

2017

RAPPORT

Informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester til beboere i ankomstsenter og transittmottak

Rapport

Informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester til beboere i ankomstsenter og transittmottak

Anne Bergh, Sonja Myhre, Melanie Straiton, Ragnhild Magelssen,
Charlott Nordström, Kjetil Berg Veire, Thor Indseth, Ram Gupta,
Steve French



Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område smittevern og miljømedisin
Avdeling for internasjonal folkehelse
Mai 2017

Tittel:

Rapport 2017.

Informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester til beboere i ankomstsenter og transittmottak

Forfattere:

Anne Bergh (FHI)
Sonja Myhre (FHI)
Melanie Straiton (FHI)
Ragnhild Magelssen (NAKMI)
Charlott Nordström (NAKMI)
Kjetil Berg Veire (FHI)
Thor Indseth (NAKMI)
Ram Gupta (NAKMI)
Steve French (FHI)

Oppdragsgiver:

Utlendingsdirektoratet

Prosjektnummer:

FHI-38287

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no
og fra Utlendingsdirektoratets nettsider: www.udi.no

Grafisk designmal:

Fete typer

Opplag: 80

ISBN 978-82-8082-847-7

Innhold

Sammendrag	7
Executive summary	10
Forord	13
Del 1: Bakgrunn, oppdrag og gjennomføring	14
1. Bakgrunn	14
1.1 Et bilde i rask endring	14
1.2 En stille periode	14
2. Oppdraget	15
2.1 Hovedspørsmål	15
2.2 Målgruppe	16
2.3 Prosjektoppsett	16
3. Metode	17
3.1 Valg av metode	17
3.2 Etske godkjenninger	17
3.3 Gjennomgang av lover og regler	17
3.4 Begreper	18
4. Gjennomføring av prosjektet	19
4.1 Valg av mottak	19
4.2 Rekruttering og sammensetning av informanter	19
4.3 Intervjuer ved mottakene	21
4.4 Kartleggingssamtaler med organisasjoner og etater	22
4.5 Dokumentasjon av visuelt informasjonsmaterieil	22
Del 2: Rammefaktorer	23
5. Statlig kommunikasjonspolitikk	23
6. Helseinformasjon –kunnskapsgrunnlag og regelverk	23
6.1 Relevant forskning på helseinformasjon	23
6.2 Hvem har formelt ansvar for å informere om helse og helsetjenester?	24
6.3 Retten til tolk	25
7. Helserettigheter	26
7.1 Retten til likeverdige helsetjenester	26
7.2 Kommunenes ansvar	26
8. Helsestatus blant asylsøkere	27
8.1 Smittsomme sykdommer	28

8.2 Tuberkulose	28
8.3 Ikke-smittsomme sykdommer og tannhelse	29
8.4 Psykisk helse og traumer	30
Del 3: Funn, diskusjon og konklusjoner	31
9 De første dagene – Ankomstsenter Østfold	31
9.1 Organisering av ankomstsenteret	31
9.2 Informasjonskilder i ankomstsenteret	32
9.3 Politiets utlendingsenhets rolle	32
9.4 Informasjon fra mottaksansatte i ankomstsenteret	33
9.5 Informasjon fra helsetjenesten	34
9.6 Tuberkuloseundersøkelsen	35
9.7 NOAS rolle - informasjon om helserettigheter	36
9.8 Bruk av tolk i ankomstsenteret	36
9.9 Visuell og skriftlig informasjon	37
9.10 Opplever helseinformasjonen i ankomstfasen relevant?	37
10 Helsetilbudet i transittmottakene	37
10.1 Tilgang til helsepersonell og behandling	38
10.2 Tilgang til vaksinasjon	39
10.3 Tilgang til medisiner	39
10.4 Tilgang til tannhelsetjenester	40
10.5 Tilgang til en generell helseundersøkelse	40
11 Formidling av helseinformasjon i transittmottakene	41
11.1 Hovedlinjer i formidlingsarbeidet	41
11.2 Ansvarsfordeling i informasjonsarbeidet	42
11.3 Informasjonsmøte	43
11.4 Informasjon om helserettigheter og helsesystemet	44
11.5 Informasjon om helseforebygging	45
11.6 Informasjon om medisiner	46
11.7 Informasjon om reproduktiv helse	46
11.8 Informasjon om tannhelse	47
11.9 Informasjon om psykisk helse	47
11.10 Informasjon til barnefamilier	48
11.11 Organisasjonenes rolle	48
11.12 Differensiering i formidlingen	49
11.13 Språk og bruk av tolk	49
11.14 Plakater og brosjyrer	50

12 Opplevs informasjonen i transittmottakene relevant?	50
12.1 Hvordan blir informasjonen tatt imot?	50
12.2 Hva ønsker beboerne informasjon om?	52
12.3 Format og tidspunkt for informasjon	52
12.4 Informasjon til mottaksansatte	52
13 Diskusjon	54
13.1 Kilder	54
13.1.2 Muligheter og begrensninger oppsummert	57
13.2 Kanaler	58
13.2.1 Muligheter og begrensninger oppsummert	60
13.3 Budskap	61
13.3.1 Muligheter og begrensninger oppsummert	62
13.4 Mottaker	62
13.4.1 Muligheter og begrensninger oppsummert	63
13.5 Kontekst	64
13.5.1 Muligheter og begrensninger oppsummert	64
14 Konklusjon og anbefalinger	65
14.1 Konklusjoner	65
14.2 Anbefalinger	66
Referanser	68
Vedlegg 1: Oversikt over relevante lover, forskrifter, retningslinjer og rundskriv	74
Vedlegg 2: Intervjuguide for helsepersonell (på stedet/utenfor)	75
Vedlegg 3: Organisasjoner og etater	81
Vedlegg 4: Informasjon til ansatte på mottak og helsepersonell	83
Vedlegg 5: Oppsummering visuelle informasjonskilder	87

Sammendrag

Innledning

Denne rapporten handler om hvordan informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenesten formidles i ankomstsenteret og i transittmottak, i den første tiden etter at en person har søkt om beskyttelse i Norge. Tilgang til informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenesten er grunnleggende for at den enkelte asylsøker skal kunne orientere seg i et – for de fleste – ukjent helsesystem. Rapporten er skrevet på oppdrag for Utlendingsdirektoratet og anbefalingene i rapporten er gitt som innspill til UDIs videre arbeid med å tilrettelegge informasjon om helse og helserettigheter til beboere i ankomstsenter og transittmottak.

Rapporten belyser fire spørsmål: Hvordan får asylsøkere helseinformasjon i transittfasen? Hvem formidler helseinformasjon? Hvilken type helseinformasjon får asylsøkerne i denne fasen? I hvilken grad opplever asylsøkerne informasjonen de får som tilgjengelig og relevant? Den ser også på ulike aktørers roller knyttet til formidling av helseinformasjon og gir anbefalinger om hvordan helseinformasjon til beboere i ankomstsenter og transittmottak kan styrkes.

Metode

Prosjektet har benyttet kvalitativ metode. Datainnhenting er i hovedsak basert på intervjuer og kartleggende samtaler. Tre grupper er sentrale i formidlingen av helseinformasjon, beboerne selv, mottaksansatte og helsepersonell, og det ble gjennomført totalt 46 semi-strukturerte intervjuer med disse. I tillegg ble det hentet informasjon fra 29 ulike organisasjoner og etater.

Målgruppen er voksne asylsøkere og barnefamilier som oppholder seg i ankomstsenter og i transittmottak. I perioden undersøkelsen varte var det fire transittmottak i drift i Norge; Kasper transittmottak i Våler i Østfold, Hvalsmoen transittmottak på Ringerike, Torshov transittmottak og Refstad transittmottak, begge i Oslo. I tillegg var det drift ved Ankomstsenter Østfold, i Råde. Både ankomstsenteret og de fire transittmottakene er inkludert i prosjektet.

Som en del av oppdraget har vi også forsøkt å danne oss et inntrykk av visuell kommunikasjon som oppslag, plakater, postere, brosjyrer, filmer mv. som formidler informasjon om helse, helserettigheter eller helsesystem. Fotodokumentasjon av funnene er overlevert oppdragsgiver.

Funn og diskusjon

Beboere i ankomstsenteret og transittmottakene får mye informasjon, men lite generell informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenestene. Kommunehelsetjenesten har hovedansvar for å gi helsehjelp og formidle helseinformasjon til beboerne i ankomstsenter og transittmottak og helsepersonell skal også sørge for at informasjonen blir forstått. Helsetjenesten synes ikke å ha noen felles informasjonsplan eller retningslinjer for formidling av helseinformasjon til beboerne.

Helserelatert informasjon formidles også i noen grad i møter og gjennom daglig kontakt mellom beboere og ansatte ved mottakene, og beboere er til en viss grad informasjonskilder for hverandre. Utlendingsdirektoratet har ansvar for å tilrettelegge slik at den enkelte beboer kan få oppfylt sine

rettigheter til helsetjenester og helseinformasjon. Informasjonsarbeidet er definert i rundskriv fra Utlendingsdirektoratet til driftsoperatørene av transittmottakene.

Helseinformasjon gis først og fremst på individuelt nivå, og oftest ved at den enkelte selv oppsøker kommunehelsetjenesten. Beboere som oppsøker helsetjenesten har lett tilgang til helsepersonell og god mulighet til å få den informasjonen de ønsker og har behov for. Beboerne uttrykker at de har tillit til informasjonen helsepersonell gir. De som ikke oppsøker helsetjenesten har i liten grad systematisk tilgang til informasjon om helse, helserettigheter eller helsetjenestene. Kun ett transittmottak har regelmessig formidling av helseinformasjon fra helsepersonell til beboere ved ankomst.

Funnene viser at det er god kontakt mellom mottaksansatte og helsetjenesten, men at de i liten grad kjenner til hva som inngår i hverandres informasjonsarbeid om helserelaterte tema eller samordner dette.

Tematisk søker beboerne først og fremst helseinformasjon relatert til sin egen helsesituasjon, til livet her og nå. Stikkord for formidlingen fra helsetjenesten og mottaksansatte er «det viktigste først» og «ikke for mye informasjon om gangen».

Konklusjon og anbefalinger

Informasjon er tilgjengelig for dem som oppsøker den, men det er behov for mer systematisk formidling av helseinformasjon, til alle beboere. Det er også rom for å styrke tilpasningen av helseinformasjonen til beboernes behov og forutsetninger. Ansvar for informasjonsarbeidet involverer flere sektorer og målrettet samhandling om helseinformasjonsarbeidet mellom sektorer og organisasjoner kan bidra til god og helhetlig helsekommunikasjon.

Anbefalinger:

1. Lag en helhetlig strategi for informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester og en informasjonsplan for helsetjenestens formidling i ankomstsenter og transittmottak. En helhetlig strategi kan bidra til systematisk formidling av definerte budskap, fra asylsøkeren kommer til ankomstsenteret, under oppholdet i transittmottaket og videre gi en plattform for helseinformasjonsarbeidet i ordinært mottak. En informasjonsplan for helsetjenesten kan bidra til at viktig informasjon når alle og ikke kun dem som oppsøker helsetjenesten.
2. Legg til rette for at ansatte i ankomstsenteret, transittmottakene og i helsetjenesten oppdaterer hverandre om informasjonsarbeidet de utfører. Vurder om systematisk samhandling om formidling av tema relatert til helsetjenester, helserettigheter og forebygging, kan være hensiktsmessig.
3. Inkluder generell formidling av helseinformasjon som en fast oppgave for helsekontorene ved transittmottakene. At helsepersonell selv deltar på informasjonsmøter for beboere som kommer til transittmottak, ses som en styrke.
4. Vurder om ordningen med helsekontorer lokalisert ved transittmottakene kan utvides til alle transittmottak. Ordningen gir beboerne enkel og reell tilgang til individuell helsehjelp og

tilpasset helseinformasjon fra kvalifisert personell.

5. Diskuter om tuberkuloseundersøkelsen i større grad kan benyttes som arena for dialog og formidling av helserelatert informasjon. Tuberkuloseundersøkelsen er det eneste faste møtepunkt mellom asylsøkeren og helsetjenesten.
6. Legg til rette for formidling av informasjon om lavterskel aktiviteter som kan fremme psykisk helse blant beboere i transittmottakene.
7. Tilpass viktig informasjon til beboernes språkbakgrunn og vurder å utvide bruken av tolketjenester, f.eks. på informasjonsmøter der man ellers bruker engelsk.
8. Legg til rette for enkel opplæring eller oppdateringer for mottaksansatte om tema knyttet til helserettigheter og helsesystemet i Norge.
9. Ta i bruk mer skriftlig informasjon i ankomstsenteret og i transittmottakene og utvid bruken av film, visuelle virkemidler, spill og aktiviteter i formidlingsarbeidet. Inviter beboere, organisasjoner og fagmiljøer med på råd om hvordan informasjonsmateriell best kan utformes og legges til rette for deling av – og tips om - relevant materiell som allerede produseres av organisasjoner, etater og fagmiljøer.
10. Inviter frivillige organisasjoner til en diskusjon om hvordan deres rolle i formidlingen av informasjon om forebygging, helserettigheter og helsesystemet i Norge kan utvides. Flere organisasjoner har psykososiale aktiviteter ved transittmottakene, men få er involvert i systematisk formidling av helseinformasjon.

Executive summary

This report explores how information about health, rights to health and healthcare services is provided to asylum seekers staying in arrival and transit centres, in the first phase after a person applies for protection in Norway. Access to information about health, rights to health and healthcare services is a prerequisite for the individual asylum seeker's ability to navigate in – for most – an unknown healthcare system. The Norwegian Directorate of Immigration has commissioned this study and the recommendations are given as input to UDI's further work to facilitate provision of information on health and rights to health, for asylum seekers in arrival and transit centres.

The report focuses on four questions: How do asylum seekers receive health information during the transit phase? Who provides health information? What kind of health information do asylum seekers receive in this phase? Do asylum seekers experience the information as accessible and relevant? It also examines the roles of different actors in the dissemination of health information and provides recommendations on how health information for residents of the arrival and transit centres may be strengthened.

Method

The project used qualitative methods, with data mainly collected through interviews. In total 46 semi-structured interviews were conducted with informants from three groups that are central to the dissemination of health information in arrival and transit centres; residents themselves, reception staff and health personnel. Information was also collected from 29 different organizations and agencies.

The target group is adult asylum seekers and families with children, staying in the arrival and transit centres. At the time of data collection, there were four transit centres in operation in Norway; Kasper Transit Centre in Våler, Østfold, Hvalsmoen Transit Centre at Ringerike, Torshov Transit Centre and Refstad Transit Centre, both in Oslo. There was one arrival center Ankomstsenter Østfold, in Råde. The arrival centre and the four transit centres are included in the project.

As part of the assignment, we also documented visual communications such as posters, notes and brochures that convey information on health, rights to health or healthcare services. Photo documentation has been provided directly to the Directorate of Immigration.

Results and discussion

Residents of the arrival and transit centres receive information on a range of topics, but there is little systematic information provided about health, rights to health and healthcare services. The municipality healthcare services has the primary responsibility for providing health care and communicating health information to residents of the centres and also for ensuring that the information is understood. The healthcare services do not appear to have an information plan or guidelines for conveying health information to the residents.

Health information is also communicated in meetings and informal everyday conversations between residents and employees at the centres. To some extent, residents are also sources of information for each other. The Directorate of Immigration is responsible for facilitating access to healthcare and health information, in line with the rights of the asylum seekers. The requirements for the information work is outlined in circular notes from the Directorate to the operators who run the transit centres.

Health information seems, first and foremost, to be provided at individual level, and most often, to those who seek healthcare. Residents who contact the healthcare services have easy access to healthcare professionals and the opportunity to obtain the information they seek. Residents express that they trust the information health professionals provide. Those who do not seek healthcare services have less systematic access to information about health, rights to health and healthcare services. Only one transit centre routinely provides health information from healthcare professionals to residents upon arrival.

The findings show good relations between staff at the centres and the health personnel. Still, they seem to know little about the content of the information that the other provide to the residents on health-related topics and the coordination of health information seems to be limited.

The residents appear primarily to seek information that is relevant for their own health needs and current situation. Key words for the communication from the healthcare service and centre staff may be summarised as "the most important first" and "not too much information at the time".

Conclusion and recommendations

Information is available to those who seek it, but there is a need for more a general and systematic dissemination of information to all residents. Additionally, there is room for improving the adaptation of health information to residents' needs, understanding and language, as well as for discussing how targeted interaction between the health sector personnel, centre staff and organisations could contribute to the effective dissemination of health information.

Recommendations:

1. Create a comprehensive strategy for information on health, rights to health and healthcare services and a plan for the healthcare services' dissemination at the arrival and transit centres. A comprehensive strategy may contribute to the systematic dissemination of important information, from arrival, through the transit phase and to the regular reception centres. An information plan for the municipality healthcare services may help ensure that important information reaches everyone and not just those seeking healthcare.
2. Ensure that employees in the arrival and transit centres and the employees of the healthcare services update each other about the information they provide. Consider systematic interaction on the dissemination of topics related to healthcare services, rights to health and health prevention.
3. Consider including general dissemination of health information as a core task for the healthcare services at the transit centres. It is a perceived strength to have health professionals disseminate health information at the information meetings for newly arrived residents.

4. Consider establishing healthcare services at all transit centres. A health office on site is visible and easy to reach for the residents, and provides access to individual healthcare and health information by qualified staff.
5. Discuss whether the tuberculosis screening can be utilised as an opportunity for conveying health information. Tuberculosis screening is the only point where all asylum-seekers come into contact with healthcare services.
6. Provide information on simple and accessible activities that promote good mental health among residents in the transit phase.
7. Adapt important information to residents' own languages and consider increasing the use of interpreting services, for example in information meetings where English is otherwise used.
8. Provide basic training or updates to reception centre staff on issues related to rights to health and the healthcare system in Norway.
9. Use more written information in the arrival and transit centres and expand the use of films, visual materials, games and activities in dissemination work. Invite residents, organisations and professionals to advise on how best to design information materials and to facilitate the sharing of relevant materials already produced by organisations, agencies and academic communities.
10. Invite voluntary organisations to discuss how their role in disseminating information on health, rights to health and the healthcare system in Norway can be developed. Several organisations have psychosocial activities in the transit centres but few of them are involved in conveying health information.

Forord

Folkehelseinstituttet har i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse gjennomført en kartlegging av formidling av helseinformasjon til asylsøkere i ankomstsenter og transittmottak. Kartleggingen er gjort på oppdrag for Utlendingsdirektoratet.

Funnene i rapporten baserer seg på intervjuer med beboere, helsepersonell og ansatte i ankomstsenter og transittmottak. Som del av kartleggingen har vi også intervjuet organisasjoner og etater, foretatt et systematisk litteratursøk og samlet fotodokumentasjon av visuell kommunikasjon i knyttet til helse, helserettigheter og helsetjenester.

I prosjektet har vi sett på hvilken informasjon som gis om helse, helserettigheter og helsetjenester og vi har fått et lite innblikk i hvordan informasjonen formidles og tas imot. Vi vil gjerne rette en særlig takk til beboere, helsepersonell og ansatte ved Ankomstsenter Østfold og transittmottakene på Hvalsmoen, Kasper, Torshov og Refstad for generøst å dele tid og erfaringer med oss. Vi vil også takke referansegruppen for prosjektet, med Helsedirektoratet, Mysebu Helsekontor i Eidsberg kommune, Norsk organisasjon for asylsøkere og Utlendingsdirektoratet, for råd, veiledning og gode innspill underveis i arbeidet.

Oslo, mai 2017

Geir Bukholm,
områdedirektør

Del 1: Bakgrunn, oppdrag og gjennomføring

1. Bakgrunn

1.1 Et bilde i rask endring

Ikke siden annen verdenskrig har flere mennesker vært på flukt i verden. I følge FNs høykommissær for flyktninger er 65,3 millioner mennesker på flukt i eller utenfor eget land (1). Europa har i de senere årene opplevd en økning i antall personer som ber om beskyttelse. I perioden 2010-2014 var antallet som søkte om beskyttelse i Norge relativt stabilt med mellom 9000 - 12 000 søkere årlig. Sensommeren og høsten 2015 skjedde det en rask endring i dette bildet. Antallet asylsøknader steg måned for måned utover høsten og innen året var omme hadde 31 150 personer registrert sin asylsøknad i Norge. Økningen i ankomster kom i løpet av kort tid, og toppen ble nådd i oktober med nærmere 8700 registrerte asylsøkere. Den raske økningen førte til betydelige utfordringer for både utlendingsmyndigheter og helsetjenester. Informasjonsflyt mellom tjenestene og informasjon til den enkelte asylsøker var blant utfordringene.

Fra 2016 har det vært en sterk nedgang i antallet som søker om beskyttelse i Norge og i 2016 søkte totalt 3 460 personer om beskyttelse i Norge. Dette er det laveste antallet asylsøkere på svært mange år og trenden har holdt seg også i første kvartal 2017, hvor 1249 personer har søkt om beskyttelse (2).

Krig, konflikt og politisk uro er sterke drivere i flyktningssituasjonen. Første kvartal i 2017 var det personer fra Eritrea, Syria og Irak som toppet listen over nasjonaliteter som søkte om beskyttelse i Norge. Rundt 40 prosent av de som har søkt beskyttelse i denne perioden er kvinner, noe som prosentvis er langt flere enn i 2015.

Nærmere 30 prosent av alle registrerte asylsøknader første kvartal 2017 var fra personer under 18 år, og av disse hadde rundt 5 prosent (60 personer) kommet som enslige mindreårige asylsøkere.

1.2 En stille periode

Den lave tilstrømningen av asylsøkere siste år har ført til at antallet mottak er kraftig redusert fra høsten 2015. Utlendingsdirektoratet (UDI), som har ansvar for å gjennomføre Regjeringens politikk på asylfeltet, har i første halvdel av 2017 et tredelt mottakssystem med ett landsdekkende sentralt ankomstsenter i Østfold, fire transittmottak hvor asylsøkere har tilbud om å oppholde seg til asylintervjuet med UDI er gjennomført og i tillegg ordinære mottak hvor asylsøkeren har tilbud om opphold til asylsøknaden er endelig avgjort. Det er også egne mottak og ordninger for enslige mindreårige asylsøkere.

I perioden dette prosjektet har gjennomført undersøkelser har belegget i ankomstsenteret og transittmottakene vært lavt. Lavt belegg betyr roligere tempo og mindre press på de kommunale helsetjenestene.

Asylmottak i Norge drives av driftsoperatører¹ etter avtale med UDI. Opprettelse, nedleggelse og lokasjon kan endres raskt.

2. Oppdraget

2.1 Hovedspørsmål

I denne rapporten skal vi se nærmere på informasjonsarbeidet i den første tiden etter at en person søker om beskyttelse, og undersøke hvordan informasjon om helse, helsetjenester og helserettigheter formidles i ankomstsenteret og i transittmottak. Informasjon om helse, rettigheter og helsetjenester er viktig for at den enkelte asylsøker skal kunne ta seg frem i et – for de fleste – ukjent norsk helsesystem.

Utlendingsdirektoratet skal tilrettelegge for at beboere i ulike mottak får tilgang til helsetjenester og nødvendig informasjon om helse og rettigheter, i samarbeid med relevante etater.

Informasjonsarbeidet springer ut av ulike behov og plikter. Myndigheter og mottaksoperatører har behov for å gi informasjon og de har også et informasjonsansvar. Beboeren i mottaket har på sin side behov for informasjon for å kunne orientere seg og for å kunne søke nødvendig helsehjelp og forebygge at en selv blir syk.

Oppdraget fra UDI for denne rapporten er å undersøke fire hovedspørsmål: Hvordan får asylsøkere helseinformasjon i transittfasen? Hvem formidler helseinformasjon? Hvilken type helseinformasjon får asylsøkerne i denne fasen? I hvilken grad opplever asylsøkerne informasjonen de får som tilgjengelig og relevant? For å belyse spørsmålene vil vi beskrive konteksten informasjonen gis i, rammene som lover og retningslinjer setter for informasjonsarbeidet og også kort beskrive asylsøkeres helse generelt. Det ligger videre i oppdraget å se på ulike aktører og etaters roller knyttet til formidling av helseinformasjon og gi anbefalinger om hvordan helseinformasjon til beboere i ankomstsenter og transittmottak kan forbedres.

I rapporten er det beboernes behov og vurderinger som er i fokus, men vi ser også på hvordan helsetjenesten og mottakene ivaretar ansvaret for å informere.

Funnene bygger i hovedsak på informasjon fra kvalitative intervjuer med beboere, mottaksansatte og helsepersonell, innspill fra UDI og prosjektets referansegruppe, samtaler med organisasjoner og gjennomgang av relevante dokumenter og litteratur. Funn og diskusjoner i prosjektet munnar ut i 10 anbefalinger. Anbefalingene i rapporten er gitt som innspill til UDIs videre arbeid med å tilrettelegge informasjon om helse og helserettigheter til beboere i ankomstsenter og transittmottak.

¹ Driftsoperatører kan være frivillige organisasjoner, kommuner eller andre private aktører.

2.2 Målgruppe

Beboere i ankomstsenter og transittmottak er en svært sammensatt gruppe. Asylsøkere kommer fra forskjellige land og kulturer, de har forskjellige historier, er unge og eldre, kvinner og menn, noen er syke – men de fleste er friske –noen har høy utdanning mens andre aldri har lært å lese og skrive.

Målgruppen for oppdraget er avgrenset til voksne og familier som oppholder seg i ankomstsenter og transittmottak. Rapporten ser dermed ikke på helseinformasjon til asylsøkere som bor privat eller informasjonsarbeidet som retter seg mot enslige mindreårige asylsøkere som bor i egne mottak eller omsorgssenter.

De såkalte 48-timers asylsøkerne utgjør en spesiell gruppe. Dette er personer som kommer fra land som anses som trygge. Denne gruppen har stort sett svært kort opphold i mottak og faller utenfor målgruppen i denne rapporten.

2.3 Prosjektoppsett

Prosjektet har vært ledet av Folkehelseinstituttet og bestått av et team med fagpersoner fra Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) og en referansegruppe. Referansegruppen har bestått av representanter fra Helsedirektoratet, UDI, Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS) og kommunehelsetjenesten i Eidsberg kommune. Referansegruppen har hatt tre møter og gitt innspill til utforming, gjennomføring og bidratt til gode diskusjoner om funn og resultater.

Arbeidet har hatt en tidsramme på seks måneder og har vært utviklet i samråd med UDI og gjennomført med støtte og veiledning fra prosjektets referansegruppe. Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført i perioden januar– mars 2017.

3. Metode

3.1 Valg av metode

I dette prosjektet har vi valgt å bruke kvalitative metoder. Metodevalget ble gjort etter innledende samtaler med UDI, ansatte ved NAKMI og Folkehelseinstituttet. Datainnhenting er i hovedsak basert på intervjuer, supplert med et systematisk litteratursøk, og en kartlegging av aktuelle lover, regler og retningslinjer som omhandler eller har betydning for informasjon til beboere i ankomstsenter og transittmottak.² Metodevalg og spørsmålsstillinger ble også diskutert med prosjektets referansegruppe.

I valget av kvalitativ metode ligger både styrker og begrensninger. Kvalitativ metode er tidskrevende og benytter mindre utvalg enn kvantitative metoder, noe som gjør det vanskelig å generalisere funnene. På den andre siden, er kvalitativ metode velegnet til å få frem nyanser og innsikt som igjen kan bidra til at vi forstår en situasjon eller problemstilling bedre. Med tanke på at asylsøkere, som nylig har kommet til landet, er en svært sammensatt gruppe med ulik evne til å orientere seg om helse og helseinformasjon, har vi valgt kvalitativ metode i dette oppdraget.

3.2 Etiske godkjenninger

Helseforskningsloven setter standard for hvordan forskningsprosjekter på helsefeltet skal gjennomføres for å ivareta deltagerens integritet og velferd. Folkehelseinstituttet har sendt søknader til regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og til FHI's personvernombud for å få en vurdering av datainnhenting og organiseringen av prosjektet, og fått nødvendige godkjenninger for å gjennomføre prosjektet.

3.3 Gjennomgang av lover og regler

Informasjonsarbeidet som utføres i ankomstsenteret og transittmottakene har utgangspunkt i lover, forskrifter, veiledere og rundskriv. I begynnelsen av prosjektet gjennomførte vi derfor en kartlegging av aktuelt regelverk på feltet. Kartleggingen startet med søk på websider til sentrale etater og lovdata: www.hdir.no, www.fhi.no, www.helsetilsynet.no, www.helfo.no og www.lovdata.no. Søket var begrenset til regelverk som spesifikt omhandler asylsøkere i ankomstsentre og transittmottak. I tillegg ble det gjort søk på UDIs oversiktsside for alle rundskriv med vedlegg: <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-rundskriv/>

Også her har vi begrenset utvalget til rundskriv vi anser er relevant for beboere i ankomstsentre og transittmottak.

Nettsøkene resulterte i en liste over hvilke lover, forskrifter, retningslinjer, rundskriv osv. vi anser som relevante. Denne listen ble deretter sendt for kvalitetssikring til Helsedirektoratet og UDI. Også

² En oversikt over særlig relevante lover og retningslinjer finnes i vedlegg 1.

prosjektets referansegruppe har gitt innspill til hvilke skriv og internettsider som kan være relevante for dette prosjektet.

3.4 Begreper

I denne rapporten brukes betegnelsen beboer om asylsøkere som oppholder seg i ankomstsenteret eller i transittmottak.

Vi bruker en bred definisjon av helseinformasjon. Begrepet helseinformasjon i rapporten dekker både informasjon om rettigheter til helsehjelp, informasjon om helsetjenester og helsesystemet i Norge og informasjon om forebyggingstiltak, behandling og helsefremmende informasjon.

Definisjonen inkluderer også informasjon om tiltak som tuberkuloseundersøkelse og vaksinasjoner.

4. Gjennomføring av prosjektet

4.1 Valg av mottak

Målgruppen for prosjektet er voksne og barnefamilier som oppholder seg i ankomstsenteret og i transittmottak. I tidsperioden undersøkelsene varte var det fire transittmottak i drift i Norge: Kasper transittmottak i Våler i Østfold, Hvalsmoen transittmottak på Ringerike, Torshov transittmottak og Refstad transittmottak, begge i Oslo. I tillegg var det drift ved Ankomstsenter Østfold, i Råde. Både ankomstsenteret og de fire transittmottakene er inkludert i prosjektet.

Transittmottakene har ulike særtrekk. To av mottakene ligger i Oslo sentrum (Refstad og Torshov) og to ligger utenfor byområder (Kasper og Hvalsmoen). På tre av sentrene har personale fra kommunehelsetjenesten fast tilstedeværelse og lokaler på mottaket. Ett mottak (Torshov) hadde i perioden intervjuene ble gjennomført ikke helsepersonell fast på mottaket, men benyttet helsetjenesten tilknyttet Refstad (geografisk er det kort avstand, under en kilometer, mellom disse mottakene).

Mottakene er også ulike i størrelse. I ukene intervjuene foregikk var det ca. 200 beboere på Hvalsmoen, ca. 160 beboere på Kasper, 180 på Refstad, 110 på Torshov og ca. 20 personer i Ankomstsenter Østfold (som har en makskapasitet opp mot 1000 personer). Mottakene har ulike driftsoperatører som driver mottakene på kontrakt for UDI. Torshov driftes av Norsk Folkehjelp, Hvalsmoen, Refstad, Kasper og ankomstsenteret i Råde driftes av Hero mottak, som er en privat driftsoperatør og del av Hero Group som har flyktningerrelaterede aktiviteter i Norge, Sverige, Finland og Tyskland. Mottakene har ansatte med ulik språklig bakgrunn. Refstad transittmottak oppgir f.eks. at ansatte ved mottaket til sammen snakker 20 ulike språk.

Informasjonsinnhenting i mottakene var mulig ved at UDI sendte et introduksjonsbrev til de aktuelle mottakene, der oppdraget og prosjektet ble introdusert. FHI fulgte opp med informasjonsbrev og direkte kontakt og gjorde avtaler om den praktiske gjennomføringen. UDIs støtte i denne fasen var avgjørende for effektiv gjennomføring av prosjektet. Alle mottakene var villige til å delta i kartleggingen, og prosjektteamet ble tatt godt imot på alle mottakene. Alle fem mottak var også villig til å rekruttere informanter, basert på en detaljert beskrivelse av kriterier for utvalg, og de stilte egne rom til disposisjon for intervjuene. Samtykkeskjema og informasjonsskriv til deltagere ble sendt til mottakene i ukene før intervjuene fant sted.

4.2 Rekruttering og sammensetning av informanter

Rekruttering av informanter ble gjennomført av mottaksansatte som gjorde avtaler med beboere i forkant av intervjuene. Som kriterier for utvelgelsen ønsket vi en spredning i alder, kjønn og at informantene kunne kommunisere godt på engelsk, tigrinja eller arabisk. Utvalget av språkgrupper ble gjort i samråd med UDI, basert på hvor flest asyløkere kom fra, i perioden før intervjuene startet.

Samtykkeskjema og informasjonsskriv til deltagere ble sendt til mottakene i ukene før intervjuene fant sted.

Det ble gjennomført 13 intervjuer med ansatte ved mottakene, 6 kvinner og 7 menn. Vi intervjuet også helsepersonell fra den kommunale helsetjenesten (8) og fra Sykehuset Østfold (1). Totalt intervjuet vi 9 ansatte i helsetjenesten, alle var kvinner.

Den største gruppen av informanter var beboere ved ankomstsenteret og i transittmottakene. Vi intervjuet i alt 24 beboere. Av disse var 12 kvinner og 12 menn, 6 intervjuer ble gjennomført på engelsk, 8 med tolk til tigrinja og 10 intervjuer ble tolket til arabisk.

Utvalget av informanter representerte ulike aldersgrupper og hadde stor spredning i utdanningsnivå. I intervjuene er informantene registrert med aldersintervaller for å bidra til reell anonymitet. Den største alderskategorien av informanter var unge voksne, i alderen 26–35 år.

Beboerens alder	18-25 år	26-35 år	36-45 år	46-55 år	56-65 år
Fordeling	7 (29%)	10 (42%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)	1 (4%)

Utdanningsnivå har stor betydning for hvordan den enkelte orienterer seg i Norge. I utvalget er det stor spredning, fra personer med tilnærmet ingen skolegang og personer med høyere grads universitetsutdanning:

Antall år på skole	0-6 års skolegang	7-10 års skolegang	11-12 års skolegang	13-15 års skolegang	16 + års skolegang
Fordeling	4 (17%)	5 (21%)	3 (12,5%)	9 (37%)	3 (12,5%)

Enkelte av informantene oppga at de selv var under behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er ingen informanter i utvalget på såkalt «helsehold».³

Transittmottak er et sted man bor fra noen uker og opp til nærmere et år. I utvalget av informanter er det en spredning i hvor lenge den enkelte har bodd i transittmottak. 46 prosent av informantene i denne undersøkelsen hadde bodd i mottakene mer enn 2 måneder.

Informantenes botid i mottaket	<=1 uke	<= 1 måned	<= 2 måneder	3-6+ måneder
Andel av informantene	5 (21%)	7 (29%)	3 (12,5%)	9 (37,5%)

³ For asylsøkere der det er mistanke om tuberkulosesykdom tilbyr UDI skjermede plasser i transittmottak, s.k. helsehold, mens de venter av prøvesvar om eventuell tuberkulosesykdom.

4.3 Intervjuer ved mottakene

Den viktigste kilden til informasjon i dette prosjektet er intervjuer gjennomført ved mottakene. Tre grupper er sentrale i formidlingen av helseinformasjon; beboerne selv, mottaksansatte og helsepersonell som leverer tjenester til beboerne. Det ble gjennomført totalt 46 intervjuer. Alle intervjuer ble gjort i februar 2017.

I denne studien valgt vi å benytte en-til-en semi-strukturerte intervjuer. Denne intervjuformen gir trygge rammer og ivaretar konfidensialitet for asylsøkerne som ved ankomst er i en sårbar situasjon.

Semi-strukturerte intervjuer er det vanligste intervjuformen i kvalitativ forskning. Intervjueren følger en intervjuguide med åpne spørsmål eller emner, der rekkefølgen for emnene kan variere.

Denne metoden gir dermed mulighet til å forfølge nye spor og tema som kommer frem i intervjusituasjonen og kan fylle ut bildene som tegnes. Når slike intervjuer er utført på en sensitiv og åpen måte, har informanten mulighet til å formidle hva de synes er viktig, noe som også bidrar til ny kunnskap.

For hver gruppe (asylsøkere, mottaksansatte og helsepersonell) ble det utviklet et semi-strukturert intervjuguide. Disse ble utviklet i fellesskap av prosjektteamet og testet med pilot-intervjuer der ansatte ved NAKMI var informanter. Testintervjuene ble gjennomført med og uten tolk, og de ble tatt opp på tape og gjennomgått av prosjektteamet. Prosjektet gjennomførte de første intervjuene i Refstad transittmottak, og intervjuguidene ble deretter tilpasset og justert til sin endelige form.⁴

Tillit er viktig i intervjusituasjonen. Vi la derfor vekt på å gi intervjusituasjonen trygge og gode rammer og vi valgte å bruke litt tid i hvert intervju på å knytte kontakt og ha en åpen form i intervjusituasjonen. Mottakene stilte egne rom til disposisjon for intervjuene. Gjennomsnittlig intervjutid var rundt 50 minutter. Alle intervjuer ble foretatt uten innhenting av navn eller personsensitive data. Etter råd fra referansegruppen spurte vi heller ikke om landbakgrunn eller fødselsår, i og med at dette kan være sensitiv informasjon for en asylsøker. I stedet for benyttet vi aldersintervaller, som vist over, som svaralternativer. Informantene ble informert om at intervjuet ikke ville påvirke eller ha tilknytning til asylprosessen deres. Informantene ble spurt om samtykke til å gjennomføre intervjuet med lydopptak og undertegnet på et samtykkeskjema, der vi også ba om lov til å bruke dataene anonymt og til å gjengi sitater.

I intervjuene har vi hatt kvinner som har intervjuet kvinner og menn som har intervjuet menn, men vi har også hatt intervjuer der intervjueren og informanten har vært av forskjellig kjønn. Gitt at materialet er begrenset i omfang, kan vi ikke si noen om hvorvidt – eller på hvilken måte – kjønn har virket inn på intervjusituasjonen.

Alle intervjuer ble tatt opp på lydfiler og dataene ble deretter bearbeidet skriftlig. Innhold og funn ble analysert og diskutert i teamet bestående av fagpersoner fra NAKMI og FHI, og drøftet videre med Referansegruppen.

⁴ Intervjuguidene er vedlegg 2.

4.4 Kartleggingssamtaler med organisasjoner og etater

Både ankomstsenteret og transittmottakene har samarbeid med flere frivillige organisasjoner. Enkelte organisasjoner produserer også helseinformasjonsmaterieil som kan være relevant for beboere i mottak.

For å få oversikt over organisasjonenes rolle i formidling av helseinformasjon gjennomførte vi i perioden 23.1.2017–27.4.2017 intervjuer med 29 organisasjoner og etater. Enkelte organisasjoner hadde mye å fortelle, mens andre ikke hadde aktiviteter knyttet til transittmottakene. Samtalene varte fra tre minutter til seksti minutter. Intervjuerne tok notater underveis i samtalene og referatene fra telefonsamtalene ble sendt til informantene for å oppklare eventuelle misforståelser eller faktafeil.

Listen over institusjoner og frivillige organisasjoner ble utarbeidet av prosjektgruppen og ble utvidet etter «snøballmetoden», der vi spurte informantene om de selv visste om andre organisasjoner som formidlet informasjon til målgruppen. Vi spurte også ansatte på mottakene om de kjente til organisasjoner, og én organisasjon ble kontaktet etter informasjon fra et mottak.

Informantene ble valgt etter henvisning fra generalsekretær, sentralbord eller presseansvarlig, eller utfra organisasjonenes nettside. I noen organisasjoner har vi snakket med flere personer, enten fordi organisasjonen har flere organisasjonsledd som har aktiviteter i ulike transittmottak, eller fordi informanten har anbefalt flere personer i organisasjonen som kunne gi utfyllende informasjon.

Organisasjonene vi har intervjuet har hatt en tilknytning til helsefeltet. Utvalget gir dermed ingen fullstendig oversikt over alle organisasjoner som kan ha aktiviteter på transittmottakene, og lokale fotballag og andre idrettslag er ikke med i utvalget.

Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide under intervjuene. I intervjuguiden ble begrepet helseinformasjon delt i tre underkategorier: helserettigheter, helsesystemet, helsefremmende og forebyggende informasjon.

4.5 Dokumentasjon av visuelt informasjonsmaterieil

Som en del av oppdraget har vi også forsøkt å danne oss et inntrykk av hva ankomstsenteret og transittmottakene har av oppslag, plakater, postere, brosjyrer, filmer mv. som formidler informasjon om helse, helserettigheter eller helsesystem. Vi har samlet fotodokumentasjon av oppslag, plakater og postere som finnes tilgjengelig i fellesområder, i og utenfor bygninger som ankomstsenteret og transittmottakene disponerer. Fotodokumentasjonen er samlet i egne filmapper som er oversendt oppdragsgiver sammen med rapporten. Vi har ikke vært på beboeres rom eller i alle fellesrom. Dokumentasjonen gir dermed et inntrykk av hva som typisk finnes, men gir ikke nødvendigvis et fullstendig bilde.

Del 2: Rammefaktorer

5. Statlig kommunikasjonspolitikk

Beboere i ankomst og transittmottak har, som landets befolkning for øvrig, både behov for og rett til informasjon. UDI er som statlig etat ansvarlig for å legge til rette for god og relevant informasjon. Målene for den statlige kommunikasjonspolitikken er nettopp at innbyggerne skal få korrekt og klar informasjon om sine rettigheter, plikter og muligheter, ha tilgang til informasjon om statens virksomhet, og inviteres til å delta i utformingen av politikk, ordninger og tjenester (3).

Forutsetningene for å nå målene er at etatene må ha kunnskap om sine målgruppers behov, forutsetninger og synspunkter. Etatene skal også bruke et godt og klart språk som kan forstås av alle, sikre at offentlig informasjon og kommunikasjon er pålitelig og samordnet, kommunisere og informere målrettet og effektivt slik at målgruppene kan nås, utnytte mulighetene som ligger i ny teknologi og nye kanaler effektivt og formålstjenlig og sist men ikke minst vise respekt og imøtekommenhet i sin kommunikasjon.

Tilrettelagte kommunikasjonstiltak fordrer ofte en kommunikasjonsstrategi eller en kommunikasjonsplan. En kommunikasjonsstrategi består gjerne av 1) en analyse av nå-situasjonen, 2) ønsket situasjon, og 3) tiltak for å komme fra nå-situasjonen til ønsket situasjon (4). En kommunikasjonsplan bør i tillegg inneholde situasjons- og problemanalyse, mål, målgrupper, strategivalg, budskap, informasjonskanaler og informasjonsbærere, materialvalg- og utforming, tiltak og handlingsplan, kostnadsoverslag, vurdering av effekter, og informasjon internt og eksternt (5).

Når det gjelder informasjonskanaler og informasjonsbærere, er viktige spørsmål hvem vi når, hvem vi ikke når, hvilke følger kommunikasjonen kan ha, utilsiktede effekter, om budskapet endrer seg på grunn av kanalen, eller om kanalen kan bidra til å utjevne ressurskjevheter, eller å øke dem.

Kommunikasjon om helse handler spesifikt om å motta, handle eller svare på budskap som søker å bedre helsetilstanden (6). Helsekommunikasjon kan beskrives som en prosess som går i mange retninger. Kommunikasjon kan ha sitt utspring i at eksperter eller myndigheter har behov for å formidle (top-down), og også oppstå ved at befolkningen etterspør informasjon (bottom-up), for eksempel gjennom søk på internett. Kommunikasjon kan også være generert av brukere og delt «sideveis».

I avsnittene der vi presenterer funnene i dette prosjektet, vil vi diskutere nærmere hvordan beboere, helsepersonell og mottaksansatte beskriver etterspørsel, mottakelighet og kommunikasjonsveier for helseinformasjon i ankomstsenteret og transittmottakene.

6. Helseinformasjon –kunnskapsgrunnlag og regelverk

6.1 Relevant forskning på helseinformasjon

I januar 2017 gjennomførte biblioteket ved Folkehelseinstituttet et litteratursøk for å undersøke hva som finnes av relevant litteratur og vitenskapelige artikler om helseinformasjon til asylsøkere i Norge. Søket hadde ingen begrensning knyttet til utgivelsesår og inkluderte artikler publisert på engelsk og

norsk. Søket benyttet Medline, Embase, Cochrane Library, Web of Science, og Swemed. Det ble brukt søkeord på engelsk og norsk og disse inkluderte ord som: asylsøkere, flyktninger, transitt, kommunikasjon, helse, informasjon, health literacy, ankomstsenter, transittmottak.

Basert på søkekriteriet fant litteratursøket 291 artikler. Av disse handlet 51 artikler temaer som i større og mindre grad kunne belyse temaet i denne rapporten. Disse omfatter artikler om flyktninger i Norge og psykisk helse (7–20), allmennlegers utfordringer i arbeidet med flyktninger (21–27), kultur og helse (28–31), tuberkulosekontroll (32–38), innvandreres bruk av helsetjenester (39,40), helse og tilgang til tjenester blant innvandrerbarn (41–45), bruk av tolk og oversetting i helsetjenesten (46–50), kommunikasjon lege– pasient (51), vaksinasjon (52), diabetes (53), “health literacy” (54), fødselsomsorg og innvandrerkvinner (55), smittsomme sykdommer (56), og kroniske lidelser (57).

Litteratursøket fant ingen vitenskapelige artikler som hadde informasjon om helsetjenester eller helserettigheter til asylsøkere i Norge som hovedtema, noe som kan gi en indikasjon om at det er behov for mer forskning på dette feltet. Om det er sparsommelig med forskning på helseinformasjon til asylsøkere, finnes det undersøkelser som ser på informasjon til asylsøkere mer generelt. En oppdragsbasert brukerundersøkelse om informasjon til asylsøkere fra 2016 (58) og en kartlegging av informasjon til beboere i mottak fra 2009 (59) er særlig relevante. Begge studiene diskuterer om informasjonen beboerne får oppleves som relevant sett i lys av den enkeltes situasjon, og det er flere fellestrekk mellom undersøkelsene som ble gjennomført i 2009 og 2016 og funnene i denne rapporten.

6.2 Hvem har formelt ansvar for å informere om helse og helsetjenester?

Flere etater henter inn eller formidler helseinformasjon i ankomstsenteret og transittmottakene.

Politiets utlendingsenhet (PU) er asylsøkerens første møte med offentlige myndigheter i Norge. PU gir ikke direkte informasjon om helse, men stiller enkelte spørsmål om helse når en asylsøker registrerer søknaden om beskyttelse.

Driftsoperatørene, gjennom de ansatte på mottakene, er sentrale kilder til informasjon. Krav til informasjonsarbeid i statlige mottak er nedfelt i rundskriv fra UDI til driftsoperatørene av mottakene⁵. Det stilles krav til tilbud om tolketjeneste og til informasjonsplaner som skal sikre at beboerne får nødvendig informasjon om rettigheter, saksgang og livet på mottaket.

Informasjonsplanene har ikke helse som hovedfokus, men inneholder bl.a. ansvar for å informere om branninstruks, viktige telefonnummer og fortelle om mottaksansattes taushetsplikt. Mottakene skal også gi informasjon om kvinner og barns rettigheter, om vold i nære relasjoner og konsekvensene av å bryte norsk lov, og det skal informeres om trafikkregler og egen sikkerhet i trafikken.

Helsetjenestenes ansvar for å gi informasjon til pasienter, gravide og ved konsultasjoner er nedfelt i flere lover og forskrifter. Helsepersonell – både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

⁵ Se vedlegg 1.

– har i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven et ansvar for å gi informasjon. Helsepersonell har også plikt til å forsikre seg om at innholdet i informasjonen blir forstått (60).

Alle beboere møter spesialisthelsetjenesten i Ankomstsenter Østfold ved gjennomføringen av den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen. Undersøkelsen er regulert gjennom forskrift for tuberkulosekontroll (61). Forskriften angir ingen plikt til å gi informasjon i tilknytning til undersøkelsen, men informasjonsplikten som ligger i Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder også her. Det er ikke en plikt å formidle informasjon om resultatet av undersøkelsene til den enkelte, dersom prøvesvarene er negative. Positive prøvesvar skal følges opp av kommunehelsetjenesten.

Hvilke retningslinjer som gjelder for informasjonsarbeid som helsepersonell utfører i ankomstsenter og transittmottak er, så langt vi har funnet, ikke systematisk beskrevet eller nedfelt i noen felles informasjonsplan.

Helsedirektoratets veileder for helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (62) beskriver helsepersonells ansvar for å bestille tolketjenester. Veilederen peker på at det er viktig å gi informasjon, og nevner spesielt tema knyttet til seksuell og reproduktiv helse og oppfordrer videre til at «*Helsetjenestene bør tilstrebe et godt samarbeid med det lokale mottaket slik at beboerne sikres nødvendig og forståelig informasjon om rettigheter og helsetjenestetilbud i Norge og lokalt.*» (62) (s. 6)

Veilederen inneholder ingen samlet informasjonsplan eller anbefalinger om hva helsepersonell bør informere om i ankomstsenteret eller i transittmottakene.

Lov om pasient- og brukerrettigheter

§ 3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon: Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (...)

§ 3-5 Informasjonens form: Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.

6.3 Retten til tolk

Mange asylsøkere vil være avhengig av tolk for å forstå informasjonen som formidles. Retten til tolk er nedfelt i ulike rundskriv fra UDI og i særlovgiving for etatene (63,64). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at informasjon skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger som kulturell og språklig bakgrunn. Både mottaksansatte og helsepersonell har ansvar for å sørge for nødvendige tolketjenester (62–65). Det er etter forvaltningslovens bestemmelser forbud mot å bruke barn som tolk (66).

7. Helserettigheter

En person som har søkt om beskyttelse i Norge har rett til helsetjenester på linje med befolkningen for øvrig (62). Dette gjelder også tannhelsetjenester. Asylsøkere blir innmeldt i folketrygden når søknaden er registrert hos politiets utlendingsenhet ved ankomst. For asylsøkere som bor i ankomstsenter og transittmottak betaler UDI beboernes egenandeler.

7.1 Retten til likeverdige helsetjenester

Alle barn under 18 år har rett til både helse- og omsorgstjenester. Voksne asylsøkere har rett til helsetjenester, men ikke rett til ordinære omsorgstjenester. Dersom en voksen asylsøker har særskilte behov skal UDI etter forskriftene sørge for et tilrettelagt botilbud.

Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013– 2017 understreker betydningen av likeverdige tjenester. Dette forutsetter at tjenestene tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, og at det f.eks. brukes kvalifiserte tolker. Likeverdige helsetjenester forutsetter også at helsepersonell på alle nivåer har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om innvandrerbefolkningens helsesituasjon. I to undersøkelser gjennomført for Helsedirektoratet i henholdsvis kommuner med asylmottak og blant ledere av psykisk helsevern for barn, unge og voksne (BUP og DPS) oppga ansatte i både kommunale helsetjenester og i spesialisthelsetjenesten at de hadde behov for å styrke sin kulturforståelse og kompetanse på flyktningers helse (67).

7.2 Kommunenes ansvar

Kommunene har ansvar for å tilby helsetjenester til alle som oppholder seg i kommunen, mens UDI har ansvar for å tilrettelegge for at beboere i mottak får tilgang til helsetjenester når de trenger det. Dersom en asylsøker velger å bo privat, bortfaller den økonomiske støtten fra UDI og vedkommende må selv betale ordinære egenandeler ved konsultasjoner og undersøkelser.

Gravide har rett til svangerskapsoppfølging og frivillig hiv-testing. Barn har rett til vaksiner i henhold til det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet, og dersom barn under 15 år bor i store, tettbodde mottak, anbefaler Folkehelseinstituttet at disse får tilbud om vaksine mot meslinger, kuma og røde hunder (MMR-vaksine) allerede ved ankomst, med mindre de tidligere har hatt disse sykdommene eller er vaksinert tidligere.

Retten til helsetjenester (68):

- *Asylsøkere har samme rett til helsetjenester som resten av befolkningen. Retten til helsehjelp gjelder fra de kommer til Norge for å søke beskyttelse (asyl).*
- *Rettighetene omfatter både somatisk (fysisk) og psykisk helsehjelp fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, inkludert hjelp for rusmiddelproblemer.*
- *Barn under 18 år som oppholder seg i Norge har rett til både helse- og omsorgstjenester. Alle barn har rett til helseundersøkelser og vaksinasjon i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.*
- *Voksne asylsøkere som bor i asylmottak har ikke rett til omsorgstjenester. De kan likevel få omsorgstjenester hvis de er bosatt i en kommune med særlig avtale mellom utlendingsmyndighetene og den enkelte kommunen.*
- *Asylsøkere har rett til nødvendige tannhelsetjenester.*

Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (IS-1022) beskriver hvilke helseundersøkelser og kartlegginger kommunene bør tilby asylsøkere.

Utdrag fra Veileder IS-1022 (62):

Om tidlig kartlegging: «Personer med særskilte behov bør identifiseres og følges opp så tidlig som mulig etter ankomst til landet.

En innledende helsekartlegging vil kunne bidra til å avdekke akutte helseplager i en tidlig fase og sørge for nødvendig behandling. Asylsøkere med oppfølgingsbehov bør identifiseres tidlig for å ivareta sikkerheten i mottak og i samfunnet for øvrig.

Gravide, personer med funksjonsnedsettelse, personer med symptomer på sykdom (somatisk eller psykisk) og andre som vurderes som risikogrupper bør sikres nødvendig helsehjelp så tidlig som mulig etter ankomst til landet.

Personer som har en alvorlig smittsom sykdom, risiko for å utøve vold eller risiko for villet egenskade, herunder selvmordsforsøk, skal umiddelbart følges opp av helsetjenesten. Tidlig intervensjon og behandling vil kunne forebygge forverring av tilstander og utvikling av kroniske helseplager.

Kartleggingen bør gjøres av sykepleier eller annet kvalifisert helsepersonell. Samtalen bør tilrettelegges via kvalifisert tolk (...)»

Om helseundersøkelse tre måneder etter ankomst:

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene ved tre måneder etter ankomst til landet tilbyr en helseundersøkelse til alle flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente for å kartlegge helsetilstand og eventuelle behov for psykisk og/eller somatisk oppfølging. Skjema for helseundersøkelse (PDF) anbefales brukt som hjelpemiddel.»

8. Helsestatus blant asylsøkere

Asylsøkere og flyktninger er svært heterogene grupper. Nyankomne innvandrere – også asylsøkere og flyktninger – er erfaringsmessig stort sett friske når de kommer til landet (69), men helsestatus vil likevel variere avhengig av forholdene i landet personen kommer fra, og den vil være påvirket av individuelle faktorer som alder og utdanning, og av den enkeltes sosiokulturelle, psykososiale og økonomiske bakgrunn. Selve fluktruten, og tiden flukten har vart, vil også påvirke helsetilstanden til den enkelte. Lange opphold i flyktningeleirer, traumatiske opplevelser og hendelser vil sette spor.

En undersøkelse av over 4000 asylsøkeres helse etter ankomst til Belgia, fant at de vanligste helseproblemene var luftveisinfeksjoner (35,5 prosent), sår og skader (11,6 prosent), tannhelseproblemer (9,5 prosent), hudinfeksjoner (8,6 prosent), mage-tarmproblemer (7,8 prosent) og muskel-skjelett plager (7,8 prosent) (70).

8.1 Smittsomme sykdommer

Sykdommene det er størst sjanse for at asylsøkere blir smittet av er forkjølelse og vanlige luftveisinfeksjoner og mage-tarminfeksjoner (diaré). Asylsøkere smittes av de samme bakteriene og virusene som sirkulerer i Norge. Mottakene forteller også om noen tilfeller av skabb.

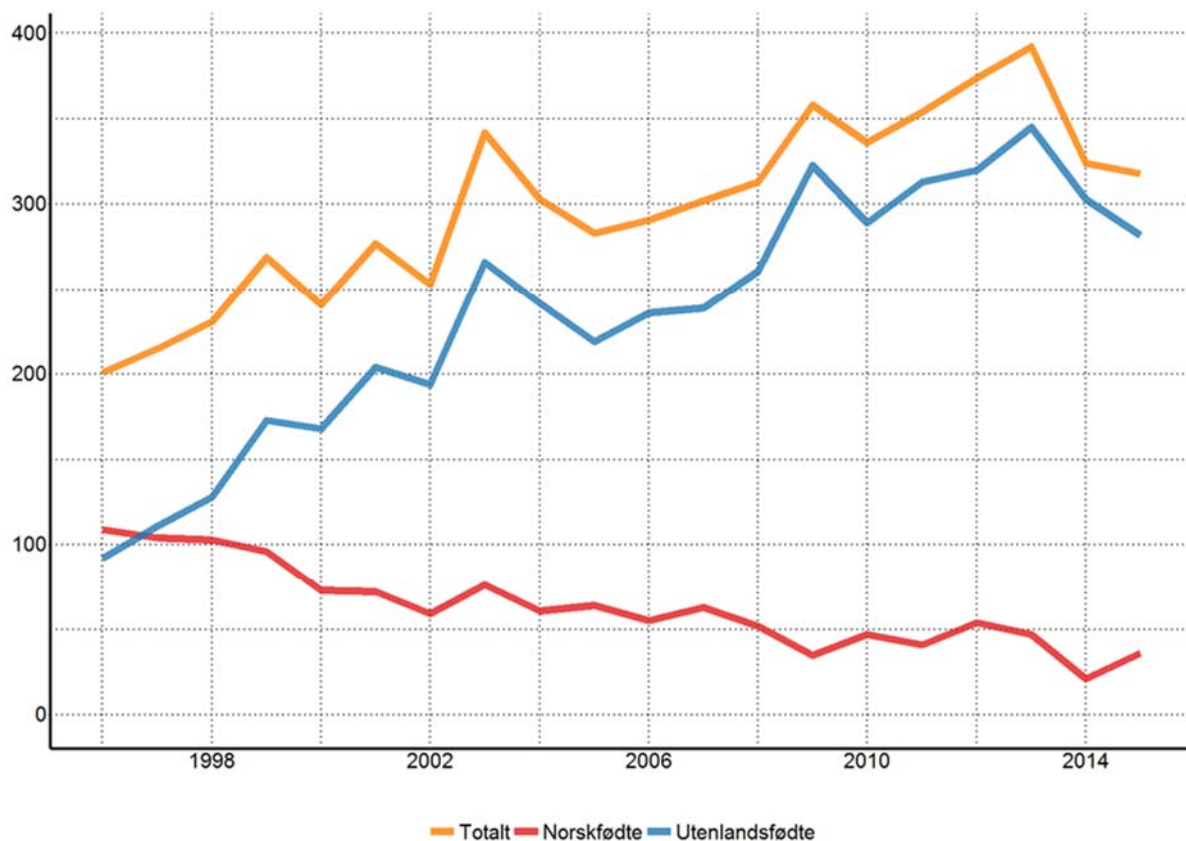
Forekomsten av hiv og kronisk hepatitt B er høyere blant innvandrere med fødeland utenfor Europa enn blant personer født i Norge. Disse infeksjonssykdommene meldes til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet (71). MSIS kan for hivinfeksjon og hepatitt B i liten grad skille mellom asylsøkere, familiegjennforente og innvandrergupper med annet oppholdsgrunnlag i Norge. I tiårsperioden 2006–2015 utgjorde innvandrere født utenfor Europa 51 prosent (1322/2580) av alle meldte tilfeller av hiv og 80 prosent (5378/6766) av alle meldte tilfeller av kronisk hepatitt B. Økningen i antall nyankomne asylsøkere i 2015 medførte ingen økning i antall påviste tilfeller av hiv-infeksjon. Det ble observert noe økning av bærerskap av hepatitt B.

8.2 Tuberkulose

I Norge og andre europeiske land brukes det betydelige ressurser for å avdekke, behandle og forebygge spredning av tuberkulose. I 2016 ble det oppdaget og meldt 298 tilfeller av tuberkulosesykdom i Norge (71). Av disse var 33 født i Norge og 137 hadde kommet til landet som asylsøkere. Til tross for stor innvandring av asylsøkere var det en reduksjon av antall personer med tuberkulosesykdom i 2015 (72). Dette henger sammen med at de som kom i 2015 var fra land med lavere forekomst av tuberkulose enn innvandrere som hadde kommet tidligere år. I 2015 ble det diagnostisert 318 tilfeller av tuberkulose i Norge, hvorav 159 hadde bakgrunn som asylsøkere. I 2014 var antall tilfeller 324 og av disse hadde 170 personer bakgrunn som asylsøkere.

I Norge skal alle flyktninger og asylsøkere gjennomføre en tuberkuloseundersøkelse ved ankomst (innen 14 dager). Dette er en obligatorisk, forskriftspålagt undersøkelse som bidrar til at aktiv smittsom tuberkulose raskt fanges opp. Rundt hvert enkelt sykdomstilfelle vil det videre gjøres smitteoppsporing. Tuberkulose er en alvorlig sykdom, men mindre smittsom enn mange andre infeksjonssykdommer. Dagens rutiner for å avdekke, behandle og forebygge spredning av tuberkulose medfører at det er svært lav smitterisiko for den øvrige befolkningen.

Tuberkulose tilfeller meldt MSIS 1990-2015 etter fødested



8.3 Ikke-smittsomme sykdommer og tannhelse

Vi har begrenset informasjon om forekomst av ikke-smittsomme sykdommer (f.eks. diabetes, kreft og hjerte-karsykdommer) blant asylsøkere i Norge. Vi har også lite informasjon om tannhelse ved ankomst til landet. Studien fra Belgia, nevnt over, viste at nærmere en av ti nyankomne asylsøkere og flyktninger hadde dårlig tannhelse (70). En nyere internasjonal kunnskapsoppsummering om flyktninger og asylsøkeres tannhelse konkluderte også med at tannhelse er et betydelig problem for disse gruppene (73).

Det finnes flere internasjonale studier om forekomst av ikke-smittsomme sykdommer blant asylsøkere og flyktninger. I en amerikansk studie (74) fant man at blant flyktninger og familiemedlemmene deres hadde (hovedsakelig personer fra Midtøsten):

- Halvparten hadde minst én kronisk ikke-smittsom sykdom
- Halvparten var overvektige
- 15 prosent hadde psykiske helseplager
- 13 prosent hadde høyt blodtrykk

8.4 Psykisk helse og traumer

Internasjonal forskning estimerer at ca. 44 prosent av flyktninger opplever depresjon og 30 prosent opplever post-traumatiske stress (75,76). I Norge oppsøker en større andel av flyktninger fastlegen på grunn av psykiske plager, enn andre innvandrere (77).

Fire av ti enslige mindreårige asylsøkere sliter med en psykisk lidelse fire måneder etter ankomst til Norge (78). Videre viser internasjonal forskning at asylsøkere er mer utsatt for psykiske plager enn flyktninger som har fått opphold (79,80).

Barn og voksne som har vært utsatt for traumer, kan også ha en økt sårbarhet både for senere traumer og for vanlige, belastninger i hverdagen (19,81–83).

Foreldre som har vært utsatt for komplekse traumer, kan også ha nedsatt omsorgsevne for barna sine. Dette og barnas egne krigsopplevelse sammen med fravær av skolegang, mangel på mat, helsetjenester osv. under reisen, kan øke risikoen for mangelfull kognitiv og psykisk utvikling. Økt risiko for traumerelatert familievold er også en bekymring (84).

Selv om mange barn og voksne vil kunne lære seg å mestre traumene og konsekvensene, er risikoen for psykiske plager og lidelser høyere blant asylsøkere og flyktninger sammenlignet med andre innvandrergupper, også over tid (45,85).

Del 3: Funn, diskusjon og konklusjoner

Hvordan får asylsøkere helseinformasjon i transittfasen? Hvem formidler helseinformasjon? Hvilken type helseinformasjon får asylsøkerne i denne fasen og i hvilken grad opplever asylsøkerne informasjonen de får som tilgjengelig og relevant?

I de neste kapitlene vil vi presentere funnene fra undersøkelsene i lys av hovedspørsmålene og beskrive hvordan beboere, mottaksansatte, helsepersonell, Politiets Utlendingsenhet og organisasjonene selv beskriver informasjonsarbeidet i Ankomstsenter Østfold og i transittmottakene.

Mye av helseinformasjonen som formidles i transittmottakene er knyttet til beboernes individuelle helsebehov og til konsultasjoner med helsetjenesten. Informasjon og helsetjenestetilbud henger sammen, og vi har derfor inkludert et kapittel om informantenes refleksjoner om helsetjenestene i transittmottakene.

I diskusjonskapitlet vil vi drøfte funnene utfra en kommunikasjonsfaglig vinkel og diskutere informasjonsarbeidet utfra *kilder, kanaler, budskap, mottaker og kontekst*.

I siste kapittel oppsummerer vi konklusjoner og presenterer rapportens anbefalinger til hvordan helseinformasjonsarbeidet i Ankomstsenter Østfold og transittmottakene kan styrkes.

9 De første dagene – Ankomstsenter Østfold

9.1 Organisering av ankomstsenteret

De fleste som søker om beskyttelse i Norge våren 2017, kommer til Ankomstsenter Østfold. I senteret vil de fleste asylsøkere møte helsetjenesten i Norge for første gang.

Ankomstsenteret er rigget for å kunne ta imot mange mennesker, hele døgnet, og samtidig kunne håndtere en høy gjennomstrømming av asylsøkere. Ankomstsenteret er lokalisert inne i en stor hall (tidligere kjøpesenter) og har både kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste tilstede i senteret. Den kommunale helsetjenesten ligger under kommunelegen i Råde, mens Sykehuset Østfold har ansvar for spesialisthelsetjenesten ved senteret.

Senteret har et «flyt-design» som skal sikre at alle som kommer får gjennomført de nødvendige prosedyrene, på relativt kort tid. Oppholdstiden ved Ankomstsenteret vil for de fleste beboere være fra ca. 48 timer opp til noen dager.

Ankomstsenteret skal legge til rette for at beboerne får registrert asylsøknaden sin og at den enkelte får gjennomført den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen. Senteret er delt inn i 4 soner med ulike gjøremål i hver sone. Beboerne beveger seg fysisk fra sone til sone, før den enkelte kommer inn i en stor telteleir. Dusjer og vasker finnes inne i selve telteleiren. Kantinetelt og toaletter er lokalisert utenfor selve telteleiren. Det er generelt ikke tillatt med mat i telteleiren.

Asylsøkernes møte med ankomstsenteret skjer i sone 1. Sone 1 er en ankomstsal der den enkelte gjennomfører en egenregistrering og får utdelt et ID-kort for bruk på senteret. I sone 2 er det sikkerhetssjekk med gjennomlysing av bagasje. I sone 3 får alle utdelt klær, sko og en hygienepakke med såpe, tannbørste, tannkrem mv. I sone 3 må alle asylsøkere skifte til klærne de har fått utdelt og

pakke sine egne klær og enkelte eiendeler i plastsekker som leveres inn til frysing. Grunnen til at man kuldebehandler alt tøy og enkelte eiendeler er å forebygge spredning av veggedyr. Tøy og eiendeler leveres tilbake etter 48 timer. Fra sone 3 går asylsøkeren videre til sone 4. Sone 4 er en ventesone hvor søkeren skal registreres hos Politiets utlendingsenhet og ta fingeravtrykk. Alle, både voksne og barn, skal også innom den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen. Dette gjennomføres av Sykehuset Østfold på ankomstsenteret, og skjer normalt i tilknytning til sone 4.

Fra sone 4 vises den enkelte inn i teltleiren der man får tildelt en seng i et telt og en sengetøypakke. En miljøarbeider følger asylsøkeren til teltet, påser at sengen blir redd opp og viser dem hvor kantinetelt, toaletter og dusjer er. Kapasiteten i teltene er 20 og 40 personer og teltleiren kan rigges med inntil 1000 sengeplasser, dersom situasjonen krever det. Det er egne telt for kvinner og menn og familier kan bo samlet i et eget område i senteret.

9.2 Informasjonskilder i ankomstsenteret

Hovedkilden til informasjon for beboere på ankomstsenteret skjer muntlig gjennom møtepunkter der den enkelte er i kontakt med Politiets utlendingsenhet, helsepersonell, ansatte ved mottaket, NOAS og andre beboere. Noe informasjon gis på individuelt plan av ansatte i mottaket. For personer som oppsøker helsetjenesten vil det bli gitt informasjon knyttet til konsultasjoner på helsekontoret. Helseinformasjon formidles også over skjermer, videoer, gjennom brosjyremateriell, plakater og oppslag. Ansatte gir systematisk informasjon til alle nyankomne under en omvisning i ankomstsenteret.

På spørsmål om hvem som har ansvar for å informere beboerne om helse og helserettigheter er både ansatte på ankomstsenteret og helsepersonell enige om at det er et ansvar som først og fremst ligger hos personalet i helsetjenestene. Ansatte i senteret formidler mye informasjon, men først og fremst som respons på henvendelser fra beboerne selv. Også NOAS har oppgaver knyttet til formidling av helserettigheter.

De ansatte i ankomstsenteret og i helsetjenestene gir uttrykk for at det er et godt samarbeid på tvers av sektorene, men de vet likevel lite om hvilken helseinformasjon som gis i senteret, utover det de selv formidler.

9.3 Politiets utlendingsenhets rolle

Politiets utlendingsenhet (PU) har en registreringssamtale med alle asylsøkere. I denne samtalen, som skjer med tolk, oppgir PU at de kan stille enkelte spørsmål av helsemessig karakter. PU kan også spørre eksplisitt om bruk av medisiner, om psykiske plager eller andre forhold knyttet til helse.

Spørsmålene PU stiller registreres som del av saksgrunnlaget for den enkelte. PU oppgir at de ikke formidler helseinformasjon til asylsøkerne, men at de kan gi informasjon om hvor den enkelte kan henvende seg for å få helsehjelp.

Beboerne beskriver registreringssamtalen som et møtepunkt der PU understreker at det er viktig å si fra om man har medisinske behov. Enkelte er usikre på om helsetilstanden deres kan påvirke asylsaken, men mange virker å være informert om at eventuelle sykdommer, skader eller plager ikke

gir negativt utslag på behandlingen av asylsøknaden.

9.4 Informasjon fra mottaksansatte i ankomstsenteret

Ankomstsenteret har ansatte som arbeider som miljøarbeidere og sosialkonsulenter. Informantene forteller at det ved store ankomster ofte er miljøarbeider eller sosialkonsulent tilstede i sone 1 som hjelper asylsøkerne med egenregistreringen. Informantene forteller at de også fanger opp helsebehov og melder fra til den kommunale helsetjenesten ved senteret når de oppfatter at personer trenger medisinsk tilsyn.

Ansatte forteller om mange møter med beboerne, om spørsmål og om hendelser.

«De kommer til oss og spør om alt mulig, barnemat og alt mulig.»

Ansatt i ankomstsenteret/transittmottak

I telteleiren blir beboerne vist rundt av ansatte ved mottaket. Informasjonen på omvisningen følger et skjematisk oppsett og de nyankomne får informasjon om «livet i leiren», om måltider, dusj og toaletter, om brannvern og ordensregler. Det informeres også om at vannet i kranene kan drikkes, at beboerne bør benytte spritdispensere (antibac) som står tilgjengelig i telteleiren før de går inn i kantineteltet og enkelte gir sporadisk informasjon om tema som snø, is, kalde gulv i leiren osv.

«Jeg har sagt det flere ganger til foreldrene at ungene må ha på seg sokker, for det er alt for kaldt å tråkke på (betonggulvet). Sånn informasjon bare gir vi til dem, det er litt logisk når du ser en unge uten sokker.»

Ansatt i ankomstsenteret/transittmottak

Ankomstsenteret ligger tett på E6 og trafikkerte veier. Trafikksikkerhet er dermed et relevant tema som dekkes i informasjonsopplegget.

Ansatte gir også informasjon om at senteret har helsetilbud og at den enkelte kan henvende seg i senterets resepsjon for å få informasjon og time hos kommunehelsetjenesten. Gravide oppfordres til å ta kontakt for oppfølging fra helsetjenesten.

Omvisningen har ikke helse eller helserettigheter som fokus og informasjonen som gis om disse temaene er begrenset. Ansatte vil sporadisk informere beboere om at de har rett til tolk ved konsultasjon hos lege/sykepleier eller opplyse om at beboere har fulle rettigheter til helsetjenester uten å betale for tjenestene, men dette er ikke informasjon som gis systematisk eller til alle. Det samme gjelder opplysninger om at helsetjenesten har taushetsplikt.

Omvisningen gjennomføres på det språket de ansatte snakker, ofte engelsk, men den kan også gjennomføres på andre språk dersom det er mottaksansatte på jobb som snakker et språk de nyankomne forstår bedre. Fra tid til annen vil beboere som snakker engelsk tolke for de andre.

Miljøarbeidere og sosialkonsulenter er alltid tilstede i telteleiren og svarer på ulike spørsmål og henviser videre til helsetjenesten ved behov.

Ansatte forteller at sosialkonsulentene vil følge opp og formidle kontakt til helsetjenesten dersom de får mistanke om at noen har vært utsatt for overgrep eller partnervold. De formidler også informasjon om rettigheter i tilknytning til den aktuelle situasjonen til beboeren.

Dersom en beboer velger å flytte privat ved avreise fra ankomstsenteret bortfaller UDIs økonomiske støtteordninger og den enkelte må selv betale ordinære egenandeler for helsetjenester. Ansatte ved ankomstsenteret forteller at de gir informasjon til de som velger å flytte privat, bl.a. om egenandeler.

9.5 Informasjon fra helsetjenesten

For en beboer som ønsker informasjon er det mange møtepunkter hvor man kan stille spørsmål. Den enkelte kan selv henvende seg til resepsjonen eller til en av de ansatte ved mottaket og be om en helsekonsultasjon. Sykepleier og annet helsepersonell går også rundt i leiren for å se om noen trenger helsehjelp.

«Vi går rundt og patruljerer, og da har vi på blå sykepleierdrakter så vi er godt synlige. De skjønner fort at det er helserelatert så de tar veldig fort kontakt når de ser de blå.»

Ansatt i helsetjenesten

I resepsjonsområdet har helsetjenesten en egen informasjonsluke. Våren 2017 har det imidlertid vært gjennomgående lavt belegg ved ankomstsenteret, og informasjonsluken som helsetjenesten disponerer synes ikke å være satt opp med regelmessig bemanning.

Barn under 15 år får tilbud om vaksiner mot meslinger, røde hunder og kusma (MMR) i senteret. Ved vaksinasjoner er det ikke tolk tilstede. Helsepersonell forteller at de bruker en kombinasjon av tegnspråk og et ark der navnet på vaksinen er skrevet på flere språk. I enkelte situasjoner vil andre beboere eller ansatte som kan flere språk, bli tilkalt for å oversette spørsmål om vaksinasjonsstatus hos barnet. Med mindre foreldrene kan engelsk, er informasjonen som gis begrenset.

Beboere som oppsøker helsetjenesten vil ifølge de ansatte få informasjon som er direkte relevant for den enkeltes situasjon. En pasient med mistanke om tuberkulosesykdom vil for eksempel informeres om sykdommen, bli forklart hvordan behandlingen er lagt opp, informeres om meldeplikt, at behandling er gratis og at man har rett til å være i landet mens behandlingen foregår.

Helsepersonell forteller at de ofte gir beskjed om at UDI betaler for konsultasjonene. De gir lite informasjon om hvordan helsetilbudet er organisert i Norge utover dette.

Helsepersonell ved senteret ser det først og fremst som sin oppgave å behandle det som er helt nødvendig. Beboerne er oftest på senteret svært kort tid, og det meste av informasjonen handler om helseproblemene «her og nå».

Helsepersonell har ikke noe fast informasjonsopplegg om helse generelt eller hvilke helsetjenester man har rett til, eller kan forvente å få.

9.6 Tuberkuloseundersøkelsen

Tuberkuloseundersøkelsen er, som tidligere nevnt, en obligatorisk lovpålagt undersøkelse, og den eneste faste kontakten alle beboere har med helsetjenesten i ankomstsenteret og/eller i transittmottaket. Selve undersøkelsen følger de retningslinjer som Folkehelseinstituttet gir og består pr. 1. mars 2017 av en klinisk undersøkelse for spedbarn under seks måneder, og av lungerøntgen og/eller blodprøver for andre aldersgrupper (86).

Informasjon om tuberkuloseundersøkelsen

Mange beboere forteller om mangelfull eller ingen informasjon i forbindelse med tuberkuloseundersøkelsen. Likevel har de fleste tilegnet seg noe informasjon og vet at de vil bli kontaktet og få nødvendig behandling dersom tuberkuloseundersøkelsen viser positive funn. Helsetjenesten opplever også at beboerne virker forberedt på undersøkelsen.

«Jeg vet ikke hvor mye informasjon de får av PU om hva som skjer her. Det virker som de er forberedt når de kommer til oss. De skjønner at de skal ta en eller en annen undersøkelse.»

Ansatt i helsetjenesten

Det er flere kilder til informasjon om tuberkuloseundersøkelsen. Ankomstsenteret informerer om undersøkelsen på skjermene i sone 4 og på venterommet hos Sykehuset Østfold. Informasjonen på skjermene er på flere språk, og det er noen bilder. Tegnspråk brukes også.

Selv om alle har mulighet til å se informasjonen på skjermene, vil beboere fra mindre vanlige språkgrupper ikke kunne lese tekstene. Helsepersonell beskriver imidlertid ikke dette som noe stort problem. Beboere spør ofte andre beboere om å oversette. Kommunikasjon mellom beboere er også til hjelp for personer som ikke kan lese. Det er ikke tolk til stede på venterommet eller ved undersøkelsene.

UDI gir kort informasjon om tuberkuloseundersøkelsen i en brosjyre som er tilgjengelig i ankomstsenteret (87), det samme gjør NOAS (88).

Spørsmål og bekymringer

Helsepersonell forteller at enkelte beboere har spørsmål eller bekymringer, for eksempel om stråling eller om hva man tester for i blodprøven (IGRA-test)⁶. Tjenesten opplever selv at de kan håndtere disse spørsmålene. Kommunikasjonen foregår stort sett på engelsk, direkte med den det gjelder eller ved at en annen beboer kan engelsk og oversetter. Dette gjelder kun for informasjon som ikke er personsensitiv. I noen tilfeller vil helsepersonell be om bistand fra kollegaer som kan oversette.

Det er klare begrensninger i hvor mye informasjon som formidles knyttet til tuberkuloseundersøkelsen og muligheten til å stille spørsmål er også svært begrenset. Hvorvidt beboerne forstår informasjonen ser ut til å variere.

⁶ IGRA-testen (Interferon-Gamma Release Assays) er en blodprøve som tester for tuberkulose.

9.7 NOAS rolle - informasjon om helserettigheter

NOAS organiserer møter for alle asylsøkere som kommer til ankomstsenteret. NOAS er en rettshjelpsorganisasjon hvis primæroppgave i ankomstsenteret er å gi informasjon og veiledning om asylprosessen. NOAS er mest opptatt av at helseopplysninger kan ha relevans for vurdering av asylsaken, bevis- og troverdighetsvurderingen og humanitære forhold.

NOAS gir informasjon om forbud mot kjønnslemlestelse av kvinner, tvangsekteskap og barneekteskap, og i den forbindelse om den seksuelle lavalderen i Norge. Her inngår også informasjon om mulighet for hjelpetiltak/bistand hvis man frykter eller har vært utsatt for slike overgrep.

Asylsøkere får se en film om asylprosessen og får med seg en brosjyre som er oversatt til 23 språk. I filmen og brosjyren, som handler om asylprosess, plikter og rettigheter som asylsøker, gis det også kort informasjon om retten til medisinsk behandling og kort informasjon om tuberkuloseundersøkelsen (88). Fra brosjyren:

*«Du testes for tuberkulose
I løpet av de første dagene på ankomstmottaket testes du for tuberkulose. Dette er obligatorisk for alle. Har du et alvorlig helseproblem som krever akutt behandling, bør du informere helsekontoret om det».*

I informasjonen og veiledningen som skal forberede søkere til asylintervjuet hos UDI, gis det generell informasjon om at eventuelle helseproblemer bør opplyses, og om mulig dokumenteres i asylsaken. Det understrekes at helseproblemer i seg selv sjelden gir rett til opphold, men at det kan være relevant særlig å opplyse om helseproblemer som har sammenheng med asylansørens (eksempelvis torturskader eller trauma som følge av krigshandlinger eller overgrep).

NOAS tilbyr bistand til å melde fra til UDI dersom en beboer har helseproblemer eller andre former for sårbarhet som tilsier at det kan være behov for særlig tilrettelagt asylintervju og/eller mottaksplassering.

Informasjon om rettigheter til helsetjenester utover det som opplyses i film og brosjyre, er ikke et tema i veiledningssamtalen hos NOAS, med mindre asylsøkere selv tar det opp.

NOAS anser at informasjon om betydningen av helseopplysninger i asylsaken har en viktig rettssikkerhetsdimensjon, som både asylsøkere selv, ansatte i helsetjenesten og mottaksansatte må være bevisste.

9.8 Bruk av tolk i ankomstsenteret

Generelt er det begrenset bruk av tolketjenester i ankomstsenteret. Tolketjenester er alltid tilgjengelig ved registreringsamtalen med PU og helsetjenesten benytter tolk ved individuelle helsekonsultasjoner. Det er ikke tilbud om tolketjenester i forbindelse med tuberkuloseundersøkelsen, eller omvisningen i telteleiren. Mottaksansatte kan rekvirere tolk ved særlig behov og personlige samtaler. Barn benyttes aldri som tolker. Dette er i tråd med gjeldende regelverk (63).

9.9 Visuell og skriftlig informasjon

Kartleggingen vi har gjort av visuelle og skriftlige kilder til helseinformasjon i ankomstsenteret avdekket lite skriftlig materiell, utover enkelte brosjyrer. Senteret formidler derimot skriftlig informasjon via skjermer. Informasjon formidles på flere språk på skjermer både i venterommene hos Sykehuset Østfold og i teltleiren. Gjennom tekst og bilder informeres beboerne om at helsepersonell er tilgjengelig på senteret og at den enkelte kan kontakte resepsjonen eller en miljøarbeider for å komme i kontakt med helsepersonell. Skjermene gir også informasjon om tuberkuloseundersøkelsen, og gravide blir oppmuntret til å ta kontakt med helsepersonalet for oppfølging. Det er UDI som er ansvarlig for tekst og innhold på skjermene. UDI har utarbeidet en brosjyre «Informasjon om Ankomstsenter Østfold og hva du skal gjøre her» der bl.a. tuberkuloseundersøkelsen nevnes.

Ankomstsenteret benytter også noen plakater og piktogrammer om for eksempel drikkevann, toalettbruk, håndvask, tilgang til kondomer, dusjetider og brannvern. Det er likevel relativt lite visuelt informasjonsmateriell, og film som formidlingsform brukes i begrenset grad.

9.10 Opplevtes helseinformasjonen i ankomstfasen relevant?

Beboere i ankomstsenteret har nylig kommet til landet, og mottaksansatte forteller at mange fortsatt mentalt sett er på flukt. Her og nå er for mange den viktigste dimensjonen. Asylprosessen, hvor man skal flytte etter ankomstsenteret, mulighetene for å få opphold og informasjon om situasjonen i hjemlandet opptar mange beboere, mens spørsmål om helse først og fremst er et tema som opptar beboere som har et konkret helseproblem. Disse personene er opptatt av å få hjelp og medisinsk behandling. For pasienter er informasjon om hvordan helsetjenesten fungerer, hva man kan forvente og hvordan behandling eventuelt følges opp etter flytting fra ankomstsenteret relevant.

Erfaringene blant ansatte er generelt at det er begrenset hva beboerne i denne fasen faktisk tar til seg og husker av informasjonen de får. Ansatte påpeker at informasjon som gis må gjentas flere ganger. Det er mye informasjon i ankomstsenteret, men ikke mye om helse, helsetjenestene eller helsesystemet utenfor senteret, med mindre man selv oppsøker helsetjenesten.

«Tankene deres er ikke at de er her, tankene deres er at de kom derifra – og med menneskene som er igjen (...) som de kanskje ikke har hørt om på veldig lenge (...)»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

10 Helsetilbudet i transittmottakene

Alle asylsøkere som kommer til et transittmottak har registrert asylsøknaden sin hos PU. De fleste overføres fra Ankomstsenter Østfold. Denne gruppen har i tillegg til registrering hos PU også gjennomgått tuberkuloseundersøkelsen. Asylsøkere kan også henvises til transittmottakene direkte fra PU, selv om dette pr. april 2017 kun gjelder et fåtall personer.

10.1 Tilgang til helsepersonell og behandling

Alle transittmottak, med unntak av Torshov transittmottak, har helsekontorer som bemannes av kommunehelsetjenesten. Helsekontorene er tilgjengelige og synlige for beboerne. Alt tyder på at beboerne lett orienterer seg om hvor helsekontoret ligger og om hvordan den enkelte kan komme i kontakt med tjenestene. Beboerne vet stort sett at helsetjenestene er gratis på transittmottaket, men enkelte oppgir at dette er informasjon de har fått fra andre beboere eller når de selv har vært til konsultasjon.

«De får nok vite av de andre beboerne også, og av de som jobber på mottaket når de tas imot av folk her (...) det tar ikke lang tid før man vet at vi er her. (...) Vi har kontoret i gangen rett innenfor resepsjon så det er ikke vanskelig å finne oss heller, (...) og man kommer direkte på døra selv, og det gjør de som oftest.»

Ansatt i helsetjenesten

Kommunehelsetjenesten er ansvarlig for å gi helsetilbud til alle som oppholder seg i kommunen. Beboere kan be om en time til helsekonsultasjon i resepsjonen i mottaket, eller ta direkte kontakt med helsekontoret selv. Sykepleiere er tilgjengelige de fleste dagene, mens mottakene har lege tilstede en eller to dager i uken. Pasienter blir hovedsakelig satt opp til en time med en sykepleier først, med mindre det er åpenbart at personen trenger en legetime. Ventetiden for en time med sykepleier er kort og de fleste får time i løpet av en eller to dager. Tolk bestilles i de fleste tilfellene, særlig for legetimer. Mottakslegen blir i praksis fastlege for alle beboere på mottaket.

«Noen ganger må [pasienten] vente til dagen etter hvis det ikke er akutt. De må vente for vi ønsker å ha tolk til stede. (...) Av og til så har de med seg en [som kan tolke], men det er bare for den første biten. Det er bare for å kartlegge om det er noe som vi må gjøre noe med nå, senere i dag eller om det er noe som kan vente til i morgen (...)»

Ansatt i helsetjenesten

Noen beboere blir også innkalt til en time, f.eks. i forbindelse med oppfølging av lungerøntgen og tuberkulosesvar, vaksinasjoner eller andre helseproblemer som ble oppdaget på ankomstsenteret.

Er situasjonen akutt kommer beboerne inn uten timebestilling. I akuttsituasjoner vil helsepersonell jobbe uten profesjonell tolk. I slike tilfeller vil ofte en annen beboer eller et familiemedlem bistå med oversetting. Ved behov bestilles ambulansetransport til legevakt eller sykehus.

Helsetjenesten på transittmottakene behandler først og fremst sykdommer, skader og lidelser som er akutte og ikke kan vente. Beboerne forteller at de får beskjed om at behandling for lidelser som ikke er akutte, for eksempel muskel- og skjelettlidelser, psykiske plager eller andre ikke-akutte medisinske problemer må vente til de kommer til et ordinært asylmottak.

Helsepersonell forteller at det generelt er begrenset kapasitet i kommunene til å tilby psykologhjelp eller oppfølging for psykiske helseplager som ikke er akutte. De opplyser at manglende kapasitet innen psykisk helse hjelp er vanskelig å håndtere. Flere pasienter blir henvist til utredning, men de færreste får behandling. Helsepersonell opplever at spesialisthelsetjenesten kun tar imot akutte tilfeller (hvor man er farlig for seg selv eller andre), selv om mange andre også har behov for hjelp og behandling. Deres inntrykk er at jo lengere man er i transitt, jo større blir den psykiske påkjenningen og behovet for hjelp øker.

Helsepersonell har mange samtaler med pasienter om psykisk helse, men føler at de enten ikke har kompetanse eller nok ressurser til å følge opp. De ser et stort behov og etterspørsel for lavterskel psykisk helsehjelp på transittmottakene. En beboer uttrykker seg slik:

«Det er mange som opplever stress her. Noen er her i et år, eller i ni, åtte, syv måneder. Mye stress. Søvn er et problem, noen vandrer rundt til midnatt (...).»

Beboer

Asylsøkere kan også ha vært utsatt for tortur og overgrep. Det er viktig å behandle skadene, men også viktig å dokumentere skadene siden disse kan ha betydning for asylsaken. Helsetjenestene i transittmottakene virker oppmerksomme på dette. Vi har på bakgrunn av intervjuene ikke grunnlag for å si noe om i hvilken grad helsekontorene avdekker og dokumenterer torturskader og overgrep.

10.2 Tilgang til vaksinasjon

Alle barn som ikke tidligere har fått vaksiner har rett til vaksinasjon i henhold til den norske barnevaksinasjonsprogrammet. Helsepersonell kaller inn til vaksinasjon og gir informasjon om vaksiner og vaksinerings til foreldre og barn som skal vaksineres. Informasjon om vaksinasjon gis ellers kun dersom beboerne spør.

Folkehelseinstituttet anbefaler at voksne, spesielt personer under 40 år, som ikke har hatt meslinger og røde hunder eller tidligere er vaksinert for disse sykdommene bør tilbys vaksinasjon (MMR-vaksine) fortrinnsvis innen tre måneder og senest innen ett år. Folkehelseinstituttet anbefaler også at voksne som ikke er vaksinert mot poliomyelitt (inaktivert poliovaksine) tilbys vaksine, også denne helst innen tre måneder og senest innen ett år. Helsetjenestene ved alle transittmottakene oppgir at de gir tilbud om vaksinasjon til voksne. Informasjon fra enkelte beboere kan likevel tyde på at ikke alle oppfatter tilbudet eller benytter seg av tilbudet om vaksinerings.

«Mange av de som bor her forstår ikke, for den [informasjonen] er bare på engelsk. I vårt land er vaksinasjon bare for barn, så det kan være mange som ikke vet at det er for voksne også.»

Beboer

10.3 Tilgang til medisiner

All utlevering av medisiner i transittmottakene går via helsekontoret. Det er ikke tillatt for ansatte ved mottakene å gi ut paracetamol eller andre reseptfrie legemidler. Ved behov for reseptbelagte medisiner er det helsekontoret som bestiller disse direkte fra et lokalt apotek. Medikamentene leveres til helsekontoret og beboerne kan hente medisiner der. UDI dekker egenandelene for nødvendig legehjelp og medisiner.

Den enkelte beboer kan naturligvis selv kjøpe reseptfrie medikamenter, men vårt inntrykk er at dette skjer i begrenset grad. Det kan være flere årsaker til det, som f.eks. tilgang til apotek/butikker, pris og kjennskap til medikamenter i Norge.

10.4 Tilgang til tannhelsetjenester

Beboerne i alle transittmottak blir sendt til tannlegevakt med et henvisningsskjema ved akutte tannlidelser. Mottakene dekker ikke drosjeregninger ved besøk hos tannlegen eller tannlegevakten, og den enkelte må selv finne transport eller ta seg frem til tannlegen. Flere beboere forteller at det kan være utfordrende å finne veien. Mottaksansatte legger til rette så langt de kan og sender gjerne med et kart og forklarer veien til tannlegen. Ved besøk hos tannlegen benyttes gjerne telefontolk.

10.5 Tilgang til en generell helseundersøkelse

Mange bor i transittmottak utover tre måneder. I informantutvalget i denne undersøkelsen hadde 29 prosent av beboerne som ble intervjuet bodd i transittmottaket tre måneder eller lenger.

Helsedirektoratet anbefaler som tidligere nevnt at kommunene bør tilby asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente en helseundersøkelse med aktuelle tester og nødvendig vaksinasjon, fortrinnsvis ved tre måneder etter ankomst (62). Helsepersonell ved transittmottakene oppgir at de ikke tilbyr denne helseundersøkelsen systematisk til beboere som har vært i mottakene mer enn tre måneder. Ved ett av transittmottakene forteller helsepersonell at de har gjort forsøk med å gjennomføre slike helseundersøkelser, men det viste seg vanskelig å følge opp behovene som ble avdekket. Helsepersonell vet ikke hvor lenge en beboer blir værende i mottaket og de vurderer det som lite hensiktsmessig å starte undersøkelser eller behandling som *kan* vente til ordinært mottak.

11 Formidling av helseinformasjon i transittmottakene

11.1 Hovedlinjer i formidlingsarbeidet

Helseinformasjonsarbeidet består av ulike møtepunkter og kanaler for informasjonsformidling. Ved ankomst til transittmottak blir de nye beboerne introdusert til livet på mottaket gjennom et informasjonsmøte. I tillegg til informasjonsmøtet har mottakene enkelte møter og samlinger der helsepersonell, ansatte fra tannhelsetjenesten, organisasjoner mv. gir informasjon om ulike tema som berører helsespørsmål.

Utover de organiserte møtepunktene er informasjon tilgjengelig for den som søker informasjon.

Transittmottakene har ansatte med ansvar for informasjonsarbeid. Rollen som informasjonsansvarlig er gjerne del av en stilling, og kombinasjon med en stillingsandel som miljøarbeider, sosialkonsulent eller andre oppgaver. I og med at informasjonsansvarlig ikke er en hel stilling er det begrenset hvor mye ressurser som er til rådighet til selve informasjonsarbeidet.

Ansatte på mottaket er viktige kontaktpunkter og lytteposter i det daglige.

«Når vi tar dem [beboerne] inn til samtale så er det mange som forteller om ting, at de har blitt skutt og om ting man har opplevd. Det er lite om helse.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

Den største delen av informasjonsformidlingen om helse, helserettigheter og det norske helsesystemet finner sted i uformelle samtaler og individuelle konsultasjoner mellom helsepersonell og beboere. Helsekontoret bruker stort sett tolk under konsultasjonene, og helsepersonell forteller at de gjerne stiller spørsmål for å sjekke at beboeren har forstått det som blir sagt.

«[Informasjon] blir muntlig med tolk. Det meste går på samtaler (...) bortsett fra (...) skriftlig informasjon om skabb-behandling – fordi det er så mye man må passe på. Selv om vi har forklart det muntlig en gang så på kvelden så glemmer man hva man skal gjøre. (...) Vi pleier å gi skriftlig info på deres språk. Det som er utfordringen er at mange ikke kan lese så det muntlige er det viktigste redskapet for oss.»

Ansatt i helsetjenesten

Muntlig informasjon under konsultasjoner gir mulighet til å stille kontrollspørsmål, gjenta informasjonen og tilpasse den til beboerens kunnskapsnivå. Helsepersonell forteller at det også bruker tegnspråk og tegninger i noen tilfeller, for eksempel ved utlevering av medisiner.

Det er også enkelte plakater og informasjonsoppslag relatert til helse og helsetjenestene i transittmottakene.

Beboerne er informasjonskilder for hverandre. Nyankomne som har spørsmål forteller at de til en viss grad henvender seg til andre beboere, som kanskje snakker samme språk og har bodd lenger på mottaket, og mye informasjon – både korrekt og feil – formidles beboerne imellom.

«Noen jeg snakket med i mottaket mente vi kanskje burde unngå disse injeksjonene [vaksiner] for kanskje de prøver å drepe oss. Så kanskje de [helsekontoret] skulle gi litt mer informasjon.»

Beboer

Helsepersonell forteller at det er viktig å være konsistent når det gjelder informasjon om helsetjenesten; at alt helsepersonell gir den samme informasjonen. Dersom informasjonen som formidles gir ulike budskap synker beboernes tillit til helsetjenestene. Helsepersonell understreker at informasjonen som gis må være klar, konkret og enkel. Dette gjelder ikke minst når man skal informere om helsesystemet i Norge:

«Jeg prøver å forklare systemet så konkret jeg kan (...) jeg er nødt til å være konkret så de vet hva de har å forholde seg til (...) og så sier jeg alltid at hvis du har spørsmål så bare kom tilbake. Så de vet at det er en åpen dør. Tror det kan være greit å bygge opp tillit.»

Ansatt i helsetjenesten

Tillit er viktig i kommunikasjon om helsespørsmål. Beboerne selv oppgir leger, spesialister og helsepersonell forøvrig som de mest troverdige kildene til informasjon. Selv om mye informasjon formidles gjennom uformelle kanaler, som andre beboere, oppgir flere at de ikke uten videre har tillit til den informasjonen andre beboere formidler. Enkelte av beboerne er også skeptiske til internettkilder i helsespørsmål, med mindre det er offisielle sider fra helsemyndighetene.

Enkelte transittmottak har prøvd ut utradisjonelle arenaer for formidling, som kantinen, gjennom spill, aktiviteter mv. Tiltakene kan ha overføringsverdi for andre mottak.

«Når vi har bingo forteller en av de som jobber på mottaket om å vaske, hygiene og om refleks. Han er veldig morsom.»

Beboer

11.2 Ansvarsfordeling i informasjonsarbeidet

Både ansatte ved mottakene og helsepersonale mener at formidling av helseinformasjon til beboerne først og fremst er et ansvar som tilligger den kommunale helsetjenesten, selv om ansatte ved mottaket også kan formidle informasjon. De er enige om at det er helsetjenesten som skal informere beboerne om helserettigheter, helsetilbudet på mottaket og forklare hvordan helsetjenesten i Norge fungerer mer generelt.

Ansatte i mottaket er en nøkkel i kommunikasjonen med beboerne, og resepsjonen er i alle transittmottakene selve navet i den daglige informasjonsflyten. Alle transittmottakene har døgnbemanning. Helsepersonell gir også uttrykk for at mottaksansatte har en viktig rolle i å formidle informasjon som kan forebygge sykdom og skader.

«Det er jo de som jobber med helse som har ansvar til å informere om helse. Både det som skal foregå på sykehustimer, hva vi kan gjøre her osv. Men ellers (...) så er det en god arena å la de mottaksansatte også informere om tilbud og muligheter og egenandeler osv. Men [beboerne] kan ikke ta inn alt på en gang, (...) så er det her og nå som er i fokus mest.»

Ansatt i helsetjenesten

Som i ankomstsenteret er det også i transittmottakene usikkerhet på tvers av sektorene om hvilken informasjon de andre faktisk gir. Ansatte ved helsekontorene var oftest ikke klar over om mottaksansatte gir helseinformasjon, men mente det var flere tema som vil være grunnleggende for beboerne å lære om, f.eks. om hvordan man kler seg på vinteren for å unngå forkjølelse, at man ikke trenger å gå til legen hvis man er forkjølet og hvorfor man må få i seg nok væske. Mottaksansatte på sin side forteller om at de ofte formidler slik informasjon, men først og fremst på individuell basis.

«Egentlig er det litt av [mottakets ansvar] også gitt at det er de som ser dem mest og når de først kommer inn til oss, da er det kanskje for sent. Har man et barn med influensa så skal man ikke ha barn på barnebasen og når barnet kommer til oss har de kanskje smittet ti andre (...) Da er det greit at mottaksansatte eller barnefagansvarlig tar den biten før det kommer så langt som helsekontoret.»

Ansatt i helsetjenesten

Helsepersonell uttrykker at informasjonsdelen i deres arbeid har klare begrensninger. Informantene mente for eksempel at de ikke er tillagt ansvaret for helseforebyggende informasjon generell sett, men at deres rolle først og fremst er å være et «legekontor». De mener tjenesten er ikke dimensjonert for generell informasjonsvirksomhet.

«Men som en arena, som forebyggende arena, så er helseinformasjon som man har i vanlig mottak og i kommunen (...) den er veldig god (...) Vi prøvde med en kvinnegruppe her i sommer (...) det var vanskelig å samle dem. Det var det ene og det spørs hvor fokuset ligger for folk som er her. Også i sommeren hadde vi bedre kapasitet, men så nå tror jeg ikke vi har kapasitet. Nå er det veldig bestemt fra kommunen at vi skal drive et legekontor og ikke gå ut og drive med sånne forebyggende saker.»

Ansatt i helsetjenesten

11.3 Informasjonsmøte

I hovedsak handler informasjonsmøtet – i likhet med omvisningen på ankomstsenteret – om livet på mottaket, om husregler, måltider, branninstruks mv. Informasjonen følger i utgangspunktet et informasjonsprogram fra UDI, som kan tilpasses i de ulike mottakene. Innholdet er ikke primært rettet inn mot helse, men har elementer som omhandler helse og rettigheter.

På møtene fortelles det om helsetjenestetilbudet ved mottaket, og det informeres om at alle har rett til helsehjelp og at syke kan henvende seg til resepsjonen for å bestille time til helsekonsultasjon, eller ta direkte kontakt med helsekontoret for å få time (sistnevnte gjelder ikke transittmottaket på Torshov). Beboerne oppfordres til å ta kontakt med mottaksansatte om det er akutt sykdom eller skader utenom åpningstidene på helsekontoret.

På informasjonsmøtet er det også elementer av forebyggende helseinformasjon. Nøyaktig hva som formidles varierer noe fra mottak til mottak. I hovedsak omfatter denne delen informasjon om renhold av rom, bruk av vaskemaskinen, håndvask, tannhygiene, bruk av refleks mv.

«Vi ønsker ikke et veldig stort informasjonsmøte med en gang de kommer. Det er en veldig stressende situasjon, så de er ikke så mottakelige for så mye.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

Informasjon på møtene gis stort sett muntlig og det er mulighet for å stille spørsmål. Oftest er det en flerspråklig ansatt på mottaket som leder møtet. Informasjonsmøtene skjer gjennomgående uten tolk.

Refstad er eneste transittmottak der helsetjenesten deltar systematisk på informasjonsmøtene og orienterer om helsetilbudet kommunen har ved mottaket. Det informeres om helsetilbudet på mottaket– helsetjenestens rolle, yrkesgrupper, åpningstider, hvordan man bestiller en time og viktigheten av å komme på riktig tidspunkt, fordi helsetjenesten bestiller tolk til konsultasjonene. Alle gravide og barn som ikke er vaksinert blir bedt om å ta kontakt med helsekontoret. Beboerne får også informasjon om at kan ta kontakt med resepsjonen på mottaket når det gjelder tannhelse. På Hvalsmoen, Kasper og Torshov transittmottak deltar ikke helsepersonell systematisk på informasjonsmøtene. Mottaksansatte forteller at de informerer i henhold til en plan som bygger på kravene fra UDI. Helseinformasjon er ingen sentral del i dette.

11.4 Informasjon om helserettigheter og helsesystemet

Informasjon om at beboerne har rett til helsehjelp og rett til tolk formidles på informasjonsmøtet som ansatte ved mottakene arrangerer. På informasjonsmøtene er også taushetsplikt og konfidensialitet tema som tas opp. Etter det første informasjonsmøtet formidles informasjon om rettigheter og helsetjenesten av helsepersonell når beboere oppsøker helsekontoret. Enkelte helseansatte synes at dette er problematisk:

«De som kommer til oss, de får jo mer informasjon, men de som ikke møter opp, som ikke trenger oss – de får ikke noe mer (...) Og det er ikke helt ok egentlig, (...) så vi er litt sånn på diskusjon, (...) hvordan skal vi gjøre det så de får greie på rettigheter og plikter som de har som pasienter i Norge?»

Ansatt i helsetjenesten

Andre helseansatte mener det ikke er hensiktsmessig å forklare så mye om helsesystemet i Norge i og med at helsetilbudet i transittmottakene har en litt annen organisering enn den ordinære kommunehelsetjenesten.

Under en konsultasjon vil helsepersonell ofte gi beskjed om at medisiner og konsultasjoner er gratis, og forklare henvisningssystemet og ventetider dersom det er aktuelt med henvisning til spesialisthelsetjenesten. Taushetsplikt i forbindelse med tolk og informasjon om pasientjournalen er tema som ofte blir diskutert.

Dybden på informasjon varierer med pasienten, deres behov og deres oppfølgingsspørsmål. Helsepersonell opplever at det er viktig å forklare at ventetider gjelder *alle* i Norge:

«Prøver å forklare ventelister ... de venter ikke lenger enn nordmenn, men de kommer ikke foran i køen heller. Jeg tror ganske mange tenker at de blir satt sist i køen fordi de er asylsøkere. Så vi legger vekt på at dette er så lenge hvem som helst må vente og at det ikke har noe med at de er asylsøkere å gjøre»

Ansatt i helsetjenesten

Blant beboerne er det mange som uttrykker at de ikke har fått informasjon om hvilke rettigheter de har til helsetjenester og behandling i Norge. Flere nevner at de først fikk informasjon om at helsehjelp og nødvendige medisiner er gratis så lenge de bor i transittmottak, når de selv spurte om de skulle betale etter en time på helsekontoret. Enkelte beboere mener de har tilegnet seg kunnskap om hvordan systemet fungerer fra å observere andre og gjennom informasjon fra andre beboere som har fortalt om sine erfaringer i møte med tjenestene.

«Du vil jo gjerne vite hvordan helsesystemet virker her.»

Beboer

På spørsmål om de har fått informasjon om tema som konfidensialitet og retten til tolk er beboerne delt, noen kan huske at de har fått informasjon om dette, andre ikke.

De aller fleste beboere er godt informert om at de kan kontakte resepsjonen for å få time på helsekontoret. Til en viss grad anses mottaksansatte som "dørvokterne" til helsehjelp. Beboere i alle transittmottakene fortalte at det er mottaksansatte som vurderer om et tilfelle er akutt og må til legevakt eller om det skal bestilles time til konsultasjon på helsekontoret i mottaket. Dersom en beboer skal til legevakten vil ansatte ved mottaket fylle ut de nødvendige skjemaene så transport blir bestilt og betalt. Beboerne vet at ansatte i mottaket om nødvendig også kan ringe etter en ambulanse.

Beboere som har ønsket behandling oppgir at de har fått ulike forklaringer på hvorfor de ikke kan starte ikke-akutt medisinsk behandling mens de er i transittmottaket. En vanlig forklaring, slik de har forstått det, er at kommunen/mottaket ikke har budsjett til å dekke utgiftene behandlingen vil koste. Andre beboere opplyser at de har fått informasjon om at det er ventelister for behandling og at de ikke vil få time til behandling før de mest sannsynlig har flyttet til ordinært mottak i en annen kommune. Slike forklaringer støttes også av helsepersonell, særlig i mottak hvor beboerne typisk har en kortere oppholdstid.

11.5 Informasjon om helseforebygging

Informasjon om hvordan holde seg frisk og forebygge sykdommer og skader formidles i stor grad gjennom uformelle samtaler mellom beboere og mottaksansatte eller frivillige. Temaer kan være snø og is og hvor viktig det er at barn har varme klær, sokker og skjerf.

Mottaksansatte formidler også noe informasjon om hygiene, om hvordan beboerne skal håndtere søppel og om forebygging av spredning av veggedyr. Men igjen gis informasjonen først og fremst gjennom uformelle samtaler eller enkle plakater. Enkelte ansatte forteller at mottaket også har hatt kurs om brannvern, bruk av vannkokere og annet elektrisk utstyr.

Mottaksansatte forteller at flere beboere har spørsmål om vaskemaskinene, og beboerne er usikre på om de kan bli smittet av sykdommer når deres tøy vaskes sammen med andre beboeres tøy.

Helsepersonell vi har intervjuet opplyser at de oftest gir informasjon om forebygging på individuell basis. Helsepersonell gir i hovedsak slik informasjon til beboere som kommer til konsultasjoner hvis,

og når det er aktuelt. Dersom en beboer kommer med diaré tar man for eksempel opp hygiene og viktigheten av å vaske hendene.

Behovet for å drikke vann er et tema som nevnes av mange ansatte ved helsekontorene:

«Mange kommer med hodepine og når vi spør hvor mye vann drikker du: 'Nei det er kaldt her, så jeg drikker ikke vann'. Så grunnleggende ting pleier vi også å ta hos oss.»

Ansatt i helsetjenesten

Skabb og lus forekommer av og til i mottakene. Ved tilfeller av skabb vil beboerne det gjelder få informasjon fra helsekontoret om behandlingsopplegg og ansatte ved mottaket vil følge opp at behandlingen gjennomføres. Enkelte mottak har også en brosjyre om skabb som er tilgjengelig på flere språk. Enkelte beboere etterspør mer informasjon om forebygging av smitte.

På spørsmål om ikke-smittsomme sykdommer svarer helsepersonell ved samtlige transittmottak at det ikke gis generell, systematisk informasjon om kroniske lidelser eller forebygging av ikke-smittsomme sykdommer. Enkelte av informantene på helsekontoret ønsket mer informasjonsmateriell om f.eks. røyking, trening, ernæring og dietter.

11.6 Informasjon om medisiner

I Norge er det allment kjent at vi har en restriktiv politikk for bruk av antibiotika, men praksisen kan være ukjent for mange av beboerne. Helsepersonell forteller at enkelte beboere er skuffet fordi de ikke får antibiotika eller de medisiner de forventer. Bruk av medikamenter, særlig antibiotika, blir ofte tatt opp under konsultasjoner. Helsepersonell opplyser at mange pasienter har andre forventninger til sykepleiere og leger, og er vant til å bruke medisiner som helsepersonell ved mottakene mener er unødvendig. Helsepersonell bruker tid til å forklare hvorfor man for eksempel ikke får antibiotika når man har influensa eller diaré.

11.7 Informasjon om reproduktiv helse

Informasjon om reproduktiv helse og informasjon til gravide gis i hovedsak av helsepersonell på individuell basis, ved konsultasjoner. Informasjon om seksuell og reproduktiv helse er ny informasjon for enkelte. En kvinnelig informant uttrykte dette slik:

«I mitt hjemland er denne informasjonen forbudt. Jeg er 34 år gammel, men jeg vet ikke noe om disse tingene.»

Beboer

Det er gjennomgående lite generell informasjon om reproduktiv helse, utover plakater som opplyser om at resepsjonen har kondomer. Flere mottaksansatte gir uttrykk for at de synes prevensjon og seksuell helse er vanskelige tema, som kan være tabubelagt eller pinlig å snakke om.

«Det henger en plakat om kondomer i resepsjonen. Det er ingenting jeg noen gang har snakket om.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

Gravide har rett til svangerskapsoppfølging og ankomstsenteret vil oversende opplysninger om gravide til helsekontoret i transittmottakene. Informasjon om graviditet og svangerskap gis på individuell basis.

11.8 Informasjon om tannhelse

Informasjon om tannhelse er et tema som kommer opp i uformelle samtaler mellom beboere og ansatte. Så langt vi har brakt på det rene er det kun tannhelsetjenesten i Buskerud fylkeskommune som har fast avtale med alle driftsoperatører om å gi informasjon i transittmottak. Tannpleiere fra tannhelsetjenesten i Buskerud er fast på Hvalsmoen og gir informasjon til beboere og til ansatte. Det er inngått en avtale om tannhelseundervisning fire ganger i halvåret (åtte ganger pr. år). Undervisningen skjer i en gruppe for voksne, hvor det stort sett kommer bare menn, og en gruppe for mødre og barn. Mottaket er ansvarlig for å bestille tolk. Hvor mange beboere som kommer varierer.

Mange av beboerne forteller at de har fått informasjon om tannhelse, og at tannlegebehandling er svært kostbart i Norge. Informasjon fra informantene tyder på at tannhelseproblemer ikke er noe man tar tak i på ankomstsenteret eller i transittmottakene, med mindre det er akutt.

11.9 Informasjon om psykisk helse

Helsepersonell opplyser om at mange ønsker hjelp for psykiske helseproblemer, og mange kommer til individuelle konsultasjoner.

Informasjon formidles først og fremst i møtene mellom den enkelte beboer og helsepersonell.

«Psykiske helseproblemer er det vanskeligste og mest påkjennende.»

Ansatt i helsetjenesten

Mange organisasjoner har psykososiale aktiviteter, men ingen av organisasjonene vi har vært i kontakt med har systematisk informasjonsarbeid om psykisk helse. Flere av de spurte organisasjonene påpeker at dette temaet er viktig, men de er usikre på om behovet følges godt nok opp av kommunehelsetjenesten og mottakene.

Ansatte ved mottakene forteller om møter med beboere i vanskelige situasjoner, etter avslag på søknader eller vonde beskjeder fra hjemlandet. Ansatte bruker de virkemidler de har til rådighet og kan oppfordre til fysisk aktivitet, bruke tid til å snakke med beboerne, følge opp enkeltpersoner og henvise til helsekontoret.

Miljøarbeiderne er en viktig lyttepost som kan fange opp helsebehov. Miljøarbeidere vi har intervjuet forteller at de ved behov viser beboerne videre til helsekontoret for time og oppfølging.

Mottaksansatte forteller om bekymring for beboere som viser passivitet og ikke deltar i aktiviteter. Ansatte deler informasjon og sin bekymring for beboere de tenker trenger ekstra oppfølging med hverandre, og forsøker å motivere og oppmuntre beboerne til aktivitet. Passivitet og tilbaketrekking knyttes ikke, eller i liten grad, til psykisk helse eller behov for medisinsk oppfølging.

11.10 Informasjon til barnefamilier

Transittmottakene kan i perioder ha mange barnefamilier. Barn i skolepliktig alder går på lokale skoler. Transittmottakene har egne barnefaglige koordinatorene som holder møter for barnefamilier. Det er vanlig at både foreldre og barn deltar på møtene. Informasjonen som gis handler om ulike tema, og det er anledning til å stille spørsmål. Tematisk ser det ut til å være noe variasjon, men også en del felles informasjon, f.eks. om hvordan opplevelse av vold kan prege barn, om barns rettigheter, barnevern og om hvordan man snakker med barn om hva de har opplevd. Møtene kan også formidle informasjon om mer praktiske deler av barnas liv på mottaket, som f.eks. at barn skal være inne etter kl. 21, ikke leke på parkeringsplasser osv. Møtene for barnefamilier kan også ta opp helsespørsmål, informasjon om mat, ernæring, tannpuss og hygiene.

«De spiser veldig mye sukker, det er en evig diskusjon. De vil ha førti skjeer med sukker i teen. Hvis jeg ser mange barn som går med kjeks og godteri, sier jeg fra til foreldrene, samler det opp og tar det i et møte.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

Ett av mottakene opplyser at det er et eget informasjonsprogram for barn i aldersgruppen 12–18 år. Programmet var imidlertid ikke i bruk, siden det ikke var ungdommer i mottaket. Ingen av de øvrige ansatte i mottak nevnte et eget ungdomsinformasjonsprogram.

11.11 Organisasjonenes rolle

Transittmottakene har i varierende grad samarbeid med frivillige organisasjoner som formidler informasjon og organiserer aktiviteter. Av de 21 frivillige organisasjonene som ble intervjuet i tilknytning til denne rapporten fant vi at det er stor spredning i aktivitetsnivå og frekvens, og kun en liten del av organisasjonene har direkte fokus på helseinformasjon⁷.

NOAS, den Internasjonale organisasjonen for migrasjon (IOM), Skeiv Verden og Tverrkulturell helseinfo er alle organisasjoner som har elementer om helse eller helserettigheter i sin informasjon. NOAS er den eneste organisasjonen som systematisk gir informasjon til alle asylsøkere som ankommer Norge. NOAS har fokus på asylsaken og den enkeltes rettigheter, men formidler også noe informasjon om helse. IOM gir helseinformasjon til beboerne ved behov, i forbindelse med frivillig assistert retur.

Skeiv Verden oppgir at de formidler informasjon til transittmottakene, som mottakene kan gi til beboerne. Informasjonen handler om rettigheter, seksuell helse, lovgivning, det skeive miljøet og nettverk. Skeiv Verden forteller også at de holder kurs noen ganger i året for beboere i ulike mottak, som dekker de overnevnte temaene, til nå har ca. 100 personer deltatt.

Organisasjonen Tverrkulturell helseinfo begynte i 2016 å holde foredrag om kjønnslemlestelse, hiv, og barneoppdragelse i Norge. Organisasjonen oppgir at de har holdt 4–5 foredrag på ulike transittmottak.

⁷ For oversikt over organisasjoner, se vedlegg 3

Flere organisasjoner har regelmessige aktiviteter i transittmottakene. Spørsmål om helse kommer tidvis opp i uformelle samtaler mellom frivillige og beboere. På Ankomstsenter Østfold har Røde Kors aktiviteter med barna. Røde Kors oppgir at de bistår senteret med å få asylsøkerne gjennom systemet på en best mulig måte og at de frivillige er tilstede og tilbyr psykososial støtte og svarer på spørsmål fra beboerne. Røde Kors forteller at de også tilbyr aktiviteter på transittmottaket på Torshov og Hvalsmoen, og er i ferd med å starte aktiviteter på transittmottaket på Refstad.

Redd Barna oppgi at de har aktiviteter for barn og barnefamilier på Torshov der de er engasjert i å bidra til et trygt psykososialt miljø for barna. Aktiviteter fokuserer på lek og å bli kjent med nærområdene, og for eksempel kinobesøk. Redd Barna forteller at de har laget en brosjyre til barn, om organisasjonen og om barns rettigheter som kan deles ut eller henges opp på mottak. Norsk folkehjelp oppgir at deres lokallag er tilstede på transittmottaket på Torshov en dag i uken. Tilbudet dekker også beboere fra transittmottaket på Refstad. Også Refugees Welcome to Norway har aktiviteter med fokus på dialog, trygghet og aktiviteter. De oppgir for eksempel at de har en skolegruppe på transittmottaket på Refstad.

Norsk Folkehjelp, Redd Barna, Refugees Welcome to Norway og Røde Kors er opptatt av å ha dialog med beboerne og bidra til å skape trygghet og håp i hverdagen deres. Frivillige opplever at beboerne gir dem tillit og spør om alt fra mat og påkledning i kaldt vær, til amming, hodepine og tenner, til savn, søvnproblemer og opplevelser fra flukten. Organisasjonene er tydelig på at de frivillige ikke er helsepersonell, de lytter og svarer på spørsmål etter beste evne. I flere tilfeller vil frivillige få informasjon eller spørsmål som fører til at de oppfordrer beboerne til å ta kontakt med helsetjenesten for videre oppfølging.

11.12 Differensiering i formidlingen

Informasjon om helse og rettigheter i transittmottakene skjer i noen grad som felles arrangement der alle beboere er invitert (informasjonsmøter), men først og fremst blir informasjonen formidlet individuelt basert på behov, eller i tilknytning til situasjoner eller aktiviteter. Informasjon kan også, når det er hensiktsmessig, gis i grupper inndelt etter språk.

Enkelte ansatte og beboere tror at informasjon som særlig gjelder seksuell og reprodutiv helse helst bør gis i separate møter for kvinner og menn. Flere peker imidlertid på at informasjonsmøtene, som gir generell informasjon bør være felles for både kvinner og menn.

Mottakene tilrettelegger for egen informasjon til barn og barnefamilier. Utover dette har undersøkelsene ikke avdekket systematisk differensiering i informasjonsarbeidet relatert til utdanningsnivå, kjønn eller kulturell bakgrunn.

11.13 Språk og bruk av tolk

Ansatte ved transittmottakene har ulike språklige bakgrunn og mange vil derfor oppleve at det er ansatte på mottaket som snakker deres språk. I daglige situasjoner vil mottaksansatte og andre beboere oversette spørsmål og informasjon for hverandre.

Helsepersonell ser språk som en stor utfordring i kommunikasjonen med beboerne. De «er nødt til å bruke tolk» i de fleste konsultasjoner. Det gjør kommunikasjonen mulig, men helsepersonell

understreker at det ikke alltid er enkelt å få tak i en tolk. Knappheten gjelder særlig for sjeldnere språkgrupper. Kvaliteten på tolkene varierer også.

Pasientkonsultasjoner stiller krav til konfidensialitet og hverken ansatte ved mottaket eller andre beboere brukes som tolker ved legebesøk (med mindre det er en akutt situasjon).

11.14 Plakater og brosjyrer

Det er gjennomgående få plakater som handler om helse i mottakene. Ansattes kjennskap til brosjyremateriell varierer. Enkelte ansatte nevner nettsider som har informasjon på forskjellige språk. Organisasjoner og etater som oppgir at de har informasjon på flere språk inkluderer bl.a. Diabetesforbundet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Tverrkulturell helseinformasjon og Aksept (hiv og AIDS-informasjon).

«Vi opplever veldig at det å ha brosjyrer tilgjengelig, som de som er interessert kan plukke med seg og sitte og lese, er det vi når inn med, i stedet for at vi formaner eller vi bringer opp, så kan heller de komme å snakke om det.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

Verken helsekontorene eller mottakene har noen systematisk tilnærming til hvilke brosjyrer de bestiller inn eller til hvordan materiell distribueres. Flere beboere ønsker mer skriftlig informasjon.

«De kunne gitt oss en brosjyre om hvordan systemet her er lagt opp, om begrensningene og hvordan det virker.»

Beboer

12 Opplevs informasjonen i transittmottakene relevant?

Helse og informasjon om helse er først og fremst etterspurt fra beboere med behov for helsetjenester. Det er interesse for informasjon om helse, rettigheter og helsesystemet, men helse er ikke hovedfokus. Ansatte forteller at asylsaken, om man får bli i landet, hvor man skal flytte og forhold i hjemlandet er temaer som får større oppmerksomhet til daglig enn helserelatert informasjon.

12.1 Hvordan blir informasjonen tatt imot?

Helsepersonell i transittmottakene opplever at beboere er åpne for informasjon som gis i personlige konsultasjoner. Dette er informasjon som er aktuelt for den enkelte der og da:

«Jeg synes de er mottakelige. Jeg synes jo folk er opptatt med helse, de som kommer til oss. Og vi opplyser og de spør (...) men hvor mye sitter igjen etter en dag, vet jeg ikke.»

Ansatt i helsetjenesten

Det er store forskjeller i utdanningsnivå blant beboerne vi har intervjuet, og det er stor variasjon i hvor nysgjerrige eller interesserte beboerne er. I intervjuene virker sosiokulturell bakgrunn og graden av utdanning å være faktorer som påvirker i hvilken grad beboerne er interessert i helseinformasjon.

Ansatte ved mottakene bekrefter dette inntrykket og forteller at beboere med utdanning over et visst nivå er mer interessert og oppsøkende til kunnskap enn beboere med få års skolegang. Enkelte mottaksansatte mener også at det er skiller mellom beboere som kommer fra byer og beboere som kommer fra landsbygda.

«De som har høyere utdanning (...) – de som kommer fra store byer – de er veldig aktive ... er interessert i å lære språk og om samfunn (...) de er nysgjerrig (...) det er veldig positivt at de ser frem og de kommer og spør. De som har lavere utdanning interesserer [seg] ikke, bare saken og asyl.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

«Her er det veldig store forskjeller. Noen er kjempeaktive [i å oppsøke informasjon], andre er ikke interessert i det hele tatt.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

Også helsepersonell understreker at det er store forskjeller i beboernes evner til å ta imot og forstå informasjon. Beboere har også behov for at informasjon gjentas. Repetisjon og forklaringer blir viktig for mye av informasjonen som gis er ny informasjon, gitt i en ukjent kultur. Helsepersonell stiller ofte kontrollspørsmål for å forsikre seg om at beboeren har forstått det som blir formidlet. Kvalitet på tolketjenestene har også betydning. Mange sliter med å huske det som ikke er aktuelt i deres nåværende situasjon:

«(...) Men så er vi litt usikker hvor mye forstår de, hvor mye trenger de, hvor mye ønsker de å vite her og nå? Jeg tror for de fleste er intervjuet det viktigste, helse kommer litt etterpå.»

Ansatt i helsetjenesten

Kultur og forventninger spiller inn på hvordan informasjon blir tatt imot av beboerne. Helsepersonell opplever dette som en utfordring. Beboeren kan forstå ordene, men likevel ikke forstå rådet som gis.

Beboere har forskjellige forventninger til legen, for eksempel at legen skal gi dem medisiner. Beboere som ikke får den behandlingen de forventer, eller ikke forstår legens råd, kan oppleve at de ikke blir tatt på alvor. Helsepersonell mener likevel at disse utfordringene er overkommelige, ved at de justerer informasjonen til den enkeltes kunnskapsnivå, og kjennskap til helsesystemet i Norge:

«(...) Folk har med seg ulike erfaringer i bagasjen sin (...) og ulik begrepsforståelse, (...) men etterhvert møtes vi i kommunikasjon, og det blir veldig spennende!»

Ansatt i helsetjenesten

Når informasjon gis i grupper kan størrelsen på gruppene virke inn. En informant forteller at gruppestørrelser på 10–15 personer fungerer bra. Bli gruppene større enn 20 personer er erfaringen at mange ikke får med seg det som blir formidlet, dette gjelder særlig hvis informasjonen oversettes av andre beboere.

12.2 Hva ønsker beboerne informasjon om?

«Jeg tror at først og fremst så må jeg få vite hvilke rettigheter jeg har.»

Beboer

Et gjennomgående trekk i intervjumaterialet er at informantene ønsker informasjon som er relevant for deres egen helsesituasjon og hva de har rett til av tjenester og behandling. Mange er usikre på hva slags informasjon de ønsker om forebyggende helse eller helse generelt. Flere beboere forteller at deres hovedfokus er asylsaken og situasjonen her og nå. Helse og informasjon om helsetjenestene er av størst interesse for beboere som har helseplager og behov for helsetjenester.

Det er stor spredning i hvilke tema informantene nevner på spørsmål om hva de ønsker mer informasjon om. Forslagene kommer spontant og er i hovedsak knyttet til individuelle behov (f.eks. at man ønsker informasjon om hemorroider, øyeproblemer, tannhelse, hjertesykdom eller mage-tarm-problemer osv.). Basert på intervjuene vi har gjennomført er det ikke mulig å angi noen gjennomgående felles helsetema som beboerne i transittmottakene etterspør spesielt.

12.3 Format og tidspunkt for informasjon

Det er ikke klare trender i intervjumaterialet med hensyn til når eller i hvilket format beboerne ønsker at informasjonen skal formidles. Enkelte beboere etterspør mer skriftlig informasjon, og både mottaksansatte og helsepersonell tror mer bruk av filmer og bilder kan være hensiktsmessig.

«Jeg har lagt merke til at når jeg bare snakker, får ikke folk med seg alt. Men når jeg viser bilder, sitter det fast.»

Ansatt i ankomstsenter/transittmottak

Ansatte i helsetjenesten mener overveiende at transittfasen ikke er det optimale tidspunktet for å gi omfattende informasjon om helsetjenester eller helseforebygging generelt sett. Det gjelder særlig hvis oppholdstiden i transittmottaket er relativt kort.

Enkelte mottaksansatte tar til orde for at beboerne bør få mer skriftlig informasjon allerede i Ankomstsenter Østfold og at informasjonen må formidles på de relevante språkene.

Beboerne vi har intervjuet forteller at de i liten grad bruker internett og app-er for å finne frem til informasjon om helse, helserettigheter eller helsetjenester i Norge. De fleste nettbaserte informasjonssider om helse og helserettigheter i Norge er ukjente og språklig utilgjengelig for majoriteten av beboerne. På spørsmål om hvor man ville hente informasjon om helse på nett eller mobil, svarer de fleste at de ikke har søkt etter slik informasjon og ikke har noen app-er på sine mobiltelefoner som gir tilgang til helseinformasjon eller til informasjon om helserettigheter eller helsetjenesten i Norge.

12.4 Informasjon til mottaksansatte

Ansatte i mottakene spiller en sentral rolle i å fange opp helseproblemer og videreformidle beboere til helsekontoret eller til legevakten. Miljøarbeidere er også viktige lytteposter som kan varsle

helsetjenestene dersom de ser at beboere som er passive og trekker seg tilbake har behov for helsehjelp.

Mottakene har en dedikert arbeidsstokk, og ansatte har ulik kulturell og språklig bakgrunn. Mottaksansattes kunnskap om det norske helsesystemet og om helse generelt varierer.

Enkelte ansatte forteller at kommunehelsetjenesten har holdt informasjonsmøter og opplæring for mottaksansatte. Dette beskrives som svært positivt.

13 Diskusjon

I denne delen av rapporten vil vi diskutere funn og resultater og se på mulighetene for å styrke informasjonsarbeidet i ankomstsenter og transittmottak.

Det er mange ulike kommunikasjonsteorier som kan belyse faktorene i en kommunikasjonsprosess. I dette diskusjonskapitlet har vi hentet inspirasjon fra en kommunikasjonsmodell utviklet av McGuire (89). Modellen har fem elementer: *kilder, kanaler, budskap, mottaker og kontekst*. I de neste avsnittene vil vi bruke denne inndelingen for å diskutere informasjonsarbeidet i ankomstsenteret og transittmottakene. I hvert av avsnittene vil vi også se på utfordringer og muligheter for å videreutvikle informasjonsarbeidet om helse, helsesystem og helserettigheter.

13.1 Kilder

I ankomstsenteret og transittmottakene er politiets utlendingsenhet, helsetjenesten inkludert tannhelse, mottaksansatte, andre beboere, NOAS og ulike organisasjoner de viktigste kildene til informasjon om helse, helsehjelp, rettigheter og forebygging for beboerne.

Politiets utlendingsenhets rolle

Politiets utlendingsenhets rolle i helseinformasjonsarbeidet er begrenset til noen kartleggende spørsmål. I utgangspunktet er Politiets utlendingsenhets spørsmål vinklet inn mot asylsaken, og informasjonen gis ikke videre til helsetjenesten. For beboerne som ikke oppsøker helsetjenesten i ankomstsenteret, kan samtalen med Politiets utlendingsenhet være eneste gang de får spørsmål om de har helseproblemer. En nyankommet asylsøker vet ikke om informasjonen de gir går videre til helsetjenesten, og Politiets utlendingsenhet kan bidra til at den enkelte kommer raskt til behandling ved for eksempel å understreke i større grad at den enkelte selv må oppsøke helsetjenesten i leiren om de har helseutfordringer.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er eneste tjeneste som pr. i dag har et fast og obligatorisk møtepunkt med asylsøkere. Det skjer i tuberkuloseundersøkelsen, som i 2017 i de fleste tilfeller gjennomføres ved ankomstsenteret. Tuberkuloseundersøkelsen er et møtepunkt som i dag i liten grad benyttes som arena for informasjonsarbeid, og det blir også gitt lite informasjon om selve tuberkuloseundersøkelsen. Ved ankomstsenteret får asylsøkerne informasjon om at de skal til tuberkuloseundersøkelse og de får informasjon om hvordan undersøkelsen gjennomføres. For de fleste stopper informasjonen der. Spørsmålet er om tuberkuloseundersøkelsen kan kombineres med mer informasjon med tolk, eller en systematisk helsekartlegging i regi av kommunehelsetjenesten, for å få en effektiv utnyttelse av dette ene faste individuelle møtepunktet mellom helse og beboer.

Spesialisthelsetjenesten har ingen særskilt rolle i informasjonsarbeidet i ankomstsenteret eller transittmottakene utover tuberkuloseundersøkelsen og eventuelle individuelle konsultasjoner.

Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten er den viktigste kilden til informasjon om helse og helserettigheter i transittmottakene. Tre av de fire transittsentrene som var i drift våren 2017 har fysiske helsekontorer

i mottaket, driftet av den kommunale helsetjenesten. Også ved ankomstsenteret har den kommunale helsetjenesten egne lokaler i senteret. Helsepersonell i ankomstsenteret og i transittmottakene møter beboerne i ulike sammenhenger. Helsepersonell kan ha oppsøkende «runder» og formidle informasjon i egne møter og samlinger. Hovedtyngden av informasjonen fra helsepersonell skjer likevel i møtet mellom beboer og tjenesten, der beboeren selv oppsøker helsekontoret for helsehjelp. Helsetjenesten møter også særskilte grupper, som barn som skal vaksineres og gravide.

Kommunen har en lovpålagt plikt til å sørge for helsehjelp til beboere på mottakene, i dette ligger også forebyggende helsetjenester og informasjon. Helsepersonell skal også sørge for at informasjonen som gis blir forstått. Ansatte ved helsekontorene i transittmottakene og ankomstsenteret har lang erfaring, er kompetente og dedikerte til oppgaven, og beboerne på sin side har gjennomgående tillit til informasjonen helsepersonell formidler. Så langt vi har klart å bringe på det rene er formidling av informasjon om helsetjenesten, helserettigheter eller helse generelt i ankomstsenter og transittmottak, ikke definert i en felles informasjonsplan eller retningslinje for den kommunale helsetjenesten. Det kan være en svakhet. Materialet viser at transittmottakene har ulike tilnærminger til hvordan helserelatert informasjon formidles i dag.

Helsepersonell uttrykker at deres primæroppgave er å behandle pasienter, mens informasjonsformidling og dermed også deler av forebyggingsarbeidet kommer i annen rekke, og først og fremst knyttet til individuelle konsultasjoner. Vår oppfatning er at dette har sammenheng med at tjenesten ikke har noen retningslinjer for hvordan informasjonsarbeidet skal ivaretas, og til dels har en sammenheng med ressurser og innretningen av arbeidet ved helsekontorene. Det skyldes slik vi forstår det ikke mangel på vilje, kompetanse eller interesse blant de ansatte.

I praksis vil alle som oppsøker helsetjenesten få informasjon utfra eget behov i tillegg til noe informasjon om hvilke rettigheter den enkelte har. Informasjonen er individuelt tilpasset og avhengig av situasjonen. De som ikke oppsøker helsetjenesten får ikke systematisk tilgang til informasjon fra helsepersonell. Ett unntak er likevel transittmottaket på Refstad, hvor helsepersonell regelmessig deltar på transittmottakets informasjonsmøter for nyankomne. Det gir helsepersonalet mulighet til systematisk formidling av informasjon til alle nyankomne om helse, retten til helsehjelp og tilgang til tjenestene. Det gir også beboerne en mulighet til å møte noen fra helsekontoret.

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

Mange beboere i transittmottakene nevner tannhelse som et problem for både voksne og barn. En tidligere referert internasjonal studie viser at opp mot 10 prosent av nyankomne har problemer med tannhelsen. Beboere i ankomstsenteret og transittmottakene har rett til tannhelsetjenester. Ett av transittmottakene oppgir at de har en avtale om regelmessig informasjonsformidling fra tannhelsetjenesten. Det kan vurderes om et systematisk informasjonstilbud om tannhelse også bør etableres for beboerne ved de øvrige transittmottakene.

Ansatte i mottakene

Ansatte i mottakene er viktige informasjonsformidlere og viktige kontaktpunkter for beboerne.

Ved transittmottakene er det ansatte fra mottakene som gir informasjon om tilgang til helsetjenester mv. på informasjonsmøtene. Refstad transittmottak er som nevnt et unntak, hvor helsepersonell selv deltar på informasjonsmøtene.

Mottakene har egne ansatte med ansvar for informasjonsarbeidet. Stillingene som informasjonsansvarlige er ofte deltidsstillinger, og informasjonsansvarlige har også andre oppgaver. Enkelte ansatte i mottakene tar til orde for at hele stillinger burde dedikeres til informasjonsarbeidet.

Mottaksansatte er hovedkilden for daglig kontakt og informasjon. I dette ligger også informasjon om tjenestetilbudet, litt om hygiene og sanitærforhold og noe mer sporadisk informasjon i tilknytning til helseforebygging. Mottakene har sosialkonsulenter som følger opp beboere med ulike problemer og som formidler informasjon relatert til situasjonen. Ansatte ved mottakene fungerer også som «inngangsport» til helsehjelp for beboerne, og enkelte informanter forteller at mottaksansatte uten helsefaglig kompetanse vurderer om beboernes helsebehov er akutt eller kan vente. Mottaksansatte bestiller konsultasjoner på helsekontoret og organiserer også transport til legevakt og helsetjenester utenfor transittmottakene.

Ansatte i transittmottak følger en informasjonsplan, basert på krav i rundskriv fra UDI. Informasjonen som gis blir dermed systematisk og relativt lik for alle. På individuelt plan svarer mottaksansatte på mange spørsmål, men henviser i stor grad spørsmål om helse videre til helsetjenesten. Mottaksansatte formidler i liten grad systematisk informasjon om helserettigheter eller om helsesystemet i Norge.

Mottaksansatte møter beboerne og gjør enkle vurderinger knyttet til beboernes behov for helsetjenester. Det er ikke helsefaglige krav til stillingene og den enkeltes kunnskap om helse generelt og om rettigheter og helsesystemet i Norge varierer. En observasjon som kan fortjene videre diskusjon er dermed om helsekontorene i større grad – og systematisk – kunne tilby enkel opplæring og enkelt informasjonsmaterieil til mottaksansatte, med tanke på at mottaksansatte er viktige kilder til informasjon for beboerne. Det kan også vurderes om det bør stilles krav om kjennskap til helsetjenesten og helsesystemet i Norge for enkelte stillinger ved transittmottakene.

NOAS rolle

NOAS er den eneste organisasjonen som systematisk tilbyr informasjon til alle asylsøkere som kommer til ankomstsenteret. Primært er informasjonen knyttet til asylprosessen, men det er også informasjon om retten til helse, litt om tuberkuloseundersøkelsen, kjønnslemlestelse av kvinner, tvangsekteskap, barneekteskap og om å respektere andres grenser i parforhold.

Vårt inntrykk er at NOAS er en god kilde til informasjon for asylsøkerne. Selv om de nettopp har kommet til landet og mange i denne fasen er slitne, husker mange av beboerne i transittmottak at de fikk informasjon fra NOAS i Råde. At beboere så gjennomgående husker møte med NOAS kan indikere at NOAS har valgt en effektiv kommunikasjonsstrategi. NOAS benytter en kombinasjon av film og skriftlig materieil på flere språk og muntlig formidling på søkerens eget språk⁸ i møtene med beboerne.

NOAS selv påpeker en annen side ved helseinformasjon; at helseopplysninger i asylsaken har en viktig rettssikkerhetsdimensjon, som både asylsøkere selv, ansatte i helsetjenesten og mottaksansatte må være bevisste.

⁸ NOAS har flerspråklige ansatte og dekker gjennomsnittlig 75 % av samtalene uten bruk av tolk.

Andre organisasjoner

Flere organisasjoner organiserer aktiviteter i transittmottakene. Skeiv Verden og Tverrkulturell Helseinfo er særlig opptatt av helse. Tverrkulturell Helseinfo og Skeiv Verden har «nisjer» og kan være viktige kilder til informasjon om til dels vanskelige og tabubelagte emner. Organisasjonene har ikke faste informasjonsdager ved alle transittmottak.

IOM har fokus på retur, men kan også inkludere noe helserelatert informasjon i sitt arbeid. De øvrige organisasjonene jobber først og fremst med aktivitetstilbud og psykososial støtte for beboerne. Potensialet som ligger i å bruke frivillige organisasjoner som kilder til informasjon bør utforskes videre. Flere av organisasjonene vi har snakket med har erfaringer og kunnskap om vanskelige og viktige helseområder og kan trolig være gode supplerende informasjonskilder for beboerne.

Andre beboere

Flere beboere forteller om deling av informasjon med andre som snakker samme språk, og som kanskje har vært i transittmottaket lenger enn dem selv. Informasjonen som formidles beboerne imellom kan være korrekt eller feil, basert på fakta eller rykter. Det varierer i hvilken grad beboere stoler på det andre beboere sier. Helsetjenesten er oppmerksom på at informasjon spres på ulikt vis, og at konsistent og god informasjon er viktig for å hindre at rykter og feiltolkninger oppstår og spres.

13.1.2 Muligheter og begrensninger oppsummert

Ankomstsenteret og transittmottakene har gode, kompetente kilder til helseinformasjon tilgjengelig for beboerne. Samarbeidet mellom sektorene virker godt, og det er enighet om at helsetjenesten har primæransvar for informasjonsarbeidet i ankomstsenter og transittmottak på helserelaterte tema, mens UDI skal legge til rette for at beboerne får tilgang til helsetjenester og informasjon. Selv om helsetjenesten har et hovedansvar er også mottaksansatte en viktig kilde til informasjon. Ansatte i kommunehelsetjenesten og ansatte på mottakene har god kontakt. På direkte spørsmål er det likevel få som er sikre på hva *de andre* faktisk formidler av informasjon om helse, helsetjenester eller helserettigheter. Det ligger slik sett et potensial i å styrke samhandling og informasjonsutveksling mellom ansatte i helsetjenesten og ansatte i ankomstsenteret og transittmottakene.

Informasjonsarbeidet i transittmottakene er basert på UDIs føringer for hvilken informasjon som skal formidles. Føringene er detaljerte og definert i ulike rundskriv. For helsetjenestene har vi ikke klart å identifisere tilsvarende felles informasjonsrammeverk. Det finnes føringer for helsetjenestens informasjonsarbeid generelt, både i lovverk og i veiledere, men vi har ikke identifisert kommunikasjonsstrategier for helseinformasjon til asylsøkere og beboere i ankomstsenter og transittmottak. Vi har heller ikke funnet anbefalinger eller retningslinjer for informasjonsplaner eller «sjekklister» for hvilken informasjon kommunehelsetjenesten bør formidle i ankomstsenter og transittmottak. Her ligger det dermed et potensial for å bedre informasjonsflyten med relativt enkle grep. En felles informasjonsplan eller sjekklister for helseinformasjon i ankomstsenter og transittmottak bør også inkludere informasjon fra tannhelsetjenesten.

NOAS spiller en sentral rolle som informasjonskilde i den første fasen etter ankomst til Norge. Frivillige og andre organisasjoner er også gode uformelle kilder til kontakt og informasjon for

beboerne. Mulighetene som ligger i et tettere samarbeid om informasjonsarbeidet mellom organisasjonene, helsetjenesten og mottaksansatte kan utforskes nærmere.

Et annet felt for videre diskusjon er knyttet til opplæring eller oppdateringer om helse og helserettigheter for ansatte ved transittmottakene. Helseinformasjon er ikke deres oppgave, men de er i mange tilfeller porten inn til helsetjenesten, og de får mange spørsmål. Mottaksansatte vi har intervjuet virker generelt godt orientert, men kan ha varierende kunnskap om helse og helsesystemet i Norge. Helsetjenesten i transittmottakene har enkelte steder arrangert opplæring og/eller informasjonsmøter for ansatte ved mottaket. Mottaksansatte som har deltatt på dette forteller at de har hatt stor nytte av informasjonen og opplæringen de fikk fra helsetjenesten. En mulighet kan for eksempel være å utforme en systematisk informasjons- eller opplæringspakke, og gjennomføre en pilotundersøkelse for å vurdere effekten av korte felles «oppdateringer» der den kommunale helsetjenesten og ansatte i transittmottakene og ved ankomstsenteret spesifikt har fokus på helse og helseinformasjon.

Oppsummert er vårt inntrykk at ankomstsenteret og transittmottakene har engasjerte ansatte, og at det er godt samarbeid mellom ansatte fra ulike sektorer. Ansatte i mottakene og helsepersonell er likevel usikre på hva *de andre* formidler av helseinformasjon.

Vi tror det er potensial for å styrke helseinformasjonen til beboerne gjennom økt samhandling og informasjonsutveksling mellom helsetjenestens ansatte og mottaksansatte. Tilbud om oppdateringer eller opplæring for mottaksansatte om helsesystemet og helserelaterte tema, bør også vurderes.

13.2 Kanaler

Informasjon om helse, rettigheter og helsetjenesten gis gjennom flere kanaler. I all hovedsak er kommunikasjonen muntlig, med og uten tolk. Møtene mellom mottaksansatte og beboere, og mellom helsepersonell og beboere, er hovedkanaler for helserelatert informasjon.

Individuell informasjon kan tilpasses et konkret behov, person, alder, kjønn, tid, språk og situasjon. Denne formidlingsformen er slik sett en velegnet kanal for informasjon. Begrensningene ligger i at det er de som tar kontakt som får informasjon. De som ber om en helsetime får tilgang til informasjon fra helsepersonell, mens andre i mindre grad får tilgang til slik informasjon. Et spørsmål er derfor om den individuelle formidlingen burde kombineres med mer bruk av felles informasjonstiltak, som for eksempel plakater, brosjyrer, filmer og felles muntlig informasjon.

Resepsjonen i mottakene er en kanal der alle får informasjon. Resepsjonen i ankomstsenteret har en luke for helsepersonell, som gjør det enkelt for nyankomne å ta kontakt. Men luken er så langt vi forstår, ofte ubemannet. Om det vil være hensiktsmessig å bemanne en slik luke fast, f.eks. ved store ankomster kan vurderes. Ordningen med en døgnbemannet resepsjon virker ellers å være en effektiv og god kanal for informasjon om daglige spørsmål.

Informasjonsmøtene ved ankomst er en annen fast, felles informasjonskanal. Møtene er gode arenaer for formidling av ulike budskap. Oppsettet for informasjonsmøtene på Refstad transittmottak, der helsepersonell deltar og selv informerer, virker som en svært god modell. Den

sikrer god og riktig informasjon, og knytter kontakt mellom de nyankomne og helsekontoret. Vi mener ordningen bør vurderes også for de øvrige transittmottakene.

På mottakene er det også gruppemøter som informasjonsansvarlig holder og flere møter, med ulike aktører, der det formidles informasjon om helserelaterte tema, f.eks. tannhelse. Om beboerne kommer på møtene eller ikke ser ut til å variere. Spørsmålet er hvordan man med enkle grep kan tilrettelegge slik at informasjonen når flere. En mulighet som kan diskuteres er etablering av helhetlige kommunikasjonsstrategier for helserelatert informasjon i ankomstsenteret og for transittmottakene, som samordner informasjonsarbeidet mellom aktørene.

Det er lite skriftlig materiell om helse og helserettigheter og flere, både ansatte og beboere, har uttrykt ønske om mer skriftlig informasjon på ulike språk. Mange beboere forteller at de tror informasjon som er tilgjengelig på internett om helsesystemet i Norge først og fremst er på norsk.

Alle transittmottakene har enkelte plakater relatert til helse. Noen oppslag er lastet ned fra Folkehelseinstituttet og andre offentlige nettsider, men i hovedsak er oppslagene enkle informasjonsark som er produsert lokalt med bilder, tekst eller symboler. Bilder og plakater med en enkel tekst kan si mye, og legges merke til. Flere av beboerne nevner konkrete plakater og oppslag i samtale. Enkelte ansatte etterspør plakater og postere med skreddersydd informasjon, for bruk i transittmottakene. Postere er billig å produsere og når på enkelt vis ut til mange.

Både NOAS og Tverrkulturell helseinfo bruker filmer i sin formidling. Mange ønsker flere videoer og filmer. Filmer og video har evne til å formidle komplekse budskap og kan brukes til å gi veiledning eller demonstrere hvordan ting skal gjøres. Film og bilder kan formidle budskap slik at alle forstår, uansett utdanning, alder, språk eller leseferdigheter.

Ankomstsenteret har informasjonsskjermer. Det er delte meninger om hvor effektive skjermene er som informasjonskanal, og flere mener tekstene som legges ut i liten grad leses eller blir forstått. Bruken av skjermene i ankomstsenteret kan muligvis optimaliseres og de kan også brukes til formidling av filmer og videoer om ulike tema.

I dette prosjektet har vi ikke sett systematisk etter hva som finnes av relevante informasjonsvideoer og filmer i de andre europeiske landene. UNICEF og andre internasjonale organisasjoner har mye filmmateriell, og en systematisk gjennomgang av relevante tilgjengelige produksjoner både i Norge, Norden og andre land vil muligvis identifisere godt informasjonsmateriell om helse og forebyggingstiltak som ankomstsenteret og transittmottakene kunne dra nytte av.

I intervjuene har vi funnet svært få personer som bruker nettsider eller app-er for å finne informasjon om helse, rettigheter eller helsesystemet. Dette kan henge sammen med at mye av informasjonen er skrevet på norsk og at det er vanskelig å finne frem til det som finnes av oversatt materiale. Graden av internettferdigheter hos beboerne varierer også. Flere beboere bruker sosiale medier og nevner Facebooksider, blant annet en side for arabisktalende i Norge. Facebook kan være en effektiv kommunikasjonskanal for enkelte budskap. Bruk av sosiale medier for formidling av helseinformasjon til beboere i transittmottak er en mulighet som kan utforskes nærmere.

Kanalene som brukes for å formidle informasjon om helse, helserettigheter og helsesystemet må evne å nå frem til beboerne uavhengig av språk og kultur. God informasjon, som blir forstått og akseptert, vil gjøre den enkelte i stand til å navigere i det norske helsesystemet, og vil kunne påvirke den enkeltes handlingsvalg.

Språk er en helt sentral brikke for forståelse. Statlig kommunikasjonspolitikken legger vekt på at etatene skal bruke et godt og klart språk som alle kan forstå, og legger også vekt på at man i kommunikasjon og formidling skal vise respekt og imøtekommenhet. Gode tolketjenester blir dermed viktig. Vi har gjennomført intervjuer i en periode hvor det var få beboere i ankomstsenteret og relativt få beboere også i transittmottakene. Tilgangen til tolketjenester har virket relativt god, selv om enkelte har fortalt at det kan være vanskelig å få tolketjenester for sjeldne språk. Men tolketjenester brukes i begrenset grad. Ofte vil ansatte på mottakene eller andre beboere oversette.

Omvisningsrunden for nyankomne ved ankomstsenteret og informasjonsmøtene i transittmottakene skjer uten tolking. Det brukes heller ikke tolketjenester ved tuberkuloseundersøkelsen eller når barn skal vaksineres. Dermed kan mye informasjon gå tapt, eller bli oversatt feil, til beboere som ikke snakker engelsk eller et språk som ansatte mestrer.

Undersøkelsene vi har gjort reiser dermed spørsmål om bruken av tolketjenester er tilstrekkelig eller burde utvides. Et spørsmål er for eksempel om det burde være generelt tilbud om tolk i tilknytning til tuberkuloseundersøkelsen og når det gjennomføres vaksinasjoner, for å sikre informasjon og forståelse knyttet til vaksiner, samtykke og undersøkelser, helsetjenestens taushetsplikt og konfidensialitetsprinsipper. Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår at den enkelte har rett til informasjon i møte med tjenestene, blant annet om innholdet i helsehjelpen, og om mulige bivirkninger og risiko. Etatene skal sørge for at informasjonen blir forstått. Vi er usikre på om denne rettigheten ivaretas tilstrekkelig i de situasjonene der det ikke systematisk benyttes tolk.

13.2.1 Muligheter og begrensninger oppsummert

Det overordnede inntrykket er at ankomstsenteret og transittmottakene har gode kanaler for å formidle informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenestene i Norge på individuelt nivå, men at det er færre kanaler når det gjelder felles informasjon som når alle. Spørsmålet er om man kan optimalisere informasjonsvirksomheten ved å supplere de individuelle og uformelle kanalene med mer generell felles informasjonsformidling, gjennom møter, film og video, mer skriftlig informasjon og plakater på ulike språk og øke bruken av bilder og formidlingskanaler som spill, idrett, aktiviteter i kantinen osv.

Resepsjonen er en felles informasjonskanal for daglige spørsmål som ser ut til å fylle behovet på en god måte. Informasjonsmøtene ved ankomst tar opp mange viktige tema, men handler i varierende grad om helse. Det kan vurderes om helsepersonell bør delta systematisk på informasjonsmøtene i transittmottakene, slik de gjør det ved Refstad transittmottak.

Systematisk bruk av tolketjenester ved gjennomføringen av tuberkuloseundersøkelsen og vaksinasjoner bør også vurderes nærmere, for å sikre at den enkelte får god informasjon i tråd med føringene i lovverket. Utvidet bruk av tolketjenester, for eksempel på informasjonsmøtene for

nyankomne, kan også bidra til at flere beboere får *reell tilgang* til informasjonen som formidles.

13.3 Budskap

Beboere i ankomstsenteret og i transittmottakene får mye informasjon, men relativt lite systematisk informasjon om helse. Beboerne fanger opp informasjon om at de har rett til helsetjenester, hvor tjenestene finnes og hvordan man kan bestille time. Ansatte gir informasjon om hva den enkelte skal gjøre om situasjonen er akutt og informerer om retten til tolk. Mange beboere har fått med seg at de ikke behøver å betale egenandel på helsekontoret, men denne informasjonen gis ikke systematisk.

Vår oppfatning er at det er variasjon i hvor vidt den enkelte forstår hva taushetsplikt og konfidensialitet innebærer. Beboerne kommer fra ulike kulturer hvor konfidensialitet kan praktiseres på forskjellige måter. Helsepersonell mener det for mange tar tid til å venne seg til hva disse begrepene innebærer.

Hovedfokus i informasjonen er knyttet til «her og nå» og til helseproblemer som ikke kan vente. Helsetjenestene gir mye informasjon knyttet til individuelle konsultasjoner, tilpasset den enkeltes situasjon og spørsmål. NOAS og enkelte organisasjoner formidler informasjon om den enkeltes rettigheter, kjønnslemlestelse, seksuell og reproduktiv helse. Fylkestannhelsetjenesten gir informasjon om tannhygiene og tannhelsetjenesten, man bare ved ett av transittmottakene. Ved de øvrige transittmottakene er det så langt vi har brakt på det rene ingen avtaler om informasjonsformidling med fylkestannhelsetjenesten.

Formidlingen av felles informasjon om helserettigheter og helsesystemet i Norge virker begrenset. Informasjon om hvordan helsesystemet i Norge er bygget opp er en viktig faktor for at den enkelte skal kunne navigere i det norske samfunnet. Overblikk over egne rettigheter og den enkeltes evne til å ta seg frem i et helsesystem refereres ofte som «health literacy». En av årsakene til at det gis lite informasjon om helsesystemet generelt kan være knyttet til at ankomstsenteret og transittmottakene har særordninger når det gjelder hvordan tjenestene er lagt opp. Rettigheter og tilgang til helsetjenester i ankomstsenteret og transittmottakene er annerledes enn i samfunnet ellers. Mye av informasjonen som gis til beboere om hvordan helsetjenesten er bygget opp og fungerer handler dermed om hvordan tjenestene er bygget opp *i ankomstsenteret og i transittmottakene*, og i mindre grad om helsetjenestenes oppbygging i samfunnet generelt.

Både ankomstsenteret og transittmottakene er innrettet slik at mange bor tett sammen. Utfra beboernes egne beskrivelser er smittevern, renslighet, hygiene og sikkerhet for seg selv og for eventuelle barn tema som bekymrer dem. Informasjon om forebyggende helse og smittevern skjer til en viss grad, men mye virker å gå i uformelle kanaler. Beboerne i mottakene nevner ulike tema de ønsker informasjon om, mye synes å være knyttet til den enkeltes helsesituasjon eller interesser. Enkelte beboere nevner spesifikt ønske om mer informasjon om helsesystemet og hvilke helserettigheter som gjelder i Norge.

Informasjon som gis individuelt i konsultasjoner er viktig for beboerne, og dagens system med helsekontor på ankomstsenteret og i transittmottakene (unntatt på Torshov) sikrer god tilgang til

tjenestene. Dette er en særordning som vi mener fyller beboernes behov for kontakt med helsetjenesten på en god måte. Det vil kunne tenkes alternativer til dagens modell, for eksempel at beboerne fikk helsetjenester i kommunens ordinære apparat. Vi har innenfor rammen av dette oppdraget ikke vurdert eller diskutert alternativer til dagens modell med helsekontor tilknyttet ankomstsenteret og transittmottakene.

Psykisk helse representerer ifølge forskning en stor helseutfordring blant asylsøkere. Helsepersonell forteller at det er utfordrende å gi informasjon om psykisk helsehjelp. Årsaken til dette ligger delvis i deres opplevelse av at det ikke er kapasitet i kommunene til å behandle eller følge opp beboere med psykiske problemer som ikke er akutte, og delvis i at den enkelte er i *transitt* – noen vil få avslag på søknaden om opphold, mens andre er på vei til et ordinært mottak i en annen kommune. Det vil i mange tilfeller ikke være ønskelig å starte en behandling som ikke kan følges opp. Helsepersonell forteller om behov for å legge til rette for lavterskeltilbud og enkle tiltak som kan gjennomføres i transittmottakene, for å sette den enkelte i bedre stand til å takle dagen, natten og livet. Flere beboere har gitt uttrykk for at jo lenger de oppholder seg på transittmottaket, jo mer øker opplevelsen av stress på grunn av usikkerhet og venting.

13.3.1 Muligheter og begrensninger oppsummert

Mange temaer knyttet til helse, tannhelse, forebygging og helserettigheter er flettet inn i informasjonen beboerne får i ankomstsenteret og i transittmottakene. Mye tilrettelagt informasjon formidles i individuelle samtaler og gjennom uformelle kanaler.

Generelt viser materialet vi har samlet inn at det er god tilgang til informasjon om helse for de som oppsøker helsetjenesten, men helseinformasjonen gis i liten grad systematisk og til alle. Helsepersonell i ankomstsenteret og transittmottakene har, så langt vi har funnet, ingen informasjonsplan eller sjekklister som sier noe om hvilken informasjon helsekontoret skal formidle til beboerne. En mulighet kan dermed ligge i å lage en helhetlig og relativt detaljert informasjonsplan som anbefaler hvilke budskap som skal formidles til beboere i ankomstsenter og transittmottak om helse, helserettigheter og helsetjenesten. En helseinformasjonsplan vil kunne standardisere hovedelementer som er viktig å formidle, slik at alle beboere får tilgang til en minimumspakke med felles informasjon. Informasjon om tannhelse bør inkluderes. Det kan også vurderes om en informasjonsplan bør deles opp, slik at noe informasjon gis ved ankomstsenteret, noe ved ankomst til transittmottakene, noe i tidsintervaller etter ankomst. En informasjonsplan for ankomstsenter og transittmottak må også ses i sammenheng med videre informasjonsarbeid i ordinært mottak, slik at disse utfyller og bygger videre på hverandre.

13.4 Mottaker

Beboerne i ankomstsenteret og transittmottakene er en uensartet målgruppe. Det gjør kommunikasjonsarbeidet krevende. I materialet vi har samlet inn er det flere gjennomgående trekk som informasjonsarbeidet bør ta hensyn til.

Beboerne representerer mange ulike språk. Det gjør informasjonsarbeidet utfordrende. I formidlingsarbeidet brukes tolketjenester i pasientkonsultasjoner. I informasjonsmøter og i uformelle sammenhenger oversetter også mottaksansatte og beboere informasjon basert på de språkene de

selv kan. Noe informasjonsmateriell er oversatt til de vanligste språkene. Men ulike språk har også ulike uttrykksformer, referanser og talemåter. Språklige utfordringer i et transittmottak kan ikke unngås, men de kan håndteres ved at man i informasjonsarbeidet har et bevisst forhold til de språklige forutsetninger som målgruppen har.

Sosiokulturell bakgrunn og utdanningsnivå er faktorer som de ansatte påpeker har stor betydning for hvordan beboerne oppfatter informasjonen de får. I intervjuene virker beboere med lite eller ingen utdanning også mindre interessert og mer usikre på hva de ønsker informasjon om.

Formidlingsarbeidet må legge til rette for at alle kan forstå budskapet. Visuelle virkemidler, filmer og plakater kan være gode kanaler. Enkel informasjon utelukker ikke at de som søker mer informasjon også kan få tilgang til det, for eksempel ved å henvises til nettsider, brosjyrer og annet informasjonsmateriell.

Kvinner og menn kan være ulike målgrupper. I materialet vi har samlet mener de fleste at generell informasjon bør gis i felles møter der både menn og kvinner deltar. På tema som seksuell og reproduktiv helse ønsker flere at informasjonen gis til kvinner og menn separat.

Målgruppene defineres også av alder. Alder har betydning for hvilke helsetema man er opptatt av. Form og innhold «treffer» aldersgruppene ulikt. Mer skreddersøm av informasjon til ulike aldersgrupper kan vurderes både for formidlingen i ankomstsenteret og i transittmottakene. UDI har i rundskriv definert elementer for et informasjonsprogram i statlige transittmottak for voksne og for unge mellom 12 år og 18 år (63,64). Helsepersonell har, så langt vi har funnet, ikke tilsvarende verktøy for sitt formidlingsarbeid i ankomstsenteret og transittmottakene.

Beboerne kommer fra ulik kulturell bakgrunn, og med erfaringer fra forskjellige helsesystemer. I undersøkelsene ser vi at sosiokulturelle faktorer også virker inn på hvilke forventninger beboerne har. Det kan være forventninger til behandling eller forventninger til hvordan informasjon skal formidles. Plakater med kondomer oppleves utfordrende for noen, mens andre knapt legger merke til dem.

13.4.1 Muligheter og begrensninger oppsummert

Vår forståelse er at både helsepersonell og mottaksansatte tilpasser informasjonen som gis til den enkelte, i individuelle samtaler og konsultasjoner. Også organisasjoner som har formidlingsaktiviteter i ankomstsenteret og i transittmottakene knyttet til helsefeltet virker bevisst de store ulikhetene som finnes blant beboerne, og tilpasser budskapene til mottakerne. Ufra materialet vi har samlet er det vanskelig å si noe om hvorvidt tilpasning til mottakerne er systematisk eller mer tilfeldig, basert på at ansatte både i mottakene og på helsekontorene har bred erfaring og individuelle kommunikasjonsferdigheter.

Materialet viser at flere beboere har forventninger til helsetjenesten som de ikke får oppfylt, f.eks. forventninger om å få antibiotika eller annen behandling. Enkelte stiller spørsmål om hvorfor de ikke får behandlingen de ønsker, og synes ikke de har fått svar de forstår eller aksepterer. Mer tilrettelagt oversatt informasjon kan muligvis bidra til å redusere beboernes usikkerhet.

13.5 Kontekst

Å være beboer i et ankomstsenter eller et transittmottak er ikke en normalsituasjon. Det er flere faktorer som gjør informasjonsarbeidet krevende. I ankomstsenteret beskriver ansatte at mange av beboerne fortsatt «er på flukt». I transittsentrene er dagene preget av venting, men også av håp, uvisshet, daglige gjøremål og spørsmål om asylsaken.

Den vanskeligste kontekstuelle utfordringen helsepersonell fremhever er uforutsigbarheten i oppholdstid. Hvor lenge beboerne er på mottaket er avgjørende for hva slags informasjon beboerne trenger og for hva slags hjelp og behandling helsepersonell vil starte. Uvissheten og usikkerhet om oppholdstid stiller særlige krav til helhetlig tenkning om formidling av helseinformasjon.

For helsepersonell er det også utfordrende når beboerne blir i transitt lengre enn forventet. Utfordringen med oppholdstid kommer tydelig til syne i anbefalingene fra Helsedirektoratet om hvilke helsetilbud beboerne bør få. Helsedirektoratets veileder gir anbefalinger om helsetjenester som kommunen bør tilby, basert på beboernes *oppholdstid* i landet (62). UDI på sin side legger til rette for informasjonsformidling og ytelser basert på *oppholdssted* (ankomstsenter/transittmottak/ordinært mottak). Helsedirektoratet har valgt tidsakse som inndeling av hensyn til beboernes helsebehov, uavhengig av hvor de er i asylprosessen. Det betyr at veilederen for eksempel anbefaler at asylsøkerne bør tilbys en helseundersøkelse tre måneder etter ankomst til landet, mens kommunehelsetjenesten helst vil vente med denne undersøkelsen til beboerne har flyttet til ordinært mottak, slik at kommunehelsetjenesten i mottakskommunen kan følge opp beboeren over lengre tid. Beboere med opphold utover tre måneder i transittmottak, ser dermed ikke ut til å få tilbud om helseundersøkelse på det tidspunkt Helsedirektoratet anbefaler.

Beboerne bor tett sammen med andre mennesker de ikke kjenner, både i ankomstsenteret og i transittmottakene, og det kan være vanskelig å finne trygge rammer for formidlingsarbeid. Fysisk har både ankomstsenteret og transittmottakene rom der ansatte på mottakene kan formidle informasjon, individuelt eller i grupper. Helsepersonell disponerer også egne lokaler. Ankomstsenteret og transittmottakene har døgnbemannede resepsjoner der den enkelte kan henvende seg. Utfordringene ligger dermed kanskje ikke primært i de fysiske rammene, men i situasjonen og i den enkeltes evne til å ta imot informasjon.

13.5.1 Muligheter og begrensninger oppsummert

Situasjon og omgivelser er elementer som påvirker hvordan budskap tas imot. Rammene i ankomstsenteret og i transittmottakene virker fysisk sett greit tilrettelagt for at beboere enkelt kan oppsøke helseinformasjon, og det er rom der beboere kan ha individuelle samtaler med ansatte i mottakene og helsepersonell. En kontekstuell utfordring som fortjener mer diskusjon er hvordan man best formidler informasjon om helse, helserettigheter og helsesystem når tidsrammene er uforutsigbare.

14 Konklusjon og anbefalinger

I dette kapitlet vil vi oppsummere konklusjoner ut fra funnene vi har gjort i kartlegginger og intervjuer. Vi vil også skissere ti anbefalinger om tiltak som vi vurderer kan bidra til å styrke helseinformasjonsarbeidet i ankomstsenteret og i transittmottakene. Anbefalingene er gitt som innspill til UDIs videre arbeid med å tilrettelegge for god informasjon om helse og helserettigheter.

I rapporten har vi sett på hvordan asylsøkere får helseinformasjon i transittfasen og på hvem som formidler informasjonen. Vi har også sett på hvilken type helseinformasjon beboerne får og vi har forsøkt å belyse i hvilken grad asylsøkerne opplever informasjonen de får som tilgjengelig og relevant. For å vurdere og diskutere funnene har vi støttet oss til en enkel kommunikasjonsteoretisk inndeling og diskutert kilder, kanaler, budskap, mottakere og kontekst for formidlingen av helseinformasjon til beboere i ankomstsenter og transittmottak.

14.1 Konklusjoner

Informasjon om helse, rettigheter og helsetjenester er viktig for at den enkelte asylsøker skal kunne orientere seg i et – for de fleste – ukjent norsk helsesystem.

I intervjuene har vi funnet at beboerne ser informasjon om helse, om hvilke rettigheter de har og om hvilke behandlingsmuligheter som finnes som relevant, men informasjonen er mest aktuell på det tidspunkt der beboerne selv opplever behov for tjenestene.

Helseinformasjon formidles i hovedsak på individuell basis i konsultasjoner med kommunehelsetjenesten, og gjennom uformelle samtaler med mottaksansatte, andre beboere eller organisasjoner. Stikkord i formidlingen er «det viktigste først» og «ikke for mye informasjon om gangen». Tolketjenester benyttes oftest ved helsekonsultasjoner, i mindre grad i mottakenes formidlingsarbeid. Ansatte ved mottakene snakker ulike språk, og benytter til en viss grad hverandre for å oversette informasjon i møte med beboerne.

Beboere som oppsøker helsetjenesten har enkel tilgang til helsetjenesten og god mulighet til å få den informasjonen de ønsker og har behov for. De som ikke oppsøker helsetjenesten har i liten grad systematisk tilgang til informasjon om helse, helserettigheter eller helsetjenestene. Kun ett transittmottak har regelmessig formidling av helseinformasjon fra helsepersonell til beboere ved ankomst.

Ansvar for informasjonsarbeidet går på tvers av flere sektorer. Kommunehelsetjenesten har hovedansvaret for å formidle helseinformasjon og sørge for at informasjonen blir forstått. Utlendingsdirektoratet skal legge til rette for at beboere i mottak får tilgang til helsetjenester og helseinformasjon. Ansatte ved mottakene er sentrale i den daglige kontakten med beboerne. Vår oppfatning er at det er godt samarbeid mellom ansatte i helsetjenesten og på mottakene, men formidling av helserelatert informasjon synes ikke å være et sentralt tema i samhandlingen. Å etablere målrettet informasjonssamarbeid mellom ansatte i helsetjenesten og ansatte i ankomstsenteret og transittmottakene kan dermed trolig bidra til å styrke formidlingsarbeidet.

Informasjonsarbeidet i transittmottakene er basert på UDIs føringer for hvilken informasjon som skal formidles. Føringene er detaljerte og definert i ulike rundskriv. For helsetjenestene har vi ikke funnet

tilsvarende felles informasjonsrammeverk. Det finnes føringer for helsetjenestens informasjonsarbeid generelt, både i lovverk og i veiledere, men vi har ikke funnet felles kommunikasjonsstrategier eller informasjonsplaner for formidling av helseinformasjon til beboere i ankomstsenter og transittmottak.

Mottaksansatte har bred kulturell og språklig bakgrunn, men kan ha varierende kunnskap om helse og helsesystemet i Norge. Der det har vært tilbud om oppdateringer eller opplæring for mottaksansatte om helsesystemet og helserelaterte, blir dette positivt beskrevet.

14.2 Anbefalinger

Anbefalinger:

1. Lag en helhetlig strategi for informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester og en informasjonsplan for helsetjenestens formidling i ankomstsenter og transittmottak. En helhetlig strategi kan bidra til systematisk formidling av definerte budskap, fra asylsøkeren kommer til ankomstsenteret, under oppholdet i transittmottaket og videre gi en plattform for helseinformasjonsarbeidet i ordinært mottak. En informasjonsplan for helsetjenesten kan bidra til at viktig informasjon når alle og ikke kun dem som oppsøker helsetjenesten.
2. Legg til rette for at ansatte i ankomstsenteret, transittmottakene og i helsetjenesten oppdaterer hverandre om informasjonsarbeidet de utfører. Vurder om systematisk samhandling om formidling av tema relatert til helsetjenester, helserettigheter og forebygging, kan være hensiktsmessig.
3. Inkluder generell formidling av helseinformasjon som en fast oppgave for helsekontorene ved transittmottakene. At helsepersonell selv deltar på informasjonsmøter for beboere som kommer til transittmottak, ses som en styrke.
4. Vurder om ordningen med helsekontorer lokalisert ved transittmottakene kan utvides til alle transittmottak. Ordningen gir beboerne enkel og reell tilgang til individuell helsehjelp og tilpasset helseinformasjon fra kvalifisert personell.
5. Diskuter om tuberkuloseundersøkelsen i større grad kan benyttes som arena for dialog og formidling av helserelatert informasjon. Tuberkuloseundersøkelsen er det eneste faste møtepunkt mellom asylsøkeren og helsetjenesten.
6. Legg til rette for formidling av informasjon om lavterskel aktiviteter som kan fremme psykisk helse blant beboere i transittmottakene.
7. Tilpass viktig informasjon til beboernes språkbakgrunn og vurder å utvide bruken av tolketjenester, f.eks. på informasjonsmøter der man ellers bruker engelsk.

8. Legg til rette for enkel opplæring eller oppdateringer for mottaksansatte om tema knyttet til helserettigheter og helsesystemet i Norge.
9. Ta i bruk mer skriftlig informasjon i ankomstsenteret og i transittmottakene og utvid bruken av film, visuelle virkemidler, spill og aktiviteter i formidlingsarbeidet. Inviter beboere, organisasjoner og fagmiljøer med på råd om hvordan informasjonsmateriell best kan utformes og legges til rette for deling av – og tips om - relevant materiell som allerede produseres av organisasjoner, etater og fagmiljøer.
10. Inviter frivillige organisasjoner til en diskusjon om hvordan deres rolle i formidlingen av informasjon om forebygging, helserettigheter og helsesystemet i Norge kan utvides. Flere organisasjoner har psykososiale aktiviteter ved transittmottakene, men få er involvert i systematisk formidling av helseinformasjon.

Referanser

1. United Nations High Commissioner for Refugees. Figures at a Glance [Internett]. UNHCR. 2015 [sitert 15. mai 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
2. Utlendingsdirektoratet. Asylsøknader etter statsborgerskap og måned (2017) [Internett]. UDI. 2017 [sitert 5. mai 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2017/>
3. Fornyings- og administrasjonsdepartementet. Statens kommunikasjonspolitikk fastsatt av Fornyings- og administrasjonsdepartementet [Internett]. Oslo: Fornyings- og administrasjonsdepartementet; 2009. Tilgjengelig på: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fad/vedlegg/informasjonspolitikk/statens_komm_pol_web.pdf
4. Simonsen A. Hva er strategisk kommunikasjon? [Internett]. Kommunikasjonsforeningen. 2015. Tilgjengelig på: <https://www.kommunikasjon.no/fagstoff/strategisk+kommunikasjon/strategisk-kommunikasjon>
5. Simonsen A. Sjekkliste - kommunikasjonsplan [Internett]. Kommunikasjonsforeningen. 2009. Tilgjengelig på: <https://www.kommunikasjon.no/fagstoff/strategisk+kommunikasjon/sjekkliste-informasjonsplan>
6. Corcoran N. Communicating Health: Strategies for Health Promotion. 2. utg. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2013. 250 s.
7. Markova V, Sandal GM. Lay Explanatory Models of Depression and Preferred Coping Strategies among Somali Refugees in Norway. A Mixed-Method Study. *Front Psychol.* 2016;7:1435.
8. Abebe DS, Lien L, Hjelde KH. What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *J Immigr Minor Health.* 2014;16(1):60–7.
9. Berg J, Johnsen E. [Are immigrants admitted to emergency psychiatric departments more often than ethnic Norwegians?]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke.* 2004;124(5):634–6.
10. Björn GJ. Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. *Nord J Psychiatry.* 2005;59(6):516–21.
11. Brunvatne R, Lysegård KH, Hjortdahl P. [Psychosocial preventive work among war refugees. A task for primary health care?]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke.* 1995;115(1):23–6.
12. Dahl CI. Clinical Experiences With Refugees in Need of Treatment. Reflections on Psychosocial Problems of People Living in Exile. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke.* 1989;109(17–18):1871–4.
13. Ekblad S, Kastrup MC. Current research in transcultural psychiatry in the Nordic countries. *Transcult Psychiatry.* 2013;50:841–57.
14. Erdal K, Singh N, Tardif A. Attitudes about depression and its treatment among mental health professionals, lay persons and immigrants and refugees in Norway. *J Affect Disord.* 2011;133(3):481–8.

15. Hauff E. [Immigrants and mental health services]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2008;128(2):158.
16. Hauff E, Lavik NJ, Dahl CI, Sveaass N. [Psychosocial problems among refugees in Norway]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 1989;109(17–18):1867–70.
17. Major EF. [Psychiatric/psychological work with refugees and asylum seekers]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2000;120(28):3420–3.
18. Major EF. [Treatment of psychologically traumatised patients in Norway]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2003;123(19):2709–12.
19. Oppedal B, Idsoe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol*. 2015;56:203–11.
20. Skalevag SA. The formation of an illness - On Norwegian psychiatry and the construction of mental illness in the era of the asylum. *Hist Tidsskr*. 2000;79(3):352–75.
21. Berg A. [Methods of torture and their consequences]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 1989;109(17–18):1863–6.
22. Andreassen G. [Physician among refugees]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 1997;117(6):846–7.
23. Borgen I. [Exciting field of work. Practical work among immigrants and refugees]. *Fag Tidsskr Sykepleien*. 1990;78(1):2–6.
24. Cohn J. Torture Survivors in Norway--Physician's Responsibility. *Tidsskr Den Nor Laegeforeningen*. 2001;121(29):3383–5.
25. Grut L, Tingvold L, Hauff E. [General practitioners' experiences with refugee patients]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2006;126(10):1318–20.
26. Haarr D. [Refugees, asylum seekers and us]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2015;135:2128.
27. Varvin S, Aasland OG. [Physicians' attitude towards treating refugee patients]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2009;129(15):1488–90.
28. Grønseth AS. Experiences of Tensions in Re-orienting Selves: Tamil Refugees in Northern Norway Seeking Medical Advice. *Anthropol Med*. 2006;13(1):77–98.
29. Grønseth AS. In search of community: a quest for well-being among Tamil refugees in northern Norway. *Med Anthropol Q*. 2001;15(4):493–514.
30. Grønseth AS. Tamil Refugees in Pain: Challenging Solidarity in the Norwegian Welfare State. *J Ethn Migr Stud*. 2011;37(2):315–32.
31. Guribye E. Gjennomførbarheten av kurs i mestring av belastning for kulturelle minoriteter. *Tidsskr Psyk Helsearbeid*. 2012;9(4):314–23.
32. Farah MG, Meyer HE, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Long-term risk of tuberculosis among immigrants in Norway. *Int J Epidemiol*. 2005;34(5):1005–11.

33. Harstad I, Heldal E, Steinshamn SL, Garåsen H, Jacobsen GW. Tuberculosis screening and follow-up of asylum seekers in Norway: a cohort study. *BMC Public Health*. 2009;9:141.
34. Harstad I, Heldal E, Steinshamn SL, Garåsen H, Winje BA, Jacobsen GW. Screening and treatment of latent tuberculosis in a cohort of asylum seekers in Norway. *Scand J Public Health*. 2010;38(3):275–82.
35. Harstad I, Henriksen AH, Sagvik E. Collaboration between municipal and specialist public health care in tuberculosis screening in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:238.
36. Harstad I, Jacobsen GW, Heldal E, Winje BA, Vahedi S, Helvik A-S, mfl. The role of entry screening in case finding of tuberculosis among asylum seekers in Norway. *BMC Public Health*. 2010;10:670.
37. Herrador BRG, Ronning K, Borgen K, Mannsaker T, Dahle UR. Description of the largest cluster of tuberculosis notified in Norway 1997-2011: is the Norwegian tuberculosis control programme serving its purpose for high risk groups? *BMC Public Health*. 2015;15:367.
38. Marx FM, Fiebig L, Hauer B, Brodhun B, Glaser-Paschke G, Magdorf K, mfl. Higher Rate of Tuberculosis in Second Generation Migrants Compared to Native Residents in a Metropolitan Setting in Western Europe. *PloS One*. 2015;10:13.
39. Brunvatne R. Helsetjeneste til asylsøkere og nyankomne flyktninger: Interkommunalt samarbeid i Vestfold. *Utposten*. 2005;34(1):6–7.
40. Kallestad T. [Refugee women's encounter with Norwegian health system]. *Sykepleien*. 1982;69(13):8–15, 30.
41. Brunvand L, Brunvatne R. [Health problems among immigrant children in Norway]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2001;121(6):715–8.
42. Jagmann K. Utfordringer i foreldrerollen som tsjetsjensk flyktning. *Tidsskr Psyk Helsearbeid*. 2012;9(1):4–12.
43. Olsen B. [Refugee or immigrant children in hospital]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 1998;118(23):3585–8.
44. Sandahl H, Norredam M, Hjern A, Asher H, Nielsen SS. Policies of access to healthcare services for accompanied asylum-seeking children in the Nordic countries. *Scand J Public Health*. 2013;41:630–6.
45. Seglem KB, Oppedal B, Raeder S. Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scand J Psychol*. 2011;52(5):457–64.
46. Haabeth AL, Grönvik Y. Tanker om bruk av tolk. *Sykepl Fag*. 1995;83(1):48–51.
47. Haabeth AL, Karlsen W. Telefontolkning som alternativ tolketjeneste. *Tidsskr Sykepl*. 88(2):52–5.
48. Karlsen WB, Haabeth AL. [The telephone interpreter. A good alternative to the traditional interpreter]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 1998;118(2):253–4.

49. Le C, Kale E, Jareg K, Kumar BN. Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskr Nor Psykologforening*. 2013;50(10):99–1005.
50. Sande H. Supervision of refugee interpreters: 5 years of experience from Northern Norway. *Nord J Psychiatry*. 1998;52(5):403–9.
51. Hetta OM. [«Thank you, doctor». Knowledge of intercultural communication is necessary in health care for refugees]. *Tidsskr Den Nor Lægeforening Tidsskr Prakt Med Ny Række*. 1992;112(8):1043–6.
52. Dramsdahl M, Sandvik H. [Routines for infection testing and vaccination against hepatitis B among applicants for asylum. A questionnaire study among health personnel responsible for reception of asylum applicants]. *Tidsskr Den Nor Lægeforening Tidsskr Prakt Med Ny Række*. 1995;115(25):3128–30.
53. Gele AA, Torheim LE, Pettersen KS, Kumar B. Beyond Culture and Language: Access to Diabetes Preventive Health Services among Somali Women in Norway. *J Diabetes Res*. 2015;2015:549795.
54. Gele AA, Pettersen KS, Torheim LE, Kumar B. Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*. 2016;16:1134.
55. Lyberg A, Viken B, Haruna M, Severinsson E. Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *J Nurs Manag*. 2012;20(2):287–95.
56. Martinsen T. Smittevern hos asylsøkere og flyktninger. *Utposten*. 2005;34(2):6–9.
57. Saadati M, Hanssen I. «Disse smertene plager min sjel»: En kvalitativ intervjustudie av iranske kvinner i Norge. *Nord J Nurs Res*. 1. mars 2015;35(1):38–44.
58. Lynne A, Borgan AL. Asylsøkeres opplevelser av informasjon fra UDI. Foredrag presentert på; 2016 nov; UDI.
59. Difi. Mens de venter... En kartlegging av informasjon til beboere i asylmottak [Internett]. Oslo: Difi; 2009. Report No.: 2009:7. Tilgjengelig på: <https://www.difi.no/sites/difino/files/difirapport-2009-07-mens-de-venter...en-kartlegging-av-informasjon-til-beboere-i-asylmottak.pdf>
60. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon - Lovdata [Internett]. Lovdata. 2011 [sitert 24. mars 2017]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
61. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om tuberkulosekontroll [Internett]. Lovdata. 2009 [sitert 24. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-02-13-205>
62. Helsedirektoratet. Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. IS-1022 [Internett]. Helsedirektoratet; 2017 [sitert 24. mai 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Asyls%C3%B8kere,%20flyktninger%20og%20familiegjenforente.pdf>

63. UDI. Krav til bruk av tolk og språkassistenter i statlige mottak - RS 2008-029 [Internett]. udiregelverk. 2008 [sitert 15. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-rundskriv/rs-2008-029/>
64. UDI. Krav til informasjonsarbeid i statlige transittmottak - RS 2010-165 [Internett]. udiregelverk. 2010 [sitert 15. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-rundskriv/rs-2010-165/>
65. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenesten - IS-1924 [Internett]. Helsedirektoratet; 2011 [sitert 24. mai 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>
66. Justis- og beredskapsdepartementet. Lov om endringer i forvaltningsloven (forbud mot bruk av barn som tolk) [Internett]. Lovdata. 2016 [sitert 20. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23>
67. Notat til Helsedirektoratet: Psykososial oppfølging og helsetjenestetilbud til asylsøkere [Internett]. Oslo: Rambøll; 2016. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Innvandrerhelse/Analysenotat%20Psykososial%20oppf%C3%B8lgning%20og%20helsetjenestetilbud%20til%20asyls%C3%B8kere.pdf>
68. UDI. Dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester for beboere i asylmottak [Internett]. UDI. [sitert 24. mai 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-mottak/dekning-av-utgifter-til-helse--og-omsorgstjenester-for-beboere-i-asylmottak/#link-10470>
69. Syse A, Strand BH, Naess O, Steingrimsdottir OA, Kumar BN. Differences in all-cause mortality: A comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012. *Demogr Res.* 2016;34:615–55.
70. van Berlaer G, Carbonell FB, Manantsoa S, Béthune X de, Buyl R, Debacker M, mfl. A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open.* 2016;6(11):e013963.
71. Folkehelseinstituttet. MSIS Statistikk - folkehelseinstituttet [Internett]. MSIS. [sitert 24. mai 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.msis.no/>
72. Arnesen TM, Heldal E, Nordstrand K, Rønning K, Sandbu S. Tuberkulose i Norge 2015 - med behandlingsresultater for 2014 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/publ/2016/tuberkulose-arsrapport-2015/>
73. Keboa MT, Hiles N, Macdonald ME. The oral health of refugees and asylum seekers: a scoping review. *Glob Health.* 2016;12:59.
74. Yun K, Hebrank K, Graber LK, Sullivan M-C, Chen I, Gupta J. High prevalence of chronic non-communicable conditions among adult refugees: implications for practice and policy. *J Community Health.* 2012;37(5):1110–8.
75. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2009;69(2):246–57.

76. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Special Issue: Violence and human rights*. 2009.
77. Straiton ML, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):341.
78. Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10:53–8.
79. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JTVM. Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004.
80. Toar M, O'Brien KK, Fahey T. Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health*. 2009;9(100968562):214.
81. Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(2):184–93.
82. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med* 1982. 2010;70(1):7–16.
83. Steel Z, Silove D, Bird K, McGorry P, Mohan P. Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *J Trauma Stress*. 1999;12(3):421–35.
84. Dalgaard NT, Montgomery E. Disclosure and silencing: A systematic review of the literature on patterns of trauma communication in refugee families. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(5):579–93.
85. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005;365(9467):1309–14.
86. Folkehelseinstituttet. Endring i rutineundersøkelse for tuberkulose [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2017 [sitert 24. mai 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.fhi.no/nyheter/2017/ending-i-rutineundersokelse-for-tuberkulose/>
87. UDI. Informasjon om ankomstsenter Østfold og hva du skal gjøre der [Brosjyre]. u.d.
88. NOAS. Informasjon til asylsøkere i Norge [Internett]. u.d. Tilgjengelig på: file:///C:/Users/MELS/Downloads/brosjyr_norsk.pdf
89. McGuire W. Theoretical foundations of campaigns. I: Rice RE, Paisley WJ, redaktører. *Public Communication Campaigns*. Beverly Hills, CA: SAGE; 1981. s. 41–70.

Vedlegg 1: Oversikt over relevante lover, forskrifter, retningslinjer og rundskriv

Lover/forskrifter:

Pasient- og brukerrettighetsloven

Helsepersonelloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Forvaltningsloven (kun § 11e om Forbud mot bruk av barn som tolk)

Smittevernloven

Straffeloven (kun paragrafene mot kjønnslemlestelse: § 284 og § 285)

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Vedrørende lovpålagt tuberkulosecreening og andre smittsomme sykdommer, fra

Folkehelseinstituttet:

Forskrift om tuberkulosekontroll

Flytskjema for tuberkuloseundersøkelsen (gjeldende fram til 01.03.2017)

Rutineundersøkelse for tuberkulose ved ankomst til Norge (Nytt flytskjema fra 01.03.2017)

Vedrørende tannhelse fra Helsetilsynet:

Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlige mottak

Veiledere fra Helsedirektoratet:

Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente (IS-1022)

Veileder for kommunikasjon via tolk for ledere og helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene (IS-1924)

Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse (IS-1746)

Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (IS-2582) (To kapitler gjenstår, men er lovet ferdig sommeren 2017)

Fra UDI:

RS 2008-029 Krav til bruk av tolk og språkassistenter i statlige mottak

RS 2008-035V1 Rutiner og satser for økonomiske ytelser til beboere i statlige mottak, regulerte satser 2016

RS 2008-54 Krav til samarbeid m. lokale instanser

RS 2010-165 Krav til informasjonsplan for voksne beboere i avlastningstransitt

RS 201067 Krav til beboerrettet arbeid i statlige transittmottak

RS 2010-177 Krav til innkvarteringstilbud i statlige transittmottak

RS 2011-003 Reglement for drift av statlige mottak

RS 2011-011 Krav til arbeid med barn og unge i statlige mottak

IM 2011-020 Rutiner for bruk av plasser i tilrettelagte avdelinger

Vedlegg 2: Intervjuguide for helsepersonell (på stedet/utenfor)

Viktig å nevne i innledningen:

- Vil vite om hva slags informasjon dere gi til beboerne om sine rettigheter, det norske helsevesenet og helse
- Målet er å forbedre informasjonen som beboerne får om helsetjenester i Norge
- Er det greit å ta opp intervjuet på bånd?
- Identiteten din vil være beskyttet
- Sitater vil være anonyme
- Du kan avbryte eller trekke deg når som helst
- Samtykkeskjema å skrive under
- Noen spørsmål?

Kan du fortelle meg om rollen din her på mottaket/kommunehelsetjeneste?

Probes: Hva er hovedrollen din og ansvaret ditt på mottaket / kommunehelsetjenesten? Hvor lenge har du jobbet her? Hvor lenge har du jobbet med asylsøkere? Hva er dine daglige oppgaver? Stillingsandel på mottaket?

Kan du forklare, fra ditt perspektiv, den første kontakten med en nyankommen beboer på mottaket?

Probes: Hva er de første stegene?

Kan du beskrive hva slags informasjon dere gi til beboerne om deres rettigheter til helsehjelp?

Probes: f.eks. Rett til å bruke helsetjenester? Rett til tolk? Taushetsplikt?

Kan du fortelle om hvordan informasjonen presenteres? Gis informasjonen systematisk til alle beboerne? Synes du at de forstår sine rettigheter? Bruker du tolk?

Hvem tror du har ansvar for å gi informasjon om rettigheter til beboerne? I hvilken grad mener du at det er en del av jobben din?

Kan du beskrive hva slags informasjon dere gi til beboerne på mottaket om det norske helsevesenet?

Probes: Hvem gir informasjonen? Når? Hvor? I hvilke formater? På hvilket språk? Er beboerne mottakelige? Hva slags utfordringer opplever du?

Har den måten dere gir informasjon på endret seg over tid?

Hva slags informasjon gis om hvordan man bruker tjenester utenfor senteret? Hva om de ønsker å se en spesialist? Hva slags informasjon gis om kostnader? Hva slags kommunikasjon har dere med andre mottak (f.eks. ordinært mottak)?

Hvem tror du er ansvarlig for å gi informasjon om helsevesen til beboerne?

Kjenner du til Helsedirektoratets Veileder IS-1022?

Probes: Kan du fortelle meg hva du vet om den? Hvordan bruker dere dette dokumentet? Er det nyttig? Er det noe du ikke forstår? Er det noe som mangler? Følger du med på oppdateringene? Når mener du at asylsøkere bør tilbys helseundersøkelsen?

Hva slags informasjon gir dere om helseforebyggende tjenester eller helsefremmende atferd?

Probes: Jeg vil nevne flere helsetema og spørre om dere gi informasjon om noen av disse.

- Vaksinasjoner
- TB screening
- Hygiene
- Medisiner på resept
- Tannhelse
- Smittsomme sykdommer
- Ernæring
- Reproduktiv- og seksuellhelse
- Psykisk helse
- Ikke smittsomme sykdommer (kroniske lidelser som hjerte- og kar sykdommer, diabetes osv.)

Kan du fortelle meg når og hvordan informasjonen gis? På hvilket språk? På hvilket format f.eks. papir, personlig, digital? Hvilke kilder bruker dere? Bruker du nettsider til å få helseinformasjon som gis til beboerne?

Hvordan tror du at informasjonen er oppfattet av beboerne?

Opplever du at du selv har tilstrekkelig informasjon til å svare på spørsmål fra beboerne om helse og helsetjenester?

Hvem tror du er ansvarlig for å gi slik helseinformasjon til beboerne?

Hvilke andre organisasjoner gir informasjon til beboere om rettigheter, helsetjenester eller helseforebygging?

Probes: f.eks. Røde kors, andre veldedige organisasjoner, UDI, helsepersonell på mottaket osv.
Hvordan samarbeider dere?

Hvordan passer du på at informasjonen som gis er forstått av beboerne?

Probes: Hva gjør du når de ikke forstår? Bruker du tolk?

Hvor mottakelige er beboerne for informasjon om deres rettigheter og helse?

Hva mener du er de største utfordringer med å kommunisere informasjon om rettigheter, helsevesen og helseforebygging og helsefremmende atferd på en bra måte?

Probes: Hvilke forslag har du for å forbedre rutinene? Hva slags endringer vil du anbefale til det nåværende systemet? Trenger du mer informasjon eller opplæring?

Synes du at tillit er noe som påvirker hvordan beboerne tar imot informasjon?

På hvilken måte tar beboerne en aktiv rolle når det gjelder å lære om helseforebygging eller helsefremmende atferd i Norge?

Siste spørsmål: Har du noen forslag eller erfaringer som du vil dele?

Probes: Dokumentasjon

Takk for at du delte dine erfaringer og for tiden du brukte for å delta i intervjuet. Vi er veldig takknemlige for dette og vil gjerne holde deg oppdatert om fremgangen av prosjektet om ønskelig. Om du har spørsmål, ta gjerne kontakt med prosjektlederen (kontaktopplysning står på informasjonsbrevet om dette prosjektet). Tusen takk.

Observasjoner:

Kjønn:

Rural/urban setting på mottaket:

Nr av beboerne på mottaket:

Tidsrom

Fra:

Til:

Andre notater:

Intervjuguide for ansatte på mottak

Viktig å nevne i innledningen:

- Vil vite om hva slags informasjon dere gi til beboerne om deres rettigheter, det norske helsevesenet og helse
- Målet er å forbedre informasjonen som beboerne får om helsetjenester i Norge
- Er det greit å ta opp intervjuet på bånd
- Identiteten din vil være beskyttet
- Sitater vil være anonyme
- Du kan avbryte eller trekke deg når som helst
- Samtykkeskjema å skrive under
- Noen spørsmål?

Først lurte jeg på om du kan fortelle meg om rollen din her på mottaket?

Probes: Hva er hovedrollen din og ansvarene dine? Hvor lenge har du jobbet her? Hvor lenge har du jobbet med beboere/asylsøkere? Hva er dine daglige oppgaver?

Fra et helseperspektiv, etter din erfaring, kan du forklare hva som skjer når en person ankommer mottaket?

Kan du beskrive hva slags informasjon som gis til beboerne om deres rettigheter til helsehjelp / til å bruke helsetjenester?

Probes: f.eks. Rett til å bruke helsetjenester? Rett til tolk? Taushetsplikt?
Hvordan gis informasjonen? Hvor? Når? Med hvem? På hvilket format? På hvilket språk? Hvor lenge? Gis støtteark? Hvor ofte? Hvilke kilder bruker? Hva slags vanskeligheter opplever dere?
Gis informasjonen systematisk til alle beboerne? Dvs. får alle de samme opplysningene? Kan du svare alle spørsmålene til beboerne? Synes du at de forstår sine rettigheter?

Hvem tror du har ansvar for å gi informasjon om rettigheter til beboerne? Til hvilken grad mener du at det er en del av jobben din?

Kan du beskrive hva slags informasjon som vanligvis gis til beboerne på mottaket om det norske helsevesen?

Probes: Hvem gis informasjonen? Når? Hvor? I hvilke formater? På hvilket språk?
Hva slags informasjon gis om hvordan man bruker tjenester utenfor senteret? Hva om de ønsker å se en spesialist? Hva slags informasjon gis om kostnader? Hvor får dere opplysningene som gis fra?

Har dere en prosedyre om en beboere trenger å gå til legevakten?

Hvem tror du er ansvarlig for å gi informasjon om helsevesen til beboerne? Hvem tror du at beboerne har mest tillit til når det gjelder deling av informasjon om helsetjenester?

Hva slags informasjon gis mottaket om helseforebyggende tjenester eller helsefremmende atferd?

Probes: Jeg vil nevne flere helsetema og spørre om dere gi informasjon om noen av disse.

- Vaksinasjoner
- TB screening
- Hygiene
- Medisiner på resept
- Tannhelse
- Smittsomme sykdommer
- Ernæring
- Reproduktiv- og seksuellhelse
- Psykisk helse
- Ikke smittsomme sykdommer (kroniske lidelser som hjerte- og kar sykdommer, diabetes osv.)

Kan du fortelle meg når og hvordan informasjonen gis? På hvilket språk? I hvilket format f.eks. papir, personlig, digital?

Hvor får dere informasjonen som gis fra? Bruker dere sosiale medier eller nettsider som kilder? Mener du at du selv har nok informasjon til å svare på beboernes spørsmål om helse og helsetjenester?

Hvem tror du er ansvarlig for å gi slik helseinformasjon til beboerne?

Når det gjelder helsefremmende informasjon, er det andre organisasjoner som gir informasjon på mottaket?

Probes: f.eks. Røde kors, andre veldedige organisasjoner, UDI, helsepersonell på mottaket osv.

Hvordan samarbeider dere? Hvordan kommer dere i kontakt med andre organisasjoner? Hvor ofte er de involvert?

Hva mener du er de største utfordringer med å kommunisere informasjon om rettigheter, helsevesen og helseforebygging og helsefremmende atferd på en bra måte?

Probes: Har rutiner endret seg over tid? (f.eks. når det er flere / færre beboere) Hvilke forslag har du for å forbedre rutinene? Hva slags endringer vil du anbefale til det nåværende systemet? Hva slags informasjon eller opplæring trenger dere slik at dere kan hjelpe beboerne?

Hvordan passer dere på at informasjonen som gis er forstått av beboerne?

Probes: Bruker dere tolk regelmessig? Hva gjør dere når de ikke forstår?

Hvor mottakelig er beboerne til informasjon om deres rettigheter og helse?

Probes: Kan du beskrive hvor viktig det er å gi informasjon om helserettigheter og helse sammenlignet med annen informasjon som gis til beboerne?

Synes du at tillit er noe som påvirker hvordan beboerne tar imot informasjon?

På hvilken måte tar beboerne en aktiv rolle når det gjelder å lære om helseforebygging eller helsefremmende atferd i Norge?

Siste spørsmål: Har du noen forslag eller erfaringer som du vil dele?

Probes: Dokumentasjon?

Takk for at du delte dine erfaringer og for tiden du brukte for å delta i intervjuet. Vi er veldig takknemlige for dette og vil gjerne holde deg oppdatert om fremgangen av prosjektet om ønskelig. Om du har spørsmål, ta gjerne kontakt med prosjektlederen (kontaktopplysning står på informasjonsbrevet om dette prosjektet). Tusen takk.

Observasjoner:

Kjønn:

Rural/urban setting på mottaket:

Nr. av beboerne på mottaket:

Tidsrom

Fra:

Til:

Andre notater:

Intervjueguide for asylsøkere

Småpratning om været, rommet. Tilby mat, te, kaffe osv.

Viktig å nevne i innledningen:

- Målet er å forbedre informasjonen som beboere på mottaket får om helsetjenester
- Vil vite om dine erfaringer
- Er det greit å ta opp intervjuet på bånd
- Dine opplysninger vil være anonyme
- Deltagelse har ingenting å si for asylsøknaden din
- Du kan avbryte eller trekke deg når som helst
- Samtykkeskjema å skrive under
- Noen spørsmål før vi begynner?

Kan du beskrive hva du lærte om helsetjenester i Norge etter at du kom til Norge?

Kan du fortelle meg om hva slags helseinformasjon du fikk på introduksjonsmøte på mottaket? Hva med helseinformasjon du fikk fra NOAS? Kan du huske om du har sett denne brosjyren? (NOAS).

Vet du hva dine rettigheter er til helsehjelp i Norge? Har taushetsplikt blant helsepersonell blitt nevnt? Har du blitt fortalt noe om bruk av tolk?

Probes: Hvis de svarer: Hvem ga du denne informasjonen? I hvilke formater? På hvilket språk? Før eller etter du kom til dette mottaket? Forstod du det? Hvor ofte fikk du informasjonen? (fra en person, brosjyre, nettside?) Hvordan kunne du lære mer om helsetjenesten i Norge?

Har du blitt fortalt om den screeningprosedyren for tuberkulose?

Probe: Forsto du det?

Hvis du følte deg syk på senteret, hva ville du gjøre?

Probes: Vet du hvordan man får helsehjelp på senteret? Har du vært i kontakt med helsepersonell på senteret?

Hva vil du ha gjort hvis du følte deg syk på natta eller trengte øyeblikkelig hjelp? Vet du hva du skulle gjøre om du ville besøk en spesialist? (f.eks. om lege på mottaket ikke kunne hjelpe) Eller andre helsetjenester utenfor senteret?

Når fikk du denne informasjonen? Hvem forklarte det til deg? På hvilken måte? (personlig samtale, brosjyre, nettsiden, på en annen måte?) På hvilket språk? Brukte du tolk? Forsto du det? Hvis ikke, hva gjorde du for å lære mer? På hvilken måte vil du få denne type informasjonen? F.eks. skriftlig, muntlig, bilder, video osv.

Er du her sammen med familie?

Probes: Hvis du har barn – fikk de vaksiner i Norge? Vet du hvilke?

Vet du om du betaler for helsehjelp på dette mottaket?

Probes: Har noen forklarte dette til deg? Hva med tannhelse hjelp? Eller spesialist helsehjelp?

Kan du fortelle meg hva slags helseinformasjon du har fått siden du kom til Norge?

Probes: Har du fått informasjon om:

- Vaksinasjoner
- Tuberkulose- screening
- Hygiene (f.eks. håndvasking/toalettbruk)
- Medisiner
- Tannhelse
- Smittsomme sykdommer (influenza/hudsykdommer, hiv)
- Øyehelse
- Ernæring (mat/vann)
- Svangerskap
- Reproduktiv- og seksuell helse
- Psykisk helse (sovevansker, konsentrasjonsvansker, bekymringer, nedstemthet)
- Kroniske sykdommer som hjerte- og kar sykdommer, diabetes, høyt blod trykk osv.

Kan du fortelle meg om når, hvordan, og hvem du fikk informasjonen fra? På hvilket språk? Forstod du det? I hvilket format f.eks. papir, person, digital? Stoler du på informasjonen?

Hva slags helseinformasjon er aktuelt for deg? Hva mangler?

Probes: Har du selv lett etter informasjon som du ikke fikk på mottaket?

Har du noen gang brukt sosiale medier, en app eller nettsider for å få lære mer om hvordan man holder seg frisk?

Probes: I så fall, hvilke?

Når er det beste tidspunkt og sted for å få informasjon om helsetjenester her?

Probes: Får du for mye eller for lite informasjon her? Synes du at andre beboere vil være enige?

Hvem har du mest tillit til når det gjelder utdeling av informasjon om helse eller helsetjenester?

Probes: Ansatte her? Andre beboere? En lege? Nettsider?

Hvilke opplysninger har vært mest brukbare for deg her på mottaket?

Probes: Hvordan kunne vi gjøre opplysninger mer brukbare for deg?

Hva vil du lære mer om?

Probes: Hvordan vil du lære om slike temaer?

Tror du at helse kunne på virker en asylsøknad på en positiv eller negativ måte?

Probe: Hvorfor?

Har du andre erfaringer eller tanker som du vil dele? Har du noen spørsmål for meg?

De siste spørsmålene vil hjelpe oss å forstå forskjellige perspektiver. Kan du fortelle meg hvilken alderskategori du er i (18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66+)? Når kom du til dette mottaket? Hvor mange år har du gått på skole?

Takk for at du delte dine erfaringer og for tiden du brukte for å delta i intervjuet. Vi er veldig takknemlige for dette. Om du har spørsmål, ta gjerne kontakt med prosjektlederen som ga deg informasjonen om dette prosjektet. Tusen takk.

Notater:

Kjønn:

Språk:

Bruk av tolk:

Komfortnivå under intervjuet / Hvor komfortabel virket informanten?:

Tidsrom:

Fra:

Til:

Andre notater:

Vedlegg 3: Organisasjoner og etater

Liste over organisasjoner og etater som ble intervjuet i forbindelse med prosjektet.

Gir informasjon om helse til beboere i transittmottak systematisk organisert og formelt:	
NOAS	Kort informasjon om helse-rettigheter i forbindelse med informasjon om asylintervjuet.

Gir informasjon om helse til beboere i transittmottak sporadisk:	
IOM	Gir helseoppfølging til sårbare migranter i forbindelse med frivillig assistert retur.
Norsk Folkehjelp	Organiserer ulike aktiviteter for beboere på Torshov og Refstad. Svarer på spørsmål og henviser videre til helsepersonell på mottak ved behov.
Redd Barna	Organiserer ulike aktiviteter for beboere på Torshov. Svarer på spørsmål og henviser videre til helsepersonell på mottak ved behov.
Refugees Welcome to Norway	Organiserer ulike aktiviteter for beboere på Torshov. Svarer på spørsmål og henviser videre til helsepersonell på mottak ved behov.
Røde Kors	Organiserer ulike aktiviteter for beboere på Torshov, Råde, Hvalsmoen. Svarer på spørsmål og henviser videre til helsepersonell på mottak ved behov.
Skeiv Verden	Gir informasjon om rettigheter, likestilling, lhbtq-spørsmål, seksuell helse og rus.

Gir ikke informasjon om helse til beboere på transittmottak nå:*	
Aksept (Kirkens bymisjon)	Kan ikke utelukke at beboere i transitt oppsøker tilbud (hiv).
Ammehjelpen	Ingen rapportert aktivitet om helseinformasjon i transitt.
Caritas	Har nettopp fått tilskudd til å utvikle kurs i 2017 om rettigheter for asylsøkere, helse vil være en komponent.
Diabetesforbundet	Ingen rapportert aktivitet om helseinformasjon i transitt. Kan ikke utelukke at enkelte lokallag har aktivitet i transitt.
Frivillighet Norge	Ingen rapportert aktivitet om helseinformasjon i transitt.
Helsesenter for papirløse (Kirkens bymisjon og Røde Kors)	Beboere i transitt er ikke målgruppe, men hjelper de som oppsøker tilbudet.
hiv-Norge	Ingen rapportert aktivitet om helseinformasjon i transitt.
Leger Uten Grenser	Ingen rapportert aktivitet om helseinformasjon i transitt.

LHL	Jobber med å få vist en video om Tuberkulose. Har ikke aktivitet nå.
Mental Helse	Ingen rapportert aktivitet om helseinformasjon i transitt.
Medisinernes Seksualopplysning	Ingen rapportert aktivitet om helseinformasjon i transitt.
Norges Idrettsforbund	Kan være enkelte idrettskretser som inkluderer asylsøkere eller har aktivitet på transittmottak.
Primærmedisinsk verksted (PMV)	Ga informasjon om ulike helsetemaer på Torshov frem i 2016. Har ikke aktivitet på dette nå.
Sanitetskvinnene	Ingen rapportert aktivitet, helseinformasjon i transitt.

*Sentralt har organisasjonen svart nei på spørsmålet om de gir informasjon om helse.

Etater:

Folkehelseinstituttet

Helsedirektoratet

Politiets utlendingsenhet

Oslo Kommune, Ressursenteret for migrasjon

Oslo Universitetssykehus, Nasjonal Kompetansetjeneste for Amming

Tannhelsetjenesten i Buskerud

Tannhelsetjenesten i Oslo

Tannhelsetjenesten i Østfold

Vedlegg 4: Informasjon til ansatte på mottak og helsepersonell

Prosjekt: Informasjon om rettigheter og helse for asylsøkere i transittfasen i Norge

Bakgrunn for prosjektet

UDI er interessert i å vite mer om hvilken informasjon asylsøkere får i transittfasen. Et team av forskere fra Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) arbeider sammen for å kartlegge informasjon asylsøkere får om sine helserettigheter, det norske helsesystemet, forebygging og helse generelt. Vi vil intervju asylsøkere, ansatte i mottak og helsepersonell som arbeider med asylsøkere på fem utvalgte transittmottak. Du har blitt invitert til å delta i dette prosjektet fordi du enten er ansatte på transittmottak eller i helsetjenesten i en kommune som har et transittmottak. Vi er interessert i å lære om dine erfaringer og tanker om hvilken helseinformasjon som blir gitt og hvilket behovet beboerne har for informasjon.

Hvordan blir intervjuet organisert?

Intervjuet vil ta omtrent 60 minutter, og vil finne sted på mottaket eller på et sted du ønsker. Du kan velge å gjennomføre intervjuet på engelsk eller norsk. Vi ønsker at intervjuet blir tatt opp på bånd slik at den som intervjuer deg ikke behøver å ta notater under intervjuet. Intervjuet vil skje anonymt og vi vil ikke registrere navn, adresse eller fødselsnummer. Lydopptakene vil bli slettet når prosjektet er ferdigstilt. Prosjektprosedyren er gjennomgått og godkjent av FHI's personvernombud (14.2.2017).

Hva er de potensiell fordeler eller ulemper ved å delta i dette prosjektet?

Din kunnskap og dine erfaringer vil være verdifulle i dette prosjektet. Prosjektet vil levere en rapport til UDI om hvordan asylsøkere i transittfasen får informasjon om helserettigheter, helsetjenester og helse. Det er ingen kjente ulemper for deg ved å delta i dette intervjuet bortsett fra den tiden intervjuet tar. Du har muligheten til å hoppe over spørsmål som du ikke ønsker å svare på og du kan trekke deg fra intervjuet når du vil.

Vil resultatene bli publisert?

Resultatene av undersøkelsen vil bli overlevert til UDI i form av en rapport og resultatene vil også kunne bli publisert i tidsskriftsartikler. Vi vil be om din tillatelse til eventuelt å bruke enkelte sitater fra intervjuet, men sitatene vil være anonyme og ikke inneholde personlig identifiserbar informasjon. Hvis du ønsker å motta et sammendrag av rapporten eller andre publikasjoner, vennligst gi oss beskjed slik at vi kan sende dette til deg.

Hvem kontakter jeg hvis jeg har spørsmål eller bekymringer vedrørende prosjektet?

Hvis du har spørsmål om prosjektet, ta kontakt med prosjektleder:

Sonja Myhre, PhD, MsPH
Seniorrådgiver
Folkehelseinstituttet
Avdeling for internasjonal folkehelse
Tel: 21 07 81 57
sonja.myhre@fhi.no

Samtykke til å delta

Jeg samtykker i å delta i et intervju som en del av et prosjekt som vil undersøke hvilken informasjon som er gitt til asylsøkere i transittfasen i Norge om helsetjenester, helse og rettigheter. Jeg forstår hensikten med intervjuet, og jeg deltar frivillig.

Som diskutert med intervjueren, forstår jeg, og godtar følgende:

- ...intervjuet vil bli tatt opp på bånd
- ...intervjuet vil ikke samle inn informasjon om mitt navn eller fødselsnummer, for å sikre personvern og konfidensialitet
- ...jeg kan trekke seg fra intervjuet når som helst uten noen spørsmål eller negative konsekvenser
- ... jeg er i stand til å trekke tilbake min tillatelse til å bruke mine data til enhver tid, i hvilket tilfelle materialet vil bli slettet (unntatt hvis dataene allerede er publisert.)
- ... sitater eller korte utdrag fra mitt intervju kan brukes i rapporter eller forskningspublikasjoner, men min identitet vil ikke bli kjent for å sikre mitt privatliv og anonymitet.
- ... intervjudata vil bli slettet etter at prosjektet og publiseringsprosessen er fullført.

Dato og sted _____

Initialer _____

Information on rights and health for asylum seekers in the transit phase

Project background

This project is interested in learning more about what information is provided to asylum seekers in the transit phase. A team of researchers from the Norwegian Institute of Public Health (NIPH) and the Norwegian Center for Migration and Minority Health (NAKMI) were awarded this tender and are working together to investigate the information that residents receive regarding their rights, the Norwegian health system, health prevention, and health promotion. We will interview residents, reception center employees, and health professionals working at five transit centers throughout Norway. You have been invited to participate in this project because we are interested in learning more about your experiences as a resident.

What is the format of the interview?

The interview should take approximately 60 minutes and will take place at the reception center. If desired, an interpreter will be available to translate during the interview. The interview will be tape-recorded so that researchers do not have to take notes during the interview. The audiotapes and electronic files will be deleted once the project is completed. The interview will be anonymous and we will not collect any information regarding your name or personal identification number. The project protocol has been reviewed and approved by NIPH's privacy ombudsman (14.2.2017).

What are the potential benefits or risks in participating in this project?

Your input will provide valuable information that will be used to inform and improve the work on communications strategies for asylum seekers. There are no known risks to participating in this interview. However, you have the option to skip any questions that you do not want to answer or you can withdraw from the interview at any time without any problem.

Will the project interview results be published?

The results of this project will be summarized in a report to the Directorate of Immigration (UDI) and academic journal articles. We may use individual quotes from participants, however, no personally identifiable information will be used to ensure your anonymity. If you are interested in seeing the final report or publications, please feel free to contact us using the contact information below.

Who do I contact if I have a questions or concern about the project?

If you have any questions or concerns about this project, please contact the project lead:

Sonja Myhre, PhD, MsPH
Senior Advisor
Norwegian Institute of Public Health
Department of Global Health
Tel: 21 07 81 57
sonja.myhre@fhi.no

Consent to participate

I agree to participate in an interview as part of a project investigating what information are provided to asylum seekers in the transit phase in Norway about health-services, health and rights. I understand the purpose of the interview and I am participating voluntarily.

As discussed with the interviewer, I understand and agree to the following:

- ...the interview will be tape recorded.
- ...the interview will not collect information on my name or personal identification number to ensure privacy and confidentiality.
- ...I can withdraw from the interview at any time without any questions or negative consequences.
- ... I am able to withdraw my permission to use my data at any time, in which case the material will be deleted (except if data has already been published.)
- ...quotes or short extracts from my interview may be used in reports or research publications but my identity will not be disclosed to ensure my privacy and anonymity.
- ... the interview data will be deleted after the project and publication process is complete.

Date and Place _____

Initials _____

Vedlegg 5: Oppsummering visuelle informasjonskilder

Transittmottakene bruker ulike informasjonskanaler for å informere asylsøkere om helse og andre temaer. I dataene fra intervjuene med asylsøkere, ansatte på transittmottakene og helsepersonell nevnes ofte personlig kontakt (f.eks. en-til-en-samtale), gruppemøter, både formelle og uformelle presentasjoner gjort av eksterne organisasjoner, elektroniske informasjonstavler (Råde), videoer, filmer, brosjyrer, pamfletter og plakater. Gjennom besøk på transittmottakene fikk vi også fotodokumentasjon av bilde- og tekstinformasjon som var slått opp/synlig tilgjengelig på mottakene. De fire transittmottakene og Ankomstsenter Østfold sørget for mye av den samme informasjonen, men fellesområdene på mottakene hadde hvert sitt unike kommunikasjonslandskap. Vi gikk ikke inn på private rom. Mesteparten av informasjonen var på engelsk, selv om det også fantes noe informasjonsmateriell på andre språk.

Oppslag/skilt vi observerte på mottakene, som omhandlet andre emner enn helse, omfattet sammendrag av husregler (på engelsk og noen ganger på andre språk), informasjon fra IOM om hjelp til frivillig retur til hjemland (tilgjengelig på mange ulike språk, som arabisk, somalisk, russisk, kurdisk, tigrinja og dari), Flyktninghjelpens aktiviteter, oppslag om sosiale aktiviteter, instruksjoner om hvordan låne spill og lesestoff, informasjonsmøter og generell informasjon fra UDI. Et informasjonsark fra UDI ga svar på ofte stilte spørsmål om asylsøkningsprosessen, med diverse lenker til nettet, men ingenting om eller lenker til informasjon om helsesystemet eller asylsøkeres rettigheter til helse.

Ved **Ankomstsenter Østfold** opplyste de observerte helsinformasjonsskilt/-oppslag om følgende:

- vasking av hender før måltid
- renslighet
- kondomer
- forebygging av influensa
- bruk av badeværelse/toalett
- drikkevann
- tuberkulosescreening

På **Hvalsmoen** opplyste de observerte helsinformasjonsskilt/-oppslag om følgende:

- Hvordan kle seg med hensyn til været
- Om å sette grenser/seksuell atferd
- Skadedyrbekjempelse
- Gratis vaksinasjon

På **Kasper** omfattet den tilgjengelig helseinformasjonen følgende:

- Brosjyrer om hiv og AIDS
- Brosjyrer (på mange språk) om hepatitt A, B og C
- Søvnproblemer (f.eks.: «call if you can't sleep»)
- Kjønnsmestelse av kvinner
- Hvordan kle seg med hensyn til været (på mange ulike språk)
- Forebygging av influensa
- Om å sette grenser/seksuell atferd

Inngangsporten hadde et oppslag som anbefalte personer som gikk tur, om å bruke refleks og å gå mot kjøreretningen.

På **Refstad** omfattet de ikke-helserelaterte emnene søppel, nødtelefon til krisesenter for kvinner (f.eks. hjelpetelefon for menneskehandel), nødnummer. Eksempler på helserelaterte oppslag omfattet følgende:

- Renslighet
- Bruk av antibiotika
- Vasking av hender
- Forebygging av influensa

På **Torshov** omfattet ikke-helserelaterte emner: «ved brann», et oppslag om sosiale aktiviteter, Røde Kors og språkkafé. Eksempler på oppslag knyttet til helse omfattet informasjon om:

- Toalettatferd og bruk av toalettpapir
- Forbudt å røyke
- Førstehjelpsteknikker (på norsk)

Oppsummert

Den visuelle og skriftlige informasjonen vi fant på transittmottakene brukte en rekke ulike fotografier, symboler, bilder, tegninger, opplysende diagrammer og plansjer/tabeller/kart. Vanligvis var opplysningene enkle, likefremme og didaktiske – med andre ord bidro de med grunnleggende instruksjon. Mesteparten av det trykte og visuelle materialet var på engelsk, med få visuelle gjenkjennbare kjennetegn for målgruppen av asylsøkere. Dette tyder på at materialet kan forbedres ved å tilpasses målgruppen gjennom bruk av kulturelt hensiktsmessige kjennetegn, bilder og symboler. Mer bruk av internasjonalt anerkjente symboler kan også bedre forståelsen spesielt for personer med lav grad av leseferdighet.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2017
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no