

Nyankomne flyktningers utfordringer ved første møte med primærhelsetjenesten

Ursula Småland Goth, Trine Lise Brente

Ursula Småland Goth, professor, VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag,
E-post: Ursula.Smaaland.Goth@VID.no

Trine Lise Brente, høgskolelektor, VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag,
E-post: trine.lise.brente@vid.no

Det økende antall nyankomne flyktninger presenterer en utfordring for helse-systemet i Norge. Kommunene i Norge skal tilrettelegge helsetjenester slik at disse møter behovet i befolkningen. Flyktninger med innvilget opphold i Oslo fikk derfor tidligere tilbud om en omfattende førstegangundersøkelse i et tilpasset helsesenter. I et desentraliseringsprosjekt ble denne vurderingen overført til den tildelte fastlegen. I prosjektet undersøkte man muligheter og utfordringer for denne desentraliseringen. Seks måneder etter innføringen ble det gjennomført 16 semi-strukturerte intervjuer med fastleger, helsesøster, kommuneoverleger og brukerrepresentanter. Studiens data viser at helsepersonell på alle nivåer og brukerrepresentanter foretrekker en sentralisert førstegangshelseundersøkelse. Flyktingenes mangel på kunnskap om det norske helsevesenet og rolleforventninger ble ofte sett på som et sentralt tema. Tilgjengeligheten og kvaliteten på en desentraliserte førstegangshelseundersøkelse var sterk divergerende.

The increasing number of newly arrived refugees in Oslo challenge the health system. Previously, a comprehensive health assessment was offered in an adapted health center. In a decentralization project this assessment was performed by the assigned general practitioner. The aim of the project was to investigate opportunities and challenges for decentralization of the health assessment for newly arrived refugees. Six months after the introduction of a pilot project, we conducted 16 semi-structured interviews with family doctors, health center nurses and district officer and user-informants. The results showed that stakeholders preferred a centralized first line investigation. Lack of knowledge by the refugee of the healthcare system and role expectations was often seen as a key issue and the quality of the decentralized health assessment varied.

Introduksjon

Norge har som overordnet helsepolitisk mål at helsetjenestene skal være likeverdige og tilgjengelige for alle, også for flyktninger og asylsøkere. Nøkkelområder her er strukturer og

systemer, kompetanse i tjenestene, informasjonsarbeid og brukermedvirkning. Her finner man også barrierene for tilgang. Noen helseproblemer har en høyere prevalens i andre land (1). Også selve flukten for flyktninger og

asylsøkere kan være utgangspunkt for psykiske skader etter tortur, krigshandlinger eller voldtekt. Ett av målene i norsk helsevesenet er derfor å tilby og informere nyankomne flyktninger, innen 6 mnd. etter botilslatelsen, om sykdomsforebygging og negative konsekvenser av eventuelle sykdommer (2,3). Fastlegeordningen kom i 2001 og over 98% av Norges befolkning er med (4). For å bistå den enkelte nyankomne flyktning hadde man i de store byene sentraliserte ordninger fra 1996 til 2016 (5). Med den store flyktningestrømmen i 2015 så Oslo Kommune behov for å etablere en stabil fastlegetilknytning på et tidligere tidspunkt og ønsket dermed at den tildelte fastlege skulle overta førstegangshelseundersøkelsen med oppvaksinering, prøvetaking og informasjon om helsetjenestene i Norge. De fleste flyktninger og asylsøkere får sine helsetjenester fra primærhelsetjenesten som bør, utover fagkunnskap, både ha kunnskap om andre kulturer og møte pasienten som den personen han er (6). Tilbudet om helseundersøkelse for nyankomne flyktninger ble desentralisert som prøveordning i tre Oslo- bydeler (Grorud, Stovner og Alna) i perioden sommer 2015 – våren 2016. I disse bydelene utgjør personer med minoritetsbakgrunn flertallet i det lokale befolkningsgrunnlaget (5). Bydel Grorud valgte en ordning der nyankomne flyktninger skulle ivaretas ved to legekontorer i egen bydel. Bydel Stovner valgte en sentralisert løsning hvor alle nyankomne flyktninger som bosetter seg i bydelen tilbys førstegangshelseundersøkelsen av bydelsoverlegen og helsesøster på Stovner helsestasjon. Bydel

Alna valgte å utprøve den desentraliserte ordningen ved ett legesenter for å ivareta alle.

Hensikten med studien var å få innsikt i erfaringene leger, annet helsepersonell og brukerrepresentanter fikk ved utprøving av desentralisert førstegangshelseundersøkelse (heretter helseundersøkelse) og forskningsspørsmålet for studien er: Hvilke erfaringer høstet primærhelsetjenesten ved desentralisering av helseundersøkelsen?

Metode

Data i denne studien baserer seg på en prøveordning med mål å desentralisere helseundersøkelse for nyankomne flyktninger i Oslo Kommune. Fire til seks mnd. etter oppstart av prøveordningen gjennomførte vi en sammenlignende studie i tre bydeler gjennom semi-strukturerte intervjuer av deltakere i prosjektet samt 3 brukerrepresentanter. Under planleggingsperioden i forkant av studien ble det arrangert to fellesmøter hvor forfatteren (USG) deltok og observerte. Data som fremkom under et strukturert litteratursøk ble lagt til grunn ved utarbeidelsen av spørreskjema og senere for drøfting av resultatene (7).

Intervjuundersøkelse:

Seks til åtte måneder etter introduksjon av prøveordningen gjennomførte vi semi-strukturerte intervjuer med syv fastleger, tre bydelsoverleger, fire smittevern- og migrasjonssykepleiere og helsesøstre. I tillegg ble det foretatt tre intervjuer av nøkkelpersoner som representerte brukerperspektivet. Disse nøkkelpersoner var

en ikke medisinsk utdannet innvanderer tilknyttet ett av legekontorene, en representant fra en innvandrersorganisasjon fra Midtøsten og en ledende ansatt ved Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo som har lang erfaring med brukergruppen.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted og varte 45 - 60 minutter hvor notater ble tatt fortløpende. Intervjuguiden som ble brukt ble utarbeidet i samarbeid med Ressurs-senter for migrasjonshelse i Oslo og en brukerrepresentant. Spørreskjemaet besto av fire deler: bakgrunnsinformasjon, erfaring med pasientgruppen og problemstilling før desentralisering og i prøveperioden. I siste delen av intervjuene ble det etterlyst hvilke barrierer som hindrer desentralisering og eventuelle utviklingsmuligheter.

Literatursøk

Etter intervjuene ble det gjort et systematisk literatursøk (7,8) i basene Svemed+, Pubmed, Medline, Psycinfo, Bibsys med søkeordene flyktning, helseundersøkelse, fastlege på norsk og engelsk. Av de 55 vitenskapelige publikasjonene ble 14 publikasjoner inkludert i studien.

Analyse

Data fra intervjuene ble analysert kontinuerlig ut fra prinsippet om konstant komparativ tilnærming (7) og de fire delene dannet grunnlaget for kategoriseringen. I denne studien benyttet vi oss av en analyse av likheter og forskjeller hos ulike fenomen og langs ulike dimensjoner. Vi tok utgangspunkt i informantenes erfaring og vurderte

dette ut fra fire ulike tilnærminger: praksisfellesskap, tilegnelse av faglig identitet, læring gjennom handling og evaluering gjennom praksis (8).

Det analytiske rammeverket ble basert på meningsfortetning og meningskategorisering ved å komprimere dataene for å få økt oversikt over materialet (7,8). Likeverdige helsetjenester måles med hensyn til tilgjengelighet, utnyttelse eller utfall av tjenester (10,11). Slike tjenester må oppfattes å være relevante og effektive hvis befolkningen skal "få tilgang til tilfredsstillende helsemessige resultater".

Personvern og forskningsetikk

For å sikre anonymitet ble fastlege, turnuslege, bydelsoverlege sammenfattet som "lege" og helsesøster, hygiesykepleier og migrasjonssykepleier - "annet helsepersonell" (7). Studien ble fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjekt nr. 45432. Studien ble gjennomført i henhold til NSDs retningslinjer. Spørreskjema ble sendt informantene minst en uke før samtalen. I tillegg ble det gitt muntlig informasjon om studien før intervjuet begynte. Skriftlig informert samtykke ble innhentet. Audio-opptak ble ikke ønsket. Intervjuet ble derfor fastholdt skriftlig og verifisert av intervjuobjektet (7,8).

Resultat og diskusjon

Tilgjengelighet av helseundersøkelsen

Litteraturen viser at helsepersonell kan ha tilbøyeligheter til å tilby ulike behandling for identiske behov til pasienter fra forskjellige grupper i be-

folkningen (9,10,11). Ved å se på tilgjengelighet i de tre prøvebydeler viste det seg at både leger og informanter foreslo en rekke tiltak for å fremme tilgjengeligheten. Disse var ”flere funksjoner (rådgiving, legetjeneste, prøvetaking,..) i en pakke” (informant 1, brukerrepresentant) og at ”pasienten skal først gjennom et lavterskeltilbud før de kommer til fastlegen (informant 2, lege), et tilbud samlet på sentralt i Oslo. Det gir bedre tilgjengelighet og bedre kontinuitet i oppfølging, det kan hjelpe innvandrerne til å finne egnet fastlege samt gjøre det lettere å finne innvandrere som flytter rundt.

I en studie i Lancet fremkommer at mange flyktninger ikke hadde nytte av disse tjenestene dersom disse var desentraliserte, og at kvaliteten på screeningprogrammene ofte overså psykiske utfordringer (9).

Både brukerrepresentanter og helsepersonell påpeker opplevelse av kontinuitet gjennom tilbud som gis ved helsestasjon. Helsestasjonen, som er tverrfaglig, ivaretar også vaksiner, prøvetaking og informasjonsarbeid. Det er også ved slike sentraliserte lavterskeltilbud at informasjon om helsesystemet, fastlegeordning og tilbud kan formidles, gjerne i samarbeid med lokale innvandregrupper. En slik ordning vil være i samsvar med Omsorg 2020 (12).

Likeverdighet av helseundersøkelsen

Informasjon som gis til nyankomne flyktninger må omfatte informasjon om både fastlegeordningen, helseun-

dersøkelse og rollefordelingen. Flere av informantene understreket dette ved uttrykk som ”informasjon er ikke på nivå til pasienten” (informant 1, brukerrepresentant). Således er det forståelig når en av informantene bekreftet dette med ”Å sende brev er håpløst” (informant 3, annet helsepersonell). Det er her viktig at informasjon som blir sendt fra HELFO inneholder bl.a. fastlegens navn og adresse (7). Slik informasjon og informasjon om legens rolle, helsesystemet forøvrig må oppfattes før fastlegebesøket kan finne sted (21).

Men ikke bare pasienten har preferanser basert på egne behov. Det er også legene som mer og mer fokuserer på enkelte brukergrupper. Informant 14, selv lege sa at ”Vi har ikke lengre tro på den omnipotente legen”. Legen sa videre at ”I dag vet vi at ikke alle leger vil eller er egnet til denne pasientgruppen... (informant 14). Før krigen ble legene oppfattet og oppfattet seg selv som universalister. Senere har Oslo som storby gjennomgått et paradigmeskiftet som førte fra et desentralisert primærhelsetilbud, på 80 og 90 tallet, til en sentralisering de siste 15-20 år. Eksempler her er legevakten, helsestasjonen for ungdom og sykehjemslegetjenesten der legene jobber basert på egen interesse og preferanse.

Erfaringen med de sentraliserte tilbudene var utgangspunktet for at bydelene valgte de tre ulike desentraliseringsmodeller som ble analysert. Det viste seg at i bydel Grorud ble mange helseundersøkelser utført av turnusleger som medførte at helseundersøkelsen ikke førte til en etablering av et fast lege-pasientforhold.

I bydel Alnas to ulike fastlegekontorer (samarbeidspraksis) ble det utpekt én lege i ett legesenter og to leger i det andre legesenteret. Her viste det seg at et av legekontorene gjennomførte forsøksordningen kun på et bestemt tidspunkt en gang i uken. Noe som hemmet etablering av en fremtidig fastlegerelasjon. Bydel Stovner valgte å legge undersøkelsen til helsestasjonen hvor helsetilbudet ble gitt tre timer en dag i uken, på slutten av dagen.

Som felleserfaring viste det seg at ingen av de tre utprøvde modellene medførte at helseundersøkelsen førte til en primærkontakt med pasientens fremtidige fastlege. Ikke alle leger i bydelen ønsket å bli del av prøveordningen. De legene som frivillig var med i prøveordningen var selv innvandrere med forståelse for deltagerne. Til tross for at sykepleiere og leger var grunnleggende positive til en tidlig etablering av et stabilt lege-pasientforhold, var man enige om at dette først kunne finne sted etter at informasjonen ble oppfattet av pasienten og at pasienten kunne velge lege (for eksempel kjønn).

I 2013 implementerte man i Danmark en ny integrasjonsforskrift der fastlegene pålegges helseundersøkelse (16). Også her tok man utgangspunkt i at et lavterskeltilbud vil fremme fortroligheten med helsesystemet og dermed styrke samspillet mellom fastlege og innvandreren (15,16).

Barrierer, effektivitet og relevans

Ulike samfunn definerer og forholder seg til tid på forskjellige måter, noe som kan føre til at avtalt tid ikke over-

holdes. Det er begrenset hvor mange ganger fastlegen har mulighet til å tilby en ny konsultasjon. Noen leger ”purrer minst én gang” (informant 12) mens de fleste legene inviterte til undersøkelsen kun én gang. Pasientens adresse og/eller telefonnummer var ofte ikke korrekte lenger. Legene er også avhengig av at NAV formidler informasjon om nyankomne innvandrere. I den bydelen som hadde best oversikt over nyankomne innvandre- re, og over hvem av dem som ble hen- vist til helseundersøkelsen, oppdaget man at pasienten kan ha foretrukket en annen lege uten å registrere det, noe man ser i tidligere forskning om lege-pasient forhold. (3,4,13). Bestil- ling av time til helseundersøkelse var også gjenstand for ulik praksis. I noen bydeler var det pasienten selv og i an- dre var det NAV Intro. Her gav flere av legene og annet helsepersonell ut- trykk for at NAV Intro fremmet spe- sielt helseundersøkelsen gjennomført for klienter hvor undersøkelsen førte til et ”nivå 2” tilskudd. Mens det pre- ventive innholdet av den primære helseundersøkelsen ikke ble oppfat- tet av pasienten. Et legebesøk forbin- des i mange kulturer med medisinsk bistand. En helseundersøkelse inkluderer både en grundig anamnese og status presens. I tillegg så uttrykte fle- re leger varsomhet grunnet smittefare. Det førte til at man ved flere av lege- kontorene ønsket at helseundersøkelsen kun utføres en gang i uken. Det blir sårbart at vi har kun 3 timer (en dag i uken) til slike undersøkelser” sa informant 3. Og når den ukentlig avsatte tid var om ettermiddagen var ”det vanskelig å finne telefontolk”

(informant 3, annet helsepersonell).

En slik tidsbegrensning ble opplevd som en utfordring og ventetiden var ofte minst to uker. Den lange ventetiden opplevdes som problematisk dersom pasienten hadde akutte psykiske behov (14).

HELFO refunderer to timer for en helseundersøkelse per familiemedlem. En familie har ofte flere familiemedlemmer. Noe som innebærer at legen må avsette opp til to dager pr. familie og at de kommunale utgifter for undersøkelsen er tilsvarende.

Til tross for to timer avsatt tid kom det frem at spesielt informantene som tilhører gruppen ”annet helsepersonell” og ”brukerrepresentantene” informerte om at nyankomne innvandrere med flyktningebakgrunn ikke kunne formidle sine problemstillinger i den avsatte tiden. Denne opplevelsen av mangel på ”nødvendig tid” for informasjon og vaksinerings var et hinder i arbeidet for likeverdige helsetjenester (15), og kan bidra til informantenes negative innstilling til en desentralisering av helseundersøkelsen.

Bruk av tjenester og barrierer ved tilgang

Fastleger i Oslo tilbyr ulike tjenester i sin private praksis. Dersom helseundersøkelse skal inkludere oppvaksinerings og prøvetaking vil det by på utfordringer. Informant 3 bekreftet dette med: ”Fastleger har ofte ingen vaksiner og undersøkelsen og oppvaksinerings bør skje sentralt...” (annet helsepersonell). Guilliford et al. viser at dette kan innebære barrierer for pasienten (10). I Bydel Stovner opplevde

sykepleier på helsestasjonen (lavterskeltilbud) at pasientgruppen ble ivaretatt etter intensjonen. Både legene og annet helsepersonell var generelt tvilende til likeverdigheten av de tilbudte tjenestene. Noe som bekreftet denne antakelsen er funn i en dansk studie som viser at sammenlignet med pasienter uten språkbarrierer hadde flyktninger et annerledes forløp i helsetjenesten og mindre godt utbytte av slike undersøkelser - og behandlingstilbud (15). En brukerrepresentant uttrykte det slik: ”Innvandrerne har en annen rolleforståelse. ... Systemforståelsen for denne pasientgruppen mangler..”(informant 1).

Helsepersonell kan oppleve nyankomne innvandrere med flyktningebakgrunn som ”krevende og kompliserte” (informant 15, lege). Lignende funn ser vi i tidligere skandinavisk forskning (15,16,17). Oppfatningen og opplevelsen av nyankomne flyktninger bekrefter at tilrettelagt informasjon om helsetjenesten i Norge må gis på tidligst mulig tidspunkt (4). Informasjon og kommunikasjon skal ikke bare omhandle helsetjenester i Norge, men også informasjon pasienten gir til legen under en anamnese. Her har tolk og tolketjenesten en sentral posisjon. Våre informanter beskrev deres utfordringer med denne tjenesten og nevnte at pasienten har rett til tolk og at det benyttes både telefontolk, oppmøtetolk, pårørende som tolker eller at det er legen selv som snakker pasientens språk. Våre informanter opplevde det som ”utfordring å jobbe med tolk og tolker er ikke alltid tilgjengelig” (Informant 3, annet helsepersonell). Også i tidligere forsk-

ning ser vi at helsepersonell opplever det vanskelig å kommunisere gjennom tolk, fordi enkelte tolker ikke oversetter alt som blir sagt eller ikke oppklarer misforståelser i samtalen (18,19). Bruk av oppmøtetolk var tidkrevende. Brukerrepresentantene betonte tolkens manglende forståelse av taushetsplikt. Brukerrepresentanten uttrykte dette slik "Vi (innvandrere fra ett område) kjenner alle hverandre og det er mange ting jeg ikke ønsker at andre flyktninger fra mitt land vet om..."(informant 11). Det er da forståelig at det er ønskelig for pasienten å være helt anonym selv om en tolk alltid har taushetsplikt (18,20).

Kulturell kompetanse er en forutsetning for å gi god omsorg og pleie til pasientgruppen. Helsepersonell med majoritetsbakgrunn opplevde at deres kunnskap om sykdomsforståelse og behandlingstenkning kun var biomedisinsk. Basert på egen usikkerhet kom ønske om en tverrfaglig sentralisert løsning med behandlere som har erfaring innen migrasjonshelse. En lege uttrykte det slik "Dette vil fungere, ett sted som har helsepersonell med ulik kompetanse. Her bør det finnes faste leger med interesse og erfaring med pasientgruppen" (informant 12). Det er her de tidligere sentrene ved Ullevål sykehus og senere Aker sykehus ble trukket frem som tilrettelagte tilbud for formålet. Flyktninger som har fått asyl opplever ofte psykiske plager. Det er derfor særlig aktuelt for denne pasientgruppen hvor somatiske og psykiske plager skal sees i relasjon til hverandre. Her viser nordiske studier at ivaretagelse av traumatiserte pasienter krever en

tverrfaglig screening på tidligst mulig tidspunkt (17, 21). Basert på våre funn ser vi at et slikt tverrfaglig samarbeid ikke bør begrenses til helsesøster, lege, migrasjonssykepleier, men må også inkludere et tett samarbeid med NAV intro og HELFO. Samarbeidspartner NAV intro bør ivareta funksjon som kompetansesenter for informasjon, veiledning, avklaring, kvalifisering og formidling av nyankomne arbeidsøkende migranter mens HELFO bibeholder ansvaret for å administrere fastlegeordningen. Flyktninger som nettopp har fått botillatelse og andre migranter som er i etableringsfasen kommer ofte fra land hvor folkeregisterfunksjonen ikke fungerer (4). Det medfører at flyttemeldingen ikke blir sent og at sentrale dataregistre ikke blir oppdatert. I tillegg er fastlegeordning en ordning som er ukjent for de aller fleste nyankomne flyktninger (4,13,20).

Opplevelsen om undersøkelsen blir gitt og om informasjonen om fastlege og helseinformasjon blir oppfattet uttrykte informant 9 som følger: "... De som har fått tildelt en fastlege fra HELFO får ikke undersøkelsen" (annet helsepersonell). Et uttrykk for at en randomisert tildeling av fastlege ved inkludering i fastlegeordningen ikke nødvendigvis førte til tilbud av en helseundersøkelse.

Her sier informant 9: "Legene mener at de (pasientene) ikke har fått informasjonen. Informasjon ble gitt, men ikke oppfattet..." (annet helsepersonell).

Informant 3 beskrev opplevelsen slik: "...det viste seg at legene fikk kjennskap til nylig bosatte pasienter

gjennom ulike kanaler, noen ganger mer eller mindre tilfeldig” (annet helsepersonell).

Brukerrepresentanter på den andre siden sa at ”Nyankomne flyktninger har ingen begrep om hva fastlegen er” (informant 16) eller at ”de ikke kjenner til sin fastlege” (informant 11, brukerrepresentant). Informant 16, lege bekreftet med at ”De (nyankomne flyktninger) har lite informasjon om det norske systemet”. Forbedret helseinformasjon og helseinformasjonsforståelse vil mest sannsynlig øke sjansen for å tilby likeverdig helsetjenester og med det oppnå en likeverdig helsetilstand for alle innbyggere (22). I mange europeiske land bestemmes adgang til grunnleggende helsetjenester av mottaksfasilitetene. En systematisk gjennomgang viste her en uavhengig negativ effekt på lengden av søknadsprosessen og venteforholdene for asylsøkernes psykiske helse, inkludert PTSD, depresjon og angst (23).

Styrker og svakheter ved studien

En svakhet ved studien var det lave antallet deltakere. På en annen side var det en styrke at tilnærmet alle involverte i forprosjektet inngikk i studien. Funnene kan ikke generaliseres, men videre forskning bør se på begrensninger fastlegene opplever og forutsetninger pasientgruppen har samt muligheten for å kvalitetssikre tildeling av fastlege, og informasjon gitt til flyktninger før oppmøte på et større datagrunnlag. Data som ble samlet inn beskriver en storbysetting og har derfor kun en begrenset generaliserbarhet (ekstern validitet) for mindre

bosettinger i Norge. For å styrke den interne validiteten ble intervjuobjektene bedt om å verifisere notatene som ble tatt under intervjuet (7).

Konklusjon

Studien antyder at overgangen til en desentralisert ordning førte til mindre likeverdig og tilpasset helsetjeneste for flyktninger. Tilgang til helseundersøkelse hos den tildelte fastlege kan variere på grunn manglende informasjon, av ulik tilgjengelighet, tilbøyelighet av helsepersonell til å tilby ulik behandling og ulik kvalitet da f.eks. prøvetaking og oppvaksinerings ikke tilbys av alle fastleger. En desentralisering er videre avhengig av et forpliktende samspill mellom lege og NAV og at dagens informasjon om helsetjenesten og hvilken fastlege pasienten har fått tildelt blir bedre.

Takksigelse

Forfatteren ønsker å takke deltagerne i helseundersøkelsen. Videre ønsker forfatterne å takke prof. dr. Bjørn Myrvang og prof.dr. John E. Berg for verdifull tilbakemelding under analyseprosessen og Ressurssenter for migrasjonshelse for bistand i forbindelse med intervjuavtaler og informasjon mens studien pågikk. En takk går også til helsesøster Mariann Tveitene for viktig bidrag og innspill.

Referenser

- (1) Helsedirektoratet. Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. IS1022 Veileder. 2015.
- (2) Lov av 24.06.2011. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- (nedlastet 08.11.2017).
- (3) Goth US. Migrasjonshelse. I: Goth US(red). Folkehelse i et norsk perspektiv. Oslo:Gyldendal Akademisk. 2014 (s 91- 117).
 - (4) Goth US. Toleranse, kultursensitivitet og akkulturasjon: Interkulturelle utfordringer for primærhelsetjenesten og nyankomne innvandrere i Norge. Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice. 1(1):1-19. 2014. Doi: 10.7577/lefs.851
 - (5) Goth US, Tvetene M. Førstegangshelseundersøkelse hos fastlegen: Evaluering av et pilotprosjekt i Oslo Kommune. Rapport. Oslo: Skriftserien Høgskole i Oslo og Akershus. 2016.
 - (6) Brunvatne R. Flyktninger og asylsøkere i helse-tjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2006.
 - (7) Benestad HB, Laake P. Forskningsmetode i medisin og biofag. Oslo: Gyldendal akademisk. 2004.
 - (8) Lave J, Wenger E. Situert læring – og andre tekster. København: Hans Reitzels forlag. 2003.
 - (9) Langlois EV, Haines A, Tomson G & Ghaffar A. Refugees: towards better health-care services. Lancet. 2017 Sept 19;387(10016):319-321. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)00101-X
 - (10) Guilliford M, Figueroa-Munoz J, Morgen M, Huges D, Gibson B, Beech R, Hudson M. What does 'access to health care ' mean? J Health Serv Res Policy. 2002 Jul;7(3):186-8
 - (11) Goddard M, Smith P. (2001) Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Soc Sci Med. 2001 Nov;53(9):1149-62.
 - (12) Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/> (nedlastet den 09.04.2018).
 - (13) Goth US, Berg J. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. European Journal of General Practice 2011;17(1):28-33. Doi: 10.3109/13814788.2010.525632
 - (14) Jensen NK, Noredam M, Priebe S, Krasnik A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. BMC Family Practice 2013; 14 (7).
 - (15) Sodemann M. Det du ikke ved får patienten ondt af. Rapport. Odense Universitetshospital, Odense. 2014. Tilgjengelig fra www.ouh.dk/dwn390400 (nedlastet den 20.04.2018)
 - (16) Fredriksen HW, Kamper-Jørgensen Z, Agyemang C, Krasnik A, Norredam M. Health-reception of newly arrived documented migrants in Europe - why, whom, what and how? European Journal of Public Health 2013; 23:752-726. Doi: 10.1093/eurpub/ckt110
 - (17) Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. De hårde kampe starter, når krigen er slut. Ugeskrift for Læger 2010;172(2)141-4.
 - (18) Grut L, Tingvold L, Hauff E. Fastlegens møte med flyktninger. Tidsskr Nor Legeforen. Tidsskr Nor Legeforen 2006;126:1318-1320.
 - (19) Hanssen I, Alpers LM. Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. Journal of Intercultural Communication, 2010;23. URL: <http://www.immi.se/intercultural/>
 - (20) Goth US, Berg J, Akman H. The Intercultural Challenges of General Practitioners in Norway with Migrant Patients. International Journal of Migration, Health and Social Care 2010; 6(1):26-33. Doi: 10.5042/ijmhsc.2010.0447
 - (21) Alpers LM, Hanssen, I. Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. Nurse Education Today. 2014;34:999-1004. Doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.004
 - (22) Gele AA, Pettersen KS, Torheim LE, Kumar B. Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. BMC Public Health 2016;16(1):1134. Doi: 10.1186/s12889-016-3790-6