det er markert tendens til at de moderne krigene krever stadig flere sivile dødsopfer. I krigen i Libanon regner man for eksempel med at over 90% av dødsopferne er sivile (Gustavsson et al, 1987). Man regner

at det aldri har vært flere flyktinger i verden enn det er i dag. Høykommissæren for flyktinger har registrert 15 millioner, om man skal regne de reelle tall anslås dette til dobbelt så mange. Nøkterne kalkyler går ut på at halvparten av flyktingene er barn. De største mottakere av flyktinger er fattige land som grenser opp til flyktingenes opprinnelsesland (eksempelvis Pakistan, Thailand, Sudan). Til vår del av verden kommer det kun små bølgeskulp av flyktinger fra dette store havet. De som reiser langt er tallmessig ikke representative for den totale flyktingepopulasjonen, og det er forholdsvis få barn. Flyktingene representerer på mange måter menneskene bak nyhetsbildene. Vi kan derfor samtidig oppleve at vi både kjenner og ikke kjenner deres bakgrunn. Fra nyhetene vet vi noe om politiske strømninger og drøftinger på høyeste hold, men lite om livsmulighetene til de som lever under slike forhold.

BARNAS SITUASJON

Det vil variere i hvilken grad barna kan skånes fra dramatiske opplevelser, og i hvilken grad de har muligheter til å bearbeide eventuelle traumatiske volds- eller tapsopplevelser. Fra litteraturen kjenner vi til hvordan barn har kunnet leve under ekstreme forhold, men likevel få muligheter til vekst og utvikling fordi deres spesielle behov blir tatt vare på. Men det er også en rikholdig litteratur som beskriver hvordan det går med barn som blir passive ofre, og hvor utviklingen blir rammet. Alice Miller er blant de som har økt vår erkjennelse av hvilken smerte barn kan påføres når deres behov ikke blir tatt hensyn til (Miller, 1980 og 1987). Det er viktig å bygge på generell kunnskap om barns utvikling og traumer. For eksempel kan

beskrivelse av barns behov ved atskillelse som død og skilsmisse også lære oss noe om flyktingesituasjonen (Edvardson 1987).

Migrasjonsforskning fra en psykologisk synsvinkel har gjerne lagt vekt på de traumatiske tap som migrasjonen må innebære (Søderlindh 1984). Man taper sosiale kontakter, utdanning og ansiennitet er ikke lenger tellende. På det mer personlige plan kan evnen til å ta ansvar for seg selv forringes, evnen til å uttrykke seg på et fremmed språk og i en fremmed sammenheng kan være dårlig. Migrantens identitet settes i fare, fordi opprettholdelsen av identitet er avhengig av responsen fra omgivelsene, av de "sosiale spill". For barnas vedkommende innebærer migrasjonen ofte at antallet omsorgspersoner går ned, og at personer barna har knyttet seg sterkt til blir borte. Barn opp til 5-7 år domineres gjerne av en magisk tankegang (Freiberg 1967). Det betyr at barna ikke skiller mellom tanke og virkelighet, og at de mener at de kan skape virkelighet med sine egne ord. Når nære personer forsvinner fra barnet, også i de tilfellene det er barnet som reiser, vil gutten eller jenta ofte oppleve det som om det er dets egne onde tanker som har blitt til virkelighet. Dermed gir barnet seg selv skylden for det onde som skjer.

Flyktingebarna kommer ofte sammen med en av foreldrene, noen ganger kommer hele familien sammen. Situasjonen for familien er gjerne kaotisk, med mye usikkerhet, mange flyktinger og nye separasjoner. Foreldrene er gjerne i en stresset situasjon og har ofte nok med å takle sine egne tap (Gustavsson et al, 1987).

I de siste årene har det tildels skjedd en holdningsendring med hensyn på i hvilken grad man kan snakke åpent med barn om vonde ting. Før var gjerne tendensen at barn skulle skånes. Nå blir

det stadig oftere pekt på at det er umulig å lyve for barn, og at deres fantasier dessuten ofte er så mye verre enn virkeligheten. Dersom et budskap formidles på en måte som tar hensyn til barnets individualitet og utviklingsnivå, makter det sunne barnet ofte å sile informasjonen slik at det bare tar inn det som det kan tåle.

HVORDAN GÅR DET MED BARNA?

To nylig publiserte arbeider fra Sverige om flyktninge- og asylsøkerbarn, tegner et alvorlig bilde av situasjonen (Axels-

I over halvparten av familiene var det minst ett medlem som hadde vært utsatt for fysisk vold i hjemlandet. I noen tilfeller hadde barnet vært vitne til dette, og barna hadde ofte vært vitne til at en av foreldrene ble arrestert og bortført.

I de fleste familiene hadde barna vært atskilt fra minst en av foreldrene i endel tid.

Barna hadde ofte hatt uforholdsmessig stort ansvar, enten vis a vis foreldrene eller vis a vis småsøsken.

BARNAS SYMPTOMER

Depresjon og regressive symptomer er forholdsvis hyppig forekommende. Søvnproblemer oppgis hos Gustavsson et al å være tilstede hos hele 80% av barna. Spiseproblemer. Økt avhengighet av foreldrene.

Gustavsson vier dessuten spesiell oppmerksomhet til noen av barna som ikke har symptomer, men som likevel viser alvorlige trekk. Det er en gruppe barn som tilsynelatende har klart seg bra, men det skyldes at de har skjøvet alle problemer under teppet. Symptomer ser Gustavsson et al på som en protest og opprør, og en måte å bearbeide de vonde opplevelsene på. Men noen barn har



son 1987, og Gustavsson et al, 1987). Den sistnevnte trekker også opp retningslinjer for hvordan barn i denne situasjonen bør møtes, vi skal komme tilbake til dette.

De to materialene er noe forskjellige med hensyn til barnas alder og opprinnelsesland. Vi skal ikke detaljdrøfte undersøkelsene her, men de er nokså sammenfallende i sine generelle tendenser, og tegner et nokså dramatisk bilde av barnas forhistorie:

Begge de svenske undersøkelsene viser at barnas somatiske helsetilstand var nesten forbausende god. Derimot har en klar majoritet av barna psykiske forstyrrelser. Det er de samme tilstandene som går igjen, men forekomsten er noe forskjellig i de to undersøkelsene:

Psykosomatiske forstyrrelser er de hyppigst forekommende i undersøkelsen til Axelsson.

Aggressive utbrudd ses hos endel barn, spesielt hos barn i skolealder.

allerede gitt opp protesten. Gustavsson kaller dem "voksenbarn", de virker gamle og resignerte. Det ropes et spesielt varsko for disse barna, som bør sees atskilt fra de barna som har klart å bearbeide sine opplevelser på en konstruktiv måte.

BEHANDLING OG TILTAK

Spesielt Gustavsson et al diskuterer dette nokså nøye. To av forfatterne har

erfaringer med å arbeide med krigsrammede barn i Libanon. Utgangspunktet er at de voldsomme opplevelsene kan ha skadet barnet nokså grunnleggende. Men fordi dybdepsykiatrisk behandling av barn er meget komplisert, tas det heller utgangspunkt i å forsterke forsvarsmekanismene til barna. De bruker en modell som de kaller STOP, som ble benyttet i Libanon og som de mener med modifikasjoner kan benyttes her hjemme.

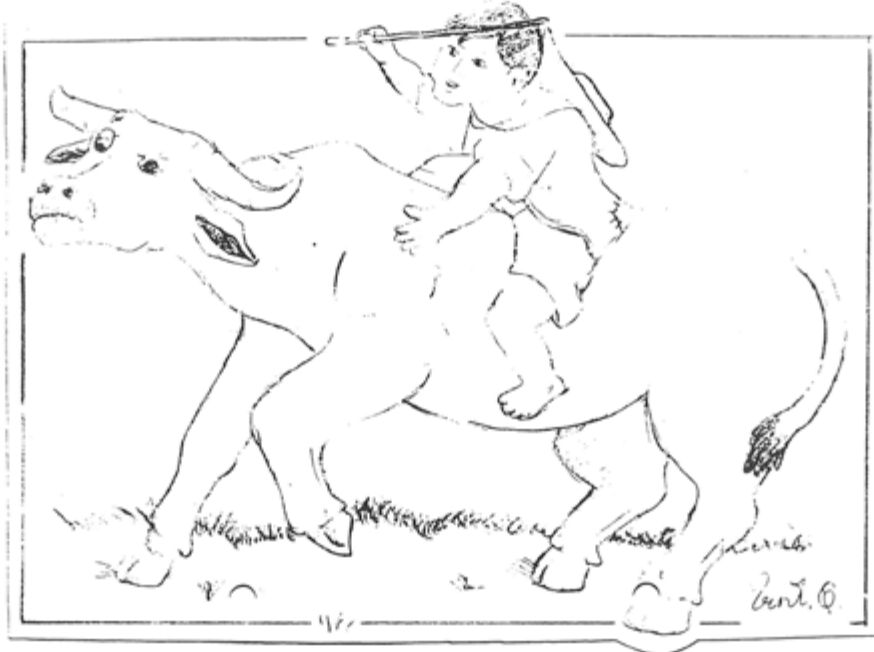
T står for "talking" og "time". Selv små barn har behov for og evne til å sette ord på sine tanker og følelser. Barnet kan ha fått en forstyrrelse i sin tillit til voksne, det er viktig at denne forsøkes gjenopprettet ved at barnet blir hørt på og tatt alvorlig.

O står for "organized play". Lek er også en måte hvor barnet kan gi uttrykk for sine følelser og bearbeide disse. I leken kan barnet få være barn igjen, og den kan bety avkobling og rekreasjon.

lige perspektivene som trekkes opp når det gjelder barnas psykiske helse, og de muligheter som faktisk finnes for at barna skal kunne bearbeide i hvertfall noe av sitt vanskelige erfaringsmateriale, maner til ettertanke.

REFERANSER:

Axelsson, R.: Barn i flykt. Malmø Sosialforvaltning, 1987.



Utgangspunktet er det kaoset barna opplever. Det er kaos i samfunnet. Barna har ingen mulighet til å forstå hvorfor krigen råder, hvem som er venn og hvem som er fiende. Også i familien er det uoversiktlig. En av foreldrene fjernes kanskje, det er uvisst om barnet får se vedkommende igjen. Inni barnet blir dette et følelsesmessig kaos, og barnets eventuelle symptomer er uttrykk for dette kaos. Målsetningen med STOP-modellen er å rydde opp i kaoset, og gi barnet muligheten til å bearbeide noen av sine følelser.

S står for "structure". Når det innvendige er rot, betyr en ytre struktur desto mer. Døgnrytmen kan legges opp, realistiske planer legges opp og må følges nøye. På den måten kan tilværelsen til en viss grad gjøres forutsigbar for barnet.

P står for "parent support". Det understrekes at det man gjør med barna må inkludere foreldrene også. Flyktningefamiliens livssituasjon kan skape forstyrrelser i familiemedlemmenes innbyrdes bånd. Det er viktig at ikke tiltakene overfor barna ytterligere svekker båndene mellom familiemedlemmene.

Til slutt påpekes at "vi kan mer enn vi tror": Det er lett å kjenne avmakt i arbeidet med flyktinger. Verdens grusomheter kan rykke tett inn på oss. Mangel på kunnskap om kulturen i hjemlandet kan oppleves som en barriere. Men total kulturkompetanse er ikke nødvendig. Faglig dyktighet, fantasi og innlevelsesevne rekker langt, sier Gustavsson et al.

Arbeidet med flyktningebarn vil være en typisk tverrfaglig oppgave. De alvor-

Edvardson, G.: Barn i sorg, barn i krise. Kolibri Forlag, Oslo, 1987.
 Freiberg, S.: De magiske årene. Fakkeltidning, Gyldendal, Oslo, 1967.
 Gustavsson, L.H., Lindkvist, A., Nordenstam, C., Nordstrøm, V.: Flyktningebarn i Lycksele. Stensbergiska vårdcentralen och Socialkontoret i Lycksele, 1987.
 Miller, A.: Barneskjebner. Gyldendal, Oslo, 1980.
 Miller, A.: I begynnelsen var oppdragelsen. Gyldendal, Oslo, 1987.
 Søderlindh, E.: Invandringens psykologi. Natur och Kultur, Stockholm, 1984.

**Berit Austveg
f..1948**

Bydelslege på Helsetjeneste for innvandrere siden 1976.

KOMMUNALT FLYKT- NINGEGARBEID - SETT FRA EN ADMINISTRATIV SYNSVINKEL.

Det foreligger ingen statlig instruks for hvordan de kommunale tjenester for flyktninger og asylsøkere bør legges opp. Dette gir den enkelte kommune stor frihet, men samtidig et stort ansvar.

De såkalte administrasjonspengene som kommunen får for hver mottatte flyktning eller asylsøker er midler som er øremerket flyktningearbeid, men som ellers kan brukes slik det kommunale flyktningeapparatet finner best. Det blir derfor en viktig oppgave å lage et gjennomtenkt og godt flyktningebudsjett, der de forskjellige behovene flyktninger måtte ha legges til grunn.

I vår kommune har administrasjonspengene siste år bl.a blitt brukt til å styrke det administrative apparatet omkring flyktningene. Et eget flyktningekontor underlagt sosialkontoret er opprettet, med en bemanning som muliggjør begrenset økonomisk og praktisk hjelp og veiledning til den enkelte flyktning. Dessuten vil kontoret selvfølgelig ta seg av vanlig registrering og økonomisk styring ut ifra de budsjetterte midlene.

Flyktningearbeid er likevel langt mer enn vanlige administrative rutiner. Utgangspunktet er at flyktninger, i motsetning til vanlige sosialklienter, er ressurspersoner med god evne til å ta ansvar for sin egen situasjon.

Materielt sett er flyktninger sikret ved at staten gir full refusjon for alle sosialutgifter fra første dag de ankommer

kommunen. Der er flyktningekontorets oppgave å følge loven om sosialhjelp slik at den økonomiske bistand flyktninger får ikke blir urimelig liten eller stor.

Samtidig vil flyktninger vanligvis møte en rekke problemer i etableringsfasen som vi ikke greier å løse ved enkle midler på flyktningekontoret. Det viser seg dessuten vanskelig å avdekke alle typer problemer ved en prat på kontoret. Vi er derfor avhengige av i langt større grad enn nå å oppsøke flyktninger i deres hjemmemiljø og få tilbakemelding fra skole, voksenopplæring, helsestasjon o.s.v. Samarbeide med de øvrige kommunale instanser som har med flyktninger å gjøre er en forutsetning som vi aldri må slippe av syne. En styrking av bemanningen på flyktningekontoret må ses i sammenheng med behovet for bedre kontakt med flyktningene utenfor kontoret. Den sosiale kontakten vi oppnår ved hjemmebesøk er viktig både for kontoret og flyktningene selv.

Det er viktig å erkjenne at et kommunalt flyktningekontor ikke alene er nok i arbeidet med flyktninger. En hjørnestein i alt flyktningearbeid er tanken om integrering. Dette betyr at vi skal arbeide for at flyktninger så snart som mulig etter ankomst føler seg som vanlige brukere av de kommunale tjenester. I etableringsfasen vil flyktningekontoret koordinere disse tjenestene for flyktningene, til de selv føler trygghet til å oppsøke dem selv. Dette forutsetter naturligvis at tjenestene finnes, og det er

slik i vår kommune at jobber og barnehageplasser ikke akkurat vokser på trær. I mange tilfeller vil derfor flyktningekontoret selv måtte ta initiativ for å skape tjenestene, noe som naturligvis går ut over andre oppgaver på kontoret.

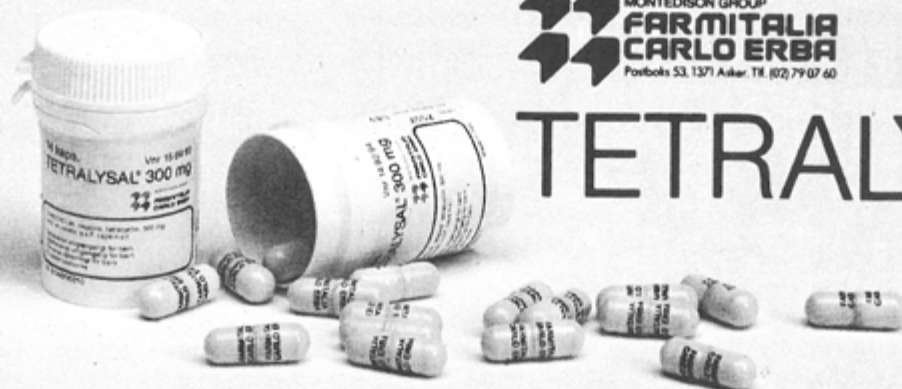
Det synes også viktig å erkjenne at selv om det generelle målet for flyktningemottak må være å gi hjelp til selvhjelp, vil det være behov for å se på flyktninger som en særgruppe, i den forstand at det er nødvendig med noe mer hjelp til denne gruppa over en periode, før de er skikkelig integrert i lokalmiljøet. En raskest mulig opprustning m.h.t. norskopplæring, barnehageplasser og jobber vil være et viktig skritt i retning av å normalisere denne gruppa. Kommunen sentralt bør spørre seg selv om de har råd til å la være å investere noe overfor disse menneskene.

Det er vel dessuten slik at kommunen bør føle et reelt ansvar overfor mennesker de har sagt ja til å hjelpe. Det vil helt sikkert være av nytte å betrakte flyktningearbeid ikke bare som flyktningekontorets anliggende, men at kommunen oppretter et sentralt organ som kan se på og utarbeide planer for det videre arbeidet med å integrere flyktningene. For å foreta nødvendige beslutninger bør også politikerne inn i dette arbeidet.

Aslak Gylder
f. 1952
Flyktningekonsulent i
Kongsvinger.

TETRALYSAL®

(lymecyclin)



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Dosering: Voksne: Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til

barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Fordelene er: Mindre G.I.-bivirkninger, bedre lipidløslighet og hurtigere absorpsjon.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. mars 1988 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg × 1	kr. 143,60
DOXYLIN	100 mg × 2	kr. 268,20
DUNOXIN	100 mg × 2	kr. 279,10
VIBRAMYCIN	100 mg × 1	kr. 169,70
VIBRAMYCIN	100 mg × 2	kr. 318,80
TETRALYSAL	300 mg × 2	kr. 143,10

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mgh/l)

l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
- Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2: a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 71,55 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til
kr. 105,10 (20 pkn.) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)
- c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)
- d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:

Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

Imidlertid styrkes oppfordringen i en senere studie (6) av D. Danielson, Ørebro. 5. dag lå alle som fikk 100 mg doxycyclin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml)

(1) Mårdh. Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981. (2) Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985. (3) A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Acute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738. (4) Carefelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976. (5) L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982. (6) D. Danielsson et al.: Vilket tetracyclin bør väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.

NOEN BETRAKTNINGER OM KULTUR OG INTEGRERING

Når arbeid med innvandrere og flyktninger drøftes, kommer temaet "kultur" raskt opp. Innvandrere har en fremmed kultur, og den må taes hensyn til, ellers går det galt.

At våre pasienter har en bakgrunn vi må kjenne til, er ikke noe nytt for Utpostens lesere. Det dreier seg om individuelle forhold, familie, sosiale forhold. I den senere tid har det ofte vært påpekt at kulturelle forhold også spiller stor rolle. Det at vi leger kan ha en annen kulturell bagasje enn våre pasienter, og dermed andre verdier, normer og prioriteringer er vel kjent. Følgen av dette er at vi trenger kulturell kunnskap for bedre å møte den enkelte pasient. Det er et overordnet mål at innvandrere og flyktninger skal integreres i det norske samfunn (Stortingsmelding nr.74, 1979-80). I diskusjonen om dette snakkes det mye om kunnskapsoppbygging, hvor nettopp kunnskapsdelen er en viktig bit. Kunnskap om hverandre skal gi gjensidig respekt og forståelse.

I mitt arbeid med innvandrere har jeg funnet det nyttig og interessant å lære om innvandreres kultur, spesielt i forhold til hvordan man mener helse opprettholdes, og hvordan sykdommer benevnes og behandles. Noe har vært svært eksotisk, og forklaringsmåter som Yin og Yang, mystikk og magi har vært en del av min medisinske hverdag, midt i Oslo. Etterhvert har jeg lært at mine forklaringsmåter har vært eksotiske for mine pasienter, og vi har arbeidet for å finne en felles plattform og grunnlag for samarbeide.

Noen ganger har jeg vært konsulent for kolleger i saker med innvandrere hvor det har blitt spesielt problematisk. Det har vært hos allmennpraktikere eller psykiatere, hvor jeg har vært med på konsultasjonen. Nokså skuffende og litt forvirrende har det vært å oppdage at grunnene til at det har skåret seg i forhold til de legene jeg har vært hos, aldri har vært at pasienten har hatt "merkelige" forklaringsmåter som legen ikke har forstått seg på. Tvert imot ser det ut til at legene, i den grad det har kommet opp, har taklet overnaturlige vesener og andre uvante fenomener på strak arm. Jeg tviler forresten på om det i det hele tatt har vært noe sentralt tema i konsultasjonene. Pasientene lærer seg ganske fort at den slags ikke er særlig gangbart i Norge, og passer seg for å utlevere det. Kanskje er det heller ikke av så stor praktisk betydning som jeg har trodd. Det som imidlertid dominerer som årsak til at konsultasjonen ikke blir fruktbar, er legenes tilbakeholdenhet og nøling. Noen har vært så redde for å trække i noen slags kulturell salat at kommunikasjonen har blitt blokkert. Legen har holdt tilbake sentrale spørsmål av frykt for at spørsmålet har kunnet virke støtende. Selv erfame leger har noen ganger vært så tilbakeholdne at man overhodet ikke har fått relevant anamnese. Når pasienten har ønsket å vite legens vurdering, har legen vært så bekymret for at denne skulle virke støtende at pasienten ikke har fått svar på spørsmålene sine.

Noen få ganger har jeg kunnet bidra med kulturkunnskap som har vært oppklarende. Det har i hovedsak vært om familieforhold og bånd til nære personer.

Kasus:

En pakistansk mann hadde sterke nakke- og ryggsmarter, og ble oppfattet som depressiv. Det hadde startet da hans onkel døde i Pakistan, og han kunne ikke komme til begravelsen. Det framgikk av opplysningene at pasientens egen far døde da pasienten var liten. Min kunnskap om forhold der pasienten kommer fra er at et barn hvis far er død, ofte blir tatt hånd om av farens bror, som trer inn i farens sted. Det viste seg at det hadde skjedd her. Det var altså farsfiguren som var borte, og "sønnen" hadde ikke fått vist ham den siste ære. Da ble pasientens reaksjon også mer forståelig. Men egentlig burde denne forhåndskunnskapen vært unødvendig om legen hadde vært pågående nok til å spørre om hva slags forhold pasienten hadde til onkelen, altså hvilket tap han hadde lidt. Isteden ble pasientens fysiske smerter tolket som "kulturelt betinget".

Noen få ganger har det vært andre, spesielle grunner til at kommunikasjonen ikke har fungert. Enkelte av legene så ut til å ha dårlig kontaktevne, og det slår ut spesielt når pasienten er svært forskjellig fra oss selv. Et annet punkt det kunne skjære seg på, var språkforståelsen. Vi er ikke vant til å høre vårt eget språk gebrokkent uttalt. Dessuten var det noen ganger en undervurdering av behov for tolk. Spesielt der pasienten hadde vært lenge i Norge, kunne det være direkte uvilje mot å erkjenne tolkebehovet. Det er mulig at de kollegene som har søkt konsultenbistand ikke er representative for den norske legestand. Men uansett kan det være nyttig å se på hvilke mekanismer som kan være ute og gå. Det ser ut til at vi leger kan bru-

ke strategier for å trekke oss unna i konsultasjon med innvandrere og flyktninger. Begrunnelsen er ofte frykt for å trække i den kulturelle salaten, eller at vi ikke har nok kunnskap om den andre part. Vi selv har også en kultur, og kanskje det kunne være nyttig å se på den, om vi der kan finne noe som kan forklare vår adferd.

Hvem er vi, allmennpraktikere av 1988? Hvordan er vi, og hva kan forklare våre sperrer? Hva slags verdier, normer og prioriteringer har vi? Skal vi våge oss på å beskrive dette, må det bli stereotypier. Det vil det alltid være når det er snakk om kultur. Som alle stereotypier har de sine fordeler, og sine begrensninger.

La oss se på noen emner. Selv om vi retter søkelyset mot vår egen kultur, kan det ikke sees isolert. Kulturelle verdier

blir ofte synlige først i møte med en fremmed kultur.

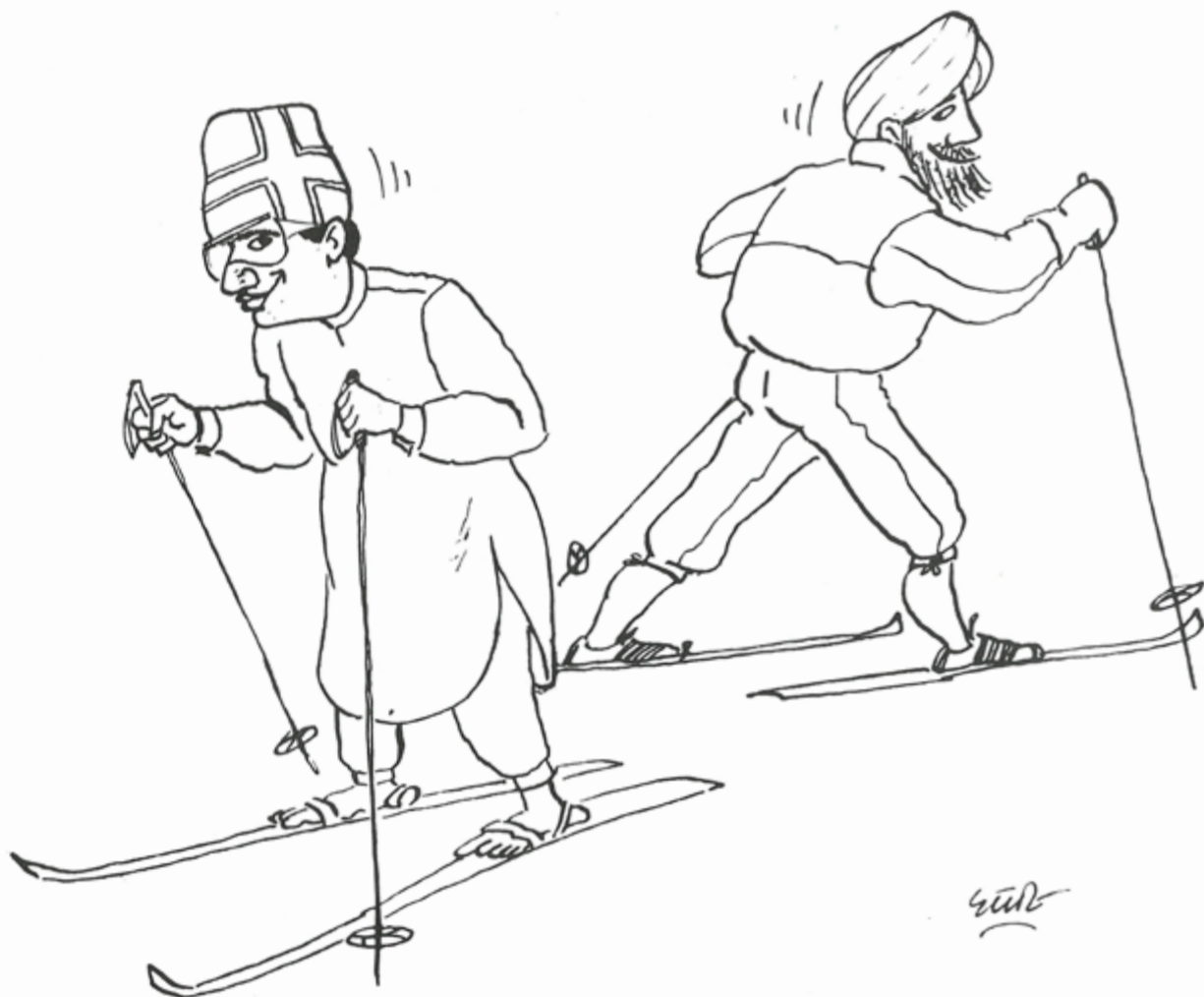
SYMPTOMVALG

Både fra teori og praksis vet vi at pasienter i noen grad bevisst, men særlig ubevisst, velger symptomer. Freud beskrev hvordan symptomer ofte har symbolsk betydning. Hvis forbudte, aggressive impulser truer med å bryte igjennom, og man ønsker å slå, kan armen bli lammet. Det å ha det vanskelig på noe vis fører til press, og symptomet er den måten presset kommer til uttrykk.

I forskjellige kulturer vil frekvensen av ulike symptomer være forskjellig, og i samme kultur vil forekomsten endre seg over tid. I vårt land ser vi f.eks. langt færre av de dramatiske, hysteriforme sykdomsbildene nå enn man gjorde

tidligere. Den hysteriske pasient har fått et suspekt skjær, og grensen mot simulering og juks er uklart. Hysteriske reaksjoner har lav prestisje. Vi kan oppfatte pasienten som umoden, og kanskje litt umoralsk. Vi ønsker oss gjerne heller at den pasienten som har vansker i livet sitt skal være introvert og tungsindig. Slike preferanser er ikke universelle. Latinamerikanske kolleger kan f.eks. fortelle at i deres hjemland blir en slik depressiv adferd sett ned på, den er usosial og umoden. I en kultur hvor man framskaffer så overdådig fargerike romaner som "Hundre års ensomhet" og "Åndenes hus" er overdrivelser og utagering akseptert på en helt annen måte enn hos oss.

Allmennsymptomer og diffuse plager, er også symptomer som har lav status hos oss. Pasienter bør kunne lokalisere en plage og beskrive den. Smerten bør



ha både lokalisasjon, karakter og utstråling. Men nettopp allmennsymptomer som slapphet og svakhet, eller ukarakteristiske smerter i hele kroppen, er mange steder i verden ansett som en adekvat måte å gi uttrykk for plager på. Det gir respons hos omgivelse, inklusive leger, og det gir bekreftelse på sykerollen.

SYMPTOM- PRESENTASJON

En som er syk, må vise seg "passe syk". Man skal ikke overdrive og klage "unødige", men heller ikke neglisjere en plage. Hvilken type adferd som passer for en pasient, hører til den subtile, men viktige kulturkunnskap. Den pasient som klager mer enn vi synes er rimelig, kan irritere oss og står i fare for å miste sin troverdighet. Vi kan få sperre i forhold til pasienter som kommer fra kulturer hvor man tillater at lidelse kommer sterkere til uttrykk. Det samme kan skje overfor den pasienten som p.g.a. dårlig språkfelleskap med oss må "smøre litt ekstra på" for at vi skal forstå at pasienten er plaget.

OM SINNE OG AGGRESJONS- HEMMING

Vi som er leger har valgt et yrke hvor vi stiller med andre menneskers sykdom og fortvilelse. Vi har valgt en spesialitet som skal gi omsorg som skal være kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Det høres svært snilt ut. Hvordan står det til med vår egen aggresjon? Det er grunn til å tro at vi er en svært aggresjonshemmet gjeng.

I vår kultur har pasienter liten anledning til å stille krav, være sinte eller på annen måte vise aggresjon. Mange steder er det ikke slik. Pasienter kan stille krav til undersøkelse og behandling, og

komme med sanksjoner mot den legen som ikke gjør som ønsket.

Hvordan reagerer vi hvis pasientene stiller krav? Møter vi dem med bomullsaktig forståelse ("Stakkar, det er vel ikke så greit"), trekker vi oss unna ("Det får da være måte på!"), eller som mennesker av kjøtt og blod, inklusiv vår faglighet?

Andre ganger har vi grunn til å være irritert. Det er heller ikke så lett for oss. Når en pasient gjentatte ganger kommer for sent f.eks, og tolken har gått eller timelisten vår forrykkes. Ofte tror jeg vi gir uklare tilbakemeldinger. Pasientene lærer av sin erfaring at vi har et større slingringsmonn enn vi opplever at vi har. Så kan vi gå lei, og støtte pasienten fra oss.

DEMOKRATISME OG AUTORITET

Demokrati er en styreform. Demokratisme er en filosofi, og den er utbredt her i landet. Den sier at vi alle er like. Vi kan like mye, eller like lite. Likheten er likevel en illusjon. Pasientene kommer til oss fordi vi er forventet å vite noe mer enn de selv, og vi er betalt for det. Vi håndterer likevel situasjonen, f.eks. ved at vi er autoriteter uten at det liksom synes så mye. Jeg tror at også norske pasienter tillegger oss mer autoritet enn vi skulle ønske oss og som er godt for nattesøvnen, men de holder det ofte skjult for oss. De er lojale mot sin lege, og hjelper oss i vårt dilemma. Slike subtile spill er avhengige av at begge parter kjenner sin rolle.

Flyktninger og innvandrere kan være vant til leger som mer åpent inntar autoritetsrollen, og er trygge i denne. Det innebærer ikke at pasienter overkjøres, det er ingen motsetning mellom å ha medisinsk autoritet og det å ta pasienten på alvor. Pasienter som er vant til denne type leger, kan forvirres av vår "Hva sy-

nes du selv om dette" - holdning. Jeg tror det noen ganger skjer en polarisering: Pasienten forventer en trygg autoritet, og vi vegrer oss for å gå inn i den. Pasienten opptrer så ennå mer hjelpeløs for å "hjelpe" oss. Vi sjokkeres over pasientens passivitet, og glir inn i apati p.g.a den "kulturelle barrieren".

DE FLINKE SKOLEBARNA

De fleste av oss som kom inn på doktorskolen, var blant de flinkeste på skolen. Kanskje var det fordi vi var så glupe. Men viktigere i denne sammenheng er det at det var vi som alltid kunne lekse, og alltid var forberedt til timene. Er det derfor det kan være så angstskapende for oss å få pasienter vi føler at vi kan for lite om? Er det derfor vi er så lite flinke til å stille vår uvitenhet åpen, og spørre pasienten? Innvandrere og flyktninger klager ofte over at leger er så lite interesserte i dem, mens leger klager over mangel på kunnskap om innvandreres kultur. Hvorfor klarer vi ikke å bruke den informasjonskilden vi har foran oss - pasienten?

Kulturell overkjøring, det å kreve at innvandreren eller flyktningen skal forstå og rette seg etter våre skikker og normer, er uheldig, og virker mot integrering. Men det er ikke den eneste utestengningsmekanismen som benyttes. Tilbaketreking, og det å unngå å møte pasienter nært, der de er, kan også være med på å isolere pasientene, og å gjøre integrering vanskelig. Denne "snille" varianten av utestengning tror jeg vi som allmennpraktikere står i en særlig fare for å være med på.

Berit Austveg.

f. 1948

Bydelslege på Helsetjeneste for innvandrere siden 1976.

IMPROVISERT VERKTØY

En vakker og varm fredag ettermiddag juli 1987 fikk Lærdal helsesenter telefon om at det visstnok var en stor flokk asylsøkere på vei til et av kommunens hoteller. (Det er alltid på fredag ettermiddager at slikt skjer.)

Vi fikk ikke mer enn noen timer og en enslig vaktlege til å forberede ankomsten.. Nå, snart ett år etter, har vi hatt over 200 asylsøkere fra over 5 land i fase-II-opphold i kommunen. I slike situasjoner er det improvisasjon, kjennskap, vennskap og telefon som skal til. En PC hjelper også godt.

Vi ringte over det ganske land til folk vi kjente (og ikke kjente) som hadde

erfaring med asylsøkermedisin. Vi bestemte oss for å tilby alle asylsøkere en helsekontakt - for selv om alle angivelig var undersøkt, var det slett ikke alltid tilfellet.. I hvert fall var det vanskelig å oppspore resultatene. Dessuten mente vi at en helsekontakt der vi signaliserte interesse for asylsøkernes totalsituasjon ville være forebyggende og arbeidsbesparende i vidt perspektiv.

Vedlagte skjema er et av biproduktene av arbeidet disse hektiske sommermånedene. Journalarket brukes på alle, i tillegg brukes vanlig lab.ark, og helsestasjonskort på barna. Sjekklisten skal minne legen på hovedpunktene i en

medisinsk situasjon som er fjern fra vår egen hverdag.

Skjemaene er under kontinuerlig revisjon etter hvert som vi får mer erfaring og etter hvert som andre nasjonaliteter kommer til. Det er et fellesprodukt fra alle som lyttet til vår fortvilelse på telefon sommeren 1987. Det representerer en arbeidsform som vi fant nyttig i en ny situasjon - og deles gjerne med Utpostens lesere. Skjemaene vises på neste side.

**Kommunelege Janecke Thesen
5890 Lærdal**



SJEKKLISTE.

HELSEKONTAKT, asylsøkere, voksne, LÅRDAL KOMMUNE januar 1988

SJEKKLISTE SPRÅK.

Opprinnelig språk? Snakker engelek? norsk? øl. lign.? Tolkebehov.

SJEKKLISTE REISERUTE.

Poenget her er bare å vite hvilke land man har vært innom (for Norge), og hvor man har bodd etter innkomst Norge. Det første er viktig bl.a. infeksjonsmedisinsk; det siste er viktig mht. å innhente opplysninger om evt. tidligere helsekontakt.

SJEKKLISTE UTDANNING/YRKE: Ønsker jobb nå?

SJEKKLISTE FAMILIE.

Gift/ugift? Antall barn? Hvor befinner de andre famillemedlemmene seg? Navn?

SJEKKLISTE BCG-VAKSINE.

Arr etter BCG? Dokumentert vaksinasjon? Hvor? Når?

Alle skal vaksineres dersom de er pirquet neg. og dersom vi ikke vet at de er vaksinerte fra før.

SJEKKLISTE PIRQUET-REAKSJON.

Når/hvor/resultat. Alle skal testes etter ankomst Norge. Alle spontant positive barn henvises diagnosestasjon.

SJEKKLISTE RØNTGEN THORAX:

Når? Hvor? Resultat? Alle over 15 år skal ha tatt rtg. thorax etter ankomst Norge, uansett pirquet-reaksjon.

SJEKKLISTE VAKSINER.

Fulgt vanlig vaksinasjonsopplegg i hjemlandet? Dokumentert?

SJEKKLISTE HELSEKONTROLL.

Når? Hvor? Helsekort?

Må vi innhente opplysninger?

SJEKKLISTE AKTUELLE PLAGER.

Hoste

Feber

Smarter

Hudlidelser

Innvollsorm

SJEKKLISTE PSYKISKE PLAGER.

(Etter Helsestjenesten for innvandrere, Oslo Helseråd.) Husk dette er en screening. Personer som er torturerte osv. tilbys nærmere gjennomgang og evt. hjelp.

Anamnese:

- vært arrestert
- vært fengslet
- vært i omskoleringsleir (for vietnamesere)
- vært torturert
- vært utsatt for andre voldshandlinger
- levet under press
- farefull/vanskelig flukt (sult, væskedepivasjon, angstfylt)

Symptomer:

- nedsatt konsentrasjonsevne
- gjenopplevelse i søvne eller våken tilstand
- tap av kontroll eller angst for slikt tap

Funn:

- generelt inntrykk (kontaktevne, tremor)
- tegn til depresjon
- speti

Forlag til spørsmål om gjenopplevelse:

Er du plaget av ubehagelige tanker eller drømmer om ting som har hendt tidligere, ting som har vært en påkjenning for deg?

-om depresjon:

Er du glad og fornøyd noen gang, eller er du alltid trist?

SJEKKLISTE, ORGANSTATUS.

Otoskopi. Kronisk otitt?

Adenitt

Hepato/splenomegali

Icterus

Bilyder over cor - klaffefeil?

SJEKKLISTE KONKLUSJON.

Behov for tiltak? Innhente opplysninger, rekvirere spesialundersøkelser, henviser? Fast kontroll annetsteds?

Husk å fylle ut og utlevere helsekort. Bruk det de har fått før hvis de har helsekort annet steds fra.

Vedr. HIV avmerkes bare om det er tatt.

For utfyllende litteratur osv. se under "asylsøkere" i perm for lokale retningslinjer.

Helsekontakt, asylsøkere, voksne, Lårdal Kommune, jan. 1988, s.1.

Helsekontakt, asylsøkere, voksne, Lårdal Kommune, jan. 1988, s.2.

RØDE KORS ID noi

LHS reg. noi

Etternavn	Fornavn	Født	Kjenn
			M-K

Aktuelle plager:

Psykiske plager:

Naturlige funksjoner:

Medisiner:

Organstatus: Se også labark.

Laboratorieundersøkelser se lab.ark.

Konklusjon

Dato:

Lege:

RØDE KORS ID noi

LHS reg. noi

Etternavn	Fornavn	Født	Kjenn
			M-K

Aktuelle plager:

Psykiske plager:

Naturlige funksjoner:

Medisiner:

Organstatus: Se også labark.

Laboratorieundersøkelser se lab.ark.

Konklusjon

Dato:

Lege:

Helsekontakt, asylsekere, voksne, Lerdal Kommune, nov. 1987, s.1
Se sjekkliste for veiledning i utfylling. Skjemmet skal kunne for-
ståes også av en som ikke har sett sjekklisten.

Helsekontakt, asylsekere, voksne, Lerdal Kommune, nov. 1987, s.2.

ERFARINGER HØSTET I ARBEIDET MED FLYKTNINGER

Inger Daae-Qvaale er helsesøster i Kongsvinger kommune. Kommunen har i flere år tatt imot asylsøkere/flyktninger, vesentlig fra Vietnam og Iran. Det er fire helsesøstre som på ulike måter er involvert i dette arbeidet. En del av de erfaringene som er gjort er ført til pennen av Inger Daae-Qvaale i denne artikkelen.

HAR FOREBYGGENDE HELSETJENESTE ET TILBUD Å GI ASYLSØKERE/ FLYKTNINGER?

Med ulik bakgrunn for flukten har asylsøkere/flyktninger ting felles når de kommer hit. De har forlatt vesentlige ting som omgir den hverdagslige trygghet, slik som nær familie, venner, nasjonal tilhørighet, språkfelleskap og en sikker fremtid.

Å miste alt dette medfører reaksjoner på mange plan. Samtidig stilles det store krav til tilpasning i nye omgivelser. Så lenge overskudd og krefter brukes på integreringen i nytt miljø, er det lite rom for å slippe fram følelser som bringer tapet av alt som er etterlatt opp i dagen. Like fullt er disse følelsene der, oftest kamouflert i andre symptomer, og de dukker opp et sted underveis i den tidkrevende etableringsprosessen. Etter å ha arbeidet med asylsøkere/flyktninger noen år i vår kommune har vi tydelig sett et mønster som gjentar seg i de fleste familier/grupper. Som helse-

søster er en involvert i mottakets hjelpeapparat, og vår rolle er sentral i dette arbeidet. De erfaringene en gjør underveis bør være grunnlag for bestrebelser på å forme gode og tiltaksbeskrivende planer for den forebyggende helsetjenesten overfor denne gruppen.

TAPSREAKSJONER I FORBINDELSE MED FLUKT FRA EGET HJEMLAND

Med den spesielle bakgrunn denne gruppen har, finner en mye sorg og fortvilelse i forbindelse med det de har måttet reise fra. Sentrale ting her er: Mange asylsøkere/flyktninger opplever det å ha forlatt hjemlandet som personlig "svik" mot familie, venner, landet eller andre "idealer".

- Reaksjoner på langvarig utrygghet, forfølgelse, rettsløshet, fengsling eller tortur.
- Tap av hjem, sosiale forankringer.
- Tap av familie, venners død som følge av krig eller politiske uroligheter.

Vi har erfart at det en tid etter etableringen på nytt bosted dukker opp fysiske eller psykiske reaksjoner på flukten. Gjennom samtaler avdekker en ofte at de bekymringer som har ligget latent "blomstrer" gjennom ulike symptomer fra kropp og psyke. Og at disse igjen kan tilbakeføres til tiden før/under og etter flukten.

PROBLEMER I ETABLERINGSFASEN PÅ NYTT BOSTED

I tillegg til belastninger med å ha forlatt sitt eget land, er etableringen på et nytt sted problemfylt på mange måter. Det som er gjennomgående for de fleste er:

- Språkproblemer/barrierer.
- Isolasjon, passivitet i forhold til nye, fremmedartede forhold.
- Kollisjon mellom ulike kulturtradisjoner.

Språkbarrieren er et meget stort problem. Et kriterium på trygghet må være muligheten til å formidle seg klart. Når en ikke har noe felles språk eller der språket ikke når fram, sier det seg selv at utrygghet og følelsen av å være stengt ute er nær. Behovet for å være sysselsatt og å føle seg nyttig er umåtelig stort hos denne gruppen. De føler en taknemlighetsgjeld til mottaksnasjonen, og er opptatt av å innlemmes i vårt samfunn på de premisser som legges for de. Gjennomgående møter vi velutdannede, ressurssterke mennesker som er vant til å ha ansvar. Det at det tar tid før de kommer i arbeid, både av språkmessige grunner og et begrenset tilbud om arbeid, forsterker isolasjonsfølelsen. Mennene kommer gjerne først ut i vårt samfunnsnivå. Kvinner og førskolebarn lever lengre i "hjemmeisolasjonen". Dette p.g.a manglende tilbud om barnepass. (Barnehage, park eller lignende). Vi opplever depresjoner som følge av identitetskrise forårsaket av disse faktorer.

HVA SKJER MED FAMILIENE?

Det sier seg selv, - når en er utmattet er det lite krefter å hente til nye anstrengelser. Vi møter ofte utmattede familier, der foreldrene har gitt opp og barna spiller ut med få eller ingen grenser. Foreldrene er handlingslammet og har ikke overskudd til å ta opp kampen med "utflytende" barn. Familienstruktu-

hjelpemiddelet når de lever igjennom sine kriser og reaksjoner. Vi får innsikt i og avdekker ofte ting som er svært privat og intimt for familien. Håndteringen av dette blir vanskelig, og behovet for å finne andre forklaringer enn den opprinnelige kan synes stort.

HVA KAN GJØRES BEDRE I MOTTAKET?



ren forandrer seg, og det kjente bildet de har av familiens mønster er borte. De kjenner kort og godt ikke igjen sitt eget. Dette er angstskapende. "Er det noe galt med oss, med barna?" Et spørsmål som blir stilt av fortvilte foreldre. En ser i denne sammenheng mye selvbebreidelse og skyldfølelse fordi familien er brakt i denne situasjonen. Tanker om at de kanskje hadde hatt det bedre der de var, all utrygghet til tross, dukker frem som mulige løsninger. Behovet for å forklare årsaken til familiens krise er stor. Dette er gjerne vanskelig fordi vi i hjelpeapparatet relaterer kriser til de psykologiske årsaker, mens mange ønsker medisinske forklaringsmodeller eller andre ytre årsaker. Dette kan muligens ha sammenheng med at de voksne er så deprimerte at de ikke har overskudd til å ta ansvar for grensesetting for barna eller seg selv.

Ved siden av dette har gjerne grupper fra asiatiske og andre sydlige kulturer forskjellige tradisjoner m.h.t. bruk av helsepersonell. Familiene er selv de nærmeste til å ta ansvar og "rydde opp" i indre kriser. Helsepersonell brukes når det er sykdom som kan kureres medisinsk. Hos oss møter de likevel

De erfaringer vi sitter med til nå gir oss muligheter til å endre på og bedre planleggingen av mottaksapparatet.

Det er det psykososiale nettverket som må styrkes og stå klart for de ventede gruppene når de kommer. Psykososiale Team som har innsikt i de reaksjonene som er skissert burde være en forutsetning i mottaket. Det er et behov for henvisninger utover det arbeidet helsestøtstrener har muligheter til. Det er å håpe at gruppene kan slippe å være 6-12 måneder i annet mottak før de flytter til den endelige bostedskommunen. Dette medfører igjen oppbrudd og nye omgivelser. Vennfamilier er et positivt tiltak. Dette at noen få familier tar ansvaret for en eller eventuelt to tilflyttende familier. Disse bør være klar når familien kommer slik at kontakten etableres fra første stund. Språkopplæring skjer gjerne umiddelbart og dette er for det meste godt organisert. Behovet for tolketjeneste er stort før gruppene behersker språket.

En har dessverre måttet bruke tolker innbyrdes i gruppen av flyktninger/asylsøkere. Dette er svært uheldig da gruppen kjenner hverandre og opplever

dette som utlevering. Dette er et stort problem m.h.t. legebesøk og andre intervjuer som er av personlig karakter. Feiltolkninger eller utelating av tolking har også skjedd p.g.a manglende språkforståelse eller uoverensstemmelse innbyrdes i gruppen. Målet må være å ha en profesjonell, utenforstående tolketjeneste til disposisjon. Informasjon og planlegging i nære omgivelser bør være endel av forarbeidet. Kontaktløsheten er et problem i begynnelsen og

praksis viser at miljøet ikke alltid åpner for kontakt. Å ta imot folk fra andre kulturer er et spørsmål om å møte holdninger såvel som å løse endel praktiske problemer.

Avmystifisering er ofte nødvendig og viktig. På samme måte som denne gruppen ikke skal presenteres som sosiale kasper med et streif av tragedie til underholdning for oss. Det er mennesker som har en ulykkelig og vanskelig bakgrunn. De møter oss med åpenhet og tillit. Det vi skal gjøre er å vise de veien til å fungere i vårt samfunn, og samtidig la de beholde sin kulturelle egenart.

Det dreier seg om mennesker som har måtte forlate svært mye, måtte vi sørge for at de ikke blir etterlatt i isolasjon her hos oss.

Inger Daae-Qvale
f.1949

Helsesøster i Kongsvinger.

KASUISTIKKSPALTEN

"JEG ER SÅ TAKKNEMLIG FORDI DU VIL HELBREDE MEG DOKTOR."

George, 25 år, fra Kenya, ble henvist til ettervern ved mitt kontor etter at han i løpet av et par måneder hadde hatt 2 kortvarige opphold ved et psykiatrisk sykehus under diagnosen: Kortvarig reaktiv paranoid psykose.

Han hadde da bodd 2 år i Norge - gått folkehøgskole og deretter yrkesskole, og var så kommet til vår kommune for å fortsette skolegangen her. Han har foreldre og søsken i hjemlandet.

Han er mørk, veltrent med god holdning og spenstig gange. Han er kledd som skoleungdommer flest her på stedet. Han ser muligens yngre ut enn alderen skulle tilsi, virker mindre "etablert". Han snakker godt norsk og gir "god kontakt". Han gir uttrykk for at han er glad for tilbudet om oppfølgende

behandling og holder avtalene punktlig. Han bruker Trilafon og Kemadrin som han mener er "god" medisin for ham. Han har gode venner rundt omkring i Norge som han har kontakt med og reiser på besøk til.

Tilsynelatende er dette en ønskepasiert, og allikevel sitter jeg etter at jeg har snakket jevnlig med ham i vel 1/2 år fortsatt bare med vage hypoteser om hva som er problemet hans, hvordan prognosen er, om behandlingen med Trilafon og samtale i det hele tatt har gagnet ham. På tross av at vi snakker samme språk - norsk og engelsk - kommuniserer vi svært dårlig.

Da jeg kom i kontakt med ham, sov han ikke om natta. Han viste meg hvordan han lå slapp i senga mens øynene stod vidåpne. Han fortalte at han kjente vondt i en skulder, i nakken, i brystet, at han var kald på beina og syntes han ble blek i huden.

Når jeg spør ham direkte hva han føler, demonstrerer han for meg hvordan beina stopper opp når han går, hvordan øynene sperres opp og et uttall andre somatiske manifestasjoner.

Når jeg spør om hvordan sykdommen/vanskene begynte, forteller han at tiden på yrkesskolen var vanskelig. "De var ikke vant til utlendinger der." Han forteller om episoder - at beina løp av seg selv en gang han var på idrettsbanen for å trene, - at fuglekvieteret var så høyt at det plaget ham, - at noen banket på ruta og døra hans, - at han skadet en finger på en maskin på skolen uten at han merket at det skjedde. Politiet førte ham til et stort hus (det psykiatriske sykehuset), og der satt han på et rom og hørte kenyanere ute på gangen som spurte etter ham fordi de ville slakte ham. Når jeg spør hva slags sykdom han mener han har, svarer han at det kanskje kan være malaria - han har hørt



at folk får feber når de har malaria, og at de da snakker over seg. (Han har hørt om sykehus for "crazy persons", men har aldri sett noe slikt selv.)

Tilsynelatende går det bedre med ham nå. Han klarer seg på skolen. Han har vært hjemme i Kenya på besøk i jula. Han bruker nå bare en symbolsk dose Trilafon. Han våger imidlertid ikke reise fra kommunen for å fortsette skolegangen et annet sted som planlagt, fordi han er redd for å bli syk igjen. I forståelse med familien i Kenya sier han at han vil bli i Norge inntil videre for å bli "helbredet". Han har begynt å si han er "redd" - ikke beskrive alle kroppslige uttrykk for denne følelsen (hjerterbank, spenning i

musklene...). Er det uttrykk for innsikt, eller rett og slett at han har lært seg vårt medisinske språk?

Selv om vi forstår hverandre ord for ord, forstår vi allikevel ikke meningen i det vi sier til hverandre. Dette er særlig merkbart når det er snakk om abstrakte begreper som følelser, tanker, meninger. Også når det gjelder kulturbestemte forklaringsmåter for sykdom og helbredelse, snakker vi tydeligvis forbi hverandre. Jeg har følelsen av at han legger mindre merke til denne kommunikasjonssvikten enn jeg, og en forklaring på det er at han i sin streben etter å bli godtatt og del i vårt samfunn, fortrenger forskjellene og vanskene.

En del uklårheter har jeg fått oppklart ved å snakke med U-hjelpsarbeidere, sosialantropologer og lese litteratur (1). Allikevel har jeg følelsen av å være med i en slags blindebukk-lek der rollen som blindebukk veksler lynraskt mellom terapeut og pasient.

REFERANSER:

1: Rack P: Innvandrere Kultur og Psykiatri. Tano 1986

Kommunelege M.H. *) anonymisert av hensyn til pasientens personvern

PSYKOSOSIALT TEAM FOR FLYKTNINGER

Psykososialt team for flyktninger i Norge er opprettet for å bidra til at flyktninger som er bosatt i Norge og som har psykososiale problemer, skal få bedre tilgang på kvalifisert hjelp. Videre skal vi foreslå tiltak for å bedre tilbudet til de forskjellige flyktningegruppene i Norge.

Psykososialt team for flyktninger i Norge er et prosjekt tilknyttet Psykiatrisk Institutt ved Universitetet i Oslo. Prosjektet skal gå over tre år. Teamet er faglig tilknyttet Helsedirektoratet og finansieres av Sosialdepartementet. Det mottar også økonomisk støtte fra Amnesty International.

HVA GJØR VI?

Psykososialt team for flyktninger i Norge tilbyr opplæring for helse- og sosialpersonell og for flyktningemedarbeidere i kommuner med flyktninger. Opplæringen skjer i form av kurs, seminarer, veiledning og konsultasjon. Vi vil også kunne formidle kunnskap gjennom et litteraturarkiv.

En annen oppgave er å få en samlet oversikt over terapeuter (leger, psykologer, psykiatere, fysioterapeuter osv.) og fagpersonell med særlig kunnskap om flyktningegrupper og -kulturer. I alt vårt arbeid er flyktningene selv viktige kontakt- og samarbeidspersoner. I begrenset utstrekning kan vi også tilby behandling til flyktninger som har vært utsatt for store påkjenninger ved tortur, fengsling og krigshandlinger.

HVEM HENVENDER VI OSS TIL ?

Vi ønsker kontakt og samarbeide med

- flyktninger og asylsøkere i Norge
- flyktningepersonell i kommunene
- helse- og sosialpersonell i kommunene
- leger, psykiatere, psykologer og annet helsepersonell
- personer med særlig kunnskap om flyktningers kulturelle bakgrunn

HVOR ER VI?

Vi har lokaler i 3. etasje i Psykiatrisk klinikk, Blindernveien 85, Vinderen. (Det er en rød murbygning med park rundt)
Postadressen vår er:
Postboks 85 Vinderen, 0319 Oslo 3
Vi har telefon 02-146590, linje 164.
sakset fra teamets brosjyre-

HIV-TESTING AV FLYKT- NINGER OG ASYLSØKERE

I løpet av de siste par år har tilstrømningen av flyktninger og asylsøkere økt dramatisk. Mens vi for få år siden tok imot knapt 1000 i året, tok Norge i 1987 imot knapt 10 000, hvorav det store flertall var spontanflyktninger og et mindretall såkalte kvote-flyktninger, klarert gjennom FNs høykommissær for flyktninger.

Et stort antall av flyktningene kommer fra områder i verden hvor HIV-epidemien ikke er så utbredt som i Norge f.eks. Sri Lanka, Iran og andre land i Asia, Chile og Jugoslavia. Det kommer imidlertid også flyktninger fra land, særlig i Afrika, som må karakteriseres som høyendemisk område. For mange av landenes vedkommende kjenner vi heller ikke situasjonen bl.a. pga. dårlig utbygd helsetjeneste og meldingssystem.

HELSEMYNDIGHETENS STRATEGI FOR HIV-BEKJEMPELSE

Regjeringen har nylig fremlagt sin Stortingsmelding om HIV/AIDS-epidemien (nr. 29, 1987-88). Meldingen vil bli behandlet av Stortinget i løpet av vårsesjonen. Offisiell norsk helsepolitikk er at i mangel av vaksine og behandling må helseopplysning og informasjon være det viktigste virkemiddel i epidemibekjempelsen.

Testing skal markedsføres aktivt, spesielt overfor risikogrupperne. Og myndighetene har valgt å satse på frivillighet i stedet for tvang. AIDS er en seksuelt overførbart sykdom. For å kunne drive en aktiv smitteoppsporing er helsemyndighetene helt avhengig av et tillitsfullt samarbeid med dem som er HIV-smittet. Både ut fra et forebyggende

synspunkt og for å sikre et slikt tillitsforhold, vektlegger Stortingsmeldingen at det skal gis rådgivning i forbindelse med testingen. Disse retningslinjene er forøvrig helt i tråd med hva Verdens Helseorganisasjon anbefaler.

HELSEUNDERSØKELSE AV FLYKTNINGER

Mitt kjennskap til mottak av flyktninger og asylsøkere skriver seg fra Oslo og Bærum, kommuner som har det største flyktningemottaket i landet. Opplysninger vedr. praksis mht. HIV-testing har jeg hovedsakelig fått fra ansatte ved Avd. for tiltak mot AIDS, Oslo helseråd.

Etter ankomst til landet skal alle flyktninger igjennom en helsesjekk med bl.a. lovbestemt TBC-undersøkelse. Ved Oslo helseråd taes dessuten blod-





prøve for testing på syfilis, hepatitt B og HIV.

Alle gjennomgår også en klinisk undersøkelse. Tilfredsstillende kommunikasjon er ofte vanskelig pga. språk og kulturforskjeller. Mange asylsøkere har få eller ingen ferdigheter i engelsk. Noen er analfabeter. Tolkere er mangelvare og brukes ikke rutinemessig. Å drive helseopplysning og rådgivning i en slik situasjon er svært vanskelig. Det vet alle som gjennom sitt arbeid har hatt kontakt med innvandrere og asylsøkere.

I praksis blir HIV-testen brukt rutinemessig. Svært mange oppfatter ikke at de blir HIV-testet og langt mindre hva det innebærer. Asylsøkere er også i en livssituasjon hvor de neppe heller vil avslå noe myndighetene ønsker.

PRAKSIS VURDERT I FORHOLD TIL HELSEPOLITISKE MÅLSETTINGER

HIV-testing av asylsøkere i Norge er i realiteten hverken frivillig eller forbundet med rådgivning. Dette er med på å vanskeliggjøre oppfølgingen av HIV-positive flyktninger. En ytterligere hindring er at den generelle kunnskap om HIV/AIDS er liten, selv om det

selvsagt finnes store variasjoner. Noen asylsøkere kommer fra høyendemisk område. Oslo helseråd hadde ved årsskiftet kontakt med 8 HIV-positive flyktninger, de fleste fra Afrika. HIV-statistikken på landsplan på samme tidspunkt viste at av 60 heteroseksuelt smittede var 21 smittet i høyendemisk fødeland. Hvor mange av disse som er flyktninger vites ikke.

Oppfølging av HIV-positive er meget viktig for å hindre videre smittespredning. Informasjon om HIV-epidemien, smitemåter, testing og fremtidsutsikter ved positiv prøve bør skje før testing. Og som for befolkningen forøvrig bør både informasjonen og testingen være målrettet overfor dem som er mest utsatt. Overfor andre grupper asylsøkere burde opplysninger om HIV-epidemien heller vinkles slik at de får råd om hvordan de bør leve i Norge for ikke å pådra seg smitten her i landet.

MENNESKERETTIGHETER OG HIV-TESTING

Enkelte land krever negativ HIV-test ved immigrasjon av alle slag, og ved opphold over lengre varighet f.eks. i forbindelse med studier. I Norge får ikke resultatet av HIV-testen noen betydning

for asylsøknaden. HIV-testingen foregår imidlertid før asylsøknaden er avgjort. Vi har allerede i Norge vært oppe i den situasjonen at asylsøknaden ble avslått, men HIV-testen viste seg å være positiv. Det er et tungt ansvar å sende asylsøkere tilbake til sine hjemland med en slik merkelapp.

I verdensmålestokk foregår det en utbredt diskriminering og utstøting av HIV-positive og AIDS-syke. Det er ikke uten grunn at lederen for AIDS-programmet i WHO, Jonathan Mann, på konferansen "The global impact of AIDS" i London i mars-88 etterlyste et internasjonalt rapporteringssystem for brudd på menneskerettigheter overfor HIV-positive. Hvis praksis med rutinemessig HIV-testing av asylsøkere fortsetter, bør HIV-positive asylsøkere få bli i landet på humanitært grunnlag. Det ville være flyktningepolitikk i Nansens ånd.

Elise Klouman Bekken
f. 1947
Generalsekretær i Landsforeningen mot AIDS.

RISIKOAVFALL FRA HELSEINSTITUSJONER OG LEGEKONTORER

Med "risikoavfall" forstås følgende typer avfall:

1. Smitteførende avfall
2. Biologisk avfall
3. Engangssprøyter, skjærende og stikkende avfall

Helsesjefen i Stavanger har det siste året fått mange henvendelser fra helseinstitusjoner og legekontorer med spørsmål om det finnes regler for hvordan smittefarlig avfall skal destrueres eller bortskaffes. Situasjon med frykt for Hepatitt-B smitte og AIDS-smitte har sikkert fått mange til å spørre seg selv om rutinene for pakking og bortskaffing av sprøyter, kanyler, bandasjer, nåler, knivblader, blodglass osv. er for-svarlig eller ikke.

Fra utstyret er brukt - det kan gjelde engangssprøyter, glass for tapping av blod eller bandasjer - til det havner i en forbrenningsovn eller en kontrollert fylling, skjer det håndtering av dette avfallet. Mange personer er her involvert. For å gjøre problemet oversiktlig velger jeg å dele det i 3 ledd:

1. Det som skjer på legekantoret eller institusjonen, dvs. henstand, pakking og lagring inntil det blir avhentet.

2. Transport fra legekantor/institusjon til avfallsplass/destruksjonssentral.

3. Deponering/destruksjon/forbrenning av avfallet.

I begynnelsen av september ble det sendt ut et brev til alle helseinstitusjoner i Stavanger, unntatt STR, alle

praktiserende leger i Stavanger, alle helsesøstre i Stavanger, alle tannlegeskontorer i Stavanger, samt skoletannlegesjefen i Stavanger, med kopi til kommunelegene i nabokommunene. Sammen med brevet fulgte et spørreskjema vedr. risikoavfall. Det er innkommet ca. 150 svar fra leger, tannleger, bedriftshelsetjeneste, sykehjem og helsesøstre. Ved siden av dette har kommunelegene fra nabokommunene gitt sine kommentarer.

SPØRRESKJEMA-UNDERSØKELSEN

18 helsesøstre har svart og de oppgir en risikoavfallsmengde på ca. 1 liter pr. uke i gjennomsnitt. I dag brukes plastikkflasker, plastikkspann og plastikkanner til å putte sprøyter og sprøytespisser i. Helsesøstre har ikke bandasjer eller blodtilsølt, mykt avfall. De mener at innsamling 1 gang i måneden vil være tilstrekkelig for dem. 67% mener at rutinene trenger forbedring.

70 tannleger har svart, hvorav 25 skoletannleger hvor opplysninger er gitt av skoletannlegesjefen. Tannlegene oppgir mengden risikoavfall som 1-2 liter dersom man tenker på hardt avfall, dvs. sprøytespisser o.l. og i gjennomsnitt 65 liter pr. uke dersom også bandasjer, bomullsdotter, servietter tilsølt med spytt og blod o.l. skal tas med. Det bløte avfallet kaster tannlegene i plastikksekker som tas av renovasjonen og det harde avfallet kastes i plastikkanner hvor de slår oppi gipspulver og vann når det begynner å bli fullt. Svært mange av tannlegene anfører at de synes deres rutiner er tilfredsstillende, og bare 31%

mener at rutinene trenger forbedres. Dersom man tar med skoletannlegesjefens vurdering som inkluderer 25 skoletannleger, betyr dette at 57% mener at det bør bli forbedringer av rutinene. Oppsamlingshyppighet er oppgitt til ukentlig hos halvparten og månedlig hos den andre halvparten.

18 alders- og sykehjem har svart og oppgir en avfallsmengde på opptil 10 liter pr. uke. Aldershjemmene har ikke noe risikoavfall å snakke om. De store sykehjemmene har egne forbrenningsovner og mener derfor at deres rutiner for håndtering av risikoavfall er tilfredsstillende. Bare 16% mener at forbedringer trengs.

Det er kommet svar fra 9 bedriftshelsetjenestekontorer som oppgir gjennomsnittlig 10 liter risikoavfall pr. uke og 6 av 9, dvs. 67% mener at det bør bli forbedringer i deres rutiner. Halvparten ønsker oppsamling ukentlig og halvparten månedlig.

37 leger og legesentre i Stavanger kommune har svart på spørreskjemaet og oppgir 29 liter i gjennomsnitt som mengde risikoavfall pr. uke i alt og ca. 3 liter pr. uke med hardt avfall. 68% av legene mener at deres rutiner ikke er tilfredsstillende og trenger forbedringer. 20 ønsker oppsamling ukentlig og 16 ønsker oppsamling en gang i måneden.

Avd. pleie og omsorg, åpen omsorg, Stavanger kommune oppgir ca. 100 liter ukentlig i risikoavfall. Skjærende/spisst avfall pakkes i plastbøtter med lokk og kastes i plastikksekk. Sekkene

leveres på SIR for brenning. (Spesialavtale?)

Kommunelege I i Klepp skriver at det er behov for enhetlig og forsvarlig pakking av risikoavfall. Deretter kan avfallet tas hånd om på vanlig måte, jfr. synspunkter på dette fra SIFF.

Helsesjefen i Randaberg skriver at den nåværende behandlingen av kontaminert medisinsk materiale kan trenge forbedring. Det synes ikke tilfredsstillende at risikoavfall blandes med ordinært husholdningsavfall. Ved sykehjemmene og legekantorene i Randaberg foretas det i dag nedpakking av risikoavfall i plastbeholdere. Det vil være ønskelig å få etablert rutiner for oppsamling og deponering hvor oppsamling kan skje en gang pr. måned.

Samlet volum for Randaberg kommune antas å være omtrent 50 liter pr. måned.

Kommunelege I i Gjesdal skriver at han finner at dagens ordning i Gjesdal kommune er tilfredsstillende, og at han ikke ser behov for interkommunal deltakelse for Gjesdal sitt vedkommende.

Helsesjefen i Egersund kommune skriver at han vurderer det slik at noen interkommunal ordning i regi av IVAR ikke er aktuelt for Egersund kommunes del.

Kommunelege I i Sola skriver at det er behov for forbedring av rutinene ved legekantorene i Sola kommune. Han angir ca. 20 liter pr. lege som volum pr. uke og ønsker oppsamling annen hver uke. I dag brukes plastbøtter for sprøyte-

spisser, og mykt avfall kastes i plastsekker.

KNM Harald Haarfagre, Sanitetsavdelingen, oppgir at de har en risikoavfallsmengde på ca. 300 liter pr. uke og at dette oppsamles daglig og forbrennes i egen forbrenningsovn og at deres rutiner er tilfredsstillende.

KOMMENTARER

Ut fra innkomne svar er det klart at det er behov for forbedring av rutiner når det gjelder håndtering av risikoavfall, idet et stort flertall av dem som har slikt avfall, mener det. Ut fra svarene kan en tolke at det har vært litt usikkerhet mht. hva man skulle definere som risikoav-

	Antall svar	Ukentlig avfallsmengde i liter		Hyppighet av oppsamling		Rutinene trenger forbedring	
		"Hardt avfall"	"Mykt avfall"	Ukentlig	Månedlig	Antall	%
Helsesøstre	18	1	-	0	15	12	65
Tannleger	70	1-2	65	19	24	39	57
Ai-ers/ sykehjem	18	Totalt 10 1		5	10	3	16
Bedrifts- helsetj.	9	Totalt 10 1		4	5	6	67
Leger/ legesentre	37	3 (0,1-5)	29 (15-75)	20	16	25	68
Avd. pleie og omsorg, åpen omsorg	1	Totalt 100 1		2		1	100

Tabell 1.

fall. Noen har kun definert sprøyter, sprøytespisser, blodglass etc., dvs. hardt avfall som risikoavfall og oppgir da forholdsvis små mengder pr. uke, vanligvis under 10 liter. Andre har tatt med mykt avfall, dvs. blodtilsølt eller spytt-tilsølt materiell, slik som bandasjer, bomull, servietter osv. og oppgir da en mye større avfallsmengde. Det har her vært snakk om fra 15 til 200 liter, dvs. 65 liter i gjennomsnitt for tannleger og 29 liter i gjennomsnitt for leger.

Innpakkingen av det myke avfallet er vanligvis enkle eller doble plastikksekker for mykt avfall, sannsynligvis inkluderer dette blodtappingsglass fra mange legekontorer. Hardt avfall er da sprøytespisser, skalpeller, suturmåler osv. og utgjør en forholdsvis liten mengde, i gjennomsnitt 1-3 liter i uken. Dette samles vanligvis i plastikkspann/beholdere, ofte angitt som "de gule plastikkspannene", plastikk-kanner og plastikkflasker hvor det har vært et vaskemiddel, motorolje eller andre ting. Tannlegene oppgir at de tilsetter gipspulver og litt vann slik at innholdet størkner før man skrur på korken og legger det til avhenting sammen med annet avfall, dvs. sammen med husholdningsavfallet.

Oppsamlingshyppighet har vært oppgitt til 1 gang i uken, 1 gang annen hver uke eller 1 gang i måneden. De fleste har enten krysset av ukentlig eller månedlig, og bare et lite mindretall har ment at man skulle ha oppsamling annen hver uke. Oppsamlingshyppigheten har vært oppgitt som hva som er ønskelig utfra avfallsmengden de har i dag. Det framgår at en del kontorer samler opp hardt avfall i lengre tid, gjerne opp til 1 måned, mens det myke avfallet hentes hver uke.

Når det gjelder spørsmålet om forbedring av rutinene er det tydelig at de fleste er opptatt av de forbedringene som skal foregå på kontoret eller i institusjonen, dvs. innpakkingsrutiner, emballasje osv. Noen få nevner også viktigheten og nødvendigheten av at man etablerer en spesiell avhenteringsrutine. Dette siste er begrunnet i faren for at risikoavfall kan stikke ut eller at noe knuses slik at smitte kan forekomme, spesielt til renovasjonspersonellet.

FORBEDRINGS- MULIGHETER

1. Rutinene på legekontorer og institusjoner, emballasje, innpakning.

Det er nødvendig med standardiserte prosedyrer for hvordan man behandler risikoavfall, og det bør utarbeides noe slikt. Her skal bare påpekes en del svakheter i de rutinene som er i dag:

Fjerning av kanyler fra sprøyte representerer en risikofylt operasjon og bør unngås. Det samme gjelder påsetting av beskyttelseshette over en brukt kanyle. En vil derfor anbefale at sprøyte med kanyler kastes som en helhet i en tett beholder som har så harde vegger at den ikke perforeres av kanylen. Dette vil i seg selv øke volumet av risikoavfall idet sprøyten er mange ganger volumet av kanylen.

Den rutine som tannlegene har når det gjelder å tilsette gips og vann oppi en

beholder som er fylt med sprøytespisse o.l. representerer en ufarlig, men god rutine slik at evt. spisser ikke faller ut dersom korken skulle åpnes.

Beholdere må alltid lukkes med en skru-kork eller lokk som ikke lett faller av.

Det er rimelig og forholdsvis enkelt å skille mellom hardt avfall/skjærende avfall og mykt avfall som vesentlig består av bandasjer, materiell o.l. Det vil være nødvendig i fortsetningen å skille mellom hardt risikoavfall og mykt risikoavfall, idet disse volummessig og også mht. fare for å smitte renovasjonspersonell er svært forskjellige.

Det å ha en stor beholder stående på et kontor, hvor man samler sprøyter og sprøytespisser over lang tid, kan i seg selv representere et hygienisk problem ved at det skjer en nedbryting av organiske stoffer og det blir lukt.

Det er uakseptabelt at prøvetakingsglass eller andre glassvarer kastes sammen med mykt avfall siden disse lett kan knuses og skjære seg igjennom plastikk poser. Vacutainere og blodtappingsglass må derfor pakkes sammen med sprøyter og sprøytespisser.

Jeg ser ingen hensikt i å bruke store mengder desinfiserende midler for å få desinfisert sprøytespisser eller sprøyter i en evt. container før denne kastes.

Det er utilfredsstillende at plastikk-containerer som inneholder masse sprøytespisser kastes opp i en plastikksekk eller søppelcontainer og sendes avgårde men vanlig husholdningsavfall uten at renovasjonspersonellet er klar over at avfallet kan inneholde skjærende, stikkende gjenstander dersom beholderen sprekker. Oppsamling av sprøytespisser eller lignende i glassflasker er også helt uakseptabelt fordi det lett kan knuses under omlasting til søppelbil.

Vi mener at det må være riktig å kreve at alle legekontorer, tannlegkontorer, sykehjem eller andre kontorer- og helseinstitusjoner som har risikoavfall som nevnt, pakker disse spesielt i en egen eske som er merket tydelig at det inneholder smittefarlig avfall. Det vil hjelpe renovasjonspersonellet til å behandle dette på en særskilt måte.

2. Transport fra institusjonen/kontoret til avfallsplass/destruksjonsanlegg:

Det er vanlig i dag at alt avfall fra helsekontorer og institusjoner som ikke har forbrenningsanlegg sendes med husholdningsavfallet uten at renovasjonspersonellet er klar over at en del av avfallet kan være smittefarlig. Med den håndtering som er innenfor Stavanger kommune, hvor søppeldunken tipper direkte opp i søppelbilen, er sjansene for at renovasjonspersonellet skal skjære seg eller stikke seg eller på andre måter utsettes for smitte fra avfallet svært liten. Likevel er det rimelig at risikoavfall er merket på en slik måte at alle som håndterer dette vet hva man har å gjøre med. Renovasjonsbilene i Stavanger har en kvern eller kompressor som presser sammen avfallet etterhvert som det hentes fra husene, og på denne måten blir avfall fra helsekontorer komprimert sammen med husholdningsavfallet. Det er sannsynligvis en ordning som kan fortsettes, idet avfallet fra det tipper opp i søppelbilen ikke håndteres av mennesker, men kjøres til avfallsplassen hvor det blir videre komprimert under maskiner og senere dekket med fyllmasse.

Den andre muligheten er å etablere en egen oppsamlingsordning hvor en egen bil kjører en rute fra legekontorer, tannlekantorer og helseinstitusjoner for å hente risikoavfallet og kjøre dette til Sele uten at det blir komprimert. Kostnadene ved en slik spesialopsamling antas å være større enn gevinsten, men vil bli utredet noe nærmere i samarbeid med byingeniøren.

3. Destruksjon/deponering av avfallet.

Avfallet blir i dag kjørt til Sele fyllplass hvor det blir komprimert sammen med vanlig husholdningsavfall og dekket med masse daglig. Dette synes å være en tilfredsstillende ordning. Den eneste innvendingen jeg kan se ved denne ordningen er at det i visse situasjoner kan hende at måker eller andre åtselugler får tak i materiell, dvs. bandasjer eller andre ting som er blodtilblandet og kan bære det med seg utenfor søppelplassen hvor det kan mistes eller slippes ned. Dette representerer imidlertid mer et estetisk og følelsesmessig problem enn et helse- eller smitteproblem. Menstruasjonsbind og tamponger som kastes i husholdningsavfallet kommer derfor i samme kategori og utgjør sannsynligvis en like stor masse som bandasjer forurenset med organisk materiale fra helseinstitusjoner.

KONKLUSJON

Det er behov for forbedring av rutiner på kontorene, bedre innpakkingsmuligheter og emballasje og også behov for standard retningslinjer. Jeg vil i samarbeid med hygiene- og sykepleier på Sentralsykehuset i Rogaland arbeide videre med dette. Vi tar sikte på å arrangere en miniatstilling med en del av det emballasjeutstyr som finnes med informasjon og priser og hvor man kan få tak i det.

Det må være et krav at alt risikoavfall som sendes fra et legekantor eller andre steder er tydelig merket slik at

renovasjonspersonellet kan behandle dette med en viss varsomhet.

Helsesjefen vil i samarbeid med byingeniøren/TVAR vurdere videre om man skal opprette en egen innsamlingsordning for risikoavfall.

Ordningen med å deponere avfallet i kontrollert fylling er fullt forsvarlig og vil bli oppretholdt. Det synes ikke å være nødvendig å etablere et forbrenningsanlegg. Jfr. orientering fra SIFF i MSIS-rapport for uke 39 med tittelen "Forsvarlig behandling av avfall fra legekontorer".



Ole Mathis Hetta
f. 1946.

Overlege i Hovedavd. for helse-
tjeneste i Stavanger.

REFERANSER.

1. Innstilling om destruksjon og bortskaffing av avfall fra helseinstitusjoner, Helsedirektoratet 1970.
2. MSIS-rapport uke 39/87.

ESSAYKONKURRANSEN

Konkurranseregler

For fjerde gang inviteres Utpostens lesere til å være med i konkurransen om Essay-prisen. Prisen tildeles forfatteren av årets beste primærmedisinske essay. Deltakerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske allmenn- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk, og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A-4-ark og bare på den ene siden av arket. Bruk dobbelt

linjeavstand (ca. 30 linjer pr.ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør være minst 10 manussider, men ikke mer enn 15 manussider. Bruk Vancouver-reglene ved bruk av litteraturreferanser. Tidsskrift for Den Norske Lægeförening beskriver Vancouver-reglene i sin manuskriptveiledning. Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

Tidsfrist:

Manuskriptene sendes til: Utposten, 5890 LÆRDAL, og skal være redaksjonen i hende innen 20. august 1988.

Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av allmennpraktiker Eli Berg, generalsekretær Elise Klouman Bekken, professor Per Fugelli og redaktør Magne Nylenna.

Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren (e) blir tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr. 10.000. Vinnerbidragene vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essays.

Evt. spørsmål kan rettes til Utposten, 5890 LÆRDAL.

**Mindiab[®] gir
type 2 diabetikeren
mer normal insulinføl-
somhet - med mindre
mulighet for langvarig
hypoglykemi.**

Danmark

SAMSPILL

utkommer 1 gang pr. måned, koster kr. 150,-. Kan bestilles fra:
Dansk Flyktningehjelp, postboks
1098, 1009 København K, Danmark.

Norge

INNVANDRERINFORMASJON

kommer med 2 numre til, deretter vil Innvandrerinformatjon og tidsskriftet Flyktning bli slått sammen. Når det nye tidsskriftet kommer og hvordan det blir, er ennå ikke bestemt. Kan bestilles fra Utlendingsdirektoratet, postboks 8108 Dep. 0032 Oslo 1, tlf. 02-429790.

SAMORA

(Sammen mot rasisme) kommer i 1988 ut med 6 numre, abonnement koster kr. 75,-. Kan bestilles pr. tlf. 02-426352 eller ved henvendelse til Samoramagasinet, postboks 244 Sentrum, 0103 Oslo 1.

Sverige

INVANDRARE OCH MINORITETER

Maria Prastgårdsgrt. 12 nb, 116 52
Stockholm, Sverige. Tlf. 095-46-8-42 82 30.
Utkommer 6 ganger pr. år, abonnementspris kr. 165,-.

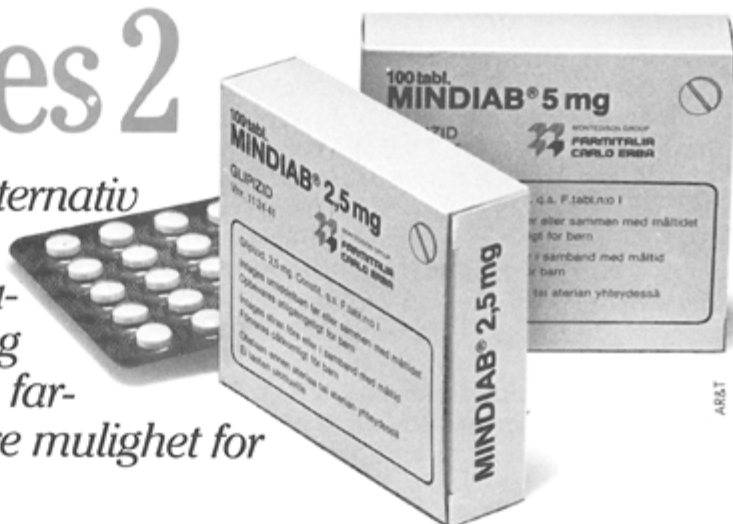
NY I SVERIGE

Utkommer med 6 numre pr. år. Abonnementspris kr. 50,-. Bestilles fra Distributionscentralen, Svenska Invandrarverket, postboks 6113, 60006 Norrköping, Sverige. Tlf. 095-46-11-15 60 00.

Mindiabetes[®] 2

Mindiab er et nytt tablettalternativ med virkestoffet glipizid.

Mindiab gir mer normal insulinproduksjon, – følsomhet og blodsukker verdi. Og med en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarig hypoglykemi.



C Mindiab: Tabletter 2,5 mg og 5 mg: Hver tablett inneh.: Glipizid 2,5 mg resp. 5 mg, const. q.s.

Indikasjoner: Diabetes mellitus type II (ikke-insulin-avhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

T Kontraindikasjoner: Diabetes mellitus type I (insulin-avhengig), og ved følgetilstander som ketoacidose, særlig precoma og coma diabeticum. Graviditet og amming. Sterk nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt leverfunksjon. Ved alkoholisme, dårlig ernæringsstilstand eller ved spesielle belastninger (store traumer, operative inngrep, febrile tilstander) kan omstilling til insulin være indisert.

Bivirkninger: Gastrointestinale besvær som diaré, gastralg og nauzea. Allergiske hudreaksjoner. Blod-tildeleforandringer: agranulocytose og trombocytopeni er i sjeldne tilfeller rapportert med sulfonylurea-preparater, og bivirkninger av denne type kan ikke utelukkes med glipizid.

Forsiktighetsregler: Hypoglykemi og følger kan opptre som følge av interaksjoner, overdosering, dårlig ernæringsstilstand, nedsatt leverfunksjon og nyreinsuffisiens. Ved alvorlige infeksjonssykdommer og større kirurgiske inngrep kan, i likhet med andre perorale antidiabetika, effekten være noe usikker. I slike tilfeller bør insulinterapi overveies.

Interaksjoner: Spesiell forsiktighet bør iakttas når glipizid administreres samtidig med visse andre legemidler som kan tenkes å potensere den blodsukkersenkende effekten. Dette gjelder fenylbutazon og oxyfenbutazon, probenecid, salicylpreparater, sulfonamider, kloramfenikol, kumarinderivater samt beta-reseptorblokkere.

Dosering: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne i minst 4-6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig oppdelt på 1-3 doseringer. Tablettenes bør tas ca. 30 min. før måltid.

1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som

regel ambulant. Passende initialdose er 2,5-5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 7-10 dager. Ved tilfredsstillende virkning på blodsukkeret, økes dosen etappevis med 7-10 dagers mellomrom.

Pakninger og priser: Tabletter 2,5 mg: (hvite, uten delestrek): 100 stk. (trykkpakning) kr. 97,05. 250 stk. (glass) kr. 229,65. 5 mg: (hvite, med delestrek) 100 stk. (trykkpakning) kr. 143,05. 250 stk. (glass) kr. 343,00.

T:5

FARMITALIA CARLO ERBA

Postboks 53 - 1371 Asker
Telefon (02) 79 07 60

KURSKALENDER

HØSTEN 1988

August:		
Stockholm	7-9.8.88	International Balint Conference. Informasjon: Dr. Conny Svensson, Utvecklingsenheten for primarvård, Drakenbergsgt. 39-41, S -11741, Stockholm.
Alta	7-12.8.88	Altakurs. Kardiologi i allmennpraksis + + Påmelding: Fagutvalget, APLF, Colbjørnsensgt. 1, 0256 Oslo 2.
September:		
Bergen	15-16.9.88	Psykatri for leger og medarbeidere i primærhelsetjenesten. Påmelding: Kjell Johansen, Årstadveien 27H, 5009 BERGEN
Haugesund	sept. 88	Grunnkurs II. Forebyggende medisin. Kursleder: Norvald Lundetræ, Musegt. 3, 4005 Stavanger.
Trondheim	19-23.9.88	Kurs i medisinsk statistikk. Påmelding: Universitetet i Trondheim. Det medisinske fakultet, Eirik Jarlsgt. 10, 7030 Trondheim, innen 22.08.
Tromsø	20-21.9.88	Praktisk tilrettelegging av den kommunale omsorgstjenesten. Påmelding: Faglig forum for helse- og sosialtjenesten (FFHS), postboks 30, 1476 Rasta, tlf. 02 706285, innen 01.08.
Mo i Rana	21-24.9.88	Allmennmedisinsk grunnkurs IV. "Jus, økonomi og administrasjon". Kursleder: Kommunelege Gerd Teigland, Rønvik Legesenter, Fjellvn. 1, 8000 Bodø,
Bodø	25-28.9.88	Økonomi og organisasjonsutvikling. Påmelding: HAF (Helsetjenestens administrasjonsforbund), tlf. 02 45730.
Bergen	26-28.9.88	Organisering av det psykiske helsevern, spesielt poliklinisk psykiatri, strukturendringer i psykiatrien. Påmelding: Det medisinske fakultets sekretariat, Postboks 25, 5027 Bergen, innen 01.09.
Gautefall	26-30.9.88	Gautefallkurs, APLF. Kurs i diagnostikk og behandling av rygg- og ekstremitetslidelser. Påmelding: Fagutvalget, APLF, Colbjørnsensgt. 1, 0256 Oslo 2.
Italia	25.9-1.10.88	"From chaos to clarity". A Course on Research Methodology for Primary Health Care Workers. Info fra: Dag Bruusgaard, Inst. for allmennmedisin, Frederik Stangsgt. 11/13, 0264 OSLO 2
Tromsø	29.9-1.10.88	Geriatriskurs. Påmelding: Overlege Sigurd Sparr, Geriatrisk seksjon, 9012 Tromsø, innen 01.09.

Oktober:		
Hamar	3-5.10.88	Emnekurs i endokrinologi. Kursleder: Jon Henry Skogholt, 2133 Gardvik.
Tromsø	3-5.10.88	Forebyggende medisin. Påmelding: Ingrid Grøtte Johansson, Nedre Gulaker, 7340 Oppdal.
Oslo	3-7.10.88	Statistiske metoder i epidemiologi. Påmelding: Krefregisteret, Montebello, 0310 Oslo 3, innen 01.08.
Bergen	3-7.10.88	EKG for allmennpraktiserende leger. Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, postb. 25, 5014 Bergen - Universitetet.
Oslo	4-7.10.88	Kjøproblemer i helsetjenesten. Påmelding: HAF, tlf. 02 445730.
Førde	5-7.10.88	Emnekurs i gynekologi. Kursleder: Kommunelege Lasse Folkvord, 5890 Lærdal.
Oslo	5-7.10.88	Vurdering av utvikling i småbarnsalder. Kursleder: Overlege Eili Sponheim, barnepsyk. klinikk, SSBU p.b. 59, Vindern, 0372 Oslo 3.
Trondheim	6-8.10.88	Høstkurs. Påmelding: Universitetet i Trondheim. Det med. fakultet, Eirik Jarlsgt. 10, 7030 Trondheim.
Bergen	7-8.10.88	Fysikalsk medisin. Påmelding: Hordaland lægeforening v/ Kjell Johansen, Årstadveien 27H, 5009 Bergen.
Bergen	10-11.10.88	AIDS oppdatering. Påmelding: Det med. fakultets sekretariat, Postboks 5014, Universitetet i Bergen, innen 01.09.
Oslo	10-12.10.88	Diabetes. Påmelding: Overlege Kristian F. Hanssen, med.avd, Aker Sykehus, 0514 Oslo 5.
Bergen	10-14.10.88	Statistiske programpakker. Påmelding: Det med. fakultets sekr, adr. se tidligere, innen 01.09.
Oslo	10-14.10.88	Juridiske og trygdemessige aspekter ved nevrologi. Påmelding: Ass. overlege Leif Gjerstad, Nevrologisk avd, RH, 0027 Oslo 1, innen 01.09.
Bergen	10-14.10.88	Geriatrici for allmennpraktiserende leger. Påmelding: Det med. fakultets sekr, postboks 25, 5014 Bergen - Univers.
Bergen	10-14.10.88	Øre-nese-halssykdommer i allmennpraksis. Påmelding: Det med. fakultets sekr. Universitetet i Bergen.
Oslo	13-14.10.88	Mikrobiologi på legekantoret. Påmelding: Førsteamanuensis Berit Hovig, Kaptein W. Wilhelmsen og frues bakt. institutt, R.H, Oslo.
Drammen	13-15.10.88	Etterutdanning for praktiserende leger. Kursleder: Overlege Brit Standnes, nevrologisk avd, Buskerud Sentralsykehus, Drammen.
Trondheim	12-14.10.88	Endokrin. diagnostikk. Påmelding: Universitetet i Trondheim. (se tidl.).
Harstad	14-15.10.88	Høstkurs. Kursleder: Ass. overlege Helge Ulrichsen, med. avd, Harstad Sykehus, Harstad.
Sandefjord	17-18.10.88	HVPU og psykiatri - en ny utfordring for kommunehelsetjenesten? Påmelding: FFHS, se tidl, innen 01.09.
Bergen	17-18.10.88	Lege/pas. forholdet. Påmelding: Det med. fakultets sekr, postb. 25, 5014 Bergen, Universit.
Porsgrunn	17-19.10.88	Arbeidsmedisinsk epidemiologi. Påmelding: Overlege Sverre Langård, Yrkesmedisinsk avd, Telemark sentralsjukehus, 3900 Porsgrunn, innen 12.09.
Trondheim	17-21.10.88	Emnekurs i fysikalsk medisin. Påmelding: Universitetet i Trondheim.
Stavanger	okt. 1988	Etterutdanningskurs for allmennpraktiserende leger. Cardiologi. Geriatrici. Kirurgia minor. Kursleder: Overlege Lars Halvorsen, med. avd, Sentralsykehuset, Stavanger.
Sandefjord	19-20.10.88	EDB og telekommunikasjon i helsevesenet. Påmelding: FFHS, se tidl, innen 30.09.
Lillehammer	20-22.10.88	Årsmøte i NSAM. Påmelding: Kommunelege Jo Telje, Vinstra.

Danmark	23-26.10.88	Helse og sykdom hos eldre. Kurs for Kolding allmennpraktikere fra Norden (Kolding). Info: Åsa Rytter Evensen, Inst. for allmenmed. Oslo (se tidligere). Påmelding: Institutt for allmennmedisin, Århus universitet, Finsengade 10, 8000 Århus C. DANMARK
Oslo	okt. uke 41 el 42	Sosialmedisinske metoder i rehabilitering. Kursleder: Professor Per Sundby, sos. med. institutt, R.H, Oslo.
Bergen	31.10-3.11.88	Litteratursøkning innen biomedisin. Påmelding: Det med. fakultets sekr. (se tidligere).
Bergen	31.10-3.11.88	Grunnkurs III. Epidemiologi og statistikk. Påmelding: Allmennpraktiker Sissel Holmen, Tveiteråsvn. 21, 5040 Paradis.
November:		
Førde	2-4.11.88	Psykatri i allmennpraksis. Kursleder: Kommunlege Jone Schanche Olsen, 6760 Bryggja.
Oslo	3-6.11.88	Kvalitet i allmennpraksis. "Jubileumsarrangementene". Påmelding: APLF's fagutvalg, Colbjørnsensgt. 1, 0256 Oslo 2.
Bergen	7-8.11.88	Transkutan nervestimmulering. Påmelding: Det med. fakultets sekr., (se tidligere).
Bergen	7-11.11.88	Akuttmedisin i allmennpraksis. Påmelding: Det med. fakultets sekr.
Oslo	7-10.11.88	Hematologisk morfologi i allmennpraksis. Påmelding: Spes. lege Stein A. Evensen, Hem. seksjon, med. avd. A, R.H, Oslo 1.
Trondheim	7-10.11.88	Emnekurs i idrettsmedisin. Påmelding: Universitetet i Trondheim (se tidligere).
Trondheim	7-10.11.88	Grunnkurs II. Forebyggende medisin. Påmelding: Universitetet i Trondheim (se tidligere).
Svolvær	7-12.11.88	Grunnkurs I. Påmelding: Johnny Mjell, Amtmann Worsøesgt. 7, 8000 Bodø.
Oslo	8-10.11.88	Intervensjon og behandling ved psykiske kriser. Kursleder: Professor Lars Weisæth, kontor for katastrofepsyk, boks 39, Gaustad, Oslo 3.
Trondheim	9-10.11.88	Litteratursøkning innen biomedisinen. Påmelding: Universitet i Trondheim, se tidl, innen 02.09.
Trondheim	9-11.11.88	Yrkesmedisin fra toksikologisk, klinisk kjemisk og patologisk anatomisk synspunkt. Påmelding: Universitet i Trondheim, se tidl, innen 10.10.
Bergen	9-11.11.88	Kronisk smerte. Påmelding: Det med. fakultets sekr.
Trondheim	14-17.11.88	Hematologisk diagnostikk og behandling. Påmelding: Universitetet i Trondheim (se tidl.)
Oslo	14-16.11.88	Systemorientert familieforståelse. Kursleder: Adm. overlege Pål Abrahamsen, Oslo Hospital, Ekebergveien 1, 0192 Oslo 1.
Oslo	14-17.11.88	Antimikrobielle midler. Påmelding: Overlege Eirik Holten, mikrobiolog. avd, Sentralsykehuset i Akershus, 1474 Nordbyhagen.
Oslo	16-18.11.88	Kommunehelsetjenesten og utviklingen av HVPU. Påmelding: HAF, se tidl.
Trondheim	16-18.11.88	Dermatologi i allmennpraksis. Påmelding: Universitetet i Trondheim.
Oslo	21-23.11.88	Bruk av klassifikasjonssystemer og "rating scales" i allmennmedisinsk forskning. Påmelding: Kontorfullmektig Elisabeth Assev, Inst.. for allmenmedisin, Fr. Stangsgt.11/13, 0264 Oslo 4.
Oslo	22-23.11.88	Muskelsykdommer. Påmelding: Overlege Per Dietrichson, nevrolog. avd, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4.
Oslo	23-25.11.88	Diagnostikk av mental retardasjon. Påmelding: Avd. overlege Roy Nystad, HVPU, Hans Nielsen Haugesgt. 44, 0481 Oslo 4.

Tromsø	24-25.11.88	Yrkesmedisin, toksikologiske og kliniske aspekter. Påmelding: Prof. Harald Olsen, Avd. for klinisk farmakologi og toksikologi, 9012 Regionsykehuset i Tromsø, innen 15.10.
Danmark København	24-25.11.88	Skandinavisk konferanse om AIDS. Påmelding: FFHS, se tidl, innen 10.10.
Bergen	24-26.11.88	Høstkurs. Påmelding: Hordaland lægeforening v/ Kjell Johansen, Årstadveien 27H, 5009 Bergen.
Trondheim	28.11-1.12.88	Emnekurs i gynekologi og obstetrikk. Påmelding: Universitetet i Trondheim. (se tidligere).
Førde	30.11-1.12.88	Kreft i allmennpraksis. Kursleder: Kommunelege Einar Sandven, 6770 Nordfjordeid
Desember:		
Oslo	1-2.12.88	Smertebehandling. Kursleder: Overlege Jørgen Holmboe, anestesiavd, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4.
Ringerike	2-3.12.88	Kurs for allmennpraktiserende leger. Kursleder: Ole Jørgen Moe.
Trondheim	7-8.12.88	Ide- og utvekslingskonferanse om eldreomsorg. Påmelding: FFHS, se tidl, innen 21.10.
Kirkenes	7-9.12.88	Akutt medisin. Kursleder: Kommunelege Geir Clausen, Helsehuset, 9600 Hammerfest.
Bergen	des. 88	Livskvalitet for alvorlig syke pasienter. Kursleder: Overlege Stein Husebø, Haukeland sykehus, 5000 Bergen. Kurs i kommunal helseadministrasjon, trinn I-IV. Nærmere opplysninger: Den norske lægeforenings sekr, tlf. 02 552000, v/Arne Lie el. Solveig Andersen.
Israel Jerusalem	28.5-2.6.89	12th WONCA World Conference on family medicine. Abstracts innen 1.9.88. Info: NSAM, Institutt for allmennmedisin, Oslo. (Se tidl.)
Danmark Århus	23-26.8.88	6' Nordiske Kongres i allmennmedisin. Abstracts innen 1.4.89. Info: 6' Nordiske Kongres, Enghøjel 90, DK-2670 Greve, Danmark

Neste kurskalender: UTPOSTEN nr. 8/88, som kommer i desember -88.
Frist for innsending til kalenderen: 12 november -88.

C

Returadresse:
UTPOSTEN,
5890 Lærdal

Nr 4, 1988

INNHOLD:

JEG ER FRA VIETNAM	side 147
Trung Tran Ngoc	
FLYKTINGER -ASYLSØKERE-INNVANDRERE. HVEM ER HVEM?	side 148
Berit Austveg	
EN FLYKTINGESEKRETÆR FORTELLER	side 150
Else Ødegaard	
JEG KOMMER FRA IRAN	side 152
Masoud. K	
EN AV DE FØRSTE...	side 153
Karin Slåstad	
HVILKEN ETAT BØR FLYKTINGEKONTORET KNYTTES TIL?	side 156
Torill Spilhaug Eide	
FLYKTINGEBARNA, HVA MED DEM?	side 157
Berit Austveg	
KOMMUNALT FLYKTINGEARBEID	side 160
Aslak Gylder	
NOEN BETRAKTNINGER OM KULTUR OG INTEGRERING	side 162
Berit Austveg	
SKJEMAER FOR FLYKTINGEMOTTAK	side 165
Lærdal helseråd	
ERFARINGER HØSTET I ARBEIDET MED FLYKTINGER	side 168
Inger Daae-Qvale	
KASUISTIKKSPALTEN	side 170
PSYKOSOSIALT TEAM	side 171
HIV-TESTING AV FLYKTINGER OG ASYLSØKERE	side 172
Elise Klouman Bekken	
RISIKOAVFALL FRA HELSEINSTITUSJONER OG LEGEKONTORER.	side 174
Ole Mathis Hetta	