

Respons

Bosnia-Hercegovina: Psykiske helsetjenester

Problemstilling/spørsmål:

- Psykiske helsetjenester i Bosnia-Hercegovina
- Registrering, helseforsikring og adgang til helsevesenet for tilbakevendte borgere

Oppbygging av Bosnia-Hercegovinas helsevesen

Helsepolitikken i Bosnia-Hercegovina utformes på entitetsnivå og er ikke et sentralstatlig anliggende. Mens helseapparatet i RS er sentralisert, har systemet i Føderasjonen en desentralisert struktur.¹

I Føderasjonen eksisterer det i praksis ti separate helseapparater. Hver kanton har eget helsedepartement, eget helseforsikringsfond, eget direktorat for offentlig helse og et eget, tredelt behandlingstilbud. Det føderale helsedepartementet har en koordinerende funksjon, 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 behandlingstilbudet er underlagt Helsedepartementet. Behandlingstilbudet på kantonalt nivå er organisert på tre nivåer (såkalt primært, sekundært og tertiært nivå). Det primære nivået består av helsesentra (dom zdravlja) og helsestasjoner (ambulantas), det sekundære nivået består i hovedregel av sykehusene som finnes i nær alle de ti kantonene, og det tertiære nivået som består av entitetens sentralsykehus (universitetssykehus) i Sarajevo, Mostar og Tuzla.

¹ Bosnia og Hercegovina (BiH) er betegnelsen for hele staten. I responsen brukes også Bosnia som betegnelse for hele staten. Begrepet *statsnivå* brukes kun i denne sammenheng. Bosnia og Hercegovina består av to enheter, såkalte entiteter. Den muslimsk-kroatiske Føderasjonen av Bosnia og Hercegovina (FBiH) omtales i responsen som *Føderasjonen*. Den serbiskdominerte entiteten heter *Republika Srpska*, og forkortes vanligvis til *RS*. Føderasjonen består av ti såkalte kantoner med egen lovgivningsmyndighet, egne lover, egne regjeringer osv. Dette nivået betegnes som *kantonalt nivå*. Republika Srpska derimot er delt opp i distrikter, men disse har langt færre fullmakter enn kantonene fordi RS har et sentralistisk styresett. 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 responsen.

Republika Srpska har det samme helsesystemet som Føderasjonen, men i motsetning til Føderasjonen er helsemyndighetene i RS organisert sentralistisk. Det politiske styringsansvaret ligger hos Helsedepartementet (Ministry of Health and Social Welfare) i Banja Luka. 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 (ambulantas), det sekundære nivået består stort sett av de regionale sykehusene i Banja Luka, Doboj, Srpsko Sarajevo, Trebinje, Srbinje og Zvornik. Det tertiære nivå består av entitetens eneste sentralsykehus i hovedstaden Banja Luka.

Det offentlige helsetilbudet suppleres med behandlingstilbud fra private leger (som regel primært nivå) og private klinikker (som regel sekundært nivå).

Helsetilbudet som finnes i byene vil generelt sett være relativt mer omfattende sett i forhold til det som er tilgjengelig i mindre bebodde strøk og på landsbygda.

Pasienter blir i utgangspunktet henvist til behandling i sin egen kanton og/eller entitet (WHO 2009a; 2009b; Landinfo 2006; European Observatory on Health Care Systems 2002; UNHCR 2001).

Kort om posttraumatisk stressyndrom og psykiske lidelser i Bosnia-Hercegovina

I løpet av krigen i Bosnia-Hercegovina (1992-95), mistet anslagsvis 100 000 mennesker livet, over 100 000 ble skadet som følge av krigshandlinger, og ca. 2,2 millioner mennesker ble internt fordrevet eller flyktet fra landet (Research and Documentation Center u.å.; ESI 2010). Helsevesenet ble hardt rammet, og de strukturelle og materielle skadene var omfattende. Omtrent 30 prosent av landets helseinstitusjoner ble skadet eller totalt ødelagt (European Observatory on Health Care Systems 2002).

Pågangeren på det psykiske helsevesenet i landet har vært betydelig siden midten av 1990-tallet, og har skjedd samtidig som et nytt og modernisert psykisk helsevern har blitt etablert. Forutsetningene det psykiske helsevernet har hatt for arbeidet sitt har vært vanskelige: ca. 80 prosent av befolkningen opplevde å være vitne til eller deltagende i skuddveksling eller artilleribombing, 1 av 3 opplevde drap på familiemedlem eller nær omgangskrets, 7 prosent var vitne til eller selv offer for voldtekt og 8 prosent ble holdt som fange av fiendtlig styrke. Etter krigen har omtrent 20 prosent av befolkningen vist syv eller flere indikasjoner (av 15) på krigsrelaterte stressymptomer. Ca. 34 prosent opplever hyppige stressymptomer og 'a persistent sense of a foreshortened future' (ESI 2010).

I rapporten Mental Health Atlas: Bosnia and Herzegovina, peker Verdens helseorganisasjon på hvordan krigen påvirket folkehelsen: "Community studies in war torn areas showed enormous increase of mental disorders (total: over 60 %, neurotic disorder: over 40 %, psychotic disorders: about 20 %)" (WHO 2005, s. 50).

All foreliggende litteratur viser at posttraumatisk stressyndrom (PTSD) er utbredt i det bosniske samfunnet, og har berørt alle samfunnslag. Omfanget har økt, snarere enn minket, ettersom årene etter krigen har gått. Flere artikler og rapporter i nyere tid belyser det vesentlige omfanget av psykiske helseproblemer i landet (se bl.a. BIRN 2009; Balkan Insight 2010a). Nylige studier viser at i underkant av 2 millioner mennesker, altså nær halvparten av Bosnia-Hercegovinas befolkning, kan lide av symptomer på PTSD (Balkan Insight 2010b).

Respons Bosnia-Hercegovina: Psykiske helsetjenester

Psykisk helsevern og behandlingstilbud

Omfattende helsereformer er gjennomført, og det er etablert et relativt omfattende behandlingstilbud til befolkningen, både i rurale og sentrale strøk. Siden 1996 har reformen innenfor psykisk helsevern resultert i opprettelsen av 61 mentalhelsesentre (såkalte Centar za Mentalno Zdravlje / Community Mental Health Centre) over hele landet. Mentalhelsesentrene gir dagtilbud, og hvert senter dekker et befolkningsantall på omtrent 50 000 personer.

Mentalhelsesentrene er samlokalisert med de lokale helsesentrene (dom zdravlja), og har spesialkompetanse på behandling av psykiske lidelser. Pasienter med alvorlige og kroniske mentale lidelser prioriteres for behandling. Hvert team av behandlingspersonale består av en nevropsykiater, en eller flere psykologer, en ergoterapeut, sykepleiere og sosialarbeidere (WHO 2009a).

Ifølge Country Project Manager Dr Joka Blagovčanin i Southeast European Mental Health Project, tilbyr de mentale helsesentrene følgende tjenester (WHO 2009a, s. 66):

Assessment; Crisis intervention; Case formulation including treatment plan; Psychopharmacotherapy; Consultation – therapeutic sessions for users and their families; Psycho education; Referral to hospital; Referral to psychosocial rehabilitation programmes; Mobile teams and home visits

Enkelte av mentalhelsesentrene tilbyr hjemmetjeneste; senteret i Mostar tilbyr hjemmetjeneste til krigsveteraner, krigsofre og '...similar socially vulnerable groups for the purposes of social and health insurance' (WHO 2009a, s. 66), og mentalhelsesentret i Prnjavor nord for Banja Luka, der 80 prosent av dekningsområdet er ruralt, utfører mobile tjenester.

Mentalhelsesentrene ble av Landinfos samtalepartnere HealthNet i Bosnia-Hercegovina i 2005 omtalt som bærebjelken i Bosnias psykiske helsetjeneste på primært nivå. Organisasjonen mente da at folk stort sett var klar over hvilket behandlingstilbud som finnes og at man kan få behandling på mentalhelsesentrene. De opplyste også at behandlingen normalt vil være dekket av helseforsikringen, slik at forsikrede personer ofte kun betaler egenandel.

EU-kommisjonen kommenterer senest i november 2010 at arbeidet med å bedre forholdene i og for det mentale helsevesenet har vist resultater, blant annet ved etableringen av det regionale senteret for videreutvikling og samarbeid på området – The South-Eastern Europe Health Network – i landet. Begge entitetene har også vedtatt strategier for det psykiske helsevesenet, og flere nye mentalhelsesentra er åpnet (EU Commission 2010, s. 43).

Tjenestene som tilbys ved mentalhelsesentrene er koordinert med det lokale helsesenteret og med tiliggende sykehus på sekundært nivå, dvs. psykiatriske avdelinger ved henholdsvis alle de kantonale sykehusene og psykiatriklinikene i Føderasjonen, eller ved de seks distriktssykehusene og de to psykiatriske sykehusene² i RS. På tertiært nivå finnes psykiatriske avdelinger ved sentralsykehusene i Sarajevo, Mostar, Tuzla og Banja Luka. Pasienter med alvorlige lidelser som ikke kan behandles på mentalhelsesenteret vil kunne henvises til sykehusbehandling (WHO 2009a; U.S. Embassy in Bosnia and Herzegovina u.å.).

² Jakes og Sokolac.

Ressurs- og bemanningsproblematikk samt en tungrodd administrativ struktur generelt, trekkes imidlertid ofte fram som kritikkverdige forhold ved det bosniske helsevesenet (se bl.a. Balkan Insight 2010a). EU-kommisjonen har videre etterlyst et bedre og mer omfattende lokalt psykisk helsetilbud, samt forbedringer innen tjenester til uføre, barn og unge (EU Commission 2010).

Ved siden av å peke på mangel på kvalifisert personale, har den sveitsiske flyktninghjelpen tidligere opplyst at behandlingsformene innenfor mentalhelsesentrene "...begrenser seg for det meste til utskriving av medikamenter" (SFH 2007, s. 5).

Ut fra foreliggende og oppdatert informasjon fra Verdens helseorganisasjon (WHO 2009a, b) og EU-kommisjonen (2010), synes imidlertid terapitilbudet å ha bedret seg. Verdens helseorganisasjon rapporterer i 2009 om profesjonelt bemannede mentalhelsesentra som i stor grad tilbyr ulike former for individual- og gruppeterapi, rehabiliteringstjenester, medikamentell behandling og forskjellige innleggelsesmuligheter ved psykiatriske og akuttpsykiatriske avdelinger ved sykehus. EU-kommisjonen rapporterer om framgang i forhold til det overordnede strukturelle rammeverket for psykiatrien i Bosnia. Ingen av kildene Landinfo har konsultert kritiserer helsevernet i dag for å overfokusere på medikamentell behandling. På bakgrunn av foreliggende kildemateriale, legger Landinfo til grunn at arbeidet med å forbedre og utvikle det psykiske helsevernet pågår, og at det i forhold til de mentale helsesentrene har foregått en utbygging – ikke innskrenking – av tjenestene i løpet av de siste årene.

Landinfo har ikke tilgang til en fullstendig oversikt over behandlingstilbudet ved hver enkelt behandlingstinstitusjon i Bosnia-Herzegovina. I tillegg til det som framgår ovenfor, påpekes at tilbudet vil variere avhengig av hvilke institusjon man søker behandling ved. På generelt grunnlag vil behandlingstilbudet være mer omfattende i de større tettstedene og byene.

Helseforsikring og adgang til helsevesenet

Bosnia-Hercegovina har en obligatorisk helseforsikring som i utgangspunktet skal omfatte hele befolkningen. Den obligatoriske helseforsikringen omfatter kun primærhelsetjenestene (som akuttmedisin, allmennmedisin, helsetjenester for mor/barn og tannpleie), mens mer komplisert behandling ved sykehus og klinikker ikke dekkes av den obligatoriske forsikringen alene (SFH 2007). Pasienter uten annen forsikring må da betale egenandel ved behandling på sekundært eller tertiært nivå. Egenandelene er fastsatt av de respektive helsestrukturene i henholdsvis RS og Føderasjonen, og varierer i størrelse avhengig av hvor behandlingen finner sted (Landinfo 2006).

I praksis er det imidlertid mange bosniere som ikke har noen helseforsikring. Det verserer ulike tall, men de fleste kilder anslår at minst 30 prosent av befolkningen står uten noen helseforsikring. Per april 2007 opplyste Verdens helseorganisasjon at:

Health authorities in Bosnia and Herzegovina face growing challenges in inequality in access to health care. With 20% of the population below the poverty line and a further 30% just above it, much of the population remains uncovered by health insurance (17–35% in different parts of the country). A rural-urban gap and health insurance benefits that are not portable across the country further contribute to inequality in access to health care (WHO 2007).

Mangel på helseforsikring skyldes flere faktorer. Blant annet skyldes det at mange bidragsyttere (både arbeidstakere og arbeidsgivere) unnlater å betale premier. Mange arbeidstakere blir ikke engang offisielt registrert av sin arbeidsgiver, som da slipper å betale forsikrings- og helsepremier. Arbeidstakeren vil da ikke få tilgang til subsidierte eller gratis offentlige helse- og sosialtjenester. Det amerikanske utenriksdepartementet anfører at denne problematikken blant annet har ført til en økning i

[...] black market employment, as employers preferred employees that were "off the books" to official salaried ones. Many employers were behind, sometimes for years, in paying salaries or providing health and pension benefits to employees of public works and institutions (U.S. Department of State 2010).

De byråkratiske prosedyrene som knytter seg til utstedelse og oppdatering av helsebok, refundering av utgifter m.m., er også tungvinte. Blant annet må helseboka stemples hver måned som en bekreftelse på at premien er betalt, og det er mange som ikke oppdaterer dokumentet regelmessig. Mange arbeidstakere får uregelmessige eller forsinkede lønnsutbetalinger og har derfor ikke anledning til å betale den månedlige premien. Andre unnlater å oppdatere dokumentet slik at de – til tross for innbetalt premie – ikke kan legge fram 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 for behandling (Ombudsman 2010, s. 39; U.S. Department of State 2010; Landinfo 2006).

Verdens helseorganisasjon viser til en vesentlig tilleggsproblematikk knyttet til forsikringsordningen: at helseforsikring ikke lar seg overføre mellom de forskjellige helseområdene (WHO 2007). Gitt helsesystemets fragmentering, gjelder helseforsikringsordningen altså kun i kantonen (Føderasjonen) eller innenfor den aktuelle entiteten (RS eller Føderasjonen) hvor personen er bosatt. Dette fører til problemer, både for pasienter som ønsker behandling i en annen kanton/entitet og for pasienter som ønsker å flytte.

EU-kommisjonen (2010) bekreftet i november 2010 at helsemyndighetene i løpet av 2009-2010 verken har bedret den mangelfulle helseforsikringsdekningen eller gjort det mulig å overføre helseforsikring og helsefond mellom entitetene.

Det er ellers mulig å tegne privat helseforsikring, men for svært mange vil praktiske omstendigheter og økonomi være et hinder. Den sveitsiske flyktninghjelpen har beskrevet de private forsikringsordningene slik:

Alternativt ville det være mulig å tegne en privat sykeforsikring. Forsikringen begynner å løpe 30 dager etter at den er tegnet og koster 27 KM (= Konvertible Mark: 13,50 euro) i måneden for voksne og 5 KM for hvert barn, noe som sprenger husholdningsbudsjettet til en hjemvendt familie, særlig når det i overskuelig fremtid ikke er noen arbeidsmulighet i utsikt og man ikke kan regne med noen inntekt. For å tegne en privat sykeforsikring trenger man en bekreftelse fra lege. Den koster 210 KM (105 euro) og utstedes bare til friske mennesker. For personer som har behov for dyre behandlingsformer og som allerede er syke, er det følgelig ikke mulig å tegne privat sykeforsikring (SFH 2007, s. 4).

Registrering, helseforsikring og adgang til helsevesenet for tilbakevendte

Mange vil kunne oppleve det å vende hjem og etablere seg på tidligere eller nytt bosted som krevende, både emosjonelt og i forhold til en rekke praktiske anliggender. De økonomiske rammene for mange som vender tilbake er vanskelige, arbeidsledigheten i landet er høy, og man må gjennom flere praktiske prosesser for å gjenregistrere seg og oppnå offentlige ytelser.

Ombudsmannen i Bosnia-Hercegovina mottar en betydelig andel klager knyttet til returprosessen. I årsrapporten for 2009 peker institusjonen på at vansker ved retur i hovedsak omfatter eiendomsproblematikk (som eksempelvis overtakelse av tidligere eiendom), tilgang på arbeid og offentlige helse- og sosialordninger, samt overføring av rettigheter mellom entitetene (Ombudsman 2010).

Det er ikke begrensninger på bevegelsesfriheten i Bosnia-Hercegovina, og personer som returnerer kan bosette seg der de selv velger. Hjemvendte personer har krav på tilsvarende offentlige ytelser og helsetjenester som alle andre borgere i landet.

Alle personer som returnerer til Bosnia-Hercegovina fra utlandet, må registrere seg innen 30 dager på lokalt arbeidskontor der vedkommende skal bosette seg. Etter foretatt registrering vil arbeidskontoret betale forsikringspremien og den aktuelle personen vil få utstedt helsebok.

Registreringen skal videre bestå av:

[...] en melding til registreringsmyndighetene (som oftest politistasjonen) og på den andre siden en søknad om et nytt identitetsbevis, eventuelt om å bli registrert som flyktning, fordreven person eller trengende, ved ministeriet for flyktninger og fordrevne i kommunen. Registreringen danner samtidig grunnlag for eventuell sosialhjelp og hjelp til gjenoppbygging av hus, men også for å kunne få tilbakelevert eiendom. Som ved alle søknadsprosedyrer gjelder det å overholde de knappe fristene (SFH 2007, s. 3).³

Når det gjelder sosialhjelp og arbeidsledighetstrygd, er dette ikke ytelser man eventuelt vil kunne leve av. Det er strenge krav for tildeling av sosialstønad, som eksempelvis vil tildeles på bakgrunn av funksjonshemming, sykdom, alderdom, mangel på sosiale nettverk/familie eller til personer som befinner seg i svært vanskelige situasjoner. Stønadsbidraget er svært lavt (omtrent 20 euro per måned) og ikke tilstrekkelig til å dekke levekostnader. Søknadsprosessen kan være meget tidkrevende og det gis ingen annen statlig støtte i mellomtiden. Det er et tilsvarende lavt antall personer som mottar arbeidsledighetstrygd (SFH 2009).

EU-kommisjonen uttaler likeledes om returproblematikken:

[...] State-level funding was allocated for the return fund. However, appropriate procedures for allocating assistance are lacking and the transparency of the return

³ Identitetsbevis, eller nasjonalt ID-kort, er obligatorisk for alle personer over 18 år i Bosnia-Hercegovina. For å få utstedt ID-kortet, må vedkommende legge fram gyldig fødselsattest og statsborgerskapsattest (ikke eldre enn 6 måneder), der det personlige identitetsnummeret fremgår. Dersom det er ønskelig, vil man kunne søke om og få utstedt nasjonalt ID-kort ved alle bosniske utenriksstasjoner. Utenriksstasjonene vil også kunne være hjelpelige med å søke om nyutstedelse av fødselsattest eller statsborgerskapsattest. Kilde: BiH Consulate Chicago (2009, 8. mai). *Important Notification for Bosnia and Herzegovina citizens*. Chicago: BiH Consulate. Tilgjengelig fra http://www.cgbhchicago.com/index.php?option=com_content&view=article&id=87:vazno-obavjestejnje&catid=44:obavjestejnja&Itemid=118&lang=en. [lastet ned 18. november 2010]

fund remains poor. Problems with economic reintegration and access to health care, social protection and pensions remained the main obstacles to sustainable return and local integration. One particularly sensitive issue is the employment of returnees who are members of a minority. Such returnees continued to face discrimination in access to employment (EU Commission 2010, s. 20).

Det er i særdeleshet minoritetsbefolkningen, altså personer som vender tilbake til hjemsteder der de som henholdsvis bosnjak, bosnisk serber eller bosnisk kroat er i minoritet, som opplever vansker:

Other factors inhibiting returns were a lack of access to social benefits, a lack of available housing, and high municipal administration taxes on documents that were necessary for return, such as birth or land certificates. Minority returnees often faced intimidation, discrimination, and other obstructions in their access to education, health care, and pension benefits, as well as poor infrastructure (U.S. State Department 2010).

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

En respons er et svar på konkrete spørsmål og problemstillinger som saksbehandlere i utlendingsforvaltningen har stilt Landinfo. Responser er ikke ment å være utfyllende redegjørelser for et tema eller et spørsmål, men skal gi svar på de konkrete spørsmålene som er stilt, og ellers inneholde det som til enhver tid trengs av bakgrunnsinformasjon.

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

Referanser

- Balkan Insight (2010a, 16. november). Bosnia Grapples with ‘Serious’ Shortage of Medical Workers. *Balkan Insight*. Tilgjengelig fra <http://www.balkaninsight.com/en/article/bosnia-grapples-with-serious-shortage-of-medical-workers> [lastet ned 18. november 2010]
- Balkan Insight (2010b, 3. februar). Study: PTSD Haunts Bosnian War Survivors. *Balkan Insight*. Tilgjengelig fra <http://www.balkaninsight.com/en/article/study-ptsd-haunts-bosnian-war-survivors> [lastet ned 18. november 2010]
- BIRN, dvs. Balkan Investigative reporting network (2009, 17. juni). Years After the War, Veterans Relive Nightmares. *BIRN*. Tilgjengelig fra <http://www.bim.ba/en/171/10/20309/> [lastet ned 18. november 2010]
- Cerić, I. m.fl. (2001). Reconstruction of mental health services in Bosnia and Herzegovina. Maryland, MD: PubMed. Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11795195> [lastet ned 18. november 2010]
- European Observatory on Health Care Systems (2002). *Health Care Systems in Transition*. København: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/2-946/h/bosnia.pdf> [lastet ned 18. november 2010]
- ESI, dvs. European Stability Initiative (2010, august). *Country Profile. Issues: Overcoming the trauma of the past*. Berlin: ESI. Tilgjengelig fra http://www.esiweb.org/index.php?lang=en&id=311&film_ID=5&slide_ID=26 [lastet ned 18. november 2010]
- EU Commission (2010, 9. november). *Bosnia and Herzegovina 2010 Progress Report*. Brussel: EU Commission. Tilgjengelig fra http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key_documents/2010/package/ba_rapport_2010_en.pdf [lastet ned 18. november 2010]
- Landinfo (2006, januar). *Bosnia og Hercegovina – helsevesenet*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/31/1/31_1.pdf [lastet ned 18. november 2010]
- [Ombudsman] (2010, februar). *Annual Report on Results of the Activities by the Institution of Human Rights Ombudsman of Bosnia and Herzegovina*. Banja Luka: Ombudsman of Bosnia and Herzegovina. Tilgjengelig fra http://www.ombudsmen.gov.ba/materijali/publikacije/GI2009/Annual_Report2009.pdf [lastet ned 18. november 2010]
- Research and Documentation Center (u.å.). *Rezultati istraživanja "Ljudski gubici '91-'95" [Forskningsresultatene: Menneskelige tap '91-'95]*. Sarajevo: Research and Documentation Center. Tilgjengelig fra http://www.idc.org.ba/index.php?option=com_content&view=section&id=35&Itemid=126&lang=bs [lastet ned 18. november 2010]
- SFH, dvs. Schweizerische Flüchtlingshilfe (2007, 12. mars). *Bosnien und Herzegowina: Registrierung und medizinische Versorgungsmöglichkeiten nach der*

Rückkehr. [Bosnia-Hercegovina: Registrering og medisinsk behandling ved retur]. Bern: SFH [Den sveitsiske flyktninghjelpen]. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/669/1/669_1.pdf [lastet ned 18. november 2010]

Rapporten er oversatt til norsk.

- SFH (2009, 2. november). *Bosnien-Herzegowina: Betreuung einer sozial auffälligen Jugendli-chen [Bosnia-Hercegovina: Oppfølging av sosialt vanskeligstilt ungdom].* Bern: SFH [Den sveitsiske flyktninghjelpen]. Tilgjengelig fra <http://www.fluechtlingshilfe.ch/herkunftslander/europe/herkunftslander/europe/bosnien-herzegowina/bosnien-herzegowina-betreuung-einer-sozial-auffaelligen-jugendlichen> [lastet ned 18. november 2010]
- UNHCR (2001, juli). *Health care in Bosnia and Herzegovina in the context of the return of Refugees and Displaced Persons.* Sarajevo: UNHCR. Tilgjengelig fra <http://www.unhcr.ch/uploads/media/189.pdf?PHPSESSID=aaa9d7936975c22c23ac8c485fd87322> [lastet ned 18. november 2010]
- U.S. Embassy in Bosnia and Herzegovina (u.å.). *Region Specific Information: List of Hospitals.* Sarajevo: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <http://sarajevo.usembassy.gov/hospitals.html> [lastet ned 18. november 2010]
- U.S. Department of State (2010, 11. mars). *2009 Human Rights report: Bosnia and Herzegovina.* Washington DC: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/eur/136023.htm> [lastet ned 18. november 2010]
- WHO, dvs. World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas. Bosnia and Herzegovina.* København: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_a_b.pdf [lastet ned 18. november 2010]
- WHO (2007). *Country Cooperation Strategy at a glance.* København: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_bih_en.pdf [lastet ned 18. november 2010]
- WHO (2009a). *Approaching Mental Health Reform Regionally: The Mental Health Project for South-eastern Europe. Country Profile Bosnia and Herzegovina.* København: WHO. Tilgjengelig fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/102399/E92163.pdf [lastet ned 18. november 2010]
- WHO (2009b). *Evaluation of Public Health Services in south-eastern Europe. Bosnia and Herzegovina.* København: WHO. Tilgjengelig fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/125206/e94398.pdf [lastet ned 18. november 2010]

© Landinfo 2010

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.