

Rapport

Bosnia og Hercegovina – helsevesenet

Utarbeidet av:

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon -
LANDINFO

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet, Utlendingsnemnda og Kommunal- og regionaldepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver.

Landinfos rapporter er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

Opplysningene som blir lagt fram i rapportene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Rapportene er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som rapportene omhandler.

© Landinfo 2006

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Hausmannsgata 26
Postboks 8108 Dep
N-0032 Oslo

Tel: 23 35 15 00
Fax: 23 35 15 01
E-post: mail@landinfo.no
www.landinfo.no

INNHold

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn – mandat – problemstillinger	5
1.2 Begrepsforklaringer	7
2. Rammebetingelser, strukturer og problemer i Bosnias helsevesen	8
2.1 Rammebetingelser og strukturer i Bosnias helsevesen	8
2.1.1 Helseapparatets struktur i Føderasjonen	9
2.1.2 Helseapparatets struktur i Republika Srpska	9
2.2 Strukturelle problemer i forbindelse med helsetilbudet i entitetene og kantonene	11
2.3 Korrupsjon som strukturelt problem i det bosniske helsevesenet.....	13
3. Helseforsikring i Bosnia	14
3.1 Strukturen på helseforsikringen.....	15
3.1.1 Helseforsikringens struktur i Føderasjonen	15
3.1.2 Helseforsikringens struktur i Republika Srpska	16
3.2 Hvilke tjenester dekkes av helseforsikringen?	17
3.2.1 Helseforsikringens ytelser i Føderasjonen	17
3.2.2 Helseforsikringens ytelser i Republika Srpska	18
3.3 Registrering og problemer for personer som ikke har gyldig helsebok.....	19
3.4 Forsikringsordninger i forbindelse med behandling utenfor egen kanton eller entitet.....	20
3.4.1 Problemer i forbindelse med dekning av kostnader ved behandling i annen entitet..	21
3.4.2 Problemer i forbindelse med kostnadsovertakelse ved behandling i en annen kanton	21
4. Behandlingsmuligheter for pasienter med somatiske lidelser	23
4.1 Informasjon om behandlingstilbudet på de tre behandlingsnivåene.....	23
4.1.1 Det primære nivået.....	23
4.1.2 Det sekundære nivået	24
4.1.3 Det tertiære nivået.....	24
4.2 Behandlingsmuligheter for spesifikke sykdommer	27
4.2.1 Behandling av kreft	27
4.2.2 Behandling av hjertesykdommer	28
4.2.3 Behandling av nyresykdommer	28
4.2.4 Tilpasning av proteser.....	28
4.3 Behandling av sykdommer i utlandet	29
4.4 Behandling av multihandikappede pasienter (særlig barn)	29

4.4.1	Besøk på "Hjem for handikappede barn og ungdom Pazarić" i Hadzic i (Føderasjonen).....	30
4.4.2	Besøk på Senter for behandling, rehabilitering og sosial omsorg for pasienter med kroniske psykiske lidelser, Jakeš i Modriča (Republika Srpska).....	33
5.	Behandlingstilbud for pasienter med psykiske lidelser	35
5.1	Organisering av behandlingstilbud.....	35
5.2	Tilgang til og kvaliteten på behandlingstilbudet generelt.....	37
5.2.1	Helsepersonellens kvalifikasjoner.....	37
5.2.2	Kvaliteten på behandlingen generelt.....	37
5.3	Behandling av PTSD og andre psykiske lidelser hos voksne.....	40
5.4	Behandling av PTSD og andre psykiske lidelser hos barn/ungdom.....	41
5.5	Informasjon om de besøkte institusjonene som behandler psykiske lidelser	42
5.5.1	Medica Zenica (Føderasjonen)	42
5.5.2	Mentalhelsesenter (CMZZ) i Zenica (Føderasjonen).....	44
5.5.3	Mentalhelsesenteret (CMZZ) i Travnik (Føderasjonen).....	45
6.	Tilgang på medisin	46
7.	Tilgang på helsetjenester og diskriminering	48
7.1	Etniske minoriteters tilgang til helsetjenester.....	48
7.2	Særskilte problemer for returnerte og IDPs i forbindelse med tilgang til helsetjenester	50
8.	Samtalepartnere	52
9.	Forkortelser	55

1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN – MANDAT – PROBLEMSTILLINGER

Følgende rapport har til hensikt å gi en oppdatering av situasjonen i Bosnias helsevesen. Fremstillingen baserer seg hovedsaklig på samtaler under en tjenestereise til Bosnia og Hercegovina i september 2005. I enkelte kapitler refereres det imidlertid også til skriftlig materiell som delegasjonen fikk av samtalepartnerne etter møtene. I motsetning til andre reiserapporter omhandler denne rapporten ikke andre temaer som ble tatt opp under reisen.¹ Saksbehandlerne hadde ønske om å få en spesifikk temarapport som gjør det lettere å finne raskt frem til helserelatert informasjon.

Rapportens innhold reflekterer hva saksbehandlerne i Utlendingsforvaltningen hadde definert som viktig i forbindelse med behandlingen av søknader fra bosniske borgere. Man ønsket for det første å få en bedre oversikt over strukturen og hovedproblemene i Bosnias helsevesen. For det andre skulle det undersøkes en rekke spørsmål knyttet til helseforsikring (struktur, registrering, hvilke tjenester som dekkes m.m.). Rapportens hovedfokus er imidlertid rettet mot behandlingsmuligheter for somatiske (kapittel 4) og psykiske sykdommer (kapittel 5). Her la delegasjonen særlig vekt på å undersøke behandlingsmuligheter for barn. Notatets sjette kapittel gjør rede for hva delegasjonen ble kjent med om tilgang til medisiner, og det siste kapittelet gir en fremstilling av hvordan våre samtalepartnere så på problemer knyttet til diskriminering i forbindelse med tilgang til helsetjenester.

For å kunne tegne et balansert og representativt bilde av situasjonen hadde delegasjonen i alt 31 møter med leger, advokater, NGOer, statlige myndigheter og internasjonale organisasjoner i både Føderasjonen og Republika Srpska. Møtene fant sted i Sarajevo, Pazarić, Zenica, Travnik, Banja Luka, Modrica, Tuzla og Bijelina.

Selv om delegasjonens reisevirksomhet og listen over samtalepartnere (se vedlegg) var forholdsvis omfattende, vil rapporten ikke kunne gi noe uttømmende eller fullstendig bilde av de nevnte problemstillingene. Dette skyldes for det første tids- og ressursmessige begrensninger som enhver delegasjonsreise er stilt ovenfor. For det andre har Bosnia og Hercegovina generelt – og helseapparatet spesielt – et meget fragmentert og komplisert styresett. Hver kanton har sitt eget helseapparat, egen helseforsikring, egne helselover og – ikke minst – en egen helseminister. Landets til sammen 13 helsedepartementer har stor autonomi og dette fører til store regionale forskjeller både mellom kantonene og mellom entitetene.²

¹ Under reisen ble det også tatt opp andre problemstillinger (IDP, kvinnerelaterte spørsmål, utstedelse av dokumenter). Resultatene av disse møtene blir presentert i separate notater.

² En begrepsforklaring på entitet finnes under punkt 1.2.

Denne kompleksiteten kan være en forklaring på at delegasjonen fikk en del motstridende opplysninger. Notatet har ikke til hensikt å vurdere selve innholdet i disse opplysningene. Alt som kom frem av relevant informasjon, presenteres under henvisning til den aktuelle kilden.

Alle samtalepartnere ga samtykke til at deres uttalelser kunne brukes i et offentlig dokument, kun enkelte uttalelser kom ”off the record”. Disse uttalelsene er enten anonymiserte eller ikke referert i det hele tatt.

Reisen ble gjennomført av Mats Risbakken (Utlendingsnemnda, Asylseksjon 1) og Jörg Lange (Utlendingsmyndighetens fagenhet for landinformasjon, Landinfo). Programmet ble utarbeidet i samarbeid med den norske ambassaden i Sarajevo. Ambassadesekretær Heidi Olufsen deltok på en rekke møter. Ambassadens bistand i tilknytning til planleggingen og gjennomføringen av programmet har vært til stor hjelp.

Rapporten har avslutningsvis en oversikt over delegasjonens samtalepartnere og en liste over forkortelser.

Rapporten inneholder ingen egne vurderinger eller konklusjoner.

1.2 BEGREPSFORKLARINGER

For å unngå uklarheter eller misforståelser i beskrivelsen av de ulike nivåene av Bosnias kompliserte styresett gis det i det følgende en kort forklaring på begreper som brukes i rapporten.

1. Bosnia og Hercegovina (BiH) er betegnelsen for hele staten. I rapporten brukes også Bosnia som betegnelse for hele staten. Begrepet **statsnivå** brukes kun i denne sammenheng.
2. Bosnia og Hercegovina består av to enheter, såkalte entiteter. Den muslimsk-kroatiske Føderasjonen av Bosnia og Hercegovina (FBiH) omtales i rapporten som **Føderasjonen**. Den serbiskdominerte entiteten heter **Republika Srpska**, den alminnelige forkortelsen RS brukes i rapporten i sammensatte betegnelser (RS-myndighetene og lignende).
3. Føderasjonen består av ti såkalte kantoner med egen lovgivningsmyndighet, egne lover, egne regjeringer osv. Dette nivået betegnes som **kantonalt nivå**.
4. Republika Srpska derimot er delt opp i distrikter, men disse har langt færre fullmakter enn kantonene fordi RS har et sentralistisk styresett.
5. Det laveste forvaltningsnivået i begge entitetene er kommunene (**kommunalt nivå**).

Ved siden av de to entitetene eksisterer det autonome Brčko-distriktet som ikke omhandles i rapporten.

I litteraturen finnes det også ulike måter å omtale de forskjellige etniske gruppene på. I denne rapporten brukes begrepet **bosnier** som en betegnelse på alle bosniske statsborgere. Begrepet **bosnjak** brukes om personer som tilhører den muslimske befolkningen. Begrepet **bosniske kroater** og **bosniske serbere** brukes om bosniske statsborgere med henholdsvis kroatisk eller serbisk etnisitet.

2. RAMMEBETINGELSER, STRUKTURER OG PROBLEMER I BOSNIAS HELSEVESEN

Dette kapittelet gjør rede for hvordan våre samtalepartnere fremstilte de generelle rammebetingelsene og de sentrale problemene helsevesenet er stilt ovenfor. Mer detaljerte opplysninger om behandlingstilbudet for somatiske og psykiske lidelser finnes hhv. under kapitlene 4 og 5.

2.1 RAMMEBETINGELSER OG STRUKTURER I BOSNIAS HELSEVESEN

Før krigen var alle jugoslaviske borgere knyttet til et sentralt helsevesen som var underlagt Helsedepartementet i Beograd. I utgangspunktet gjaldt de samme reglene mht. helseforsikring og behandling for alle borgere i alle de jugoslaviske republikkene. Alle arbeidstakere innbetalte bidrag til det sentrale forsikringsfondet som dekket medisinsk behandling til bidragsyterne og deres familier. Behandling av personer som ikke var i arbeid/betalte bidrag, ble dekket av statsbudsjettet. På denne måten hadde alle jugoslaviske borgere tilgang til fri helsetjeneste.

Våre samtalepartnere i WHO, Haris Hajrulahović og Boris Rebac, fortalte at dette systemet ble splittet opp etter krigen. Ikke bare har alle de tidligere jugoslaviske republikkene fått sine separate helsevesen. Bosnia, som nå er et land med mindre enn fire millioner innbyggere, har til sammen 13 helsedepartementer (11 i Føderasjonen, ett i Republika Srpska og ett i Brčko-distriktet³), 13 helseforsikringsfond og 13 helsebyråkratier som – ifølge UNDP – ikke samarbeider i noen særlig grad. Alle samtalepartnerne var enige om at fragmenteringen og mangelen på samarbeid er ett av hovedproblemene for Bosnias helsevesen. Yulia Krieger, Programme Coordinator i UNICEF Sarajevo slo fast: ”The health care system is a complete mess due to its fragmentation”.

Som på en rekke andre områder har ikke sentralstaten (BiH) noen myndighet over landets helsepolitikk.⁴ Våre samtalepartnere i det føderale helse- og sosialdepartementet i Sarajevo (i det følgende referert til som Helsedepartementet) fortalte at helsepolitikken faller inn under entitetenes ansvarsområde. Mens helseapparatet i Republika Srpska er sentralisert, har systemet i Føderasjonen en desentralisert struktur. Følgende to underkapitler gir en kort oversikt over helseapparatets struktur i hhv. Føderasjonen og Republika Srpska.

³ Delegasjonen har ikke besøkt Brčko som er et eget distrikt med stor grad av autonomi. Forholdene der er ikke tema for dette notatet.

⁴ Ifølge dr. Vildana Doder fra det føderale Helsedepartementet, finnes det en avdeling som også dekker helse spørsmål i ”Ministry for Civil Affairs” på statsnivå. Avdelingen består imidlertid av kun to personer, og Doder kunne ikke si noe om hva slags myndighet denne avdelingen ev. måtte ha.

2.1.1 Helseapparatets struktur i Føderasjonen

Ifølge dr. Vildana Doder, rådgiver i det føderale Helsedepartementet, eksisterer det i praksis ti separate helseapparater i Føderasjonen. Hver kanton har sitt eget helsedepartement, eget helseforsikringsfond, eget direktorat for offentlig helse og et eget, tredelt behandlingstilbud. Det føderale Helsedepartementet har kun en koordinerende funksjon i tillegg til ansvaret for solidaritetsfondet (se nedenfor), men ingen instruksjonsmyndighet over kantonene.

De ti kantonale helsebyråkratienes struktur er i utgangspunktet identiske. Apparatet ledes av et kantonalt helsedepartement som styrer helseforsikringsfondet og direktoratet for offentlig helse. Også behandlingsinstitusjonene er underlagt Helsedepartementet. Samtalepartnerne bl.a. i WHO og i det føderale helsedepartementet viste til at behandlingstilbudet på kantonalt nivå er organisert på tre nivåer (såkalt primært, sekundært og tertiært nivå). En nærmere redegjørelse for hva delegasjonen ble fortalt om behandlingstilbudet på disse tre nivåene, gis i rapportens fjerde kapittel.

2.1.2 Helseapparatets struktur i Republika Srpska

Republika Srpska har arvet det samme helsesystemet som Føderasjonen og de andre eksjugoslaviske republikkene. Men i motsetning til Føderasjonen ble helsemyndighetene i Republika Srpska organisert sentralistisk. Det politiske styringsansvaret ligger hos helse- og velferdsdepartementet i Banja Luka (i det følgende referert til som Helsedepartementet). Både helseforsikringsfondet og direktoratet for offentlig helse er underlagt Helsedepartementet. Det samme gjelder entitetens offentlige helsetilbud som stort sett har den samme strukturen som det kantonale helsetilbudet i Føderasjonen: Det primære nivået består av helsesentra (*dom zdravlja*) og helsestasjoner (*ambulant*), det sekundære nivået består stort sett av sykehusene og det tertiære nivå av entitetens eneste sentralsykehus⁵ i hovedstaden Banja Luka.

⁵ I engelskspråklige dokumenter er disse behandlingsinstitusjonene på tertiært nivå omtalt som "Clinic Senter".

Ifølge våre samtalepartnere i Helsedepartementet i Banja Luka⁶, suppleres det offentlige behandlingstilbudet med private leger (primært nivå) og private klinikker (sekundært nivå). Disse trenger ifølge departementet en tillatelse for å være virksomme, men våre samtalepartnere kunne ikke gi oss flere opplysninger om antall og lokalisering av disse private sykehusene. Private helseforetak får ingen statlige subsidier, og behandlingen der dekkes ikke av den offentlige helseforsikringen. Ifølge professor Bergsland, en norsk lege som jobber på sentralsykehuset i Tuzla (Føderasjonen), er private helsetjenester ofte dyrere enn det offentlige tilbudet uten at den faglige kvaliteten på det private tilbudet nødvendigvis er bedre. Dette ble bekreftet av Željka Mudrovčić fra UNDP som sa at private leger og tjenester koster uforholdsmessig mye mer, selv om kvaliteten ikke er bedre. Ifølge Mudrovčić betaler man i hovedsak for kortere ventetider og mer vennlighet, ikke for bedre faglig kvalitet.

Mudrovčić opplyste videre at Republika Srpska – i likhet med Føderasjonen – er i ferd med å implementere et såkalt fastlege-system som etter hvert skal supplere og delvis erstatte helsestasjonene. Systemet baserer seg på loven om helsetjenester som parlamentet i Republika Srpska vedtok i 1999. Mudrovčić fortalte at Republika Srpska ligger langt etter skjema og at ikke en gang hovedstaden har klart å etablere et fungerende fastlege-system.

Dr. Cenić (en lege og medlem i parlamentets helsekomité som deltok under delegasjonens møte med Helsingforskomitéen i Republika Srpska) opplyste at man ligger flere år etter skjema for opprettelsen av fastlege-systemet i entiteten. De nødvendige kvalifiseringstiltakene for legene er på plass og den første puljen er ferdig utdannet, men det er mangel på legeutstyr. Denne mangelen er ifølge Cenić hovedårsaken til at systemet ikke er fullstendig implementert ennå. Han kritiserte imidlertid også at myndighetene ikke ansetter nok leger, og sa at implementeringen av fastlege-systemet er nedprioritert av den politiske ledelsen. Mangelen på tilstrekkelige ressurser er ifølge Cenić bare ett uttrykk for denne nedprioriteringen. Han konkluderte med at det vil ta lang tid å få gjennomført denne reformen.

⁶ Pavle Puanić (Assistant minister), Dragica Mededović (Deputy Director Health Insurance Fund), Nileola Dvizac (Secretary of the Ministry).

2.2 STRUKTURELLE PROBLEMER I FORBINDELSE MED HELSETILBUDET I ENTITETENE OG KANTONENE

Flere samtalepartnere viste til gapet mellom et tett og forholdsvis bra helsetilbud i byene og et svært begrenset tilbud på landsbygda. Forskjellen har blitt større de siste årene etter at flere private helsetilbud har kommet på plass. Våre samtalepartnere i det føderale departementet for menneskerettigheter og flyktninger (i det følgende referert til som Flyktningdepartementet), Nada Spasojević og Milena Jurić, pekte også på at man har ulike behandlingstilbud i de forskjellige kantonene. Tilbudet varierer og er i stor grad avhengig av kantonens økonomiske situasjon. Dr. Vildana Doder fra det føderale Helsedepartementet viste til at Sarajevo-kantonen bruker 420 KM (ca. 1680 NOK) per innbygger på helsetjenester, mens tallet i Una Sana-kantonen er ca. 130 KM (ca. 520 NOK). Disse forskjellene bidrar til at for eksempel de to forholdsvis velstående kantonene Sarajevo og Tuzla Podrinje disponerer et relativt godt tilbud på alle tre nivåer, mens behandlingsmulighetene i Una Sana og en rekke andre fattige kantoner er mer mangelfulle. Dette gjelder ifølge samtalepartnerne ikke bare helseinstitusjonenes kvalitet og dekning på landsbygda, men også omfanget av helsetjenester som dekkes av de respektive forsikringsfondene. Forsikrede pasienter i for eksempel Tuzla vil altså kunne forvente både et bedre behandlingstilbud og mer omfattende erstatningsordninger fra helseforsikringen.

Et betydelig problem er at pasientene i utgangspunktet er henvist til behandling i sin egen kanton og/eller entitet for behandling. En samtalepartner viste til et eksempel hvor en 67 år gammel pasient fra Sanski Most (kanton Una Sana) må reise tre ganger i uka til dialysebehandling på sykehuset i Bihać i samme kanton. Han kunne slippe denne firetimers turen ved å få den samme behandlingen på sykehuset i Prijedor som er ca. 30 km fra Sanski Most. Men siden Prijedor ligger i den andre entiteten, er vedkommende likevel tvunget til å ta den strabasiøse turen tre ganger i uka. Mange pasienter i Bosnia har liknende problemer. Vår samtalepartner i det føderale Helsedepartementet viste til at man har inngått avtaler mellom entitetene og kantonene for å åpne for behandling i ev. nabokantoner/entiteter. Avtalen innebærer at kostnadene i utgangspunktet betales av den aktuelle pasientens forsikring, og at vedkommende kun betaler ev. differanser. Det var imidlertid flere samtalepartnere som viste til at dette systemet er svært mangelfullt (det vises for øvrig til underkapittelet 3.4.2. som går nærmere inn på problemstillingen).

Våre samtalepartnere i WHO, Haris Hajrulahović og Boris Rebac, viste i denne sammenhengen til en studie hvor prisnivået på forskjellige helsetjenester og medisiner ble undersøkt. Dokumentet som skulle legges frem i oktober 2005, konkluderer ifølge våre samtalepartnerne med at bosniske borgere stort sett betaler mer for medisiner og legehjelp enn pasienter i flere vesteuropeiske land.

Professor Bergsland sa at hovedproblemet for det bosniske helsevesenet er mangel på organisasjon og koordinering, ikke mangel på økonomiske ressurser. En annen kilde, som ikke ønsket å uttale seg offentlig, viste i denne sammenhengen til at en altfor stor del av helsebudsjettet går til drift av de 13 separate helsebyråkratier og til lønninger for 13 helseministre, statssekretærer m.m.

Ifølge Yulia Krieger fra UNICEF påvirker fragmenteringen også kvaliteten på helsetilbudet. Det er mye parallelt arbeid og forholdsvis dårlig utnyttelse av ressurser. I Travnik for eksempel finnes det to helsesentra som kun ligger 500 meter fra hverandre og to sykehus i to kilometers avstand: Et sykehus og en helsestasjon brukes av etniske kroater og de andre to institusjonene av etniske bosnjaker. Den faktiske parallelliteten av helsetilbudet innebærer at Travnik har flere sykehusplasser per innbygger enn de fleste vesteuropeiske land. Samtidig bidrar den ineffektive fordelingen av ressursene til at mange sykehus er dårlig utrustet. Det hender at pasienter må ta med sengetøy selv, og samtalepartnerne i Helsingforskomitéen i Republika Srpska fortalte at sykehuset i Banja Luka ofte ikke hadde hatt oppvarming sist vinter.

Våre samtalepartnere i OSCE⁷ viste til at organisasjonen lenge har forsøkt å påvirke beslutningstakerne i begge entitetene og alle kantonene for å få til et enhetlig og mer fungerende helsevesen. De konstaterte imidlertid en mangel på politisk vilje fra alle parter. Særlig myndighetene i Republika Srpska er ifølge OSCE svært tilbakeholdende overfor reformforslag.

I forbindelse med opprettelsen av flere private helseforetak i begge entitetene, viste flere samtalepartnere (bl.a. den føderale ombudsmannen og representantene for WHO) til en lov som tillater at leger jobber både i offentlige og private institusjoner. Ombudsmannen var kjent med flere tilfeller hvor leger fra offentlige sykehus henviste pasienter derfra til sin egen praksis etter at kostbare undersøkelser (røntgen, prøver m.m.) hadde blitt gjort på sykehuset. Diagnostisering og behandling ble derimot senere gjennomført av den samme legen som da opptrådte som privatpraktiserende lege. I slike saker betaler det offentlige og/eller helseforsikringen store deler av regningen, mens private leger tar fortjenesten. Samtidig må pasientene betale legen av egen lomme, fordi forsikringen kun dekker utgiftene til offentlige sykehus eller helsestasjoner. Samtalepartnerne i WHO tvilte imidlertid på at en lovendring om at man ikke kan jobbe både som offentlig ansatt og privat lege, ville føre til store forbedringer. Man var for eksempel kjent med avtaler mellom leger som videresender sine pasienter fra det offentlige til en privat kollega. Dermed inntreffer den samme effekten som nevnt ovenfor.

⁷ John Stauffer, Director of Human Rights; Jason Matthews, Human Rights adviser; Gregory Fabian, Legal advisor on Social and economic rights; Amela Tandora, Property rights officer; Lejla Hadzimesić, Roma officer.

2.3 KORRUPSJON SOM STRUKTURELT PROBLEM I DET BOSNISKE HELSEVESENET

Ifølge Graham Day, Deputy High Representative⁸ i Republika Srpska, er korrupsjon utbredt i hele landet. ”Alle” vet om det, og mange eksempler på omfattende korrupsjon og skandalene blir omtalt i media. I et land hvor leger ofte tjener mindre enn 1000 KM (ca. 4000 NOK) i måneden, blir det lagt merke til når en direktør for en helsestasjon eller en byråkrat i helseforsikringsfondet kjøper et stort privathus til 250 000 KM (ca. 1 million NOK). Mange samtalepartnere i begge entitetene pekte på korrupsjonsproblemet. Samtalepartnerne i Helsingforskomitéen i RS for eksempel, kom med meget bastante utsagn og sa: ”Alle direktørene på helsesentrene er korrupte. De mottar penger rett i lomma. De tar penger fra fondene, som skulle gått til behandling av de syke...”

Også professor Bergsland pekte på korrupsjonsproblemet. Han fortalte at mange pasienter må betale penger under bordet for å få den behandlingen de i utgangspunktet har krav på gjennom forsikringen. I de fleste tilfellene blir pengene betalt for å slippe frem i køen, i noen tilfeller for å få bedre behandling. Våre samtalepartnere i OSCE i Sarajevo viste imidlertid til at man har en annen innstilling til korrupsjon i Bosnia – og på Balkan for øvrig – enn i Vest-Europa. Forekomsten av korrupsjon skyldes ikke bare grådige leger og byråkrater, men folks mentalitet. Man er villig og vant til å betale litt ekstra eller å gi gaver for å bli behandlet bedre og/eller raskere.

Da vi spurte ombudsmannen i Republika Srpska, Nada Grahovac, om hun hadde mottatt mange klager i forbindelse med tilfeller av korrupsjon, svarte hun at dette ikke var tilfelle. Hun mente at folk bare klager på forhold de tror ombudsmannen kan gjøre noe med, for eksempel lange saksbehandlingstider i statens forvaltning. Korrupsjon derimot betraktes av mange som en nesten naturlig del av hverdagen.

Flere samtalepartnere pekte på andre former for kriminalitet som går på bekostning av bidragsyterne til forsikringsfondene. Den nevnte mangelen på utstyr på mange helsestasjoner skyldes ifølge Graham Day ikke minst at leger og helsepersonell stjeler og enten bruker materiellet i sin egen praksis eller selger det til pasientene. Dette er ifølge Day bare ett eksempel på at hovedproblemet i Bosnia ikke er mangelen på penger, men mangel på organisasjon og det faktum at den ”gamle jugoslaviske dugnadsånden” ikke lenger eksisterer.

⁸ Embetet som høyrepresentant (High Representative) ble opprettet ved inngåelsen av Dayton-avtalen i desember 1995. Høyrepresentanten utnevnes av Peace Implementation Council (PIC) som består av 55 land. Høyrepresentanten og hans kontor (OHR) har ansvaret for å koordinere implementeringen av den sivile delen av Dayton-avtalen.

3. HELSEFORSIKRING I BOSNIA

Til tross for at det eksisterer en såkalt obligatorisk helseforsikring (se kapittel 3.1.) som i utgangspunktet skal omfatte hele befolkningen, er det mange bosniere som ikke har noen helseforsikring. Det verserer ulike tall, men de fleste samtalepartnerne (bl.a. WHO) anslo at minst 30 prosent av befolkningen står uten noen helseforsikring. Representantene for OSCE i Sarajevo viste til en nyere undersøkelse hvor det kom frem at 17 prosent av befolkningen i Føderasjonen ikke har noen helseforsikring. Tallet for Republika Srpska er på 35 prosent. På landsbasis betyr det at 26 prosent av Bosnias borgere ikke har noen helseforsikring.

Ifølge WHO er det store regionale forskjeller, og det er en sammenheng mellom den økonomiske situasjonen og arbeidsledigheten i den aktuelle kantonen/entiteten og antallet ikke-forsikrede personer. Representanten for UNFPA, Željka Mudrović, opplyste at det er særlig unge personer uten arbeid som mangler helseforsikring. I kantonen Una Sana for eksempel, skal så mange som 80 prosent av alle personer mellom 10 og 24 år stå uten forsikring.

Živica Abadžić fra Helsingforskomitéen i Sarajevo bekreftet at det ofte er ungdom og barn som faller utenom forsikringsordningen. Hun viste til en undersøkelse foretatt av Helsingforskomitéen som hadde kommet frem til at 55 – 60 prosent av alle barn i praksis ikke hadde noen helseforsikring. Dette til tross for at barns rett til helseforsikring er knyttet til skolegang. Men tungvinte byråkratiske prosedyrer og mangel på informasjon til foreldrene har bidratt til at de fleste barn ikke kan dokumentere at de er forsikret. Abadžić fortalte at ca. seks prosent av alle barn ikke går på skolen (særlig romer-barn) og at også disse faller utenom systemet (se 7.1.).

Problemet rammer også andre grupper. Mange arbeidstakere som i utgangspunktet bør være forsikret, faller utenom systemet fordi arbeidsgiveren ikke betaler bidrag. Dette gjelder ifølge Helsingforskomitéen særlig ansatte i mindre bedrifter. Også selvstendig næringsdrivende og bønder unnlater ofte å betale bidrag for å redusere kostnader. Mange arbeidsledige er heller ikke forsikret fordi arbeidskontoret, som i utgangspunktet plikter å betale forsikringsbidrag, ikke gjør dette hvis den aktuelle personen ikke har overholdt registreringsfristen (se nedenfor).

I de følgende underkapitler skal vi se nærmere på forskjellige aspekter ved forsikringsproblematikken. Innledningsvis gis det en kort oversikt over strukturen på forsikringssystemet (3.1.). Deretter gjøres det rede for hvilke tjenester og ytelser som dekkes av forsikringsfondet (3.2.). Det tredje underkapittelet går inn på problemer knyttet til registrering og på situasjonen for personer som står uten forsikring. Det siste underkapittelet beskriver forsikringsproblemer knyttet til Bosnias fragmenterte politiske struktur (muligheten til å få dekket behandling eller medisiner i en annen kanton eller entitet, underkapittelet 3.4.).

3.1 STRUKTUREN PÅ HELSEFORSIKRINGEN

Helseforsikringene er organisert på samme måte som helsevesenet for øvrig, og de fleste samtalepartnerne var enige i at systemets fragmentering er et stort problem for pasientene. Ifølge helsedepartementet i Føderasjonen har man ikke noen forsikringsordning på statsnivå.

I Republika Srpska ligger all myndighet på entitetsnivå⁹, mens den føderale entiteten kun har meget begrenset myndighet. Her forvaltes forsikringsfondene på kantonalt nivå (se 3.1.1.). Føderasjonen har imidlertid opprettet et såkalt solidaritetsfond som finansieres av overføringer fra de kantonale forsikringsfondene. Solidaritetsfondet skal betale utgifter som ikke kan dekkes av en kanton. Dette gjelder for eksempel Føderasjonens tre sentralsykehus (Sarajevo, Tuzla og Mostar) som delvis finansieres av solidaritetsfondet. Ifølge rådgiveren for det føderale Helsedepartementet, dr. Vildana Doder, skal solidaritetsfondet også dekke utgifter når barn må sendes til utlandet for behandling. Professor Bergsland fortalte at fondet også kan bidra med pengestøtte i forbindelse med kostbare kreftoperasjoner eller transplantasjoner.

Ifølge loven skal solidaritetsfondet også ha en viss koordineringsfunksjon. Innkjøp av dyre medisiner fra utlandet (Doder nevnte for eksempel Cytostatika) skal i utgangspunktet avvikles på sentralisert nivå for å kunne oppnå kostnadsbesparelser. Solidaritetsfondet skal dessuten fungere som et slags utlikningsinstrument ved å administrere pengeoverføringer fra økonomisk bedrestilte til ressursvake kantonale forsikringsfond.

Siden solidaritetsfondet ikke genererer egne midler, er man avhengig av pengeoverføringer fra de kantonale fondene. Doder opplyste at de kantonale fondene er lovpålagt å overføre åtte prosent av sine inntekter til solidaritetsfondet slik at de nevnte oppgavene kan ivaretas. Denne overføringen fungerer imidlertid dårlig, flere kantoner betaler enten for sent eller ikke i det hele tatt.

3.1.1 Helseforsikrings struktur i Føderasjonen

Følgende avsnitt baserer seg i hovedsak på informasjon fra dr. Vildana Doder, rådgiver ved Helsedepartementet i Føderasjonen.

Ifølge dr. Doder legger helselovene i Føderasjonen opp til tre typer helseforsikring:

- Obligatorisk helseforsikring
- Utvidet helseforsikring
- Frivillig helseforsikring

⁹ Det autonome distriktet Brčko har en egen forsikringsordning.

Den obligatoriske helseforsikringen skal være fundamentet i hele systemet, og i utgangspunktet skal alle borgere ha adgang til å registrere seg i den. All nødvendig medisinsk behandling og medisiner skal i utgangspunktet dekkes helt eller delvis av den obligatoriske helseforsikringen. Per i dag er kun denne første typen forsikring operativ i hele Føderasjonen. De fleste kantonale lovene åpner i tillegg for en utvidet og en frivillig privat helseforsikring, men disse er ikke opprettet ennå. Etter opprettelsen skal den utvidede helseforsikringen dekke utgifter som ikke refunderes av den obligatoriske helseforsikringen. Dette kan gjelde bl.a. egenandelsbetalinger eller medisiner som ikke står på "Essential drug list" (heretter referert til som "EDL"). Den frivillige helseforsikringen skal være et tilbud til personer som per i dag ofte ikke er registrert i den obligatoriske helseforsikringen, som for eksempel selvstendig næringsdrivende og bønder.

Fondene som forvalter den obligatoriske helseforsikringen, er organisert på kantonalt nivå. Alle forsikringspremier betales direkte til disse kantonale fondene som forvalter ressursene i henhold til de ulike kantonale lovene. Størrelsene på forsikringspremien varierer og er på mellom 14 og 18 prosent av lønnen. I de fleste kantoner er premien på 18 prosent, hvorav arbeidstakeren må betale 13 prosent og arbeidsgiveren 5 prosent.

3.1.2 Helseforsikringens struktur i Republika Srpska

Følgende opplysninger baserer seg i hovedsak på delegasjonens møte med representanter for Helsedepartementet i Banja Luka, hvor vi hadde en samtale med statssekretæren, Pavle Puanić, visedirektøren for forsikringsfondet i Republika Srpska, Dragica Mededović og med helseministerens rådgiver, Nileola Dvizac.

Mededović opplyste at forsikringsfondet i Republika Srpska er sentralisert, men at forvaltningsoppgavene ivaretas av fondets seks regionale kontorer på distriktsnivå. Styringsansvaret ligger imidlertid hos entitetens sentrale helseforsikringsfond.

I henhold til RS-loven om helseforsikring har alle borgere rett til å være registrert i entitetens helseforsikringsfond, men kun 75 prosent bruker denne retten. De resterende 25 prosent av befolkningen har ikke noen gyldig helseforsikring fordi de eller arbeidsgiveren ikke betaler premien.

Ifølge Helsedepartementet vil alle borgere som kan dokumentere at de er registrert, kunne nyte godt av ytelsene til forsikringsfondet. Disse omfatter ikke bare delvis overtakelse av kostnader i forbindelse med nødvendig medisinsk behandling eller medisiner, men også delvis kompensasjon for den tiden man har vært sykmeldt ("sykepenger"). Forsikringen dekker utgifter på alle tre nivåer (primært, sekundært og tertiært nivå). Dessuten overtar fondet betaling av behandling i utlandet. Slik kostnadsovertakelse må imidlertid være avklart på forhånd.

3.2 HVILKE TJENESTER DEKKES AV HELSEFORSIKRINGEN?

Ifølge OSCE og Helsedepartementene i Føderasjonen og i Republika Srpska finnes det på statsnivå ingen regler om hvilke tjenester som dekkes av helseforsikringen. Regulerings- og gjennomføringsansvaret ligger hos entitetene og de ti kantonene. Når det gjelder Føderasjonen, har man på entitetsnivå kun solidaritetsfondet (se 3.1.) som dekker spesielle forhold. Ifølge Helsedepartementet i Sarajevo vil solidaritetsfondet kunne dekke eller delvis refundere behandlingskostnader for bl.a. (listen er ikke uttømmende):

- behandling av barn med blodkreft
- gjennomføring av transplantasjoner (under visse vilkår også i utlandet)
- gjennomføring av dyre hjerteoperasjoner (for eksempel på et av Føderasjonens tre sentralsykehus)
- behandling av pasienter med hepatitt C.

Når det gjelder spørsmålet om hva som omfattes av forsikringen, er det til dels store regionale forskjeller. Dette har ifølge OSCE særlig økonomiske årsaker, og man kan i utgangspunktet legge til grunn at forsikringen i forholdsvis ressurssterke kantoner som Sarajevo eller Tuzla, vil dekke flere tjenester enn forsikringen i en fattig kanton som Una Sana. Fremstillingen nedenfor begrenser seg derfor til å gi et overblikk over hovedreglene for hva som er omfattet av forsikringen i Føderasjonen og i Republika Srpska. Det var for delegasjonen ikke mulig å undersøke forholdene i alle de ti kantonene.

3.2.1 Helseforsikringens ytelser i Føderasjonen

Følgende fremstilling baserer seg på uttalelser fra Helsedepartementet og fra Flyktningsdepartementet i Føderasjonen. Videre refereres det til uttalelser fra OSCE, Redd Barna og representanter for sentralsykehuset i Sarajevo.

Den føderale forsikringsordningen er stort sett regulert på kantonalt nivå slik at man har ti separate forsikringssystemer med ulike regelverk. Dette fører bl.a. til at man i utgangspunktet ikke får refundert kostnader for behandling i en annen kanton (se nedenfor 3.4.). Ved siden av at det eksisterer ti forskjellige lover, håndterer forsikringsfondene egenandelssatser på en fleksibel måte. Satsene kan også tilpasses i henhold til budsjettssituasjonen slik at pasientene må regne med å betale forskjellige egenandelssatser for én og samme behandling eller medisin.

Alle kantoner har også sin egen EDL. Ofte er den økonomiske situasjonen i kantonen, omfanget av tilskudd fra helsemyndighetene og fondets ressursituasjon utslagsgivende for egenandelssatsene og for hvilke medisiner som er omfattet av EDL.

Til tross for denne uoversiktlige situasjonen kan man ifølge OSCE stort sett legge til grunn at nødvendig medisinsk behandling på primært nivå vil bli dekket. Eventuelle egenandelsbetalinger opplyses å være moderate. For behandling på sekundært nivå derimot, må pasientene oftest betale større egenandel, og det hender at pasienten – til tross for gyldig forsikring – må betale alt av egen lomme.

I utgangspunktet blir alle forsikrede personer behandlet likt. Enslige mødre eller andre svake grupper har ifølge det føderale Flyktningdepartementet ingen privilegier. Barn er forsikret dersom foreldrene er registrert i helseforsikringsfondet. Skolepliktige barn (fra og med syv år) vil bli dekket ved å gå på skolen. Representantene for departementet viste imidlertid til et hull i regelverket som fører til at barn under syv år ikke er forsikret dersom foreldrene ikke er registrert. Det samme gjelder barn som ikke går på skolen (særlig rom-barn). Ifølge departementet får disse barna **i praksis** likevel den samme behandlingen som om de hadde vært forsikret.¹⁰

Ifølge Senija Tahirović fra Redd Barna har barn og ungdom opp til 18 år rett til gratis legehjelp, men på grunn av mangel på kunnskap både hos pasientene og hos helsepersonell vil denne gruppen i praksis ikke alltid få gratis behandling. Hun opplyste videre at studenter opp til 26 år har krav på gratis legehjelp. Denne retten er ifølge Tahirović hjemlet i helseloven.

Ifølge Helsedepartementet vil i utgangspunktet all nødvendig medisinsk behandling og medisiner være omfattet av helseforsikringen. Dette gjelder både prevensjon, vaksinasjon (av skolebarn), nødvendige inngrep og oppfølging. Samtalepartneren viste imidlertid til ulike regelverk på kantonalt nivå som gjør det umulig å være mer konkret om hvilke grupper eller behandlingstyper som vil være omfattet og hvilke egenandeler som må betales. Ifølge Senija Tahirović, programdirektør for Redd Barna i Sarajevo, vil egenandelen for basale tjenester normalt være forholdsvis lav. Egenandelsbetalingen for mer omfattende inngrep og undersøkelser vil derimot generelt være høye.

3.2.2 Helseforsikringens ytelser i Republika Srpska

Hovedkilden for følgende opplysninger er visedirektøren for forsikringsfondet i Republika Srpska, Dragica Mededović, som deltok under delegasjonens møte i Helsedepartementet i Banja Luka.

Republika Srpska har ett helseforsikringsfond som dekker hele entiteten. Fondet dekker i utgangspunktet alle typer "nødvendig" medisinsk behandling inkludert preventive undersøkelser, operasjoner, rehabilitering, tannlegebehandling og medisiner. I de fleste tilfeller må pasienten betale en viss egenandel. Denne egenandelen er fastsatt av Helsedepartementet og forsikringsfondet. Kostnadene dekkes dersom det foreligger en anbefaling eller henvisning fra lege, og dersom behandlingen gjennomføres i en institusjon som er godkjent av forsikringsfondet.

¹⁰ Denne uttalelsen er i strid med følgende uttalelse i den nyeste "Progress Report" fra EU-kommisjonen om Bosnia og Hercegovina (Bosnia and Herzegovina, 2005 Progress Report, Brussel, 9. november 2005 – Landdatabase): *"Social services for children remain limited. Education is free and compulsory, until the age of 15. Children up to 15 years of age are entitled to free medical care under the law, but in practice, medical care for children is not ensured unless they are covered by medical insurance paid for by their parents."* (s. 22 f.)

Egenandelen er avhengig av en rekke faktorer, bl.a. om pasienten er i arbeid eller pensjonist (sosiale forhold), hvilken type behandling eller medisiner vedkommende trenger, og prisen på behandlingen. Pasienter som trenger reseptbelagte medisiner, betaler oftest ca. 25 prosent i egenandel, men her gjelder unntak for bl.a. følgende pasientgrupper:

- barn og ungdom opp til 18 år
- gravide
- kvinner med syke barn under ett år
- pasienter over 65 år
- personer som lever under fattigdomsgrensen og som kan dokumentere dette.

Disse kategoriene behøver ifølge helsedepartementet ikke betale egenandel for medisiner dersom det foreligger resept fra lege, eller for nødvendig medisinsk behandling. Videre er behandling av enkelte sykdommer fritatt fra egenandelsbetaling.

Dette gjelder bl.a.:

- tuberkulose
- kreft
- psykiatriske sykdommer

Personer som ikke er registrert i forsikringsfondet og/eller som ikke har betalt bidrag (dokumentert ved fremleggelse av helsebok), får ikke dekket noe av utgiftene med mindre det dreier seg om et nødstillfelle.

3.3 REGISTRERING OG PROBLEMER FOR PERSONER SOM IKKE HAR GYLDIG HELSEBOK

Alle kildene våre var enige om at en stor andel av befolkningen ikke er omfattet av helseforsikringsordningen, noe som i praksis kan være et stort problem for pasientene. Det er flere grunner til problemet: For det første unnlater mange bidragsyttere (både arbeidstakere og arbeidsgivere) å betale premier. For det andre er de byråkratiske prosedyrene som knytter seg til utstedelse og oppdatering av helsebok, refundering av utgifter m.m., svært tungvinte. Ifølge Nadja Spasojević fra avdelingen for flyktninger i Flykningedepartementet, må for eksempel personer som returnerer til sine hjem, registrere seg innen 30 dager på arbeidskontoret.¹¹ Etter foretatt registrering vil arbeidskontoret betale forsikringspremien og den aktuelle personen vil få utstedt helsebok. Dette ble også bekreftet under samtalen med Haris Hajrulahiović og Dr. Boris Rebac fra WHO i Sarajevo.

¹¹ Denne bestemmelsen gjelder kun i Føderasjonen, ikke i Republika Srpska.

Det er imidlertid mange som ikke kjenner til denne forskriften, noe som fører til at de ikke overholder fristen. Dermed faller de ut av systemet. Den samme 30-dagers fristen gjelder ifølge Asja Rokša Zubčević, lederen for rettighetsorganisasjonen Vaša Prava, også for arbeidsledige som må registrere seg innen én måned etter at de har mistet jobben for at arbeidskontoret skal overta premiebetalingen.

Et annet byråkratisk problem består i at helseboka må stemples hver måned som en bekreftelse på at premien er betalt. Lederen for Helsingforskomitéen, Živica Abadžić, sa at mange arbeidstakere kun får uregelmessige eller forsinkede lønnsutbetalinger og ikke har anledning til å betale den månedlige premien. Andre unnlater å oppdatere dokumentet slik at de – til tross for innbetalt premie – ikke kan legge frem helsebok når de trenger behandling eller ønsker å hente et medikament på apoteket. I så fall må den forsikrede enten betale alt selv eller sørge for å få de nødvendige stemplene før behandling.

For å få dekket behandlingskostnadene må pasienten ifølge Helsedepartementet i Føderasjonen legge frem følgende dokumenter hos lege/helsestasjon/sykehus:

- voksne må legge frem gyldig helsebok og ID-kort
- barn må legge frem gyldig helsebok og ID-kortet til én av de foresatte. Dessuten må barn legge frem skoleboken (bevis på at barnet går på skolen).

Ifølge dr. Vildana Doder fra Helsedepartementet i Føderasjonen kan leger, helsestasjoner og sykehus avvise pasienter uten gyldig helsebok, men hun mente at dette i praksis ikke er et stort problem. De fleste leger vil likevel foreta nødvendig og akutt behandling. Hun fortalte også at det er uproblematisk å få utstedt ny helsebok når en har mistet den gamle. Myndighetene vil imidlertid sjekke om premien er betalt.

Ifølge flere samtalepartnere, bl.a. Željka Mudrovičić fra UNFPA og professor Bergsland fra universitetssykehuset i Tuzla, må personer uten forsikring betale alt selv. Dette gjelder i alle kantonene og begge entitetene.

3.4 FORSIKRINGSORDNINGER I FORBINDELSE MED BEHANDLING UTENFOR EGEN KANTON ELLER ENTITET

En konsekvens av helseforsikringens fragmentering er at ordningen kun gjelder i kantonen hvor den aktuelle personen er bosatt (Føderasjon) eller i den aktuelle entiteten (Republika Srpska). Dette fører til problemer, både for pasienter som ønsker behandling i en annen kanton/entitet, og for pasienter som ønsker å flytte. Ifølge Helsingforskomitéen i Sarajevo vil forsikringen ikke dekke kostnadene ved behandling utenfor egen kanton/entitet.

Denne problemstillingen er ifølge OSCE særlig aktuell for minoriteter og ikke minst for internt fordrevne (heretter IDP) som ønsker å returnere til områder hvor de er en minoritet. En etnisk serber vil som oftest heller la seg behandle av en serbisk lege på den andre siden av grensen enn å få behandling hos en kroatisk lege som praktiserer i nabogata. Også minoriteter som i utgangspunktet er villig til å oppsøke en lege av annen etnisitet, vil i praksis ofte være tvunget til å reise langt for å få behandling. Ifølge WHO vil en pasient som er bosatt i Pale (Øst-RS), måtte reise til Banja Luka (ca. fire timers kjøring) for å få behandling på tertiært nivå, mens han/hun ville kunne fått den samme behandlingen i nabobyen Sarajevo (ca. en halv times kjøring).

3.4.1 Problemer i forbindelse med dekning av kostnader ved behandling i annen entitet

For å løse disse problemene undertegnet Republika Srpska og Føderasjonen i 2001 en avtale om dekning av kostnader for behandling i den andre entiteten. Avtalen legger opp til en forenklet prosedyre for dekning av behandling i den andre entiteten, og trådte i kraft 1. januar 2002. Alle samtalepartnerne var imidlertid enige om at denne avtalen ikke fungerer. Vi fikk ulike forklaringer på hvorfor avtalen ikke er implementert. Samtalepartnerne i både det føderale Helsedepartementet og i OSCE la hovedskylden på Republika Srpska som ifølge OSCE trakk seg fra avtalen for to år siden. Våre samtalepartnere i Helsedepartementet i Banja Luka var enige i at avtalen ikke fungerer, men sa at årsaken til det var at de føderale myndighetene ikke respekterte den.

Uansett hvilken forklaring som er riktig, er konsekvensene for de aktuelle pasientene oftest svært negative. Flere samtalepartnere viste til et eksempel hvor serbiske pensjonister hadde returnert fra Republika Srpska til kantonen Livno i Føderasjonen. Det var imidlertid ikke mulig å få overført forsikringsrettighetene til den andre entiteten, og dette medfører at de aktuelle personene må reise til Republika Srpska for å få behandling. Behandling i Føderasjonen ville ikke bli dekket av helseforsikringsfondet i Republika Srpska. Ifølge Helsedepartementet i Banja Luka ville en liknende situasjon også kunne oppstå for andre personer som er avhengig av ulike statlige velferdsordninger (for eksempel arbeidsledige). Arbeidstakere som ønsker å flytte til den andre entiteten for å jobbe, vil kunne registrere seg uten problemer, forutsatt at den nye arbeidsgiveren betaler forsikringspremien.

3.4.2 Problemer i forbindelse med kostnadsovertakelse ved behandling i en annen kanton

Samtalepartnerne i UNICEF, Helsingforskomitéen og WHO pekte på at det er enorme problemer i forbindelse med kostnadsovertakelse mellom de fleste føderale kantonene. Ombudsmannen i Føderasjonen, Branka Raduz, fortalte at mange pasienter har store problemer fordi de ikke får dekket kostnader ved behandling i en annen kanton. Dette gjelder ikke bare pasienter som er avhengig av statlige pengeoverføringer, men også vanlige arbeidstakere. En person som for eksempel bor i Travnik (kanton Sentral-Bosnia), men som jobber i Sarajevo, vil ikke uten videre kunne få dekket behandling i Sarajevo.

Forutsetningen for å få refundert utgiftene er at pasienten har sendt skriftlig søknad om dette før behandlingen er igangsatt. Det kan ta flere uker før man får innvilget søknaden, og mange arbeidstakere, særlig dersom de trenger rask behandling, vil være tvunget til å betale selv, selv om de er forsikret. Det samme gjelder pasienter som ellers ville være tvunget til å reise til kantonen de er registrert i.

Ifølge Vesna Puratić, prosjektleder i Mental Health Project i Sarajevo, kreves det mye dokumentasjon for at man skal kunne få betalt behandling i en annen kanton. Haris Hajrulahović fra WHO fortalte at forutsetningen for å få refundert sykehusbehandling i en annen kanton er at behandlingen er nødvendig og at den er forhåndsgodkjent av en legekommisjon. Dette ble bekreftet av samtalepartnerne i Mental Health Project som presiserte at dette i første rekke gjelder sykehusbehandling (dvs. behandling på sekundært og tertiært nivå), mens refusjonsprosedyren for behandling på primært nivå ville være mindre byråkratisk. Ifølge representantene fra Helsedepartementet i Sarajevo vil akutt behandling kunne gis umiddelbart og krav om betaling vil komme i etterkant.

Den samme kilden opplyste at enkelte kantoner har inngått interkantonal avtaler for å avbyråkratisere grenseoverskridende behandling. Ifølge WHO er det imidlertid store forskjeller på hvor godt disse interkantonal ordningene fungerer. Oftest er det etnisiteten som er den viktigste faktoren også her. Avtalen mellom de to ”kroatiske” kantonene Livno og Vest-Hercegovina fungerer etter sigende helt uproblematisk, mens en bosnjak fra Una Sana kantonen (bosnjakisk styre) vil ha store problemer med å få refundert utgiftene for ev. behandling i Livno.

4. BEHANDLINGSMULIGHETER FOR PASIENTER MED SOMATISKE LIDELSER

I dette kapitlet gjøres det rede for hvilken informasjon våre samtalepartnere ga oss om behandlingstilbudet på primært, sekundært og tertiært nivå. Det gis også opplysninger om hvilke typer behandling som er tilgjengelig i Bosnia og hvordan en behandling i utlandet organiseres. Videre inneholder kapitlet informasjon om to institusjoner for funksjonshemmede pasienter i Føderasjonen og Republika Srpska.

4.1 INFORMASJON OM BEHANDLINGSTILBUDET PÅ DE TRE BEHANDLINGSNIVÅENE

4.1.1 Det primære nivået

Behandlingstilbudet på **primært nivå** skal dekke de primære helsebehovene til alle borgerne. Ifølge samtalepartneren vår i det føderale Helsedepartementet, er det et primært helsetilbud i alle kommuner, men antallet institusjoner og kapasiteten er avhengig av kommunenes innbyggertall og økonomi. Det primære behandlingstilbudet omfatter helsesentra (*dom zdravlja*) og helsestasjoner (*ambulant*). I helsesentrene vil pasientene kunne få behandling fra allmennlege, gynekolog og tannlege. Det er også mulig å få gjennomført en del diagnostiske undersøkelser (inkludert laboratorieprøver og røntgen) og enklere inngrep. Dessuten har de fleste helsesentrene såkalte akutt-team med ambulanse. Helsestasjonene (*ambulant*) utgjør den andre delen av den primære helsesektoren og er underlagt nærmeste helsesenter. Det finnes imidlertid også noen private *ambulant*.

Helsestasjonene disponerer i utgangspunktet en lege og en helsesøster, i noen tilfeller også en tannlege. Haris Hajrulahović og Boris Rebac fra WHO fortalte oss at mange helsestasjoner på landsbygda kun har besøk av lege én dag i uken. Ifølge samtalepartnerne i Redd Barna kan helsesentra og -stasjoner også gi vaksiner, men normalt vil vaksinerings av skolebarn bli administrert av skoleverket. Ved siden av helsesentra og -stasjoner er apotekene del av det primære nivået.

Samtalepartnerne våre i OSCE viste til at det er stor forskjell mellom behandlingstilbudet på landsbygda og i byene. Mens de større byene opplyses å disponere et tett tilbud av de fleste helsetjenester på første og andre nivå, er tilbudet i mer avsidesliggende rurale strøk som oftest meget begrenset. Som eksempel trakk samtalepartnerne våre frem at en bevegelseshemmet pensjonist på landsbygda neppe ville være i stand til å få den nødvendige behandlingen i nærheten av hvor hun/han bor. Forskjellen mellom by og land har blitt større ettersom de fleste private legene foretrekker å praktisere i byene.

Željka Mudrović fra UNFPA viste til at en rekke kantoner er i ferd med å introdusere et slags fastlege-system (etter forbilde fra det canadiske ”family doctor system”). Dette systemet, som er hjemlet i den føderale helseloven fra 1997, skal supplere og etter hvert erstatte det eksisterende systemet på primært nivå. Implementeringen har ifølge Mudrović vært svært ujevn. I kanton Hercegovina Neretva har man kommet forholdsvis langt, mens andre kantoner ikke har iverksatt systemet i det hele tatt.

4.1.2 Det sekundære nivået

Dersom pasienter trenger spesialistbehandling eller må gjennomgå et større inngrep, vil de normalt henvises til et kantonalt sykehus. Disse sykehusene utgjør ifølge Føderasjonens Helsedepartement størsteparten av det **sekundære nivået**. Flere samtalepartnere skilte mellom kantonale sykehus (cantonal hospitals) og generelle sykehus (general hospitals) som begge tilhører den sekundære sektoren. Ingen av samtalepartnerne gikk imidlertid inn på hva som er forskjellen mellom disse to typene sykehus. I tillegg til sykehusene vil i noen tilfeller også spesialiserte helsesentra kunne gjennomføre behandling på sekundært nivå.

Ifølge Yulia Krieger fra UNICEF har man i den senere tiden sett en økning i etableringen av private sykehus (særlig i byene), men per i dag dominerer fortsatt offentlige institusjoner. Også på sekundært nivå er det en økende forskjell mellom behandlingstilbudet på landsbygda og i byene. Dette forsterkes av at nesten alle private sykehus blir etablert i byene, noe som bidrar til at både bredden i og kvaliteten på tilbudet er klart bedre her enn på landsbygda.

4.1.3 Det tertiære nivået

Pasienter som har behov for mer avansert behandling eller kompliserte inngrep, vil kunne henvises til behandling på **tertiært nivå**, som i hovedsak består av sentralsykehusene. Pr. i dag har man i Føderasjonen sentralsykehus i tre kantoner:

1. kanton Sarajevo (sentralsykehus i Sarajevo by)
2. kanton Hercegovina Neretva (sentralsykehus i Mostar)
3. kanton Tuzla Podrinje (sentralsykehus i Tuzla by)

Disse sentralsykehusene er underlagt den respektive kantonale helsemyndigheten, men er – ifølge Helsedepartementet i Sarajevo – medfinansiert av andre kantoner og føderale myndigheter. Deler av finansieringen skjer gjennom overføringer fra det føderale solidaritetsfondet. De tre nevnte sentralsykehusene tar imot pasienter fra de syv kantonene som ikke disponerer et tilbud på tertiært nivå. Forutsetningen er imidlertid at det aktuelle kantonale forsikringsfondet eller pasienten selv garanterer for betaling av behandlingen.

I Republika Srpska har man ifølge Helsedepartementet et sentralsykehus i Banja Luka som finansieres av helsemyndighetene og med midler fra helseforsikringsfondet.

Følgende fremstilling fokuserer særlig på informasjon som delegasjonen fikk om forholdene og behandlingstilbudet på sentralsykehuset i Sarajevo. Opplysningene om dette sentralsykehuset baserer seg stort sett på informasjon som delegasjonen fikk av professor Lidija Lincender under besøket der.¹² Kapittelet suppleres med en del informasjon som delegasjonen fikk om de to andre sentralsykehusene i Tuzla og Banja Luka. Delegasjonen hadde ikke anledning til å innhente opplysninger om behandlingstilbudet på sentralsykehuset i Mostar.

Professor Lincender mente at alle de fire sentralsykehusene i Bosnia holder en høy faglig standard. Ifølge henne bør imidlertid sentralsykehuset i Sarajevo, som er Bosnias største helseinstitusjon, kunne anses som landets mest avanserte sykehus. Institusjonen, som er knyttet til universitetet i Sarajevo, har ca. 3200 ansatte hvorav 77 prosent er medisinsk personell. Av disse er 519 spesialister, blant dem 30 universitetsprofessorer og 35 assistentprofessorer. Man har dessuten 137 assistentleger og 560 sykepleiere. Sykehuset disponerer 1817 sengeplasser på 40 fagavdelinger. Disse er lokaliserte på til sammen 19 bygninger, fire avdelinger ligger utenfor Sarajevo.



Hovedinngangen til sentralsykehuset i Sarajevo

¹² Besøket fant sted 16. september 2005. Professor Lincender er professor for radiologi og visedirektør for den radiologiske avdelingen ved sentralsykehuset i Sarajevo.

Ettersom andre samtalepartnere hadde konstatert en betydelig ”brain-drain” av høytutdannede leger til vesten på nittitallet, spurte vi om dette hadde hatt noen negative konsekvenser for kvaliteten på behandlingstilbudet ved sentralsykehuset. Dette ble avvist av professor Lincender. Hun sa at det alltid har vært slik at noen eksperter (også fra andre fagområder) reiser til utlandet. Hun viste imidlertid til at mange unge leger forblir i Bosnia, blant annet fordi det er vanskelig for dem å få jobb i vesten. Særlig på sentralsykehuset har man ikke noen problemer med å rekruttere dyktige og høyt kvalifiserte leger.

Professor Lincender opplyste at sentralsykehuset i Sarajevo har spesiell høy kompetanse på kreftbehandling og –diagnostikk, behandling av nyresykdommer, lungesykdommer og hjertesykdommer. I denne sammenhengen nevnte hun at også sentralsykehuset i Tuzla har meget høy kompetanse på hjertemedisin, noe som senere ble bekreftet av flere andre samtalepartnere.

Det er noen få typer avansert behandling (se nedenfor) som ifølge professor Lincender ikke kan gis på sentralsykehuset i Sarajevo eller andre steder i Bosnia. Dette skyldes etter det opplyste ikke mangel på faglig kompetanse, men mangel på finansielle ressurser. Dette begrenser bl.a. muligheten for innkjøp av avansert medisinsk utstyr. Samtalepartneren vår sa at man ikke hadde noen ventelister for kirurgiske inngrep, men at pasientene måtte vente i ca. 30 dager på radioterapi eller en MR¹³-undersøkelse, og i ca. to måneder på en MRI¹⁴-undersøkelse. I nødstilfeller (”urgent cases”) ville imidlertid pasienten kunne få slippe forbi køen.

Ifølge helseloven er alle sykehus pliktig til å behandle personer med akutte sykdommer og andre nødstilfeller. Ifølge professor Lincender har sentralsykehuset i Sarajevo en klar linje på at betalingen må være avklart før behandlingen starter. Enten må det foreligge betalingsgaranti fra pasientens helseforsikring eller pasienten betaler selv.¹⁵ Kun i nødstilfeller vil betalingsspørsmålet kunne avklares etter inngrepet.

Nødstilfeller (koma, store blødninger etter trafikkuhell m.m.) vil behandles umiddelbart på sentralsykehusets akuttmedisinske avdeling (center of urgent medicine). Denne avdelingen er ifølge professor Lincender meget avansert og en interdisiplinær enhet med spesialister i indremedisin, kirurgi, anestesi og radiologi. Det gjennomføres reanimasjon, fysisk stabilisering og diagnostikk før overføring til videre behandling.

For behandling av barn disponerer sentralsykehuset i Sarajevo en barneklinnikk (pediatric clinic) og en barnekirurgisk avdeling (pediatric surgery). Ifølge professor Bergsland fra sentralsykehuset i Tuzla har også sentralsykehusene i Mostar, Banja Luka og Tuzla tilsvarende behandlingsmuligheter for barn. Bergsland viste til at det også finnes noen spesialister for barnesykdommer andre steder i landet.

¹³ Magnetisk Resonanstomografi

¹⁴ Magnetic Resonance Imaging

¹⁵ Ifølge Senija Tahirović fra Redd Barna vil en MR-undersøkelse koste mellom 50 og 100 KM (ca. 200 - 400 NOK).

Etter samtalen med professor Lincender hadde delegasjonen anledning til å besøke barneklirikken ved sentralsykehuset i Sarajevo. For en utenforstående virket forholdene ryddige og det var en god del ledige/ikke brukte senger på de seksjonene som delegasjonen fikk se (barnenevrologisk seksjon og barneintensivseksjon).

Delegasjonen hadde ikke anledning å besøke hovedbygget til sentralsykehuset i Banja Luka, men ifølge samtalepartnerne våre fra Helsingforskomitéen i Republika Srpska (blant dem dr. Cenić, en lege) er forholdene der mer kritikkverdige. Dr. Cenić fortalte at sentralfyringen ofte ikke fungerte (enten på grunn av mangel på brensel eller fordi den var i ustand), og at man sist vinter måtte gjennomføre operasjoner uten oppvarming. Han la til at noen avdelinger på sentralsykehuset hadde vært uten oppvarming ti dager i strekk. Dette førte til at pårørende enten måtte hente pasientene hjem eller at de selv måtte installere ovner på rommene deres. Dr. Cenić viste imidlertid til at forholdene i Banja Luka likevel er bedre enn i en rekke lokale sykehus på sekundært nivå, hvor det ofte er mangel på helt basale ting (oppvarming, sengetøy, mat m.m.).

4.2 BEHANDLINGSMULIGHETER FOR SPESIFIKKE SYKDOMMER

Følgende underkapitler gjør rede for hvilke opplysninger delegasjonen fikk vedrørende behandlingsmuligheter for en del mer alvorlige sykdommer. Delegasjonen har ikke foretatt en systematisk undersøkelse av problemstillingen, men stilte noen spørsmål om temaet der vi hadde anledning til det (for eksempel under samtaler med leger). Fremstillingen inneholder punktuell informasjon og er på ingen måte uttømmende.

4.2.1 Behandling av kreft

Som nevnt i kapitlet 4.1.3. disponerer sentralsykehuset i Sarajevo et godt behandlingstilbud for kreftpasienter. Ifølge professor Lincender er det en onkologisk avdeling (institute for oncology) ved sentralsykehuset. Avdelingen gir avansert behandling. Lincender nevnte cellegiftbehandling (chemotherapy), hormonterapi (hormonal therapy), immunterapi (immunotherapy) og strålebehandling (radiotherapy). Som nevnt har man ventelister på flere diagnose- og behandlingsformer og maksimal én uke ventetid for kreftoperasjoner. Ventetiden er i stor grad avhengig av pasientenes tilstand. Ved siden av innlagte kreftpasienter (in-patients) har sentralsykehuset også dagpasienter (out-patients). Sistnevnte behandles på dagkirurgisk avdeling (daily hospitals) og kan ellers bo hjemme. Kontrollundersøkelser og etterbehandling gjennomføres på sykehuset.

Professor Bergsland fra sentralsykehuset i Tuzla bekreftet at det er høy kompetanse på behandling av kreftpasienter på sentralsykehuset i Sarajevo, og fortalte at man hadde begynt å gjennomføre beinmarkstransplantasjon. Ifølge professor Bergsland vil en postoperativ cellegiftbehandling normalt kunne gis på ordinære sykehus (dvs. på sekundært nivå). Utover dette uttalte verken Bergsland eller Lincender seg om behandlingsmuligheter for kreft på **sekundært** nivå.

Vår samtalepartner fra Redd Barna, Senija Tahirović, kritiserte at det i praksis ofte er pasientene (eller deres familier) som må betale for kreftbehandlingen, selv om dette i utgangspunktet skal være dekket av helseforsikringen. Hun føyde til at dette var et aktuelt problem for mange etter hvert som man har sett en betydelig økning av for eksempel blodkreft (økning på 200 prosent) etter krigen. Tahirović opplyste at det finnes en støtteorganisasjon for familier hvis et familiemedlem har blodkreft. Organisasjonen er på statsnivå, men vi fikk ikke noen opplysninger om hvilke typer bistand denne organisasjonen yter.

4.2.2 Behandling av hjertesykdommer

Ifølge professor Bergsland kan de fleste hjertesykdommer behandles i Bosnia. Man kan imidlertid ikke gjennomføre hjertetransplantasjoner. I praksis er det også store kapasitetsproblemer for behandling av barn med medfødte hjertefeil. Han presiserte at sentralsykehuset i Sarajevo i prinsippet har kompetanse på denne type behandling, men at kapasiteten er så begrenset at noen barn må vente i mer enn ett år på behandling, hvilket er så lenge at det kan være for sent. Bergsland opplyste videre at medisiner for pasienter med hjertesvikt er tilgjengelige i Bosnia, men at det er meget vanskelig å få tak i adekvate pace-makere.

Ifølge professor Lincender er kvaliteten på behandlingstilbudet for hjerte- og karsykdommer på tertiært nivå meget høy. Dette gjelder særlig de to sentralsykehusene i Tuzla og Sarajevo. Det er imidlertid ikke mulig å gjennomføre hjertetransplantasjoner. Verken Bergsland eller Lincender uttalte seg om behandlingstilbudet for hjertesykdommer på sekundært nivå.

4.2.3 Behandling av nyresykdommer

Ifølge professor Lincender kan det gjennomføres nyretransplantasjoner på sentralsykehuset i Sarajevo. Etter det opplyste er det imidlertid stor mangel på egnede donororganer i og med at man ikke har et donorprogram i Bosnia. De fleste donororganer kommer fra de aktuelle pasientenes familiemedlemmer. Hun sa at nyresvikt i de fleste tilfeller kan kontrolleres av dialyse som gjennomføres på sentralsykehusets nyremedisinske avdeling.

Professor Bergsland viste til at dialyse kan gis flere steder i Bosnia, bl.a. i Mostar, Sarajevo og Banja Luka, men også på sykehus på sekundært nivå. Ifølge Bergsland kan alle som trenger dialyse, få den nødvendige behandlingen i Bosnia.¹⁶

4.2.4 Tilpasning av proteser

Ifølge professor Bergsland er proteser tilgjengelige. Han viste til at det finnes mange organisasjoner (både NGOer og offentlige institusjoner) som hjelper pasienter med behov for proteser.

¹⁶ For utdypende informasjon om behandlingstilbudet for dialysepasienter i Bosnia vises det til en uttalelse fra Schweizerische Flüchtlingshilfe: Bosnien und Herzegowina: Behandlungsmöglichkeiten für Dialyse-PatientInnen. Gutachten der SFH-Länderanalyse, Bern, 25. August 2005 (Landdatabasen).

4.3 BEHANDLING AV SYKDOMMER I UTLANDET

Ifølge samtalepartnerne våre på sentralsykehuset i Sarajevo kan man ikke gjennomføre hjerte- eller levertransplantasjoner i Bosnia. På enkelte andre områder, for eksempel behandling av barn med medfødte hjertefeil, er det lange ventetider.

Dr. Doder fra det føderale Helsedepartementet opplyste at aktuelle pasienter vil kunne sendes til utlandet. Føderale helsemyndigheter har inngått en samarbeidsavtale med spesialiserte sykehus i Kroatia og Italia. Delegasjonen fikk ikke klargjort hvilke regler som finnes for betaling av behandling i utlandet. Ifølge Helsedepartementet vil det føderale solidaritetsfondet imidlertid i noen tilfeller kunne betale en del av kostnadene.

I Republika Srpska vil pasienter som trenger behandling i utlandet, oftest sendes til Serbia og Montenegro. Ifølge Helsedepartementet i Banja Luka vil forsikrede pasienter som regel få erstattet ca. 30 prosent av behandlingens kostnader, resten må betales av pasienten selv. I tilfeller hvor den nødvendige behandlingen ikke kan gis i Serbia og Montenegro, vil pasienten kunne få behandling i for eksempel Italia.

Våre samtalepartnere fra Helsingforskomiteen viste til at pasienten må gjennomgå en langtekkelig og byråkratisk prosedyre før hun/han kan få behandling i utlandet. Samtalepartnerne fortalte at pasienten ofte må ordne mye selv, bl.a. transport med ambulanse og dekning av bensinutgifter.

4.4 BEHANDLING AV MULTIHANDIKAPPEDE PASIENTER (SÆRLIG BARN)

Ifølge Redd Barna har man i alt fem offentlige institusjoner for handikappede barn/ungdom i Bosnia: Tre i Føderasjonen (Pazarić, Focrinica og Bakovica) og to i Republika Srpska (Prijeđor og Višegrad). Dessuten er det flere institusjoner som er privatdrevet. Senija Tahirović fra Redd Barna viste til at de nevnte institusjonene stort sett er underbemannet og at det er mangel på kvalifisert personell. Det skal etter hva Tahirović opplyste være kun én ansatt per 15 innlagte pasienter i disse institusjonene. Selv om de nevnte institusjonene i utgangspunktet var ment for barn og ungdom, har man etter krigen også begynt å ta imot voksne pasienter. Andre institusjoner – som for eksempel Jakeš i Republika Srpska – tar ikke imot barn i det hele tatt.

Delegasjonen hadde anledning til å besøke to av disse institusjonene: Pazarić i Føderasjonen og Jakeš i Republika Srpska. Følgende underkapitler gjør rede for hva delegasjonen ble kjent med under de respektive besøkene.

4.4.1 Besøk på "Hjem for handikappede barn og ungdom Pazarić" i Hadzici (Føderasjonen)

Følgende fremstilling baserer seg på samtaler med direktøren og en sosialarbeider under et besøk på institusjonen Pazarić.¹⁷

Institusjonen ligger ca. 30 kilometer vest for Sarajevo og er underlagt føderale myndigheter. Mer enn ti år etter krigen er imidlertid institusjonens rettslige stilling ennå ikke hjemlet i lov, noe som fører til betydelige problemer med finansiering av både driftsutgifter og pleie/behandling av pasientene. Siden Pazarić har pasienter fra hele Bosnia, skal finansieringen i utgangspunktet skje gjennom de ulike kantonenes arbeids- og sosialdepartementer, men innbetalingene er sporadiske og i stor grad avhengig av kantonenes økonomiske situasjon. Siden innbetalingene ofte er forsinket eller uteblir helt og holdent, er institusjonens økonomiske situasjon prekær.

Pazarić har 360 pleietrengende pasienter i alle aldersgrupper. Før krigen var Pazarić en ren ungdomsinstitusjon som tok imot barn/ungdom fra hele Jugoslavia, men under og etter krigen har man også fått voksne pasienter. I dag er alle aldersgrupper og begge kjønn representert. Det samme gjelder pasientenes religiøse og etniske tilhørighet. Ifølge direktøren fører man ikke statistikk over pasientenes etnisk-religiøse bakgrunn, men hun anslår at man har ca. en tredjedel fra hver etnisk gruppe representert.

Alle pasientene er mentalt retarderte, men ellers er sykdomsbildene svært varierte og av ulik alvorlighetsgrad. Noen pasienter kan gjennomføre enklere aktiviteter og hjelpe til i vedlikeholdsarbeid, mens andre eksisterer på et rent vegetativt nivå, uvitende om sin egen eksistens. Avhengig av alvorlighetsgraden og diagnosen er pasientene plassert i ulike avdelinger. Mange pasienter har tilleggdiagnoser som for eksempel epilepsi, psykoser (særlig schizofreni og paranoia), diverse fysiske handikap, lammelser, hemiparesis, Downs syndrom, vannhode m.m. Man har ingen pasienter med diagnosen PTSD¹⁸.

¹⁷ Samtalene fant sted 17. september 2005.

¹⁸ Post Traumatic Stress Disorder



Pasienter og pleiepersonell i Pazarić

Pasienter med lammelser får behandling av fysioterapeut som er ansatt på institusjonen. En gang i uken besøkes institusjonen av eksterne fagfolk: en nevropsykiater, en barnelege, en tannlege, en gynekolog og en spesialist i rehabiliteringsmedisin. Alle andre tjenester ytes av institusjonens eget fagpersonell. Ved siden av den nevnte fysioterapeuten har man ansatt en spesialist i allmennmedisin, flere helsesøstre, en sosialarbeider og øvrig pleiepersonell. Blant de 105 ansatte er det også en del teknisk personell, kjøkkenpersonell m.m.

Ved siden av medisinsk og terapeutisk behandling legger man stor vekt på bruk av pedagogiske metoder. Pasienter med mindre alvorlige mentale funksjonshemninger får tilbud om skoleundervisning, håndarbeid, hagearbeid og andre typer aktiviteter som kan bidra til å bedre pasientenes mentale helse og livskvalitet. I avdelingen for disse pasientene finnes det aktivitetsrom og flere små leiligheter med eget kjøkken. Her ønsker man å legge til rette for mest mulig egeninnsats og aktivitet. Barn er plassert i en egen barneavdeling med lekerom. Etter behov og mulighet får disse barna undervisning eller tilbud om andre aktiviteter.

For å få plass på institusjonen må pasientens omsorgsperson sende søknad til det aktuelle ”senter for sosialt arbeid”¹⁹ som etter en vurdering av saken videresender søknaden til Pazarić. I utgangspunktet må alle pasienter ha egen helseforsikring som dokumenteres med helsebok. Ifølge direktøren gjør man imidlertid også unntak, særlig for pasienter fra Republika Srpska hvis helseforsikringen normalt ikke dekker pleie og behandling i Føderasjonen. Behandling av pasienter uten helseforsikring må oftest betales av institusjonen selv, noe som bidrar negativt til den meget vanskelige økonomiske situasjonen på Pazarić.

Man har ingen venteliste, og søknader om opptak behandles med en gang. Eventuelle lengre saksbehandlings-/ventetider skyldes i all hovedsak at det må skaffes medisinsk dokumentasjon på pasientenes sykdom/funksjonshemming.

Ved siden av de nevnte formelle kravene vurderes også pasientenes sykdomsbilde som må dokumenteres i forbindelse med søknad om opptak. Følgende typer pasienter får ikke plass på Pazarić:

- pasienter med mindre alvorlige funksjonshemminger
- pasienter med alvorlige psykoser som vil kunne utgjøre en fare for andre pasienter eller ansatte
- pasienter med en diagnose/tilstand som vil kunne behandles bedre i en annen institusjon
- pasienter med smittsomme sykdommer (for eksempel hepatitt C)

Søkere som får innvilget plass på Pazarić, gjennomgår en innledende observasjonsfase, hvorpå det bestemmes i hvilken avdeling vedkommende skal plasseres.

Delegasjonen fikk inntrykk av at personalet var meget omsorgsfulle. Personalets imponerende innsats kan ifølge sosialarbeideren som viste oss rundt, likevel neppe kompensere for mangelen på økonomiske ressurser og det begrensede terapeutiske tilbudet. Sosialarbeideren som viste oss rundt, ga selv uttrykk for at man kunne gitt betydelig bedre hjelp dersom Pazarić hadde en bedre økonomisk situasjon. Både institusjonens generelle standard og behandlingstilbud er ifølge sosialarbeideren betydelig dårligere enn hva man er vant til i Vest-Europa. Selv om denne beskrivelsen er sammenfallende med delegasjonens inntrykk, fremstår Pazarić som mer enn en ren oppbevaringsanstalt, nettopp fordi legene og omsorgspersonalet fokuserer mye på å bedre pasientenes livskvalitet og på å utnytte deres ressurser på en best mulig måte.

¹⁹ I engelskspråklige dokumenter omtalt som ”centre for social work”

4.4.2 Besøk på Senter for behandling, rehabilitering og sosial omsorg for pasienter med kroniske psykiske lidelser, Jakeš i Modriča (Republika Srpska)

Følgende fremstilling baserer seg på samtaler med Cvijo Zelinčević, direktøren på institusjonen Jakeš.²⁰

Jakeš har lang tradisjon og har i mange år behandlet pasienter med psykiske lidelser og ulike former for mental funksjonshemming. Institusjonen finansieres av regjeringen i Banja Luka. Zelinčević ga uttrykk for at man fryktet betydelige kutt i institusjonens budsjett i forbindelse med restruktureringen av helsevesenet i Republika Srpska. Allerede nå dekker ikke forsikringsfondet kostnadene for alle pasientene. Dette har ført til en meget anspent økonomi og nedbygging av plasser. For noen år tilbake hadde man mer enn 330 pasienter, tallet har nå gått ned til 255 og må muligens reduseres ytterligere.

Denne nedbyggingen har ført til at det nå er en lang kø av pasienter som ønsker å få plass på Jakeš. Den aktuelle ventetiden er på omtrent ett år. For tiden venter ca. 50 personer på å få plass. I utgangspunktet må pasientene ha gyldig helseforsikring (dokumentert med helsebok) for å få plass, men Zelinčević modererte denne uttalelsen ved å si at dette var den ”offisielle versjonen”.

En annen forutsetning for å få plass er at man har henvisning fra sykehus eller fra legekommisjonen i Helsedepartementet i Banja Luka. Vanligvis får kun pasienter med alvorlige tilstander plass på Jakeš. Institusjonen tar imot pasienter fra hele Bosnia.

De fleste pasientene lider av kronisk psykose, schizofreni eller depresjoner. Andre er mentalt retarderte. Samtalepartneren ville ikke si noe generelt om hvilke diagnoser som ikke kvalifiserer for en plass på Jakeš. Avgjørelsen beror på en helhetsvurdering av situasjonen hvor diagnosen inngår som ett moment. En rekke pasienter har et sammensatt sykdomsbilde, og i noen tilfeller er det også PTSD diagnostisert. Antallet slike saker har økt betydelig etter krigen. Imidlertid vil pasienter som ”kun” har PTSD normalt ikke være på en institusjon som Jakeš.

Behandling av pasienter skjer stort sett gjennom medisiner og rehabiliteringstiltak. Det gis i liten grad behandling av traumer.

Det er ingen mindreårige pasienter på Jakeš. På spørsmålet om hvor barn med aktuelle diagnoser ville bli behandlet, var svaret at barn stort sett ikke har lidelser av den typen som kvalifiserer for opphold på Jakeš. Uansett bør barn ikke blandes med voksne pasienter med psykose. Ifølge samtalepartneren har man i Republika Srpska to institusjoner for mentalt retarderte barn: en i Visegrad (for jenter) og en i Prijedor (for gutter).

Så langt har ikke Jakeš tatt imot noen pasienter som har returnert fra Vest-Europa. I den senere tiden har man imidlertid fått flere henvendelser fra andre land om å ta inn bosniske statsborgere, for eksempel fra Kroatia, Montenegro, Ungarn og Tyskland.

²⁰ Delegasjonen besøkte Jakeš 19. september 2005.

Jakeš har pr. september 2005 ca. 130 ansatte: 4 psykiatere, 1 allmennpraktiker, 2 sosialarbeidere, 3 psykologer og 60 sykepleiere. Resten er ikke-medisinsk personell (kjøkkenarbeid, renhold m.m.).

I utgangspunktet bor alle pasientene i institusjonen. Pasienter som har kommet langt nok i behandlingen, kan dra hjem i helger dersom de har noen å reise hjem til. I så måte er ikke dette en lukket institusjon.

I motsetning til Pazarić hvor de fleste pasientene blir boende resten av livet, er ikke Jakeš nødvendigvis ”endestasjonen”. Selv om pasientene ikke har utsikter til å bli helt friske igjen, jobber man mye med å forberede dem med tanke på reintegrering i samfunnet. De som gjennom terapi og medisinerer har mulighet til å fungere igjen i hverdagen, kan få anledning til å bo og jobbe på en liten bondegård som eies av Jakeš. Under delegasjonens besøk bodde fem pasienter på bondegården, hvor de jobber i hagen, steller dyra, driver med husarbeid m.m. Zelinčević fortalte at bondegården hadde vært ”et skritt på veien hjem” for noen av institusjonens tidligere pasienter.

I forbindelse med de nevnte rehabiliteringstiltakene bidrar Jakeš også til å legge til rette for reintegrering i pasientenes familie. Dette er del av arbeidet som tar sikte på å avstigmatisere mentalt retarderte og psykisk syke. Mange skammer seg over å ha et mentalt retardert familiemedlem og ønsker ikke å ha dem boende i familien.

5. BEHANDLINGSTILBUD FOR PASIENTER MED PSYKISKE LIDELSER

Følgende kapittel inneholder informasjon om behandlingsmulighetene for psykiske lidelser i Bosnia. Pga. store regionale forskjeller kan mange utsagn ikke generaliseres, men er gyldig kun på ett sted. I underkapitlene 5.1. – 5.4. gjøres det rede for hva delegasjonen har brakt på det rene i så henseende. Delegasjonen hadde dessuten anledning til å besøke tre institusjoner som behandler pasienter med psykiske lidelser. I underkapitlene til 5.5 gis det en nærmere beskrivelse av behandlingstilbudene og forholdene på disse institusjonene.

5.1 ORGANISERING AV BEHANDLINGSTILBUD

Personer med behov for behandling av psykiske lidelser kan ifølge Taida Kapetanović og Dubravka Vokić fra Health Net henvende seg til en institusjon på primært nivå, enten til nærmeste helsesenter/-stasjon eller til en lege. Dessuten vil pasientene også kunne henvende seg til nærmeste senter for sosialt arbeid, særlig når plagene har sammenheng med fattigdom, problemer i familien m.m.

En del helsesentra i Føderasjonen og Republika Srpska har ifølge Health Net egne avdelinger med spesialkompetanse på behandling av psykiske lidelser (såkalte mentalhelsesentra – *Centri za mentalno zdravlje u zajednici* – CMZZ). Hit vil pasienter med depresjoner, traumer og psykoser kunne henvende seg og i de fleste tilfeller få behandling. Ifølge Taida Kapetanović og Dubravka Vokić fra Health Net vil pasientene kunne få både individual- og gruppeterapi, og flere sentra har organisert selvhjelpsgrupper. Pasienter med mer alvorlige lidelser som ikke kan behandles på CMZZ, vil kunne henvises til aktuelle sykehus (sekundært nivå) eller en psykiatrisk avdeling på et sentralsykehus (tertiært nivå).

Oftest er CMZZ samlokalisert med nærmeste lokale helsesenter (*dom zdravlja*, se kapittel 4.1.1.). Mentalhelsesentrene er ifølge Health Net bærebjelken i Bosnias psykiske helsetjeneste på primært nivå. Ifølge det føderale Helsedepartementet finnes det i alt 38 slike sentra i Føderasjonen.

Samtalepartnerne i Health Net²¹ opplyste at det kun er fem mentalhelsesentra i Republika Srpska. Disse er lokalisert i Banja Luka, Trebinje, Doboje, Derventa og Sokolac. I Føderasjonen har ni av ti kantoner minst ett mentalhelsesenter, kun i Posavina (kanton nr. 2) har man ikke opprettet et slikt.

²¹ Taida Kapetanović, Dubravka Vokić og Bojan Šošić

Lokaliseringen av sentrene i Føderasjonen er ifølge Health Net som følger:

Kanton 1 (Una-Sana):	Bihać, V.Kladuša, Cazin, Sanski Most
Kanton 3 (Tuzla):	Tuzla-by, Živinice, Banovići, Gračanica, Gradačac, Lukavac, Kladanj, Srebrenik
Kanton 4 (Zenca-Doboj):	Zenica-by, Tešanj, Žepče, Zavidovići, Olovo, Kakanj
Kanton 5 (Podrinja):	Goražde
Kanton 6 (Sentral-Bosnia):	Travnik, Bugojno, Vitez, Jajce, Kiseljak
Kanton 7 (Hercegovina-Neretva):	Vest-Mostar (kroatisk), Øst-Mostar (bosnjakisk), Konjic
Kanton 8 (Vest-Hercegovina):	Ljubuški, Stolac
Kanton 9 (Sarajevo):	Dobrinja, Ilidža, Vogošća, Novi Grad, Stari Grad, Vrazova
Kanton 10 (Livno – Vest-Bosnia):	Livno, Tomislavgrad, Drvar.

Samtalepartnerne i Health Net viste til at bare ca. 20 av disse 38 sentraene oppfyller minstestandarden som bl.a. krever at senteret skal være bemannet i åpningstiden. I definisjonen av minstestandarden har man også fastlagt hvor stort personalet skal være, og hva slags kvalifikasjoner de skal ha. I utgangspunktet skal det være minst én psykiater, én psykolog, én sosialarbeider og én eller to sykepleiere (ev. én psykiatrisk sykepleier) på hvert CMZZ.

Health Net som jobber med opplæring av helsepersonell i behandling av personer med psykiske lidelser, bekreftet at det finnes kompetente leger og helsepersonell i Bosnia som kan gi et godt behandlingstilbud. Samtalepartnerne viste imidlertid til at den regionale fordelingen av fungerende psykiske helsetjenester og fagpersonell er svært ujevn. De fleste psykologer og psykiatere foretrekker å jobbe i de større byene og mange mentalhelsesentra på landsbygda vil ikke holde minstestandarden for bemanning og/eller kvalifikasjon. Derfor må mange pasienter reise langt for å få profesjonell hjelp.

5.2 TILGANG TIL OG KVALITETEN PÅ BEHANDLINGSTILBUDET GENERELT

5.2.1 Helsepersonellets kvalifikasjoner

Det nevnte problemet med å få kvalifisert bemanning på mentalhelsesentraene rammer imidlertid ikke bare rurale strøk. Dr. Hadžikapetanović fra mentalhelsesenteret i Zenica (Bosnias fjerde største by) fortalte at man sliter med å få godt kvalifisert personell som kan gi psykoterapi. Også samtalepartnerne våre i organisasjonen Mental Health Project, Vesna Puratić og Melita Murko, viste til at mange godt kvalifiserte leger har flyttet til utlandet, noe som har ført til problemer i forbindelse med bemanning, særlig av stillinger som krever høy kompetanse (bl.a. lederstillinger).

I utgangspunktet er grunnutdanningen for helsepersonell som behandler psykiske lidelser stort sett god og relevant. Puratić pekte på at behandlingen av pasienter med psykiske lidelser har begynt å endre seg og at man i større grad legger vekt på nyere terapiformer. Dette innebærer at helsepersonell, som ofte har en tradisjonell opplæring med fokus på medisiner, trenger etterutdanning. Derfor oppfattes det som spesielt problematisk at mange godt kvalifiserte leger har reist til vestlige land.

Ifølge Mental Health Project er det til dels store kvalitetsforskjeller på behandlingen i de ulike mentalhelsesentraene. Puratić viste til at pasienter i større mentalhelsesentra (særlig i byene) ofte føler seg dårlig behandlet. Dette på grunn av det store tidspresset personalet er utsatt for og fordi en del leger utviser en dårlig holdning overfor pasientene.

5.2.2 Kvaliteten på behandlingen generelt

Ifølge samtalepartnerne våre i UNFPA og Mental Health Project er det stor forskjell på behandlingen og de fysiske forholdene på de psykiske helseinstitusjonene. Ifølge Mental Health Project vil den faglige kvaliteten på behandlingen være avhengig av forskjellige forhold, særlig ressursituasjonen og helsepersonellets kvalifikasjoner på det aktuelle mentalhelsesenteret. Puratić fortalte at man ofte ikke har noe tilbud for oppfølging etter sykehusbehandling slik at faren for tilbakeslag er stor. Man har heller ikke noe program for å få psykisk syke ut i jobb, noe som vil kunne være avgjørende for en forbedring av helsetilstanden. I de fleste tilfeller mangler psykiatriske pasienter et organisert støtteapparat utenfor helsevesenet. Derfor har man i flere kantoner satt i gang etablering av kommunale tjenester (community services) for pasienter.

I utgangspunktet vil tilgangen til mentalhelsesentraene være vanskeligere på landsbygda enn i byene, særlig på grunn av større avstander. Den faglige kvaliteten på behandlingen derimot er ifølge Mental Health Project ofte bedre på landsbygda. Mentalhelsesentraene i Kanton 9 (Sarajevo) for eksempel opplyses å ha et dårlig faglig tilbud, mens forholdene i Doboj skal, ifølge Mental Health Project, være mye bedre. Den samme kilden viste til at mentalhelsesentraene i Mostar har et kvalitativt godt tilbud. Blant annet har man i Mostar etablert mobile team som også behandler pasienter på landsbygda. Forholdene på mentalhelsesentraene i Goražde og Una Sana derimot opplyses å være dårlige og på flere måter preget av økonomiske problemer.

Behandlingstilbudet i kanton 6 (Sentral Bosnia) er ifølge lederen for mentalhelsesenteret i Travnik, Dr. Selman, bra. Dette gjelder både primært og sekundært nivå. Bl.a. har man ansatt fire språkterapeuter og etter planen skal det opprettes flere CMZZ i denne kantonen. Lederen for mentalhelsesenteret opplyste at man aldri hadde opplevd at en pasient med behov for innlegging ikke hadde fått den nødvendige behandlingen. Han viste til at kanton Sentral Bosnia har en avtale med sentralsykehuset i Sarajevo som gir pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser adgang til å få behandling på tertiært nivå i Sarajevo. Søknadsprosedyren er imidlertid meget byråkratisk, og fremleggelse av nødvendig dokumentasjon, avklaring av kostnadsovertakelse med det kantonale forsikringsfondet m.m., kan føre til unødvendig lang ventetid for pasientene.

Ifølge dr. Halima Hadžikapetanović ved mentalhelsesenteret i Zenica vil pasienter fra andre kantoner kunne få behandling i kanton Zenica-Doboj. Dersom ikke vedkommendes helseforsikring dekker kostnadene, vil pasienten selv måtte betale behandlingen. Vi ble fortalt at en time hos psykolog i Zenica koster mellom 20 og 30 KM (ca. 80 – 120 NOK).

I likhet med samtalepartnerne i Mental Health Project poengterte også Željka Mudrović fra UNFPA at mens behandlingstilbudet for psykiatriske pasienter i Mostar og Brčko skal holde høy standard, er situasjonen i Banja Luka dårlig. Ifølge Mudrović fungerer ikke behandlingen i praksis og forholdene der opplyses å være meget dårlige. Under besøket på den psykiatriske avdelingen ved sentralsykehuset i Banja Luka²² var delegasjonens inntrykk i samsvar med denne beskrivelsen. Senteret består av flere brakker, det er hull i takene og oppvarmingen fungerer i beste fall sporadisk. Når det gjelder behandling og terapi for senterets pasienter, ville lederen for senteret, Dr. Joka Simić, ikke gi noen opplysninger.

²² Klinički Centar Banja Luka. Klinika za Psihijatriju



Inngangsparti til den psykiatriske avdelingen ved sentralsykehuset i Banja Luka

Ifølge samtalepartnerne i Health Net vet folk stort sett hvilket behandlingstilbud som finnes og at man kan få behandling på mentalhelsesentrene. Behandlingen vil normalt også være dekket av helseforsikringen, slik at forsikrede personer ofte kun betaler egenandel. Likevel nøler mange personer med å be om hjelp fordi det oppleves som stigmatiserende å ha psykiske lidelser og å oppsøke profesjonell behandling.

5.3 BEHANDLING AV PTSD OG ANDRE PSYKISKE LIDELSER HOS VOKSNE

Alle samtalepartnerne våre var enige i at PTSD er utbredt i det bosniske samfunnet. Ifølge lederen for mentalhelsesenteret i Travnik, dr. Selman, er alle samfunnslag berørt. Anslagene på hvor mange mennesker som er rammet av lidelsen, varierte fra 30 til 80 prosent. Samtalepartneren i Medica Zenica, Mariana Senjak, viste til at PTSD ikke er en lidelse som ”går seg til”. Ved flere mentalhelsesentra har faktisk antallet PTSD-pasienter gått opp de siste seks til åtte årene etter krigen, ofte fordi sykdommen først da har kommet til overflaten. Ifølge Mental Health Project har mange IDPs og flyktinger som har oppholdt seg i utlandet i en lengre periode, fått store plager etter retur til hjemlandet. Lederen for mentalhelsesenteret i Travnik, dr. Selman, betegnet fenomenet som ”Refugee-trauma”. Det å vende tilbake til det stedet hvor man har opplevd traumatiserende handlinger, kan i seg selv være en stor belastning. Mangelen på et effektivt støtteapparat/nettverk, en arbeidsplass og økonomisk sikkerhet, skaper ytterligere belastninger for den returnertes mentale helse.

Ifølge Mental Health Project er behandling og oppfølging av PTSD-pasienter ofte en langvarig prosess. De fleste pasienter vil ifølge dr. Doder fra det føderale Helsedepartementet få behandling på primært nivå, men pasienter med mer alvorlige sykdomsbilder vil også kunne behandles på sekundært eller tertiært nivå. Professor Lincender fra sentralsykehuset i Sarajevo viste til at man har en psykiatrisk avdeling med flere fagseksjoner på sentralsykehuset. Den psykiatriske avdelingen har 60 senger for innlagte pasienter, men mange pasienter ville kunne gå hjem over natten. Sistnevnte pasienter vil kunne få behandling på en egen seksjon for dagpasienter.

Hvilke behandlinger som gis på primært og sekundært nivå, varierer sterkt og vil ifølge samtalepartnerne i Mental Health Project avhenge av lokale forhold. Samtalepartnerne var noe usikre på hvor utbredt bruken av gruppeterapi er, men de var enige om at man ikke lenger holder seg til ren medikamentell behandling. Ifølge Dr. Halima Hadžikapetanović fra mentalhelsesenteret i Zenica gis PTSD-pasientene der oftest en kombinasjon av medikamentell og samtale-/gruppeterapi. Man starter med individuell terapi og setter ut i fra dette sammen grupper. Behandlingen varierer og er tilpasset den enkelte. I kantonen Zenica-Doboj vil pasienter med mer alvorlige lidelser (psykoser, hallusinasjoner, paranoia, aggresjon m.m.) normalt ikke behandles på CMZZ, men henvises til sykehusbehandling på sekundært nivå.

I nabokantonen Sentral-Bosnia er flere behandlingsmetoder i bruk. Mentalhelsesenteret i Travnik for eksempel tilbyr ifølge senterets leder tegneterapi, språkterapi og gruppeterapi. Valg av terapiform bestemmes ut i fra sykdomsbildet og tilpasses individuelt. Dette gjelder også kvinner som har vært utsatt for overgrep innenfor familien (og som derfor har fått psykiske problemer). Også på mentalhelsesenteret i Zenica vil slike pasienter få behandling. Ifølge dr. Hadžikapetanović fra CMZZ vil de få terapi på samme linje med pasienter med krigsrelatert PTSD.

Jasna Zečević fra Vive Žene, som uttalte seg om forholdene i kanton 3 (Tuzla), fortalte at samtale- og gruppeterapi kun brukes i begrenset omfang. Hun viste til at behandlingen stort sett er av medikamentell art. Ifølge Zečević er langt fra alle mentalhelsesentra som etter planen skulle opprettes, i drift, noe som skyldes bl.a. mangel på personell. De fleste pasienter får en kortvarig behandling uten oppfølging, noe som ifølge Zečević øker faren for tilbakeslag.

5.4 BEHANDLING AV PTSD OG ANDRE PSYKISKE LIDELSER HOS BARN/UNGDOM

Flere samtalepartnere fortalte at forekomsten av PTSD hos barn har økt i den senere tiden. Også barn som er født etter krigen, er rammet av lidelsen. Lederen for mentalhelsesenteret i Travnik forklarte at lidelsen ofte blir overført til barna fra foreldre som selv lider av traumer. Han fortalte at mange ekssoldater med krigsrelatert PTSD sliter med alvorlig aggresjon eller alkoholisme og i mange tilfeller mishandler familiemedlemmer. Dette kan gi traumatiske belastninger for både ektefelle og barn.

Selv om PTSD hos barn er et utbredt problem i Bosnia, har man ifølge Taida Kapetanović og Dubravka Vokić fra Health-Net ikke noe standardisert og generelt tilbud til traumatiserte barn i landet. Som i helsevesenet for øvrig er det store regionale forskjeller når det gjelder kvalitet, omfang og tilgjengelighet på behandling, men i de fleste mentalhelsesentra vil man ifølge Health Net ikke ha noe behandlingstilbud som er tilrettelagt for barn. Dette ble bekreftet av Vesna Puratić og Melita Murko fra Mental Health Project som uttalte at de fleste mentalhelsesentra "ikke har barn på sin agenda". De viste imidlertid til at det finnes lokale NGOer som gir barn behandling. Samtalepartneren fra Health Net viste i denne sammenheng til "Wings of Hope", en stiftelse som jobber med behandling av traumatiserte barn.

Puratić og Murko viste videre til at man hadde opprettet et senter for familierapi i Sarajevo og at enkelte sykehus har egne avdelinger hvor barn kan få behandling. Etter det opplyste er imidlertid antallet plasser på disse avdelingene meget begrenset. På tertiært nivå tilbyr sentralsykehuset i Sarjavo en målrettet behandling for barn med alvorlige traumer. Ifølge dr. Halina Hadžikapetanović fra mentalhelsesenteret i Zenica vil kun barn med meget alvorlige mentale lidelser kunne regne med å få plass på sentralsykehuset i Sarajevo. Slike pasienter vil kunne få behandling på sentralsykehusets barneavdeling som ifølge professor Lincender disponerer 60 senger for stasjonær behandling av barn med psykiske lidelser.

Uansett på hvilket nivå barna blir behandlet, vil ifølge Mental Health Project så å si alle oppleve en ustabil situasjon etter at terapien er avsluttet. Samtalepartneren opplyste at de fleste tidligere pasienter (dette gjelder voksne og barn) ikke vil få oppfølging etter utskrivning. Dermed øker faren for tilbakefall og retraumatisering betydelig.

Ifølge lederen for mentalhelsesenteret i Travnik, dr. Selman, er CMZZ Travnik ett av relativt få sentra som gir målrettet PTSD-behandling til barn. De mest utbredte symptomene hos syke barn/ungdom på CMZZ Travnik er anoreksi, selvdestruksjon, sengevæting, neglebiting, hyperaktivitet, konsentrasjonsproblemer, kommunikasjons-problemer, aggresjon, tilbaketrekking og språkvansker. I behandlingen av sistnevnte har logopeden en viktig rolle. Etter det opplyste arbeider det to logopeder i Travnik og to i andre deler av kantonen Sentral-Bosnia.

Ifølge dr. Selman har man på CMZZ Travnik opparbeidet seg betydelig kompetanse på behandling av PTSD hos barn. Senteret tilbyr både individuell og gruppeterapi. Under avklaring av diagnosen blir alltid foreldre/omsorgspersoner trukket inn. Det samme gjelder avklaringen av hvilken form for terapi som er aktuell.

Ifølge Health Net er behandling av PTSD dekket av helseforsikringsfond i flere kantoner. Man kan imidlertid ikke legge til grunn at terapien og medisinerer ville være dekket overalt. Taida Kapetanović viste til at opptil 50 prosent av barna av en eller annen grunn ikke er forsikret slik at en behandling må betales av pasienten selv. I noen rikere kantoner ville imidlertid det lokale senter for sosialt arbeid kunne tilby hjelp, men dette kan ikke erstatte en regulær medisinsk behandling.

5.5 INFORMASJON OM DE BESØKTE INSTITUSJONENE SOM BEHANDLER PSYKISKE LIDELSER

Som nevnt er det store regionale forskjeller når det gjelder kvaliteten på helsetjenester, tilgang til behandling og omfanget av forsikringsytelser. Delegasjonen ba samtalepartnerne om å gi informasjon om forholdene i de ulike regionene og fikk mange interessante svar. Samtidig ønsket vi å skaffe oss egne inntrykk og besøkte en rekke aktuelle institusjoner utenfor Sarajevo. Slike besøk gir ikke nødvendigvis representative inntrykk. Likevel var disse viktige innslag på reisen og bidro til en bedre forståelse av situasjonen i landet. Dette gjelder både besøkene som det ble referert til i rapportens fjerde kapittel (Pazarić og Jakeš), og besøkene hos Medica og mentalhelsesentrene i Zenica og Travnik som beskrives i de følgende tre underkapitlene.

5.5.1 Medica Zenica (Føderasjonen)

Marijana Senjak fra Medica Zenica fortalte at Medica ble opprettet under krigen i 1993. I utgangspunktet var Medica et terapi- og behandlingssenter for kvinner som hadde blitt mishandlet og voldtatt. Etter hvert utvidet Medica aktivitetene sine, og i dag består Medica av tre hovedprosjekter:

- Medica I: Terapeutisk sentrum (med to avdelinger med hhv. 12 og 8 senger)
- Medica II: Utdanningsentrum

- Medica III: Psykososial bistand og veiledning for traumatiserte kvinner og barn.²³

Medica ønsker å gi et helhetlig behandlingstilbud. Man tilbyr ikke bare psykososial hjelp og terapi, men også medisinske (særlig gynekologiske) undersøkelser, utredninger og behandling.

For å øke tilgjengeligheten opprettet Medica i 1998 en nødtelefon (SOS-hotline) som er åpen 24 timer døgnet. Denne tjenesten drives av frivillige medarbeidere. Hittil har man fått ca. 1200 henvendelser via denne telefonen, og i den senere tiden har et økende antall personer bedt om hjelp etter incestovergrep.

Organisasjonen har klienter fra hele Bosnia og alle etnisiteter er representert. Det store flertallet av pasientene er imidlertid bosnjaker. Det samme gjelder Medicas stab. På grunn av budsjettkutt har man måttet kutte antallet medarbeidere fra ca. 70 i 2000 til 59 i dag. Noen av Medicas sponsorer (Medica Mondiale, NORAD og UNICEF) har varslet ytterlige kutt, og man frykter at det vil bli vanskelig å opprettholde dagens tilbud.

Medica behandler i hovedsak kvinner som har blitt utsatt for seksualisert vold og som lider av traumer. Dette gjelder både krigstraumatiserte kvinner (bl.a. kvinner som ble utsatt for tortur og planlagte massevoldtekter under krigen) og kvinner som er utsatt for seksualisert vold i hjemmet. På grunn av nevnte økonomiske problemer kan ikke all behandling gis gratis lenger. Dette gjelder for eksempel gynekologiske og andre undersøkelser utført av spesialist. Denne type konsultasjon koster nå mellom 30 og 50 KM (ca. NOK 120 - 200). I denne sammenhengen nevnte Senjak at voldtekts ofre vil kunne få erstatning (engangsbeløp) på KM 203 (ca. NOK 812) fra og med 2006.

Budsjettkuttet vil også føre til en reduksjon i antallet behandlingsplasser på Medica fra 20 til 15 plasser. Våre samtalepartnere fortalte at dette er spesielt problematisk siden det er viktig at kvinner som har vært utsatt for vold i hjemmet, har mulighet til å bo et annet sted enn der hvor mishandlingen skjedde. I slike saker vil en behandlingsplass være en forutsetning for en vellykket og varig behandling.

Behandlingen av traumatiserte kvinner omfatter vanligvis 12 terapitimer (både individuell terapi og gruppesamtaler) som gjennomføres i løpet av en fire-måneders behandlingsperiode. Terapien ledes av en gruppe, bestående av en neuropsykiater, flere psykologer og en sosiolog. Terapien kan også suppleres med medikamentell behandling. Hensikten er å bearbeide traumer og gi kvinnene tilbake selvtilliten. Behandlingen (som vanligvis gjennomføres poliklinisk) består ofte av tre trinn:

²³ Medica III er lokalisert i Visoko (ca. 40 km fra Zenica). Dessuten har Medica et såkalt barnehus (Kekec) hvor traumatiserte barn (oftest barn til kvinner som behandles i Medica) får et behandlings- og skoletilbud.

1. Fysiologisk og psykologisk stabilisering og gjenoppbygging av tillit og trygghet. På denne måten skal pasienten settes i stand til å fungere i samfunnet.
2. Bearbeidelse av traumer, noe som ofte gjøres som en forutsetning for å lære å leve med de traumatiske opplevelsene. Dette trinnet oppleves ofte som meget smertefullt og belastende og gjennomføres ikke overfor alle pasienter.
3. Reintegrering i samfunnet. Dette trinnet omfatter praktisk hjelp og veiledning av pasientene. Senteret har en egen avdeling (Medica II) hvor pasientene kan få en grunnleggende yrkesutdanning.

Terapien tilpasses den enkelte pasienten. Mange kvinner har opplevd såkalte multiple traumer og trenger en mer omfattende behandling. I gjennomsnitt har pasientene opplevd fem traumer. Til tross for de nevnte budsjettkuttene har ikke senteret avvist noen kvinner som har ønsket å få behandling.

Etter at Medica ble opprettet i 1993, har ca. 3 800 kvinner fått en eller annen form for psykiatrisk behandling (alt fra en enkel konsultasjon til mer omfattende terapi). Ifølge våre samtalepartnere har man så langt mottatt fem klienter som har returnert fra Vest-Europa, herunder kvinner som opprinnelig kommer fra Srebrenica.

5.5.2 Mentalhelsesenter (CMZZ) i Zenica (Føderasjonen)

Mentalhelsesenteret i Zenica er lokalisert rett ved siden av byens helsesenter (*Dom Zdravlja*) og er det største av i alt fem CMZZ i kanton Zenica-Doboj. Disse sentrene er del av Føderasjonens primærhelsetjeneste og vil normalt være den første institusjonen pasienter med psykiske lidelser kan henvende seg til.

De fleste pasientene på CMZZ Zenica er bosatt i kanton Zenica-Doboj, men senteret tar også imot pasienter fra andre kantoner. Flertallet av pasientene er menn og mange av dem har lidelser som er relatert til krigsopplevelser. Typiske sykdomsbilder er PTSD (særlig hos IDPs) og depresjon, ofte i kombinasjon med alvorlig alkohol- og narkotikamisbruk. Flere pasienter lider av multiple traumer og/eller de er blitt retraumatisert. I den senere tiden har man også behandlet traumatiserte ungdommer (14 år og eldre). Ifølge vår samtalepartner behandles yngre barn gjennom skoleverket.

CMZZ Zenica tilbyr kun poliklinisk behandling. Akutte tilfeller tas inn med en gang, mens andre pasienter settes på venteliste. Ifølge samtalepartneren på senteret, dr. Halina Hadžikapetanović, er ventetiden ca. 15 dager.

Pasienter med akutte eller alvorlige diagnoser (Hadžikapetanović nevnte paranoia, hallusinasjoner, psykose og aggresjon) henvises til sykehus. Det samme gjelder suicidale pasienter. Barn og ungdom med alvorlige lidelser sendes til barneavdelingen ved sentralsykehuset i Sarajevo, som, ifølge dr. Hadžikapetanović, er den eneste institusjonen i Bosnia som behandler barn med alvorlige psykiske lidelser.

Personalet på CMZZ Zenica er tverrfaglig og består av psykologer, psykiatere, sykepleiere og sosialarbeidere. Dr. Hadžikapetanović selv er nevropsykolog. Alle legene på senteret er etniske bosnjaker, enkelte sykepleiere er kroater. Ingen av de ansatte er etniske serbere. Dr. Hadžikapetanović hadde ikke hørt om problemer knyttet til dette, verken i forhold til det faktum at flere etnisiteter er representert, eller at det ikke er noen etnisk serbiske ansatte.

De fleste pasienter med diagnosen depresjon eller kronisk PTSD får en kombinasjon av medikamentell behandling (antidepressiva, antipsykotika og nevroleptika) og samtaleterapi. Terapien er individuelt tilpasset pasientenes behov og gjennomføres både individuelt og i gruppe.

5.5.3 Mentalhelsesenteret (CMZZ) i Travnik (Føderasjonen)

Mentalhelsesenteret i Travnik er referansestasjon for andre tilsvarende sentra (samtalepartnerne våre nevnte bl.a. senteret i Bugojno) i kanton Sentral-Bosnia. I likhet med CMZZ i Zenica tilbyr man kun poliklinisk behandling av pasienter med PTDS, depresjoner og rusmiddelrelaterte problemer. Behandlingen foregår både i senterets egne fasiliteter og hjemme hos pasientene. Ved siden av terapeutisk behandling gjennomføres det en del ”out-door” -aktiviteter, bl.a. forebyggende tiltak og informasjonskampanjer om narkotika.

I likhet med CMZZ Zenica har man en tverrfaglig stab som består av bl.a. en psykiater, en psykolog og flere sosialarbeidere med ulike tilleggskvalifikasjoner. Dr. Selman poengterte at senteret legger stor vekt på videreutdanning av personellet og han mente at man har et høyt faglig nivå på senteret. Senteret jobber iht. den internasjonale diagnosestandarden for PTSD, F 43.1.

Pasienter som trenger innleggelse, henvises oftest til det lokale sykehuset (i Travnik) som disponerer en psykiatrisk avdeling med 20 sengeplasser.

Mentalhelsesenteret disponerer flere behandlings- og aktivitetsrom og tilbyr ulike typer terapi (bl.a. musikkterapi, samtaleterapi, tegneterapi), både individuelt og i små grupper. Det gis imidlertid ingen medikamentell behandling, men man følger opp pasienter som medisineres på det lokale sykehuset. I fjor hadde ca. 5000 pasienter konsultert CMZZ Travnik og/eller fått behandling der.

6. TILGANG PÅ MEDISIN

Ifølge det føderale Helsedepartementet er det store regionale variasjoner når det gjelder tilgang på medisin. Samtalepartneren vår viste til at man har et større medisinutvalg i Sarajevo enn andre steder, men utover det kunne hun ikke uttale seg om spørsmålet. Det er også store variasjoner i hva som omfattes av de ulike kantonale Essential Drug List (EDL). Medisiner som står på denne listen, er ifølge Helsedepartementet tilgjengelige og betales av helseforsikringen. Egenandelen opplyses å være 1 KM (ca. 4 NOK). Mental Health Project derimot opplyste at forsikrede pasienter ikke betaler noen egenandel dersom medisinen står på EDL.

Samtalepartnerne i WHO og Medica Zenica bekreftet at det er til dels store forskjeller mellom de kantonale EDL, og mellom disse listene og listen i Republika Srpska. EDL i Republika Srpska opplyses å omfatte færre medisiner enn de fleste kantonale listene. Selv om man kun har én liste i Republika Srpska, er det likevel regionale forskjeller når det gjelder tilgangen på ulike medisiner.

Et stort problem for pasienter med psykiske lidelser er ifølge Mental Health Project at nyere medisiner (nevroleptika av tredje generasjon) ikke er inkludert i noen EDL og derfor ikke dekkes av helseforsikringsfondene. Dette gjelder ifølge Mental Health Project de fleste føderale kantonene og hele Republika Srpska. Dermed må pasientene enten bruke tradisjonelle første- og andregenerasjonsmedisiner (for eksempel antidepressiva og antipsykosemedisiner) eller betale de nyere medisinene av egen lomme. Samtalepartnerne opplyste imidlertid at det finnes substituttmedisiner for avanserte nevroleptika på enkelte kantonale EDL. I disse tilfellene vil utgiftene delvis være dekket av det aktuelle forsikringsfondet dersom pasienten har resept på medisinen. Ifølge samtalepartnerne i Mental Health Project varierer prisene for nyere neuroleptika fra 25 til 300 Euro for en 20 dagers kur, en pris som er uoverkommelig for en vanlig arbeidstaker. Ifølge professor Bergsland er de fleste medisiner som selges i Bosnia, produsert i enten Bosnia, Serbia-Montenegro eller Makedonia. Prisene på disse medisinene opplyses å være stort sett lavere enn i Vest-Europa. Medisiner fra Vest-Europa derimot er ofte meget dyre og de fleste pasientene har ikke råd til å kjøpe dem. Dette ble bekreftet av flere andre samtalepartnere, blant dem Senija Tahirović fra Redd Barna. Hun fortalte at prisen er et kriterium for å sette medisiner på EDL. Dyre og avanserte medisiner for behandling av mer alvorlige sykdommer vil normalt ikke stå på EDL. Etter hennes oppfatning er dermed særlig pasienter med alvorlige lidelser rammet siden de ikke får optimal behandling.

Dr. Vildana Doder fra det føderale Helsedepartementet fortalte at solidaritetsfondet har organisert et samlet innkjøp av de nye og dyre medisinene (hun nevnte som eksempel cytostatika). Disse medisinene er imidlertid ikke tilgjengelige overalt selv om cytostatika står på EDL. En annen samtalepartner, som ikke ønsket å uttale seg offentlig om temaet, fortalte at det har forekommet betydelige uregelmessigheter i forbindelse med disse dyre medisinene. Det ble oppdaget at flere leger hadde skrevet ut store mengder av resepter til seg selv og tømt apotekhyllene for så å kunne selge medikamentene med gevinst i sine private praksiser. Ifølge denne samtalepartneren, som har god kjennskap til helsevesenet i Bosnia, er problemet fortsatt aktuelt uten at myndighetene har klart å få gjort noe med det.

Ifølge dr. Joka Simić fra psykiatrisk avdeling ved sentralsykehuset i Banja Luka, er det kun eldre typer antidepressiva og antipsykotika på EDL i Republika Srpska. Pasienter som har behov for å bruke tredjegerasjonsmedisiner, får ikke refundert utgiftene fra helseforsikringsfondet. Prisen for en kur (som holder i mindre enn én måned) opplyses å være på ca. 50 – 60 KM (ca. 200 – 240 NOK).

Tilgangen på dyre eller avanserte medisiner er ifølge professor Bergsland imidlertid kun et økonomisk spørsmål. Pasienter som har råd, kan skaffe seg alt de trenger. Bergsland viste til at han aldri hadde hørt om medisiner som man ikke kunne få tak i i Bosnia: ”Både legale og illegale medisiner er tilgjengelige i dette landet.”

7. TILGANG PÅ HELSETJENESTER OG DISKRIMINERING

Ifølge OSCE er diskriminering i Bosnia et flerdimensjonalt problem som ikke bare har med etnisitet eller religion å gjøre. Særlig kvinner som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, føler seg ofte dårlig behandlet av helsepersonell som i mange tilfeller ikke har "gender-sensitivity". Også andre sårbare grupper rammes av diskriminering og forholdene varierer regionalt sett. Oftest er diskrimineringsproblemet større på landsbygda enn i byene. Selv om problemet er reelt, er det ifølge OSCE relativt få klager på diskriminering i helsevesenet. Samtalepartneren vår uttalte at dette kan ha sammenheng med at man ikke vet hvem man kan henvende seg til for å fremme klager.

Dr. Doder i det føderale Helsedepartementet sa at det forekommer enkelte tilfeller av diskriminering i helsevesenet og bekreftet OSCEs uttalelse om at slike tilfeller sjelden blir rapportert. Hun kunne ikke si noe om hvor mange klager som har kommet, men sa at det dreide seg om få saker.

7.1 ETNISKE MINORITETERS TILGANG TIL HELSETJENESTER

Under flere samtaler tok delegasjonen opp spørsmål knyttet til etnisk motivert diskriminering i helsevesenet. Ifølge UNHCRs representant i Sarajevo, James Lynch, spiller etnisitet (ved siden av mange andre faktorer) fortsatt en viss rolle i helsevesenet, men det er vanskelig å kvantifisere betydningen av etnisitet: "However ethnicity factors in a few ways, for example: minorities are not adequately represented in the medical profession, minorities may not feel comfortable seeking medical attention from professionals or another ethnic group, minorities may have less trust in the medical services than others...".

Flere andre kilder viste til konkrete eksempler på etnisk diskriminering som også har blitt kommentert i media. Ombudsmannen i Føderasjonen, Branka Raguz, sa at antallet klager fra personer som hevder at deres rettigheter mht. velferdsordningen og helsetilbudet har blitt brutt, har steget i det siste. Hun viste også til et eksempel hvor en kanton ikke ville betale for en serbers opphold i en institusjon fordi man mente at serbere uansett burde forlate kantonen.

Ingen av samtalepartnerne ville imidlertid snakke om en systematisk eller organisert diskriminering av serbere, bosnjaker eller kroater når det gjelder tilgangen til helsetjenester. Flere samtalepartnere, blant annet i det føderale Helsedepartementet, fortalte om en aktuell sak hvor et kroatisk ektepar som er bosatt i Republika Srpska, måtte betale behandlingen selv, selv om de hadde gyldig forsikring i Republika Srpska. Et annet eksempel som ble nevnt på flere møter, gjaldt en bosnjak fra Republika Srpska som ikke fikk akutt hjelp pga. manglende dokumentasjon.

Ifølge Željka Mudrović fra UNFPA vil det ofte være vanskelig å bevise at årsaken til slike tilfeller av ukorrekt opptreden fra helsepersonell er etnisk diskriminering. I mange saker vil det være andre årsaker (knyttet til dårlig organisering av helsetilbudet, mangel på ressurser, korrupsjon m.m.) som fører til dårlig behandling av pasienter. Ofte ville det også være saklige grunner for en eventuell ulik behandling. På grunn av spenningene de etniske gruppene imellom vil likevel mange pasienter automatisk skyldes på etnisk diskriminering dersom helsepersonell er av annen etnisitet. Mudrović selv sa at hun ikke var kjent med aktuelle diskrimineringssaker som var utelukkende etnisk motivert. Etniske forskjeller vil imidlertid ofte kunne være et av flere elementer i slike saker.

Professor Bergsland fra universitetssykehuset i Tuzla var ikke kjent med konkrete tilfeller av etnisk motivert diskriminering innen helsevesenet. Han pekte på at hovedproblemet oftest er – som i mange andre sektorer – knyttet til økonomiske forhold. Dersom pasienten har penger, vil han/hun få tilstrekkelig behandling uansett etnisitet.

Våre samtalepartnere i OSCE fortalte at personalet på mange helsestasjoner og sykehus tilhører samme etniske gruppe, noe som kan føre til at pasienter med en annen etnisitet ikke kan forvente å få en tilstrekkelig behandling der. Dette fører ofte til at pasienter søker behandling hos en lege av egen etnisitet, selv om dette kan medføre høyere utgifter og lange reiser. Ifølge UNFPA kan man i slike tilfeller snakke om en subjektiv, forventet diskriminering uten at denne automatisk realiseres i praksis.

Når det gjelder rombefolkningen var svarene mer entydige. Ifølge Yulia Krieger fra UNICEF er romer mer enn andre grupper utsatt for etnisk motivert diskriminering både i helsevesenet og i andre sektorer. Ifølge OSCE og flere andre samtalepartnere anses romer generelt som den gruppen som står lavest på den sosial rangstigen, noe som bidrar til en viss eksklusjon av denne gruppen fra samfunnet og arbeidslivet. Samtalepartneren vår pekte imidlertid på at også romene har et ansvar for situasjonen.

Nada Spasojević og Milena Jurić fra det føderale departementet for menneskerettigheter og flyktninger pekte på at de fleste romer verken er forsikret eller har penger og at de derfor ikke kan benytte seg av helsetjenestene. Disse pasientene vil oppsøke akutthjelp når sykdommen har nådd et sent stadium. Ifølge samtalepartnerne er akutthjelp gratis, mens ordinær behandling forutsetter enten fremleggelse av forsikringsbevis (helsebok) eller forhåndsbetaling.

Samtalepartnerne i OSCE viste til at problemet også rammer uregistrerte rom-barn som ikke går på skolen og som derfor ikke blir omfattet av helsetilbudet. Dermed omfattes de ikke av vaksinasjonskampanjer eller regelmessige helseundersøkelser som er organisert gjennom skoleverket. Dette ble bekreftet av representantene fra det føderale departementet for menneskerettigheter og flyktninger. Det er imidlertid usikkert hvor mange barn som er i en slik situasjon. Mens myndighetene anslår at ca. 9 000 romer-barn ikke er registrert, er tallet ifølge flere NGOer mye høyere, et sted mellom 60 000 og 80 000.

Det at mange rom-barn ikke benytter seg av skolens og helsevesenets tilbud, er ifølge samtalepartnerne i departementet for menneskerettigheter og flyktninger og i det føderale Helsedepartementet, i hovedsak romernes ansvar. Spasojević og Jurić viste til at myndighetene har satt i gang et eget prosjekt for å få flere rom-barn til å gå på skole. Alle statlige samtalepartnere avviste at det forekommer statlig diskriminering av denne gruppen. Forutsatt at de formelle kravene er oppfylt (melding på arbeidskontoret for å få helsebok m.m.), ville romer få den samme tilgangen til helsetjenester som andre bosniske statsborgere.

7.2 SÆRSKILTE PROBLEMER FOR RETURNERTE OG IDPs I FORBINDELSE MED TILGANG TIL HELSETJENESTER

I utgangspunktet har *registrerte* IDPs og returnerte flyktninger de samme rettigheter som andre bosniske borgere. Registrering av internt fordrevne gir ifølge departementet for menneskerettigheter og flyktninger ikke noen spesielle rettigheter når det gjelder tilgang til landets helsevesen. Ifølge departementet for menneskerettigheter og flyktninger har begge gruppene tilgang til helseforsikring, men i Føderasjonen må vedkommende registrere seg på arbeidskontoret innen 30 dager etter flyttingen. Etter denne fristen vil ikke arbeidskontoret betale forsikringspremien for den returnerte personen. Det samme gjelder internt fordrevne som ikke er registrert som IDPs. Ifølge departementet vil vedkommende ha tilgang til helsetjenester, men selv måtte betale for tjenestene. Kun akutthjelp vil være gratis for alle. Hvilke tjenester som defineres som akutthjelp har man ifølge departementet ikke noen enhetlige regler for, men det føderale Helsedepartementet jobber med å få på plass et enhetlig og klart regelverk.

Våre samtalepartnere i rettighetsorganisasjonen Vaša Prava poengterte at hovedproblemet for returnerte og IDPs er mangel på informasjon, ikke mangel på rettigheter. Dette gjelder særlig 30-dagers fristen, som føderale myndigheter har satt for registrering på arbeidskontoret. Samtalepartnerne i WHO pekte på at tilgangen til helsetjenester er et avgjørende kriterium (ved siden av sikkerhet) for personer som vurderer å returnere til sine opprinnelsessteder. Flertallet av alle internt fordrevne har ifølge WHO ikke fysisk tilgang til lege eller apotek.²⁴

²⁴ Her viste WHO til en undersøkelse gjort av Verdensbanken som konkluderte med at ca. 75 prosent av alle IDPs ikke har fysisk tilgang til lege eller apotek. Samtalepartneren sa imidlertid ikke noe om hvilke kriterier som ble brukt i undersøkelsen.

I likhet med Føderasjonen har IDPs/returnerte flyktninger heller ikke i Republika Srpska særskilte rettigheter i forhold til helsetjenester. Ifølge Helsedepartementet i Republika Srpska må returnerte registrere seg på et eget kommunalt kontor, OMI²⁵, som er underlagt departementet for flyktninger og IDPs i Banja Luka. Etter foretatt registrering vil OMI betale for vedkommendes helseforsikring og han/hun vil kunne få utstedt helsebok. Etter det opplyste finnes det i motsetning til i Føderasjonen ikke noen tidsfrist for registreringen. Ifølge ombudsmannen i Republika Srpska har man fått flere klager fra returnerte i forbindelse med dårlig tilgang til helsetjenester. Samtalepartneren vår spesifiserte imidlertid ikke problemstillingen.

²⁵ I engelskspråklige dokumenter omtalt som ”Municipal Office for return” (OMI)

8. SAMTALEPARTNERE

UNDP	Stefan Priesner, Deputy Resident Representative og Massimo Diana, Programme Manager at UNDP - Sustainable Human Development, Office in Bosnia and Herzegovina
Ministry for Human Rights and Refugees (BH)	Nada Spasojević (Sector for Refugees) og Milena Jurić (Sector for Human Rights)
UNHCR	James Lynch, Representative in Bosnia og Hercegovina, Scott Pohl Associate Protection Officer.
OSCE	John Stauffer, Director of Human Rights, Jason Matthews, Human Rights adviser, Gregory Fabian, Legal advisor on Social and economic rights, Amela Tandora, Property rights officer, Lejla Hadzimesić, Roma officer.
Mental Health Project	Vesna Puratić (Regional Project Manager), Melita Murko (Assistant Regional Project Manager) South-Eastern Europe Health Network.
Ministry of Health and Social Affairs (FBiH)	Dr. Vildana Doder.
Clinical Center Sarajevo	Prof. Dr. Lidija Lincender.
UNFPA	Željka Mudrovčić – United Nations Population Fund (National Programme Coordinator)
Vaša Prava	Asja Rokša-Zubčević (Executive Director), Hamid Dzandzanović, Legal Adviser.
UNICEF	Yulia Privalova Krieger (Programme Coordinator) Office for Bosnia and Herzegovina.

Pazarić	Zarfa Dupovac (Director)
Medica Zenica	Marijana Senjak
Mental Health Center Zenica	Dr. Halima Hadžikapetanović.
Mental Health Center Travnik	Dr. Nermin Selman
OHR-RS	Graham Day
Ombudsman RS	Nada Grahovac, Milan Šubarić.
Ministry of Health RS	Pavle Puanić (Assistant minister), Dragica Mededović (Deputy Director Health Insurance Fund), Nileola Dvizac (Secretary of the Ministry).
Jakeš-Hospital	Cvijo Zelinčević (Director).
University Clinical Center Tuzla	Prof. Jacob Bergsland, M.D. (Director International section), Cardiovascular Clinic of the Clinical Center.
Vive Žene	Jasna Zečević (Manager), Therpeutic Centre for Women and Children.
Helsinki Committee for Human Rights in RS	Branko Todorović (Executive Director), dr. Cenec, Snjaza Filipović, Jasminka Selimović (“Povratak” Bijelina).
Lara	Mara Radovanović (Director)
Žene ženama	Zilha Spahić Šiljak (Director)

Helsinki Committee for Human Rights in FBiH	Živica Abadžić (Secretary General)
Safe the Children	Senija Tahirović (Programme Director)
WHO	Haris Hajrulahović (WHO Liaison Officer for Bosnia and Herzegovina), Boris Rebac (Project Manager, EU/WHO Project on Health Care Reform in Bosnia and Herzegovina).
Ombudsman of FBiH	Branka Raguz (Ombudsman)
Health Net Sarajevo	Taida Kapetanović (Project Coordinator), Dubravka Vokić (Program Manager), Bojan Šošić (Research Coordinator).

9. FORKORTELSER

BH/BiH	Bosnia and Herzegovina
CMZZ	Centri za mentalno zdravlje u zajednici (mentalhelsesentra)
EDL	Essential Drug List
FBiH	Federation of Bosnia and Herzegovina
IDP	Internally Displaced Person
KM	Konvertible Mark
NGO	Non-governmental organisation
NOK	Norske kroner
OHR	Office of the High Representative
OSCE	Organization for Security and Co-operation in Europe
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
RS	Republika Srpska
UNDP	United Nations Development Program
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nation High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Childrens Emergency Fund
WHO	World Health Organization