

Innvandrere og helsefarer ved reise til opprinnelig hjemland



Tema:
Reisemedisin

Feriereiser til opprinnelig hjemland er meningsfulle og positive hendelser i innvandreres liv. Det er gjennom slike reiser de holder kontakt med slekten og hjemlandets kultur. Men slike reiser innebærer også visse helsefarer, helsefarer som til dels kan forebygges. De største helsefarer er risikoen for smittsom sykdom og, for barn og unge kvinner, risikoen for å bli utsatt for omskjæring, tvangsgifte og å bli etterlatt i foreldrenes hjemland.

Av nominativt meldepliktige sykdommer fremkommer det at fem sykdommer skiller seg ut med henblikk på høyere insidens hos personer av utenlandsk opprinnelse sammenliknet med personer av norsk opprinnelse. Disse sykdommene er malaria, hepatitt A, shigellose, tyfoidfeber og paratyfoidfeber. Dette skyldes blant annet mindre bruk av reisevaksiner og malariaprofylakse blant innvandrere enn blant norske. Innvandrerne er en variert risikogruppe som bør prioriteres når det gjelder rådgivning, reisevaksinasjon og malariaprofylakse.

Forebyggende helsearbeid for å redusere risikoen for kvinnelig omskjæring og andre overgrep mot barn og unge ved reiser til foreldrenes opprinnelige hjemland bør også være en prioritert oppgave.

Til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Nasjonalt folkehelseinstitutt ble det i 2000 meldt 11 771 tilfeller av nominativt meldepliktige smittsomme sykdommer (1). Av disse er 6 088 personer (52 %) oppgitt å være smittet i Norge. 3 240 personer (28 %) antas å ha blitt smittet etter utreise fra Norge, og 951 personer (8 %) er innvandrere med kroniske bærertilstander eller langvarige infeksjoner (f.eks. kronisk hepatitt B, malaria, tuberkulose, HIV-infeksjon, parasittsykdommer) som er antatt å ha blitt smittet før innreise til Norge. Hos 1 492 personer (12 %) er smittested ukjent. I denne fordelingen er det forutsatt at personer av utenlandsk opprinnelse som har langvarige infeksjoner eller bærertilstander, hovedsakelig ble smittet før innreise til Norge. Dette vil i de fleste tilfellene, men ikke alltid, være riktig. Av de 3 240 reiserelaterte tilfellene meldt i 2000 gjaldt 2 803 personer av norsk

Reidun Brunvatne
rbrunvat@online.no
Oslo kommune
Legevaktetaten
Kirkeveien 166
0407 Oslo

Hans Blystad
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Torshov
0403 Oslo

Terje Hoel
Vaksinasjonspoliklinikken
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Brunvatne R, Blystad H, Hoel T.

Health hazards for immigrants on vacation to their home countries.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1568–72

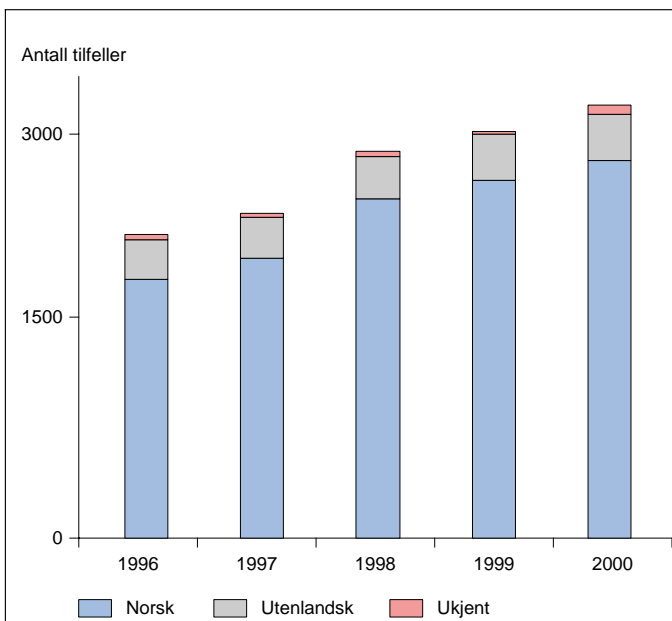
Vacations in the home country are important and positive events in the lives of immigrants, events that allow them to maintain contact with their culture, relatives and friends. However, vacations also carry certain health risks, though these risks can to some degree be prevented. Infectious disease is the greatest risk. Some children and adolescents also run the risk of female genital mutilation, forced marriage, and the risk of being left behind in the home country against their will.

Among the notifiable diseases registered with the Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases (MSIS), five stand out as having a higher incidence in people of foreign background than in people of Norwegian origin: malaria, hepatitis A, shigella infection, typhoid and paratyphoid fever. This higher incidence is partly the result of less use of pre-travel vaccines and malaria prophylaxis. Immigrants as a group are exposed to varied risks and should be given high priority in relation to vaccines and malaria prophylaxis for travel abroad.

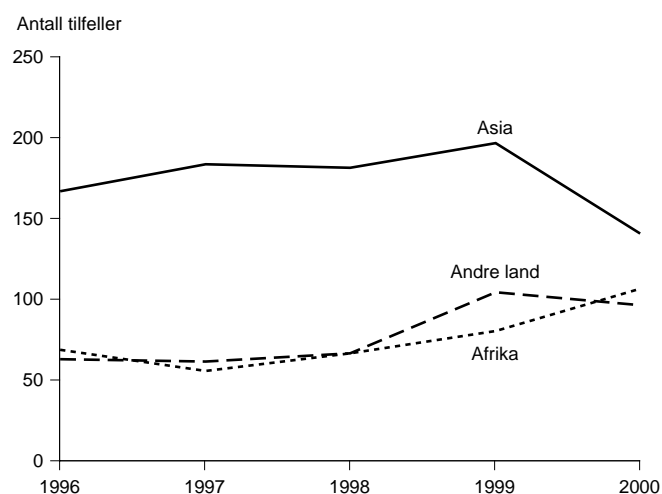
High priority should also be given to preventive health measures designed to reduce the risk of female genital mutilation and other violations against children and young people on visit to their country of origin.

☞ Se også side 1542

opprinnelse, 345 personer var av utenlandsk opprinnelse og for 63 personer er opprinnelsen ukjent. I gruppen personer av utenlandsk opprinnelse inngår både innvandrere fra vestlige og innvandrere fra ikke-vestlige land. Ved inngangen til 2000 utgjorde innvandrerbefolkningen i Norge 6,3 % av hele landets befolkning. 65 % kommer fra ikke-vestlige land, dermed har 35 % bakgrunn fra vestlige land (2). Av reiserelaterte nomina-



Figur 1 Tilfeller meldt MSIS 1996–2000 med antatt smitte ved utenlandsreiser etter herkomst



Figur 2 Tilfeller meldt MSIS 1996–2000 hos personer av utenlandsk opprinnelse med antatt smitte ved utenlandsreiser etter i hvilken verdensdel smitten er pådratt

tivt meldepliktige smittsomme sykdommer i 2000 gjaldt 10% (345/3 240) personer av utenlandsk opprinnelse. Tilsvarende andel var i 1999 11,4%, i 1998 11,2% og i 1997 12,6% (fig 1).

Hvert år reiser anslagsvis mer enn en million personer på utenlandsreiser fra Norge. Bortsett fra data om personer som reiser med charterfly, foreligger det ikke gode opplysninger om hvor mange som reiser til de ulike reisemålene. Det foreligger heller ikke statistikk over hvilke reisemål som er vanligst hos innvandrere og i hvilken grad innvandrere følger de samme reisemønstre som personer av norsk opprinnelse. I 2000 ble imidlertid 72% (248/345) personer av utenlandsk opprinnelse smittet i Asia eller Afrika etter utreise fra Norge. Dette kan tyde på at innvandrere hovedsakelig pådrar seg alvorlige smittsomme sykdommer ved lengre besøk i tidligere hjemland. Det har vært en tendens i senere år at færre personer av utenlandsk opprinnelse blir smittet i Asia, mens flere personer av afrikansk opprinnelse blir smittet ved opphold i tidligere hjemland (fig 2).

Ved de fleste alvorlige infeksjonssykdommer som diagnostiseres i Norge etter utenlandsopphold, er insidensen omtrent den samme hos personer av utenlandsk opprinnelse som hos nordmenn. Det gjelder f.eks. de vanligste næringsmiddelbårne infeksjoner, som salmonellose og campylobacteriose. Disse to sykdommene utgjør alene hele 77% av alle meldte tilfeller av reiserelaterte infeksjoner importert til Norge (1). Det samme gjelder for HIV-infeksjon og tuberkulose. Innvandrere som diagnostiseres med HIV-infeksjon eller tuberkulose her

i landet, er i hovedsak smittet i sine hjemland før de ankommer Norge for første gang (3, 4).

Av de nominativt meldingspliktige sykdommene er det fem som skiller seg ut med hensyn på høyere insidens hos personer av utenlandsk opprinnelse sammenliknet med personer av norsk opprinnelse. Disse sykdommene er malaria, hepatitt A, shigellose, tyfoidfeber og paratyfoidfeber.

Malaria

Av de 451 personene med malaria som ble meldt i femårsperioden 1996–2000, var 54% (244/451) av utenlandsk opprinnelse. Vanligste smittested hos personer av utenlandsk opprinnelse var i denne perioden Pakistan, Ghana, India, Gambia og Nigeria (5). Denne sterke overrepresentasjonen av innvandrere skyldes to forhold. Et økende antall flyktninger og asylsøkere kommer fra områder med høy forekomst av malaria og kan følgelig være smittet med malariaparasitten ved første gangs innreise til Norge. I tillegg vil mange innvandrere, etter at de har etablert seg i Norge, reise på besøk til slektninger og venner i sitt tidligere hjemland. Den delvise immunitet mot malaria, ervervet i hjemlandet, vil ha avtatt etter opphold i ikke-endemisk område. MSIS-data kan i liten grad skille mellom innvandrere som nylig har etablert seg i Norge og de som kommer tilbake etter et kortere opphold i tidligere hjemland. En retrospektiv undersøkelse av 222 tilfeller av Plasmodium falciparum-malaria i Oslo og Akershus i perioden 1988–97 viste at innvandrere på besøk i tidligere hjemland utgjorde 60% av tilfellene hos personer av utenlandsk opprinnelse (6).

Blant innvandrere er det forholdsvis mange barn og unge som blir smittet med malaria på utenlandsreiser. En undersøkelse av importerte tilfeller av malaria i perioden 1989–98 viste at andelen barn og unge var høyere blant personer av utenlandsk opprinnelse enn blant personer av norsk opprinnelse, med henholdsvis 23% og 12% i aldersgruppen 0–19 år (7). Personer av utenlandsk opprinnelse smittes i større grad enn andre med Plasmodium vivax og i mindre grad med Plasmodium falciparum. Dette gjenspeiler at innvandrere hovedsakelig er smittet i Asia. Mens det i begynnelsen av 1990-årene ble meldt 15–20 tilfeller hos innvandrere på besøk i Pakistan, er dette i de senere år blitt redusert til under fem tilfeller årlig. Til gjengjeld har det blant afrikanske innvandrere som reiser på besøk i tidligere hjemland, i de senere år vært et økende antall personer smittet med P falciparum.

Innvandrere som utvikler klinisk malaria, har som regel ikke brukt medikamentell profylakse. I femårsperioden 1994–99 hadde 60% av personer med utenlandsk opprinnelse som fikk malaria ikke gjort det. Tilsvarende tall for personer av norsk opprinnelse var 38% (7). Selv om man tar i betraktning at den del av dem som fikk malaria, var asylsøkere og andre som var i Norge for første gang, var det et betydelig antall innvandrere bosatt i Norge som reiste på ferie uten å benytte medikamentell malariaprofylakse.

Hepatitt A

Av de 355 personene med hepatitt A smittet utenlands som ble meldt i femårsperioden 1996–2000, var 50% (179/355) personer av utenlandsk opprinnelse. Vanligste smitte-

sted hos personer av utenlandsk opprinnelse var i denne perioden Pakistan, Etiopia og India (5). Det er barn og unge blant innvandrere som blir smittet med hepatitt A, dette fordi voksne innvandrere som regel vil ha naturlig immunitet før første ankomst til Norge. Små barn vil vanligvis ha få eller ingen symptomer. En konsekvens av dette er at barn som kommer hjem i den smitteførende perioden, kan forårsake utbrudd i lokalmiljøet eller i barnehagen. Hvert år avdekkes det et par slike mindre utbrudd.

Shigellose

Av de 838 personene med shigellose som ble meldt i femårsperioden 1996–2000, var 29% (245/838) av utenlandsk opprinnelse. Vanligste smittested hos personer av utenlandsk opprinnelse var i denne perioden Pakistan og India (5). Ca. halvparten av dem som ble smittet, var barn under ti år, og man ser relativt ofte tilfeller hos andre familiemedlemmer også etter ankomst til Norge.

Tyfoidfieber

Av de 140 personene med tyfoidfieber som ble meldt i femårsperioden 1996–2000, var 78% (109/140) av utenlandsk opprinnelse. Vanligste smittested for personer av utenlandsk opprinnelse var Pakistan og India (5). Det er hovedsakelig barn som smittes, og dette kan medføre enkelte sekundærttilfeller hos andre familiemedlemmer etter ankomst til Norge. De siste årene har man sett tilfeller av svært alvorlig sykdom, også dødsfall, hos innvandrerbarn som er smittet etter besøk i foreldrenes tidligere hjemland.

Paratyfoidfieber

Av de 154 personene med paratyfoidfieber som ble meldt i femårsperioden 1996–2000, var 30% (46/154) av utenlandsk opprinnelse. Vanligste smittested for personer av utenlandsk opprinnelse var Pakistan og India (5).

Årsaker

Personer med bakgrunn fra Pakistan utgjør, etter personer med bakgrunn fra Sverige, den nest største innvandrergruppen i Norge. Blant andregenerasjonsinnvandrere er pakistanerne den største gruppen, med 9 604 personer (2). Førstegangsinnvandrere fra Pakistan kommer særlig fra ikke-urbane strøk i Punjab-området, som ligger i nordvestre del av India og nordøstre del av Pakistan. Det er vanlig at innvandrere tar med seg sine barn og reiser tilbake på besøk til slektninger i dette området. Sykdomspanoramaet vil naturlig nok reflektere den epidemiologiske situasjonen på stedet.

Det er grunn til å anta at mange innvandrere på besøk i disse og andre områder ikke er immunisert mot sykdommer som er endemiske i området. Det er holdpunkter for at de i liten grad tar medikamentell profylakse ved besøk til malariaendemiske områder (7). Årsakene til at de i liten grad er immunisert eller bruker medikamentell profylakse, kan

være mange. Hos voksne innvandrere kan uvitenhet om manglende naturlig immunitet etter mange år i Norge være én viktig faktor. I tillegg kan det være en betydelig økonomisk belastning når en hel familie skal ha vaksiner og medikamenter før avreise fra Norge. Det er ikke kjent om innvandrere i mindre grad enn personer av norsk opprinnelse søker reisemedisinsk rådgivning før de skal på ferie.

Forebyggende arbeid

Meldesystemet i perioden 1992–2000 viser at innvandrere som reiser på besøk til tidligere hjemland, er utsatt for å pådra seg smittsomme sykdommer. Dette er sykdommer som i stor grad kan forebygges ved rådgivning, vaksinasjon og eventuelt medikamentell profylakse. Det er behov for økt informasjon i innvandrer miljøer om viktigheten av slike forebyggende tiltak. Kommunehelsetjenesten bør arbeide målrettet for å sikre at innvandrere får den nødvendige reiserrådgivning før de reiser på besøk til sine tidligere hjemland.

I tidligere år var det flest pakistanere som pådrog seg smittsomme sykdommer ved besøk i opprinnelig hjemland. I de senere år ser vi i økende grad at afrikanske innvandrere pådrar seg smittsom sykdom ved slike besøk.

Oppdatering av vaksiner etter ankomst til Norge

Helsemyndighetenes anbefalte vaksinasjonsprogram skal tilbys nyankomne flyktning- og innvandrerbarn (8). Vaksiner som inngår i dette programmet, kan rekvireres gratis fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Alle vaksiner i programmet kan settes samtidig, men minimumsintervallene for den enkelte vaksine bør overholdes for å oppnå best mulig beskyttelse. Til voksne innvandrere og flyktninger kan ikke polio-, difteri-, stivkrampe- og MMR-vaksine rekvireres gratis på samme måte.

Når det gjelder røde hunder, har Statens helsetilsyn anbefalt at rubellavaksine tilbys alle kvinner i barselseng når det ved undersøkelse i svangerskapet er påvist manglende beskyttelse mot rubella. Videre anbefales det at voksne kvinner i fertil alder som ikke kan dokumentere at de er immune mot eller at de er vaksinert mot rubella, tilbys vaksine (9).

Nyankomne innvandrere fra alle land unntatt de nordiske plikter ved planlagt opphold i Norge i over tre måneder å la seg tuberkuloseundersøke. Alle over 15 år, unntatt gravide kvinner, skal undersøkes med skjermbilde eller røntgen thorax. Alle skal tuberkulintestes, og alle tuberkulinnegative uten BCG-arr skal tilbys BCG-vaksine. Innvandrere som kommer fra høyendemiske områder for HIV, bør undersøkes for HIV før BCG-vaksine settes. Dette er en levende vaksine som kan gi sykdom hos immunsvakkede personer. Barn som fødes i Norge av foreldre fra land med høy forekomst av

tuberkulose, skal tilbys BCG-vaksine innen seks måneder etter fødselen. Tilbud om BCG-vaksine bør gis ved fødeklinikken sammen med tilbud om hepatitt B-vaksine.

Hepatitt B-vaksine anbefales til barn og unge under 25 år født av foreldre utenfor lavendemisk område. Utgiftene dekkes av folketrygden. Det er spesielt viktig å vaksinere nyfødte av smittebærende mødre, da risikoen for å bli kronisk smittebærer etter hepatitt B-infeksjon for dem som smittes ved fødselen er nesten 90%, mens risikoen for å bli kronisk bærer for dem som smittes i voksen alder er under 2%. Folketrygden dekker også utgiftene til hepatitt B-vaksine for medlemmer av smittebærerens husstand og for seksualpartnere til smittebærere (10).

Reiseprofylakse for besøk i hjemlandet

Ved reise til land med større smittepress enn i Norge kan det bli nødvendig å fravike helsemyndighetenes anbefalte barnevaksinasjonsprogram (8). Ved reiser til land utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Australia er forsering av vaksinasjonsprogrammet aktuelt for alle barn under 16 måneder som ikke er ferdige med programmet for grunnvaksinasjon. Difteri-, stivkrampe- og kikhostevaksinen kan gis fra to måneders alder. Poliovaksine med minst én dose bør gis før avreise, uansett hvor lite barnet er. Meslinger er fortsatt en vanlig og farlig infeksjonssykdom i store deler av verden. I det norske barnevaksinasjonsprogrammet tilbys mesling-, kuma-, røde hunder-vaksine (MMR) ved 15 måneders alder. Vår meslingvaksine har tvilsom effekt før ni måneders alder. Etter ni måneders alder vil mange barn respondere på vaksinen, avhengig bl.a. av materielle antistoffer. Alle barn mellom ni og 15 måneder bør få meslingvaksine eller mesling-, kuma-, og røde hunder-vaksine (MMR) før utreise og en dose etter 15 måneders alder.

De fleste voksne over 20 år trenger oppdatering av basisvaksiner før utenlandsreiser. Hvis det er mer enn ti år siden grunnvaksinering, bør det gis en dose difteri- og stivkrampevaksine og poliovaksine. Hos voksne personer som ikke er grunnvaksinert, bør dette gjøres i forbindelse med en reise. Dette gjelder mange innvandrere.

Hepatitt A er utbredt i mange land i Øst-Europa, Latin-Amerika, Afrika og Asia. I land med mye hepatitt A er det vanlig at barn blir smittet i løpet av de første leveårene uten å bli særlig syke, og de får deretter varig beskyttelse mot sykdommen. Innvandrerbarn og -ungdom, født og oppvokst i Norge, er utsatt for smitte når de besøker foreldrenes tidligere hjemland. De bør få tilbud om hepatitt A-vaksine før de reiser til endemisk område. Personer som har vokst opp i endemisk område, har vanligvis ikke behov for slik vaksine før reisen.

Det er viktig å tilby hepatitt B-vaksine til unge innvandrere som reiser til foreldrenes hjemland for å gifte seg.

Tyfoidvaksine bør tilbys innvandrere som skal på besøk til opprinnelig hjemland i endemiske områder.

Innvandrere som reiser på besøk til hjemland hvor malaria er endemisk, må få informasjon om myggstikkprofylakse og medikamentell profylakse. Det er spesielt viktig at barn som er vokst opp i Norge og gravide får malariaprofylakse. Om mulig bør gravide unngå å reise til malariaområder. Spesielt grundig rådgivning med hensyn til malariaprofylakse bør gis til reisende til Afrika, hvor den alvorligste form for malaria, *P falciparum*, er vanlig.

Det anbefales å henvise innvandrere til en poliklinikk for vaksinasjon eller reisemedisin når det gjelder spesielle reisevaksiner og malariaprofylakse. Vaksiner og rådgivning fordrer spesialkunnskaper i de enkelte sykdommers epidemiologi og aktuelle utbredelse, forhold ved de enkelte vaksiner samt kunnskaper om mikrobenes resistensforhold, som vil være under kontinuerlig forandring.

Kvinnelig omskjæring, tvangsekteskap og det å bli etterlatt i foreldrenes hjemland

Mens kvinnelig omskjæring er en somatisk mutilering som fører til både fysisk og psykisk skade, så er tvangsekteskap og hjemsending overgrep som innebærer stor risiko for uheldige psykiske følger. Det er i Norge flere organisasjoner, alle med offentlige økonomisk støtte, som gir bistand i slike saker. Organisasjonene arbeider også for å spre informasjon om disse problemene, dels i skolen og i andre ungdomsmiljøer, dels i innvandrer miljøene. Dette er blant annet Oslo Røde Kors Internasjonale Senter, MiRA-Senteret og Selvhjelp for innvandrere og flyktninger.

Kvinnelig omskjæring

Mange jenter som bor i Norge, lever med risikoen for å bli omskåret. Dette er jenter i familier fra land hvor omskjæring av kvinner praktiseres. Vi har grunn til å tro at de som ønsker å omskjære sine døtre, får dette organisert mens familien er på ferie i opprinnelig hjemland eller i annet land.

Begrepene kvinnelig kjønnslemlestelse og kvinnelig omskjæring brukes i litteraturen om hverandre. Verdens helseorganisasjon og norsk lov bruker begrepet «kvinnelig kjønnslemlestelse». I dialog med pasienter har det vist seg mest hensiktsmessig å bruke det mindre belastede begrepet «omskjæring».

Inngrepet medfører økt sykkelighet og, i enkelte tilfeller, døden. På lang sikt fører omskjæring av kvinner til betydelige helseskader (11, 12). Inngrepet er i strid med FNs konvensjon om menneskerettigheter og FNs barnekonvensjon.

Kvinnelig omskjæring er en flere tusen år gammel tradisjon. Den praktiseres i hovedsak i et område som strekker seg fra Nord-

øst-Afrika over deler av Sentral-Afrika og til noen vestafrikanske land (13). Tradisjonen er eldre enn de store religionene i området. Dette er således ikke, som mange tror, en muslimsk skikk. Prevalensen av omskårne kvinner er anslått til 98 % i Somalia, 85 % i Etiopia, 90 % i Eritrea, 80 % i Gambia og 89 % i Sudan.

Det finnes, avhengig av lokal tradisjon, flere typer eller grader av omskjæring. Infibulasjon er den mest omfattende formen og innebærer delvis eller fullstendig fjerning av ytre genitalia og gjensyng, slik at vaginalåpningen forsnevres. Vi antar at omtrent to tredeler av de omskårne kvinnene som bor i Norge har gjennomgått infibulasjon. Dette er internasjonalt den minst utbredte formen, men på grunn av innvandringsmønsteret, med mange fra Somalia, er frekvensen av denne formen i Norge høy. I Somalia har 80 % av kvinnene vært utsatt for denne formen for omskjæring. Som regel omskjæres jentene i god tid før puberteten. I Somalia er det vanligst å omskjære jentene i alderen 5–10 år. Man antar at det for somaliere i eksil, av praktiske grunner, kan være større spredning i alder for tidspunkt for omskjæring.

Det anslås at 130 millioner av verdens jenter og kvinner er kjønnslemlestet og at over to millioner jenter årlig utsettes for kjønnslemlesting (13). I Norge bor det i dag over 3 000 jenter under 20 år med foreldre som kommer fra land hvor omskjæring praktiseres (2). Den største gruppen er fra Somalia – ca. 2 000 jenter. Hvor stor andel av disse som faktisk blir omskåret, vet man ikke. Foreldre fra land hvor omskjæring praktiseres, vil ha varierende holdning til å få utført dette tradisjonelle inngrepet på egne døtre. Temaet er uhyre sensitivt og derfor vanskelig tilgjengelig for studier. Det finnes en upublisert studie fra England vedrørende erfaring med og holdninger til kvinnelig omskjæring (14). Den omfattet 82 somaliske gutter og 94 somaliske jenter i alderen 16–22 år. 70 % av jentene rapporterte at de var omskåret, men dette varierte, avhengig av når de kom til England. Av de 38 jentene som var født i England eller innvandret før de var åtte år gamle, var 47 % omskåret, mens av de 55 jenter som innvandret etter ni års alder, var 84 % omskåret. Mesteparten av inngrepene var utført i Somalia, men en betydelig andel var også utført i England og i andre land. Undersøkelsen viste at foreldres ønske om å la døtrene bli omskåret avtok med varigheten av oppholdet i England.

Ifølge lov om forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse av 1995 er omskjæring av kvinner straffbart i Norge. Dette gjelder uansett om inngrepet foregår her i landet eller om foreldre eller andre tar med en jente til utlandet og får inngrepet utført der. Til nå har ingen i Norge vært tiltalt for å ha omskåret en jente eller medvirket til det. Man kjenner ikke til om kvinnelig omskjæring utføres her i landet. Det foreligger til nå ingen rap-

porterte tilfeller av komplikasjoner til akuttfasen av inngrepet. Barna selv har, av mange grunner, små muligheter for å anmelde omskjæring. Andre instanser blir vanligvis ikke informert. Helsevesenet ser også lite til dette. På helsestasjonen og hos primærlegen er det bare unntaksvis at jenters genitalia blir inspisert. Vi risikerer derfor at et betydelig antall innvandrerbarn i Norge utsettes for mutilerende overgrep uten at helsevesen, barnevern eller politi griper inn og uten at lovforbudet håndheves.

Til nå har ikke helsepersonell meldt fra til barnevern eller politi at de kjenner til, eller mistenker, at norske innvandrerbarn er blitt omskåret. Det er nærliggende å anta at helsepersonell finner det vanskelig både å melde til barnevern/politi og å konfrontere barnas foreldre med overgrepet. Når skaden allerede er skjedd, velger man trolig ikke å gjøre noe som kan svekke tillitsforholdet til barnets familie. Det kan også tenkes at helsepersonell unnlater å forholde seg til overgrepet på grunn av lite kjennskap til hvordan man kan håndtere problemet. Det er imidlertid betenkelig ikke å gjøre noe, særlig hvis det i samme familie finnes yngre jenter, som på et senere tidspunkt kan forventes å risikere samme overgrep. Kvinnelig omskjæring er et særdeles sensitivt og vanskelig problemområde som helsepersonell trenger mer kunnskap om.

Kvinnelig omskjæring er i de senere år blitt mye omtalt både i mediene og i offentlig debatt. Statens helsetilsyn utgav i år 2000 *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring* (15). Sosial- og helsedepartementet la i 2001 frem en handlingsplan mot kvinnelig kjønnslemlestelse (16). Det er nødvendig at helsevesenet tar sin del av ansvaret for å forebygge denne form for helseskade som påføres jenter bosatt i Norge.

I Göteborg er det gjennomført et vellykket treårig prosjekt, et samarbeid mellom Innvandringsforvaltningen og Nordiska hälsovårdshögskolan, med forebyggende og holdningsskapende arbeid om kvinnelig omskjæring i sentrum (17).

Arrangerte ekteskap under tvang

Arrangerte ekteskap er vanlig i mange av de land innvandrerne i Norge kommer fra. Også i Norge ser det ut til at innvandrerforeldrene ofte finner ektefeller til barna i hjemlandet. Slike transnasjonale ekteskap inngås gjerne på feriereiser i tidligere hjemland. I noen tilfeller er den unge som tas med på ferie, ikke informert om hva som skal skje.

I Norge er giftermål med en person som ikke er bosatt i landet mest utbredt blant pakistanere, irakere, tyrkere, marokkanere og indere (18). Blant pakistanske førstegenerasjonsinnvandrere som giftet seg i perioden 1987–95, fant 69 % av mennene og 71 % av kvinnene sine ektefeller i utlandet. I 1995 var det ikke så mange andregenerasjonsinnvandrere i gifteferdig alder, men av 50 kvinner i denne gruppen fikk 72 % ektefelle fra

utlandet. Dette indikerer at transnasjonale ekteskap er vanlig også for innvandrerungdom som er født i Norge. Foreldre ønsker gjerne det beste for sine barn, og for dem kan det beste synes å være en ekteskapskandidat som ikke er oppvokst i Norge. Da ekteskapsinngåelse er en måte å oppnå oppholdstillatelse i Norge på, er det også ofte et ønske fra familie og venner i hjemlandet via ekteskap å få bosatt sine ungdommer i Norge.

Arrangerte ekteskap innebærer muligheten for tvang. Bredal hevder at det ikke er tvil om at tvangsekteskap forekommer i flere minoritetsgrupper i Norge (19). Både jenter og gutter utsettes for dette, men jentene er i flertall. Et gjennomgående problem er at politi, barnevern og utenriktjeneste vanskelig kan hjelpe i disse sakene. Så godt som alle tvangsekteskap som involverer norske borgere, inngås i utlandet. I 1994 ble retten til ugyldiggjøring av tvangsekteskap gjeninntatt i ekteskapsloven. Ved ugyldiggjøring av tvangsekteskap mistes ikke retten til oppholdstillatelse i Norge. Barne- og familiedepartementet la i 1998 frem en handlingsplan mot tvangsekteskap (20). Arbeidet med informasjonstiltak med innvandrerungdom som målgruppe støttes. Flere frivillige organisasjoner har fått økonomiske bidrag til informasjonsarbeid og til arbeid med enkeltsaker. Ifølge årsmeldingene 2000 til Oslo Røde Kors Internasjonale Senter, MiRA-Senteret og Selvhjelp for innvandrere og flyktninger arbeidet disse organisasjonene med en rekke saker der unge jenter er blitt tvangsgiftet eller fryktet for å bli det. Også landets krisesentre oppsøkes av unge jenter med samme problem.

Hjemsending til foreldrenes hjemland

Enkelte innvandrerbarn blir i forbindelse med ferieopphold etterlatt i foreldrenes hjemland. Oftest blir de overlatt i slektningers varetekt. Foreldrenes motiv kan være at barnet eller den unge skal oppdras i deres egen kultur og dermed unngå å «bli for norsk». Selv om foreldrene gjør det i beste mening, vil dette ofte være traumatisk for et barn eller en ungdom som har vokst opp i

Norge og har norske venner. Det kan også ha negative konsekvenser for skolegang og fremtidig yrkesliv.

Det er ikke kjent i hvilket omfang dette foregår. Organisasjonen Selvhjelp for innvandrere og flyktninger hadde i år 2000 henvendelse angående ca. 50 unge som var etterlatt i foreldrenes hjemland (21). Henvendelsene kom fra skole, venner og fra de unge selv i utlandet. I en artikkel i Aftenposten stod det at 119 innvandrerbarn i alderen 7–16 år forsvant fra Oslo-skolene i skoleåret 2000/2001 uten at de var meldt flyttet eller etterlyst (22).

I Norge har vi i dag et sviktende rettsvern for disse barna. Når barn og unge etterlates i foreldrenes hjemland, er de utenfor skolens og barnevernets rekkevidde. Heller ikke utenriktjenesten følger opp disse sakene, med mindre barnet selv henvender seg for å få hjelp. Her trengs det en gjennomgang av lovverket for å sikre disse barna juridisk.

Avslutning

Innvandrere som reiser på ferie til sine opprinnelige hjemland, utsettes for visse helsefarer som kunne vært forebyggt. For helsevesenet utgjør dette en utfordring. Det trengs økt innsats for å nå frem til innvandrerbefolkningen med tiltak for å forebygge smittsom sykdom ved utenlandsreiser. Videre trengs det nytenkning for å komme bedre i dialog med innvandremiljøene når det gjelder tradisjoner som skader kvinner og barn. Her kan det blant annet tenkes i større grad å benytte forebyggende tiltak via helsestasjoner og skolehelsetjeneste.

Litteratur

1. Blystad H, Nilsen Ø, Guerin P. Infeksjoner etter utenlandsreiser meldt MSIS 2000. MSIS-rapport 2001; 29: 21.
2. Innvandring og innvandrere 2001. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2001. www.ssb.no/emner/02/sa_innvand/ (29.11.2001).
3. Norges offentlige utredninger. Utryddelse av tuberkulose? – strategi for fremtidig tuberkulosekontroll. NOU 1998: 3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.
4. Aavitsland P, Nilsen Ø. AIDS og HIV-situasjonen i Norge per 30. juni 2001. MSIS-rapport 2001; 29: 30.

5. Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten 2001–2002. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2001.

6. Jensenius M, Rønning EJ, Blystad H, Bjørneklett A, Hellum KB, Håheim LL et al. Low frequency of complications in imported falciparum malaria: review of 222 cases in south-eastern Norway. *Scand J Infect Dis* 1999; 31: 73–8.

7. Blystad H. Import av malaria til Norge 1989–98. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1653–7.

8. Hoel T. Vaksiner. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell 2001. Oslo: Norsk legemiddelhandbok, 2001: 643–56.

9. Tilbud til voksne kvinner om immunitetstesting og vaksinasjon mot røde hunder (Rubella). Rundskriv IK-36/93. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993.

10. Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av folketrygden. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.

11. Andersson C. Kvinnelig kønsstympning – en foreteelse av sammansatt natur. *Läkartidningen* 2001; 98: 2463–8.

12. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen REB, Sundby J, Stray-Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. A culture with widespread use of female circumcision. *Acta Obstet Gynecol Scand*, akseptert for publisering.

13. Female genital mutilation: information kit. Genève: WHO, 1999.

14. Williams LA, Dirir S, Warsame J, Dirir A, Elmi S. Experiences, attitudes and views of young, single Somalis living in London on female circumcisions. A collaborative project between the London Black Women's Health Action Project and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. London: London Black Women's Health Action Project, 1998.

15. Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Veiledningsserie 5–2000, IK-2723. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.

16. Handlingsplan mot kvinnelig kjønnslemlestelse. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.

17. Andersson C. Kvinnelig kønsstympning möter den svenska vården. *Läkartidningen* 2001; 98: 2470–3.

18. Vassenden K, red. Innvandrere i Norge. Hvem er de, hva gjør de og hvordan lever de? Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.

19. Bredal A. Arrangerte ekteskap og tvangsekteskap blant ungdom med innvandrerbakgrunn. Oslo: Kompetansenteret for likestilling, 1998.

20. Handlingsplan mot tvangsekteskap. Oslo: Barne- og familiedepartementet, 1998.

21. Mellom barken og veden. Rapport. Oslo: Selvhjelp for innvandrere og flyktninger, 2000.

22. Stokke O. 119 skolebarn forsvunnet. Aftenposten (morgenutgave) 22.6.2001.

○