

Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge

I Norge utgjør innvandrerbefolkningen (personer med to utenlandsfødte foreldre) noe over 260 000 personer, hvorav 54 500 barn (< 16 år). Det er et stort migrasjonspress mot rike vestlige land, inkludert Norge, både fordi forskjellen i velferd mellom rike og fattige land er enorm, og fordi det er et stort behov for arbeidskraft i rike land.

Enkelte helseproblemer er vanligere blant innvandrerbarn enn blant etnisk norske barn. Spesielt er barn i flyktningfamilier utsatt for store psykiske problemer, og mange vil ha behov for profesjonell hjelp fra helsevesenet for å takle overgangen til en ny tilværelse i et nytt land. Enkelte sykdommer er ekstremt sjeldne blant barn i Norge, kan forekomme hos innvandrerbarn. Dette er sykdommer som talassemia, sigdcelleanemi, malaria, tyfoidfeber og tuberkulose. Det er viktig at norske leger som har innvandrerbarn til behandling, har kunnskap om diagnostikk og behandling av disse sykdommene. Alvorlig jernmangel og vitamin D-mangel er ikke uvanlig blant innvandrerbarn. Det er registrert hele 65 barn med ernæringsbetinget rakitt behandlet ved norske sykehus i 1998 og 1999. Det er derfor behov for å revidere det program man for tiden har for å forebygge rakitt i Norge.

Innvandrerbefolkningen omfatter, ifølge Statistisk sentralbyrås definisjon, personer med to utenlandsfødte foreldre. Førstegenerasjonsinnvandrere er selv født i utlandet, annengenerasjonsinnvandrere er norskfødte med utenlandske foreldre. I Norge utgjør innvandrerbefolkningen 5,9% av den totale befolkning (1). Av disse har omkring halvparten bakgrunn fra ikke-vestlige land. En tredel av innvandrerbefolkningen i Norge bor i Oslo og utgjør her 17,8% av byens befolkning. Det er større konsentrasjon av innvandrere fra ikke-vestlige land i Oslo enn i landet som helhet, idet 11,9% av Oslos innbyggere har bakgrunn fra ikke-vestlige land. Det er store regionale forskjeller i Oslo, med flest innvandrere fra ikke-vestlige land i de indre østlige bydeler og færrest innvandrere fra denne gruppen i de ytre vestlige bydeler. Innvandrerbefolkningen er ung, hele 24,7% er barn under 16 år (1). Gruppen er svært heterogen med hensyn til migrasjonsårsak, et-

Leif Brunvand

leif.brunvand@ulleval.no

Barnesenteret

Reidun Brunvatne

Seksjon for internasjonal helse

Senter for forebyggende medisin

Ullevål sykehus

0407 Oslo

Brunvand L, Brunvatne R.

Health problems among immigrant children in Norway.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 715–8.

Background. There are approximately 54,500 immigrant children (< 16 years) in Norway, half of them from non-western countries.

Methods. The authors present an overview of different health problems that are more frequent in the migration population than in the general Norwegian population.

Results and interpretation. Psychological problems are very frequent among immigrant children from war areas, and a special therapy programme should be designed for this group. A broad spectrum of diseases that are uncommon among Norwegians, are present in the migrant population, such as sickle cell disease, thalassaemia, malaria, typhoid fever and tuberculosis. Doctors dealing with migrant children should learn how to diagnose and treat these diseases. Iron deficiency and vitamin D deficiency are also prevalent among immigrant children. As many as 65 children with nutritional rickets have been treated at Norwegian hospitals in 1998 and 1999, 54 of them with an immigrant background. This demonstrates the need for a new programme against nutritional rickets in Norway.

nisitet, sosial status, utdanning, grad av integrasjon i det norske samfunn, norsk språkforståelse og varighet av opphold i Norge.

Migrasjonsårsak har variert over tid. I 1970-årene var hovedandelen av innvandrerne arbeidssøkende yngre menn. Etter 1980 har hovedandelen vært flyktninger. I dag utgjør flyktninger og folk som kommer hit i forbindelse med familiegjennforening størsteparten av dem som kommer til Norge. En økende tendens er import av arbeidskraft til yrker der det er mangel på kvalifiserte norske arbeidstakere.

Kommunikasjon og bruk av tolk

Innvandrerbarn kommer i kontakt med norsk helsepersonell ved helsestasjon og skolehelsetjeneste og, ved sykdom, på primærlegekontoret og i sykehus. Utbyttet av disse kontaktene er avhengig av kommuni-

kasjonen med foreldrene. Mange foreldre kan ikke norsk eller engelsk i tilstrekkelig grad for forsvarlig kommunikasjon. I enkelte situasjoner kan misforståelser, f.eks. vedrørende medikasjon, føre til helsefarlige tilstander. Olsen beskriver i en studie av 133 innvandrerbarn innlagt i Aker sykehus (2) at pleiepersonalet opplevde kommunikasjonsproblemer i forhold til 40% av disse familiene. Legene uttrykte tvil om familien hadde forstått informasjonen som var gitt i 54% av tilfellene. Tolk var anvendt hos 16 familier (9%).

I en sosiologisk studie om kommunikasjon mellom innvandrerpasienter og allmennpraktiserende leger skriver Dyregrov at mange leger uttalte at de i større grad unnlot å gi råd og informasjon til innvandrere enn til nordmenn, fordi de fryktet at det ikke ville bli forstått riktig (3). I stedet skrev de ut flere resepter. Bruk av profesjonell tolk er i de fleste tilfeller en forutsetning for forsvarlig kommunikasjon. Ifølge retningslinjer fra Statens helsetilsyn (4) er det sykehuset som har ansvar for å skaffe tolk. Ved planlagte konsultasjoner bør dette la seg gjennomføre. Ved akutte sykdomstilfeller kan det være vanskelig å skaffe kvalifisert tolk. Da må man bruke den som er tilgjengelig. Tolktilgjengeligheten kan forbedres ved at sykehuse ansetter egen tolkekoordinator, slik som Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo har gjort. Det advares mot å bruke barn som oversettere ved alvorlige eller kompliserte sykdomstilfeller. Barn kan bli urimelig psykologisk belastet ved å få kunnskap om alvorlige forhold som de ikke forstår rekkevidden av.

I enkelte tilfeller kan man oppleve at familien ikke ønsker å bruke profesjonell tolk. Det kan være at de ikke stoler på tolken, eller det kan være ærekrenkende at utenforstående får kjennskap til intime forhold i familien. Visse sykdommer er i noen kulturer ekstremt stigmatiserende, f.eks. HIV-positivitet, og da bør familien spares for belastningen ved at en fra deres egen språkgruppe kjenner til hemmeligheten. I andre tilfeller kan man, for å oppnå forsvarlig kommunikasjon, forhandle om bruk av profesjonell tolk. Ofte kan problemet løses ved at både den eksterne tolken og familiens oversetter er med i samtalen. For god kommunikasjon kreves det mer enn språklig forståelse – det kreves «oversettelse» fra én sykdomsforståelse til en annen. For å mestre dette må man spørre foreldrene konkret om deres oppfatning av aktuelle sykdom eller helseproblem. Forskjellen i sykdomsforståelse kan være



Figur 1 Pakistansk innvandrerbarn med rakitt

stor mellom en analfabet som tror på magi og en norsk lege som er opptatt av å unngå antibiotikaresistens.

Etterlevelse er et problem ved medisinsk behandling av norske barn (5, 6). Sannsynligvis er problemet enda større hos innvandrerpasienter, avhengig av graden av kommunikasjon og tillit (7).

Forebyggende helseundersøkelser av innvandrerbarn

Alle barn som migrerer til Norge, skal gjennomgå en obligatorisk tuberkuloseundersøkelse, pirquetprøve, ved ankomst. Dette foregår dels i transittmottak, dels på lokale helsestasjoner eller på «diagnosestasjoner». Flere større kommuner tilbyr spesiell helseundersøkelse, oftest gratis, for nyankomne flyktninger og innvandrere. Dette tilbudet gjelder også barna. Ett eksempel er Seksjon for internasjonal helse ved Ullevål sykehus, hvor flyktninger og innvandrere i Oslo tilbys en omfattende, frivillig helseundersøkelse. Det foretas hos barn en generell helseundersøkelse, hvor det legges vekt på sanseapparatet, psykomotorisk utvikling og psykososiale forhold. Videre undersøkes det for anemi, eosinofili (indikator for tarmparasitter), vitamin D-mangel (barn < 2 år) og for visse infeksjonssykdommer.

Når det gjelder infeksjonssykdommer, følges i hovedtrekk anbefalingene i Statens helsetilsyns *Veileder om forebyggende infeksjonsmedisinsk arbeid ved første gangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere* (8). Det undersøkes på forekomst av HIV, hepatitt B og syfilis. Foreldrenes informerte samtykke innhentes før prøvetaking. Rutinemessig undersøkelse for tarmparasitter anbefales i ovennevnte veileder. Praksis

varierer mellom de skandinaviske land. I Sverige og Danmark foretas ikke rutinemessig undersøkelser av tarmparasitter. Ved funn av jernmangelanemi eller symptomer fra mage-tarm-kanal er undersøkelse av tarmparasitter vesentlig.

I *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, utgitt av Statens helsetilsyn (9), anbefales også rutinemessig synsundersøkelse og vurdering av hørsel hos alle nytilflyttede barn og unge fra ikke-vestlige land. En strukturert helsekontroll burde være obligatorisk for alle barn som migrerer til Norge.

Psykososiale forhold

Nordiske undersøkelser viser at innvandrerbarn har noe overhyppighet av psykososiale problemer sammenliknet med nordiske barn (10, 11). I den grad foreldrene har psykososiale problemer, representerer det risiko for problemer i samspillet mellom barn og foreldre, og dermed for psykiske forstyrrelser hos barna. Dårlige levekår som fattigdom, trangbodhet og arbeidsledighet utgjør risikofaktorer som rammer innvandrere i høyere grad enn nordmenn. En undersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå i 1996 viste at tre av ti innvandrerfamilier har en disponibel husholdningsinntekt som er under det som i EU betraktes som en grense for lavinntekt (12).

Blant innvandrere er flyktninger i en særklasse. De har i varierende grad opplevd forhold som utgjør risikofaktorer: krig, etnisk rensing, farefull flukt, tap av nære pårørende, politisk forfølgelse, fengsling, tortur eller lange opphold i store flyktningleirer under kummerlige og uverdige forhold (13, 14). Det er vanlig i krig at barn blir vitne til overgrep og drap (15). Verst er det om offeret er barnets voksne omsorgsfigur. Barn

kan oppleve tap av pårørende, hjem og lekekamerater og, i tillegg, tap av basal trygghet som tillit til voksne og tillit til fremtiden (16). Etter slike påkjenninger kan barn bli utrygge og depressive, ha mareritt, flashback og konsentrasjonsvansker. Deres evne til aldersadekvat lek kan bli nedsatt. For små barn er det å se foreldrene hjelpeløse særdeles utrygghetsskapende. Ved fengsling og «forsvinning» i forbindelse med politisk forfølgelse skapes en svært vanskelig situasjon for resten av familien (17).

Utrygge barn trenger, for å kunne reparere de følelsemessige skader de er blitt påført, mer av foreldrenes nærhet, kjærlighet og oppmuntring enn andre barn. Men samtidig har ofte foreldrene, pga. egne traumer, redusert evne til å ivareta barnas behov. I traumatiserte familier hvor en av foreldrene er drept eller forsvunnet, hender det at den gjenværende voksne ikke lenger klarer å fylle sin rolle som omsorgsgiver. I slike tilfeller kan det skje en rolleversering, slik at et av de eldre barna må overta ansvaret for familiens fungering. Dette har for barnet meget uheldige psykologiske konsekvenser (17). Det er åpenbart at svært mange av flyktningbarna har behov for profesjonell hjelp fra helsevesenets side.

Det har vært lite oppmerksomhet rettet mot familiegjenforeningsbarna. I familiegjenforeningssaker har både barn og foreldre store forventninger til gjenforeningen, men undersøkelser viser at de ofte får store vansker med å fungere sammen som en familie (18). Dette er ofte tenåringsbarn med mangelfull skolebakgrunn. Mange får vansker med å klare seg på skolen. De blir således tapere både hjemme og på skolen, med risiko for sosial dysfunksjon. Den enkelte helsearbeider bør, i møte med innvandrerbarn, være oppmerksom på de spesielle psykososiale forhold som kan ligge bak det presenterte problem. Det kan ofte være påkrevd med spesielle tiltak fra så vel skole som skolelege for å optimalisere barnets integrering i det norske samfunn.

Nyere forskning om barn som utsettes for psykososiale belastninger, setter søkelyset på påkjenninger så vel som på evne til mestring (19, 20). Varig skade oppstår når opphopning av belastninger overstiger et barns mestringsevne. Barn har ulik toleranse for belastninger. Man har i det senere interessert seg for hva som kjennetegner de barn som på tross av betydelige belastninger klarer seg, og som, etter forbigående krise, kommer tilbake til normal fungering. Følgende faktorer viser seg å fremme mestringsevne:

- Positiv personlig konstitusjon: Kognitiv kompetanse, aktiv holdning til mestring av problemer og aktiv holdning til å skape positive relasjoner til andre.
- Støttende familiemiljø: Et stabilt følelsemessig forhold til minst én kompetent forelder eller annen referanseperson som oppmuntrer og selv er en god modell for mestring.

– Ytre samfunnsforhold som støtter og belønner barnets mestningsstrategier: Gruppetilhørighet og felles gruppeidentitet.

Ernæring

Jernmangel er den vanligste mangelsykdommen blant barn over seks måneders alder, både i vestlige land (21) og i enda større grad i fattige land (22). I Oslo er det er påvist at forholdsvis mange innvandrerbarn innlegges i sykehus med alvorlig jernmangelanemi (23). En høyere forekomst av jernmangelanemi er også funnet blant innvandrerbarn enn blant etnisk norske barn i Drammen (24), men dette ble ikke funnet i en undersøkelse fra Oslo (25). Årsaken til at jernmangelanemi blant små barn synes å være mer utbredt blant grupper av innvandrerbarn, kan blant annet være knyttet til et høyt inntak av kumelk (26). Tedrinking hos små barn (det er uvisst om dette er noe utbredt fenomen i Norge) kan også gi jernmangel (27). Terskelen for å sjekke jernstatus ved en enkel blodprøve (hemoglobin, MCV, MCH og ferritin) bør være lav, spesielt for barn i alderen 1–3 år og jenter i puberteten.

Vitamin D-mangel er også utbredt blant enkelte grupper innvandrerbarn i Norge (28, 29). Det er sannsynlig at vitamin D-status blir dårligere etter migrasjon, selv om det også i de aktuelle gruppene hjemland er relativt vanlig med vitamin D-mangel (30–32). Spesielle risikogrupper ser ut til å være:

- Barn som får langvarig morsmelkernæring
- Maternell vitamin D-mangel
- Kulturelt betinget motstand mot å få sol andre steder enn på hender og i ansikt
- At det ikke gis vitamin D-preparat etter de retningslinjer som helsemyndighetene har satt opp (tilsvarende 10 µg/dag).

Det finnes ingen gode epidemiologiske studier som mer presist dokumenterer forekomsten av rakitt blant barn i Norge. De fleste barn med denne diagnosen vil bli utredet og behandlet av en spesialist i barnesykdommer, som regel i tilknytning til en poliklinisk utredning eller en innleggelse ved en somatisk barneavdeling. Det foreligger ingen innrapportering av barn med rakitt til noe sentralt register. For å få en oversikt over problemets omfang sendte vi et spørreskjema til alle landets barneavdelinger i januar 2000, der vi spurte etter hvor mange tilfeller med rakitt som var behandlet ved den aktuelle enhet i løpet av 1998 og 1999. 25 av 30 barneavdelinger svarte. Disse dekker > 95 % av den norske barnepopulasjonen. 65 barn med ernæringsbetinget rakitt ble registrert. 54 av barna hadde innvandrerbakgrunn (begge foreldre født i utlandet). 20 barn hadde bakgrunn fra Pakistan. 18 av disse barna kom fra Oslo, og det representerer ca. 50 % av barna som ble behandlet for rakitt i Oslo i perioden. Øvrige nasjoner som var representert var Marokko, Irak, Iran, Tyrkia, Bosnia, Madagaskar, Somalia, Ko-

sovo, Sri Lanka, Albania, Korea og Libanon. Foreldrenes trosoppfatning ble ikke registrert. 23 barn var under ett år, 28 barn mellom ett og to år og 14 barn mer enn to år. Tallene tyder på at alimentær rakitt ikke er uvanlig i Norge, og at det er behov for å bedre det forebyggende arbeidet på dette området.

Genetiske sykdommer

Genetisk betingede sykdommer, som talassemi (33), familiær middelhavsfeber (34) og sigdcelleanemi (35), er i enkelte land vanlig, men forekommer ikke blant etnisk norske barn. For det enkelte barn som er affisert, kan disse sykdommene innebære livslang spesialistbehandling og betydelig morbiditet, med hyppige sykehusopphold og kroniske smerter. Diagnostikken av sigdcelleanemi og talassemi kan gjøres ved en enkel hemoglobinelektroforese. Det kan imidlertid være vanskelig å skille mellom en vanlig jernmangelanemi og talassemi, som begge gir en mikrocytær anemi (36). Manglende respons på behandling med jern i tillegg til et normalt eller forhøyet serum-ferritinnivå bør gi mistanke om diagnosen. Som regel vil barn med sigdcelleanemi og barn med talassemi ha overskudd av og ikke mangel på jern, og jernbehandling er da kontraindisert.

Ut fra data i folkeregisteret og medisinsk fødselsregister er 30 % av foreldrene i den pakistanske populasjon i Norge i nær slekt med hverandre (fetter-kusine-forhold), mot 0,1 % i norsk populasjon (37). Inngifte vil gi økt risiko for at barnet får to sykdomsfremkallende gener av samme type og øker sannsynligheten for autosomal recessivt arvet sykdom. Ut fra data i medisinsk fødselsregister er det ingen forskjell i forekomsten av medfødte misdannelser mellom etnisk norske barn og innvandrerbarn der foreldrene ikke er i slekt. Derimot er forekomsten av misdannelser omtrent dobbelt så stor der foreldrene er fetter og kusine, og ca. 28 % av alle medfødte misdannelser i den pakistanske populasjonen i Norge kan tilskrives det at foreldrene er i slekt (37). Inngifte gir økt risiko for perinatal død (38) og død i første leveår. Spedbarnsdødeligheten er av denne grunn 2,5–3 ganger høyere i den pakistanske populasjonen enn blant etnisk norske barn (39). Enkelte studier kan tyde på at tendensen til inngifte øker ved migrasjon. Dette kan blant annet skyldes den sosiale gevinst som oppnås ved inngifte. Familien knytter sterkere bånd til familien i hjemlandet, og vil også sikre ektefelle (sønn/datter av søsken til foreldre) innpass til et i-land. Intervensjon fra helsevesenets side for å redusere tendensen til inngifte og dermed hindre de skisserte helserelevante problemer er et følsomt tema som ikke skal diskuteres videre her.

Infeksjonssykdommer

Den nære kontakt som innvandrerefamilier kan ha med hjemlandet, representerer økt risiko for smitte av alvorlige sykdommer, som

malaria, tyfoidfeber, shigellose og tuberkulose (40–44). Langvarig feber, redusert allmenntilstand, manglende matlyst og ingen respons på vanlig antibiotikaregime bør gi mistanke om malaria, tyfoidfeber eller tuberkulose. Langvarig, kraftig eller blodig diaré kan representere salmonellainfeksjon eller shigellose. Giardia lamblia-infeksjon kan gi manglende vektøkning hos små barn. Innvandrerbarn med HIV-infeksjon er tallmessig et lite problem, men fordi HIV-infeksjon er sjeldent hos norske barn, er innvandrerbarna fra endemiske områder overrepresentert (45). Det er viktig at leger som behandler innvandrerbarn skolerer seg i diagnostikk og behandling av sjeldne infeksjonstilstander som stort sett bare forekommer hos disse barna.

Konklusjon

Innvandrerbarn representerer en heterogen gruppe med ulike helseproblemer, avhengig av migrasjonsårsak, etnisk bakgrunn og sosiale, psykiske og genetiske faktorer. Nyankomne innvandrerbarn bør målrettet undersøkes somatisk og psykososialt, slik at hensiktsmessige tiltak kan iverksettes tidlig i integrasjonsprosessen. I møtet mellom innvandrerefamilier og norsk helsepersonell er kvaliteten på kommunikasjonen helt avgjørende. Opprettelse av et døgnåpent kontor for å koordinere sentral eller regional tolkevirksomhet ville kunne bedre tilgjengeligheten til profesjonell tolk og dermed bedre denne tjenesten vesentlig.

Flyktningbarn utgjør en særlig risikogruppe for psykososiale problemer, og har ofte behov for profesjonell hjelp fra helsevesenet. Det er viktig at helsepersonell som møter disse familiene, er klar over dette og kan formidle kontakt på et tidlig stadium. Det spesielle sykdomspanoramaet som man har hos innvandrerbarn, nødvendiggjør økt opplæring av primærhelsetjenesten, slik at tilstandene kan diagnostiseres og behandles uten unødige forsinkelser. Forekomsten av rakitt blant innvandrerbarn er for høy, og arbeidet for å forebygge denne tilstanden bør bedres.

Litteratur

1. Aktuelle befolkningstall, nr 2/2000. Innvandrerbefolkningen 1. januar 1999. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000.
2. Olsen B. Flyktning- og innvandrerbarn i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3585–8.
3. Dyregrov K. Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2444–6.
4. Retningslinjer for helsetjenestetilbud til innvandrere og asylsøkere. IK-9. Oslo: Statens helsestilsyn, 1993.
5. Jonasson G, Carlsen KH, Sodal A, Jonasson C, Mowinckel P. Patient compliance in a clinical trial with inhaled budesonide in children with asthma. Eur Respir J 1999; 14: 150–4.
6. Bråtveit A, Nessa J. Compliance – eit problematisk omgrep. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1050–1.
7. Brunvand L, Henriksen C, Haug E. Hvordan

→

- forebygge vitamin D-mangel blant gravide innvandrerkvinner fra Pakistan? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1585-7.
8. Veileder om forebyggende infeksjonsmedisinsk arbeid ved første gangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere. IK-2617. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
9. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0-20 år. IK-2595. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
10. Moilanen I, Myhrman A, Ebeling H, Penninkilampi V, Vuorenkoski L. Long-term outcome of migration in childhood and adolescence. *Int J Circumpolar Health* 1998; 57: 180-7.
11. Arenas JG, Singla R. Etnisk minoritetsungdom i Danmark - om deres psykososiale situasjon. København: Dansk psykologisk forlag, 1995.
12. Levekår blant innvandrere. Oslo: Statisk sentralbyrå, 1996.
13. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
14. Brunvatne R. Flyktingers psykiske helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid. I: Sveas N, Hauff E. Flukt og fremtid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
15. Brunvatne R, Lysgård KH, Hjortdahl P. Psykososialt forebyggende arbeid blant krigsflyktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 23-6.
16. Gustavsen LH, Lindkvist A, Bøhm B. Krigens barn. Oslo: Kommuneforlaget, 1989.
17. Carli M. Psychological consequences of political persecution: the effects on children of the imprisonment or disappearance of their parents. Tidsskrift for den norske psykologforening 1987; 24: 82-93.
18. Carli M. Splittede familier som gjenforenes i Norge - erfaringer fra klinisk arbeid og konsultasjon. Linjer (utgitt av Psykososialt senter for flyktninger) 1998; nr. 1: 12-8.
19. Garbarino J, Kostelney K. Developmental consequences of living in dangerous and unstable environments: the situation of refugee children. I: McCallin M. The psychological well-being of refugee children. Research, practice and policy issues. Genève: International Catholic Child Bureau, 1996.
20. Christie HJ, Waaktaar T. Tross alt. Krigstraumatiserte barn og deres belingspotensialer. I: Sveas N, Hauff E, red. Flukt og fremtid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
21. Emond AM, Hawkins N, Pennock C, Golding J. Haemoglobin and ferritin concentrations in infants at 8 months of age. *Arch Dis Child* 1996; 74: 36-9.
22. Musaiger AO, Abdulghafoer A, Radwan H. Anaemia among 6 year old children in the United Arab Emirates. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50: 636-7.
23. Brunvand L, Sander J. Jernmangelanemi hos innvandrerbarn fra utviklingsland. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1719-20.
24. Olsen PT, Vikan H, Dramdal M, Borch-Johnsen B, Fagerli RA, Wandel M et al. Jernstatus og kostholdsutvikling hos friske ettåringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 612-4.
25. Klem K. Anemi hos ettåringer - fortsatt et problem? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 327-8.
26. Sadowitz PD, Oski FA. Iron status and infant feeding practices in an urban ambulatory center. *Pediatrics* 1983; 72: 33-6.
27. Merhav H, Amitai Y, Palti H, Godfrey S. Tea drinking and microcytic anemia in infants. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 1210-3.
28. Henriksen C, Brunvand L, Stoltenberg C, Trygg K, Haug E, Pedersen JI. Diet and vitamin D status among pregnant Pakistani women in Oslo. *Eur J Clin Nutr* 1995; 49: 211-8.
29. Brunvand L, Haug E. Vitamin D deficiency amongst Pakistani women in Oslo. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 264-8.
30. Atiq M, Suria A, Nizami SQ, Ahmed I. Vitamin D status of breastfed Pakistani infants. *Acta Paediatr* 1998; 87: 737-40.
31. Brunvand L, Shah SS, Bergstrom S, Haug E. Vitamin D deficiency in pregnancy is not associated with obstructed labor. A study among Pakistani women in Karachi. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 303-6.
32. Feleke Y, Abdulkadir J, Mshana R, Mekbib TA, Brunvand L, Berg JP et al. Low levels of serum calcidiol in an African population compared to a North European population. *Eur J Endocrinol* 1999; 141: 358-60.
33. Omer R, Altay C, Gurgey A, Aksoy M, Kilinc Y, Storing TA et al. Beta-thalassemia in Turkey. *Hemoglobin* 1990; 14: 1-13.
34. Lorentsen T, Gerlyng P. Familiær middelhavsfeber. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2035-6.
35. Steinberg MH. Management of sickle cell disease. *N Engl J Med* 1999; 340: 1021-30.
36. Aghai E, Shabbad E, Quid M, Froom P. Discrimination between iron deficiency and heterozygous beta-thalassemia in children. *Am J Clin Pathol* 1986; 85: 710-2.
37. Stoltenberg C, Magnus P, Lie RT, Daltveit AK, Irgens LM. Birth defects and parental consanguinity in Norway. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 439-48.
38. Stoltenberg C, Magnus P, Skrandal A, Lie RT. Consanguinity and recurrence risk of stillbirth and infant death. *Am J Public Health* 1999; 89: 517-23.
39. Steen J, Lindemann R, Ørstavik KH. Arvelige sykdommer og misdannelser som dødsårsak i de to første leveår blant syv årskull Oslo-barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 334-6.
40. Godal T. Malaria. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 921.
41. Fjærli HO, Heger B, Gundersen SG, Hoel T, Espinoza R. Et familieutbrudd av tyfoidfeber. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3022-4.
42. Fjærli HO, Gundersen SG. Tyfoidfeber. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3019-22.
43. Olbjørn C, Bjørnvold M, Wathne KO, Gaustad P, Abrahamsen TG. Tuberkulose hos barn i Norge - diagnostiske utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1721-5.
44. Gulsvik A. Hvorfor har vi ikke utryddet tuberkulosen? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3583-4.
45. Wathne KO, Andersen GL. Barn og HIV/AIDS-forebygging, oppfølging og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 210-4.