



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

580 allmennleger i tre kommuner ble spurt om å delta i en Questback-undersøkelse om kontakt med udokumenterte immigranter. 37 prosent svarte. 43 prosent oppgav å ha behandlet denne gruppen. Mange behandlet kun når de var pliktige i henhold til helsepersonelloven (47 prosent) og smittevernloven (17 prosent). 47 prosent tok imot uavhengig av alvorlighetsgrad. Betaling for tjenestene ble håndtert forskjellig. Noen tok ikke betalt, noen krevde full betaling og noen sendte regning til NAV.

Somatisk sykdom og infeksjoner er årsak til ca. halvparten av kontaktene. 1/4–1/3 av kontaktene gjelder psykiske lidelser. Ca. ti prosent gjelder hjelp til oppholdstillatelse. Det øvrige er oppgitt som andre årsaker. I tillegg til at denne gruppen representerer en humanitær utfordring, mener vi det må være i samfunnets interesse å tilby helsetjenester til gruppen. Det bør etableres helsetjenesteordninger, og regelverket bør klargjøres.

Går papirløse innvandrere til allmennlege?

AV SVEIN AARSETH, TRYGVE KONGSHAVN OG OLGA KRISTIENSEN

Papirløse innvandrere er en gruppe man vet relativt lite om. En spørreundersøkelse blant leger i Osloregionen viser at nesten halvdelen av de spurte har behandlet papirløse innvandrere. I halvparten av tilfellene var det somatisk sykdom eller infeksjon som førte til at pasienten oppsøkte lege, mens psykisk lidelse utgjorde en tredel av kontaktårsakene.

Det er anslått at 5000–10 000 personer med ulik nasjonalitet lever i skjul (1). Gruppen antas også å omfatte mange barn og ungdom som hindres i å motta nødvendig helsehjelp, sannsynligvis av samme grunner som gjelder de voksne: frykten for å bli registrert eller «angitt», manglende kjennskap til helsevesenet i Norge og dårlig økonomi.



Svein Aarseth

F. 1950, cand.med. Oslo 1976. Spes. allmennmedisin og arbeidsmedisin, fastlege ved Frysja legekontor i Oslo. Leder for Oslo legeforening.



Trygve Kongshavn

F. 1953, cand.med. 1984. Spes. allmennmedisin, fastlege ved Fjell legesenter i Drammen og praksiskoordinator ved Sykehuset Buskerud. Medforfatter av Legeforeningens statusrapport 2008: Helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere.



Olga Kristiansen

F. 1979, master i helseøkonomi og helseledelse Oslo 2008, master i statsvitenskap i Russland 2004. Økonomisk rådgiver ved NAV Lørenskog.

	Respondenter fastleger	Respondenter avtaleløse	Respondenter alle	Svar alle	Svarprosent
Oslo	467	49	516	179	35
Lier	18	0	18	10	55
Drammen	46	0	46	26	57
Alle	531	49	580	215	37

TABELL 1. Svarfordeling etter arbeidsform og kontor kommune.

I 2008 la Legeforeningen fram statusrapporten *Likeverdig helsetjeneste?* (2). Vi ønsket i den sammenheng å kartlegge i hvilken utstrekning allmennleger har kontakt med gruppen udokumenterte innvandrere, definert som personer som har kommet inn i landet ulovlig eller som er blitt værende uten tillatelse, for eksempel etter at visum er utløpt eller asylsøknad avslått.

Materiale og metode

Spørreskjemaet ble utformet i Questback-format, i samarbeid med bl.a. Karin Harsløf Hjelde fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Undersøkelsen var anonym. Vi sendte det elektronisk til allmennleger i Oslo, Drammen og Lier med kjent e-postadresse. Det ble sendt purring etter en uke. Leger uten kjent e-postadresse fikk skjemaet i papirform med frankert svarkonvolutt. Disse ble ikke purret.

Resultater

Det ble sendt ut 580 spørreskjemaer. 215 svarte (responsrate 37 prosent). 89 prosent av respondentene er fastleger, de øvrige er avtaleløse leger. Kommunevis svarfordeling framgår av TABELL 1.

TABELL 2 angir hyppigheten av kontakt med ikke-vestlige innvandrere, bruk av tolk og kontakt med udokumenterte innvandrere. Mange leger (43 prosent) oppgir å ha behandlet udokumenterte innvandrere. På spørsmål om hvilke

TABELL 2. Kontakt med ikke-vestlige og papirløse innvandrere. Svar i prosent av totale antall svar på spørsmålet.

	Spm. 1	Spm. 2	Spm. 3	Spm. 4
Daglig	61	7.5	14.8	0.5
Ukentlig	21.9	20.6	32.4	2.8
Månedlig	9.5	29.4	21	5.2
Sjeldnere	6.2	30.6	26.7	34.4
Aldri	1.4	11.7	5.2	57.1
Antall svar	215	215	210	212

1. Hvor ofte ser du listepasienter med ikke-vestlig bakgrunn?
2. Hvor ofte benytter du tolk?
3. Hvor ofte ser du pasienter som ikke er listepasienter?
4. Hvor ofte ser du pasienter som ikke har lovlig opphold i Norge?

Definisjoner

Ikke-vestlige innvandrere har bakgrunn fra land i Asia, Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika og Øst-Europa.

Øst-Europa omfatter følgende land: Albania, Bosnia-Hercegovina, Bulgaria, Estland, Hviterussland, Kroatia, Latvia, Litauen, Makedonia, Moldova, Polen, Romania, Russland, Serbia og Montenegro, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia, Ukraina og Ungarn.

Svaralternativ	Antall svar
Har vært fastlege for vedkommende	12
Har vært lege på asylmottak	2
Ny pasient /direkte kontakt	35
En annen pasient formidlet kontakt	45
Andre formidlet kontakt	35

TABELL 3. Hvorledes kom pasienten i kontakt?

Svaralternativ	Ant. svar
Min etnisk/språklige bakgrunn som lege	6
Har jobbet med flyktninger	5
Tilgjengelighet	25
Legeskjemaet har mange ikke-vestlige pasienter	40
Andre årsaker	44
Antall svar	120

TABELL 4. Hvorfor mener du at du ble oppsøkt?

problemer legene ville behandle, svarte 46,8 prosent at de kun vil behandle øyeblikkelig hjelp i henhold til § 7 helsepersonelloven. 38 prosent vil henvise til legevakt. 17 prosent angir at de behandler allmennfarlige smittsomme sykdommer (smittevernlovens § 3–5). 15 prosent tar imot svangerskapsrelaterte problemer og 44 prosent tar imot pasienter uavhengig av alvorlighetsgrad og problemstilling.

TABELL 3 viser at kontaktårsaken i de færreste tilfellene skyldtes tidligere kontakt med legen som asylmottakslege eller fastlege. TABELL 4 viser at legens etniske bakgrunn og erfaring med arbeid med flyktninger tillegges liten betydning for legevalg.

Barnekonvensjonen

(Ratifisert av Norge 8. januar 1991)

Artikkel 24 – Helse

1. Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlings-tilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike helsetjenester.

FN's konvensjon om økonomiske og sosiale rettigheter

Artikkel 12

1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende.
2. For å oppnå full virkeliggjørelse av denne rettighet, skal konvensjonspartene sette i verk tiltak som er nødvendige for å:
 - a) Minske foster- og spedbarndødeligheten og fremme barnets sunne utvikling.
 - b) Forbedre alle sider ved den samfunnsmessige og industrielle hygiene;
 - c) Forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer;
 - d) Skape vilkår som trykker alle legebehandling og pleie under sykdom.

Kommunehelsetjenesteloven

§ 1–1. (Kommunens ansvar for helsetjeneste)

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helse-tjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskom-mune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen som nevnt i § 4–1.

Prioriteringsforskriften

§ 1. Virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2

Pasientrettighetslovens kapittel 2 med unntak av § 2–1 første ledd, gjelder bare for personer som enten har fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlemmer av folke-trygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter).

Utlendingsloven

§ 108, tredje ledd:

Med bot eller med fengsel inntil tre år straffes den som a) forsettlig hjelper en utlending til ulovlig opphold i riket eller i annet land som deltar i Schengen-samarbeidet.

Innst. O. nr. 42 (2007–2008)

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det må på plass en presisering av lovforslagets § 108 tredje ledd, som forbyr forsettlig hjelp til utlending som oppholder seg ulovlig i riket. Denne bestemmelsen kan ikke tolkes så snevert at den setter forbud mot det humanitære handlingsrom som organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon trenger for å kunne yte assistanse til personer uten lovlig opphold med sosiale og helsemessige behov.»

Helsepersonelloven

§ 7. Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighets-loven § 4–9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasi-enten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helseper-sonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

Pasientrettighetsloven

§ 2–1. Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialist-helsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

§ 21. Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller syk-domsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Er papirløse innvandrere nærmest å betrakte som skyggemennesker uten klare rettigheter til helsehjelp? ILLUSTRASJONSFOTO: UTPOSTEN

TABELL 5 (se side 10) viser de hyppigste kontaktårsakene og hvilket problem siste konsultasjon gjaldt. Somatisk sykdom og infeksjon er årsak til halvparten av kontaktene. En firedel til en tredel av kontaktene gjelder psykisk lidelse. Ca ti prosent av kontaktene gjelder hjelp til oppholdstillatelse. Det kan synes som om avtaleløse leger i noe større grad ser denne pasientgruppen (TABELL 6, se side 10). Tallene er imidlertid små og sikre konklusjoner kan ikke trekkes.

43 prosent av legene opplever det som problematisk å henvise til spesialist, mens 44 prosent opplever det som uproblema-tisk (TABELL 7, se side 10). 11 prosent angir at de ikke henviser, mens 2,4 prosent henviser utenom det offentlige systemet.

På spørsmål om hvorledes legen vurderer sin kompetanse overfor pasientgruppen, angir 62 prosent av respondentene

	Generelt (prosent)	Siste pasient (prosent)
Infeksjonssykdom/seksuelt overført sykdom	10	13
Annen somatisk sykdom	49	37
Psykisk lidelse	23	31
Hjelp til oppholdstillatelse	7	6
Andre grunner	11	13
Antall svar	83	86

TABELL 5. *Kontaktårsak generelt og for siste pasient.*

at de har lav eller middels kompetanse. 38 prosent angir at de har over middels eller høy kompetanse (TABELL 7). Tallene er for små til å si noe om mulig sammenheng mellom henvisning og kompetanse.

Når det gjelder betaling, oppgir 29 prosent at pasienten eller de pårørende betaler alt. 31 prosent oppgir at de ikke får betalt. Resten sender regning til NAV.

Diskusjon

Helseproblemer hos papirløse innvandrere er knyttet til skader (herunder arbeidsskader), infeksjoner, seksuelt overførbare infeksjoner og psykiske lidelser (3). Helseproblemene må ses i sammenheng med dårlig levestandard, arbeidsvilkår, språkbarrierer, liten bruk av landets helse-system samt frykten for å bli oppdaget av immigrasjonsmyndighetene. Dette bidrar også til å forsterke helseplagene over tid (4). Gruppen som helhet har større forekomst av smittsomme sykdommer som tuberkulose og HIV, og disse er ofte udiagnostiserte (5).

Vår undersøkelse viser at nesten halvdel av de spurte legene hadde behandlet papirløse innvandrere. Av disse legene behandlet 50 prosent kun øyeblikkelig hjelp-tilfeller. I om lag halvparten av tilfellene var kontaktårsaken somatisk sykdom eller infeksjon. I en tredjedel av tilfellene var kontaktårsaken psykisk lidelse. I ti prosent av tilfellene ba pasienten om hjelp til oppholdstillatelse. En tredjedel av legene tok ikke betalt.

Hvem har ansvar – og hvem tar ansvar – for denne pasientgruppen? Det er et stort behov i Norge for å tydeliggjøre regelverket på området, herunder bestemmelser om helsepersonells taushetsplikt. Myndighetene må sørge for at personer uten lovlig opphold får den helsehjelpen de har behov for utover øyeblikkelig hjelp. Økonomiske forhold knyttet til behandling av papirløse innvandrere må klargjøres. Det er viktig at det blir etablert praktiske ordninger for tilgang til medisiner og legehjelp. Kjent fødselsnummer må ikke være en forutsetning for helsehjelp. Det er det som oftest ved bruk av laboratorietjenester og reseptforskrivning.

Frekvens/prosent som ser udokumenterte migranter	Allmennlegens status					
	Fastlege		Avtaleløs		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Daglig, ukentlig eller månedlig	13	6,8	5	22,7	18	8,5
Sjelden	68	35,8	5	22,7	73	34,4
Aldri	109	57,4	12	54,5	121	57,1
Totalt	190	100	22	99,9	212	100

TABELL 6. *Hyppighet av kontakt med papirløse innvandrere for fastleger og avtaleløse lege.*

Hvor vanskelig er det å henvise til spesialist?	Legens vurdering av egen kompetanse									
	Lav		Gjennomsnittlig		Over gjennomsnittet		Høy		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uproblematisk	4	40	18	43,9	13	48,1	1	25	36	43,9
Pasienten henvises i det offentlige systemet	0	0	2	4,9	0	0	0	0	2	2,4
Pasienten henvises ikke	4	40	4	9,7	1	3,7	0	0	9	11,0
Henvisning er vanskelig	2	20	17	41,5	13	48,1	3	75	35	42,7
Totalt	10	12	41	50	27	33	4	5	82	100

TABELL 7. *Forholdet mellom vurdering av egen kompetanse og hvor vanskelig det er å henvise.*

Det råder per i dag usikkerhet rundt legers og helsepersonells adgang til å gi papirløse innvandrere helsehjelp. I forbindelse med behandlingen av endringene i utlendingsloven, mente et bredt stortingsflertall at

«lovforslagets § 108, tredje ledd som forbyr forsettelig hjelp til utlendinger som oppholder seg ulovlig i landet, ikke kan tolkes så snevert at den setter forbud mot det humanitære handlingsrom som organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon trenger for å kunne yte assistanse til personer uten lovlig opphold med sosiale og helsemessige behov» (6).

Vi mener det er på plass med en presisering, og at ordlyden «ikke å tolke så snevert» ikke er godt nok. Regelverket må være mye tydeligere enn som så.

I andre land har humanitære organisasjoner tatt på seg ansvar for å tilby papirløse innvandrere helsehjelp. Kirkens Bymisjon (KB) har i en ny rapport (7) kartlagt situasjonen i Norge og påpeker paradokset i at nettopp denne gruppen faller utenfor på en helt annen måte enn andre marginaliserte grupper som alle har rettigheter. Rapporten oppfordrer KB i samarbeid med andre aktører til å iverksette konkrete humanitære tiltak overfor de papirløse innvandrerne, i tråd med hva som er tilfelle i andre vesteuropeiske land.

Materialet i denne artikkelen er brukt av Olga Kristiansen i hennes masteroppgave i helseøkonomi (8).

Referanser

1. Stokke O, Samuelsen RJ, Aale PK. Røde Kors vil hjelpe de papirløse. Aftenposten 18.11.2007.
2. Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjeneste til ikke-vestlige innvandrere. Oslo: Den norske legeforening, 2008. (www.legeforeningen.no/id/144525.0)
3. Årsrapport 2006. Prosjektet vård for gömda. Stockholm: Röda Korset, 2006.
4. Eriksson, A, Larsson T, Westerberg, B. Hälsan försämrats hos två av tre gömda flyktingar. DN (Sverige) 25.11.2005.
5. Kullgren JT. Restrictions on Undocumented Immigrants' Access to Health Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. Am J Public Health 2003; 93: 1630–3.
6. Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven). Innst. O. nr. 42 (2007–08).
7. Ottesen SH. Papirløse migranter. Oslo: Kirkens Bymisjon, 2008.
8. Kristiansen O. Undocumented immigrants and the experiences of Norwegian general practitioners with this group of patients (masteroppgave). Universitetet i Oslo, 2008.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
svein.aarseth@frysjalegene.nhn.no
trygve@portamedicus.no

NORM

Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober

Forskningsmidler fra NORM

Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) lyser ut midler til forskning med følgende formål:

- kartlegge resistens mot antimikrobielle midler i mikrober
- fremme kunnskap om årsaker til resistensutvikling i mikrober
- fremme kvaliteten på forebyggende tiltak mot utvikling og utbredelse av resistens

NORM er et nasjonalt helseregister med sekretariat ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Søknader om forskningsmidler vil bli behandlet av Fagrådet i NORM. Støtten til enkeltprosjekter vil normalt være begrenset oppad til kr. 50 000. Det kan søkes om midler til reagenser, forbruksmateriell, timelønn til assistent (for eksempel bioingeniør), presentasjon av aktuelle studier på møter og kongresser, hospitering og lønn for arbeid i eget prosjekt (må begrunnes særskilt). Fagrådet vil spesielt stimulere til samarbeid på tvers av spesialiteter og fagmiljøer og til forskning i kliniske avdelinger og i allmennpraksis. Fagrådet vil også prioritere forskning på bruk av antibiotika og forebyggende tiltak mot resistens, samt forskningsprosjekter i mindre fagmiljøer i ulike deler av landet.

Eget søknadsskjema for forskningsmidler fra NORM må benyttes. Nærmere opplysninger og søknadsskjema fås fra forskningssiden til NORM på www.antibiotikaresistens.no eller ved kontakt med NORM sekretariatet ved Anne-Sofie Furberg (anne-sofie.furberg@unn.no, telefon 77 62 70 30) og Gunnar Skov Simonsen (gunnar.skov.simonsen@unn.no, telefon 77 62 84 93).

Søknad sendes elektronisk til norm@unn.no eller gunnar.skov.simonsen@unn.no. I tillegg sendes ett underskrevet eksemplar av søknadsskjema med alle vedlegg til: NORM, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge, 9038 Tromsø.

Søknadsfrist 15. september 2009.