

Tjenestetilbudet





UNDERSØKELSE ETTER DRUKNINGSTRAGEDIEN I TROMSØ

Tjenestetilbudet

Publisert 15. juni 2021

ISBN 978-82-8465-016-6

Sarah hadde de samme rettighetene, inkludert rett til helsehjelp, som befolkningen ellers i Norge ([33](#)). Så langt vi har kunnet kartlegge hennes historie, var det ingen som kjente til at Sarah hadde et særlig behov for hjelp. Undersøkelsen søker å beskrive forhold ved tjenestene i kommunen som har betydning for hvordan de nyankomne kan ha det og hvordan de som trenger hjelp kan få det.

Flyktninger er ved ankomst til Norge stort sett friskere enn befolkningen for øvrig, både i hjemlandet og i mottakerlandet. Nyankomne viser altså en betydelig "healthy-migrant-effect", som blant annet kommer til uttrykk i form av lavere dødsrisiko og færre diagnoser ([7](#)). Men i løpet av noen år blir helsen betydelig dårligere. Etter noen år i Norge inntreer det vi kan kalle en "exhausted-migrant-effect". Det innebærer at stresset med å tilpasse seg et nytt samfunn fører til en samlet helseslitasje ([35](#)).

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at dagens system ikke tar høyde for kunnskapen om at flyktninger etter en tid opplever mer helseplager og ikke tar hensyn til at flyktninger opplever stress knyttet til migrasjonen.

Det er kjent at ulike faktorer, såkalte stressorer, påvirker helsen. Eksempelvis vet vi at diskriminering gir økt risiko for dårligere helse. Samfunnets måte å håndtere og møte flyktninger på, har betydning for utviklingen av helsen deres. Over tid kan negativ oppmerksomhet rettet mot

flyktninger generelt oppleves som en belastning. I tillegg kan negative personlige erfaringer, knyttet til blant annet utenforskap, være stressorer. Samlet sett kan stressorene utgjøre en stor påkjenning. Ifølge Bhopal (4) har sosioøkonomisk status signifikant betydning for flyktingenes helse.

Bhopal mener dette har fått for lite oppmerksomhet, men erkjenner at det er et politisk spørsmål som ikke er tilstrekkelig satt på dagsorden.

Det kan være vanskelig for flyktingene å finne fram til riktig helsetjeneste. De vet ikke hvor de skal lete og hvem de skal spørre.

Kvinne med barnevogn. Illustrasjon.

"Veileder for helsetjenester for flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente" beskriver flyktingenes rettigheter og er ment som et godt og praktisk oversiktsdokument for hva som skal forventes av helsetjenester og andre ytelser (36). I veilederen er det et eget kapittel om tidlig oppdagelse av behov, men den har ikke særskilt oppmerksomhet på at de kan få psykososiale plager og andre helseplager når de har bodd her en tid. Rutinemessig kartlegging av helsen kan avdekke behov som de synes det er vanskelig å snakke om.

Tjenestetilbudet som nyankomne møter

Ukom har sett på hvordan tjenestene kan fange opp flyktninger som har det særlig vanskelig i etableringsfasen. Ettersom det er kommunene som tar imot flyktingene, tar vi utgangspunkt i den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar.

Tromsø kommune har en egen flyktinghelsetjeneste. Tjenesten er rettet mot nylig bosatte som deltar i introduksjonsprogrammet. Den følger dem opp fram til de har fått personnummer og fastlege. Oppfølgingstiden varierer, avhengig av eventuelle helseplager og sykdommer hos den enkelte. Flyktinghelsetjenesten gjennomfører en helsesamtale og henviser alle nyankomne til tuberkulose-screening. Flyktingene blir også henvist videre til andre tjenester i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Flyktinghelsetjenesten har en rolle i en periodevis overgang til de ordinære tjenestene tar over.

Ifølge Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013-2017) (37) skal tjenestetilbudet til personer med innvandrerbakgrunn være en del av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Den skal utformes ut fra lokale forhold og skal være nær brukerne. Samtidig går det fram av politiske føringer og den nasjonale veilederen "Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente" (36) at det ordinære tjenesteapparatet skal ivareta de som måtte trenge bistand for psykiske og psykososiale problemer. All den tid flyktingene kan ha symptomer som tjenestene ikke har kompetanse eller kapasitet til å fange opp, er det en risiko for at denne gruppen ikke får et likeverdig helsetilbud som befolkningen ellers.

Helsepersonell og andre hjelpeinstanser møter mennesker fra ulike kulturer der lidelse og symptomer uttrykkes og fortolkes på ulike måter. De fleste innvandrere bruker helsetjenester i mindre grad enn befolkningen ellers. Det er et problem at helsepersonell ikke alltid fanger helheten, men ser enkeltsymptomene (38).

Mangelfull gjensidig kulturforståelse og språkbarrierer vanskeliggjør møtet mellom tjenesteyteren og den nyankomne flyktingen som kan ha behov for hjelp. Som et eksempel kan vi her vise til Eline Skirnisdottir Viks forskning (38). Hun har sett nærmere på hvordan migrasjonsrelaterte forhold har betydning for dødfødsler. Vik har vist at det er økt risiko for komplikasjoner og dødfødsler blant minoritetskvinner. Det er dokumentert at det i 47 prosent av dødfødsleene har

vært mangelfull kommunikasjon mellom den fødende og helsepersonell. Videre har Vik vært oppmerksom på at det for jordmor er utfordrende å ta opp en god sykehistorie i møte med kvinner som ikke kan norsk og som ikke kjenner helsevesenet så godt. Det gjør det vanskelig å ta gode avgjørelser.

Det kan være krevende for de ordinære tjenestene å ha tilstrekkelig kompetanse om migrasjonshelse. Vi fant at ulike kompetansemiljøer ikke alltid blir brukt av de ordinære tjenestene.

Hvordan kan flyktninger oppleve helse- og omsorgstjenesten?

Tjenestene, myndighetene og brukerne benytter gjerne ulike begrep om samme tjenester, og flere tjenester har overlappende funksjoner. Dette kan være vanskelig for flyktninger å forstå. I Norge ivaretar det offentlige omsorgsoppgaver som andre steder ofte ivaretas av familiene. Når en kvinne kommer til Norge, vil nok ikke mannen være en erstatning for kvinnefelleskap og storfamilien. Det kan bli litt tilfeldig hvor kvinnene søker hjelp og om de klarer å formidle hjelpebehovet sitt.

Jordmor, som vi intervjuet i undersøkelsen, forteller at noen kvinnelige flyktninger var redde for barnevernet. Dette er også et tilbakevendende tema i intervjuene i vår undersøkelse. Kvinnene kan være ukomfortable med å ta kontakt med ulike instanser for å få hjelp. De kan frykte at dersom de viser svakhet, blir barnevernet involvert og da kan de miste barna sine.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at flykninger ikke søker hjelp fordi de ikke har tillit til og forståelse for tjenestene.

Psykisk helse blant innvandrere

Sarah blir i ettertid beskrevet som en stillferdig kvinne, og noen av informantene reflekterer over om dette har vært tegn på at hun ikke hadde det bra. Dalgard og Sveaass (39) påpeker at bare det å mangle kunnskap om landet man flytter til, kan føre til maktesløshet som kan være en forløper til psykiske helseplager. Selv om vi ikke vet nok om Sarahs psykiske helse, er det nødvendig å se nærmere på psykisk helse og hvordan tjenestetilbudet er innrettet for flyktninger.

Det er lite systematisert kunnskap om helsetilstanden hos nyankomne flyktninger i Norge. Ifølge Bhopal (4) er det få studier som bruker objektive mål eller observasjoner for å beskrive livsstil og helse hos innvandrere. Det benyttes ofte selvrapporterte data, og det er vanskelig å sammenligne resultatene på tvers av de ulike gruppene.

I regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjennomføres det nå en studie som skal gi kunnskap om flyktingers og asylsøkeres helse, livskvalitet og integreringsprosess. Innvandrergruppen er uensartet, og levekårsundersøkelser viser dette. Ifølge en levekårsundersøkelse blant innvandrere (40) vurderer færre innvandrere enn befolkningen generelt egen helse som god eller svært god. Andelen med psykiske helseplager er større blant innvandrerne, og dette funnet er tydeligst hos innvandrerkvinnene.

Psykisk helse og symptomer på psykisk sykdom oppfattes forskjellig i ulike kulturer. Walås (41) beskriver at i noen innvandrer miljøer blir psykiske problemer forbundet med galskap og har fått et tabustempel. Psykisk helse kan også være et ukjent begrep i noen kulturer. Det er begrenset kunnskap om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere. De er ofte ikke vant med å snakke om følelser. Da er det en utfordring for tjenesten å møte de ulike behovene.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at kvinner ikke setter ord på opplevelser som er vanskelige å takle alene, og en grunn kan være frykt for å bli stemplet som gal.
- Det er en risiko for at flyktningekvinnene ikke kjenner til at det finnes en psykisk helsetjeneste.

Sosiale forhold som møter nyankomne flyktninger, kan komplisere tilværelsen. Det kan dreie seg om et liv på fattigdomsgrensen, gjennomgåtte traumer, retraumatisering, negative erfaringer med offentlige instanser, manglende forståelse av velferdssamfunnet, arbeidsløshet og utilstrekkelighet i møte med norskopplæringen. Belastninger knyttet til gjennomgåtte traumer kan bli sterkere først etter en tid [\(27\)](#).



Illustrasjonsfoto; Shutterstock.

Føringene om at flyktninger skal benytte de ordinære helse- og omsorgstjenestene, det som omtales som rask normalisering, kan være en risiko i seg selv. Det skyldes at det ordinære tjenestetilbudet ikke alltid har tilstrekkelig kompetanse på migrasjonshelse eller at tjenesten ikke er organisert i tråd med det vi vet er hensiktsmessig for denne gruppen.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at de ordinære tjenestene ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan flyktninger har det etter en periode i Norge.

Opaas [\(27\)](#) anbefaler at fastlege, helsesykepleier eller sosiallærer på skolen bør være tilgjengelige for faste samtaler over tid. Noen ganger må flyktninger som sliter psykisk, henvises videre. Dette stiller krav til aktørene, at de fanger opp behovene og er en fleksibel og tilgjengelig støtte. Lærere og andre ved voksenopplæringen i Tromsø stilte seg selv spørsmålet om det var noe de burde ha oppdaget. Én av dem sier det slik:

Men vi har jo ikke helsekompetanse heller. [...]Hvordan skal vi på skolen kunne gi forebyggende hjelp hvis det ikke er noen som kan hjelpe oss med dette?
Helsesykepleier på voksenopplæringen hadde vært en fantastisk ressurs.

Ved voksenopplæringen var det ikke tilgjengelig helsesykepleier. En ansatt i Tromsø kommune reflekterer over om voksenopplæringen burde ansatt sosiallærer. Hun sier blant annet:

Voksenopplæringen faller liksom ikke inn i den lovgivningen. Rettigheten om psykososialt miljø i skole og barnehage gjelder heller ikke for voksenopplæringen. Dette handler om nasjonal lovgivning, jeg tenker at forhold ved voksenopplæringen kan bakes inn i lovverket.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at flyktninger som trenger hjelp ikke fanges opp
- Det er en risiko for at flyktninger ikke får nødvendig oppfølging når det ikke er tilgjengelig helse- og omsorgspersonell i introduksjonsprogrammet.



Gode sosiale forhold og gode offentlige tjenester motvirker dårlig psykisk helse. Illustrasjonsfoto: Shutterstock.

På skolen kunne vi hatt en kvinnegruppe, en samtalegruppe med helsesykepleier på samme måte som på ungdomsskolen.

- Ansatt i Tromsø kommune.

Flyktinghelseteam

Da Sarah ble gravid, var hun i kontakt med flyktinghelseteamet. Hun gikk nokså raskt videre til oppfølging hos fastlege og vanlig helsestasjon.

I Helsedirektoratets veileder "Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente" [\(36\)](#) står det at kommuner har gode erfaringer med tverrfaglige flyktinghelseteam. Veilederen anbefaler at alle kommuner som forbereder seg på å ta imot flyktninger eller asylsøkere oppretter flerfaglige flyktinghelseteam hvor også spesialisthelsetjenesten kan inngå. Slike team gjør det lettere å få oversikt over arbeidsfeltet. Helsedirektoratet skriver også at interkommunalt samarbeid kan være hensiktsmessig ved etablering av flyktinghelseteam. Ifølge Helsedirektoratet er det viktig at teamene er en integrert del av den samlede helse- og omsorgstjenesten i kommunen, slik at kompetansen som opparbeides ikke blir for personavhengig.

Hvor mange flyktninger som kommer til Norge, er avhengig av flyktingestrøm, konflikter i de landene det gjelder og ikke minst politiske føringer i Norge om hvor mange vi skal ta imot. Økonomiske overføringer til kommuner som tar imot flykninger skjer i tråd med de politiske føringene, og i dag er økonomiske overføringer knyttet til antall flykninger kommunene tar imot. Ressursene til flyktinghelseteam varierer derfor over tid, og teamene er avhengig av den enkelte kommunes prioriteringer. Slik er det også i Tromsø kommune. Kommunen planla å styrke området flyktinghelse, men siden færre flykninger kom til Norge, ble innsatsen redusert.

I intervjuene kommer det fram at det er behov for et migrasjonshelseteam/flyktinghelseteam. Dette er en nødvendig ressurs som flere ønsker å henvise til og samarbeide med. Det er en utfordring at slike ressurser dimensjoneres opp og ned med antall nye flykninger. Tilbudet er derfor ustabil, og det er utfordrende å bygge opp og holde på kompetanse. Det er også utfordrende for flere, for eksempel fastleger, å bygge en relasjon når ressursen varierer over tid.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at kompetansen i og samhandlingen med flyktinghelseteamet blir mangelfull når dimensjonering og organisering varierer over tid.

Politisk støtte i kommunen blir av våre informanter pekt som viktig for å sette migrasjonshelse på dagsorden og for å kunne følge opp arbeidet over tid.

En av informantene framholder at flyktingtjenesten burde omfatte alt det familien trenger, inkludert jordmor, helsesykepleier, lege og sosionom slik at flyktingfamiliene kan vite hvem de skal forholde seg til. Det samlede tilbudet kan virke litt tilfeldig, og oppfølgingen kan være lite kontinuerlig.

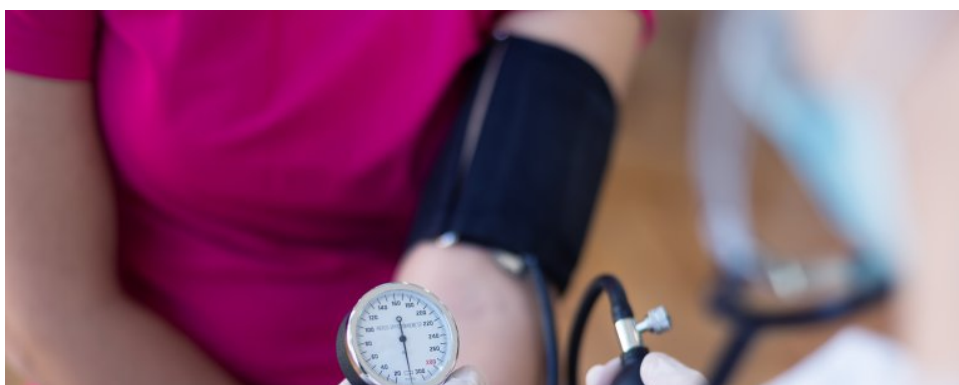
KS har samlet ti gode grep for vellykket integrering. Dette er praktiske tips som peker på at det er viktig å ha god informasjonsflyt og godt samarbeid mellom aktuelle samarbeidspartnere (42). De viser til eksempler hvor tjenestene er samlokalisert og at det har positiv effekt.

Noen informanter forteller at enkelte familier henvender seg til flyktinghelsetjenesten i lang tid etter at de har blitt brukere av ordinære tjenester. En for rask overføring fra flyktinghelsetjenesten til den ordinære helsetjenesten kan oppleves utrygt hvis familien har fått tillit til flyktinghelsetjenesten.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at familiene ikke får likeverdige helsetjenester dersom de for tidlig må benytte seg av ordinære tjenester med mangelfull kunnskap om flyktinghelse

Det er behov for en mer gradvis overgang til ordinære tjenester som er bedre tilpasset den enkeltes behov.





Den ordinære helsetjenesten har ikke alltid god nok kompetanse på flyktningshelse. Illustrasjonsfoto; Shutterstock.

Legetjenesten

Heller ikke fastlegen var kjent med hvor vanskelig Sarah må ha hatt det. I ettertid har hun reflektert over hvor bekymret Sarah var for datterens bleieutslett. I etterpåklokskap kan vi spørre oss om det var noe Sarah ønsket å formidle som hun ikke greidde å uttrykke eller noe som ikke ble fanget opp. Dette er en utfordring når vi skal tilby likeverdige tjenester.

Det overordnede målet om likeverdige tjenester gjelder også for legetjenesten. Vi har ikke mye forskningsbasert kunnskap om fastlegetjenesten til flyktninger, men det er gjort noen studier. I forbindelse med utprøving av førstegangs helseundersøkelse av flyktingene hos fastlegen, ble det gjort en studie av erfaringene [\(43\)](#).

Studien antyder at overgangen til en slik ordning førte til at helsetjenesten til flyktingene ikke ble godt nok tilpasset behovene deres. Fastlegene opplevde at de hadde for dårlig tid, få fagpersoner å samarbeide med, de trengte bedre kultur- og migrasjonshelsekompetanse.

En annen norsk [\(44\)](#) studie viste at blant legene var det lite refleksjoner om at de selv bærer med seg en bestemt kultur, og hvordan denne påvirker hva de betraktet som vanlig. Det er grunn til å tro at dette spiller inn når fastlegen møter flyktninger. All den tid en betydelig andel av den norske befolkningen kommer fra andre kulturer, er det en risiko dersom legene ikke har nødvendig kompetanse i å møte pasienter fra andre kulturer.

Medisinutdanningene har tidligere ikke viet særskilt oppmerksomhet til særlige behov hos flyktninger. Det er en utfordring at allmennlegene selv kan velge om de vil styrke kompetansen sin på flyktningshelse.

Flyktningshelse og kulturkompetanse har kommet mer på dagsorden de siste årene og er blitt delemner ved noen av studiestedene. I 2019 ga Esperanza Diaz og Bernadette Kumar ut boken "Migrant Health: A Primary Care Perspective" [\(45\)](#). Dette er den første boken om innvandrerhelse tiltenkt allmennpraktiserende leger.

Johanna Laue og Torsten Risør skriver i en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeförening [\(46\)](#) at de som jobber med flyktningshelse har etterspurt styrking av helsetjenesten for flyktninger samt mer forskning på området. De skriver at det er nødvendig med mer kunnskap om eksisterende utfordringer og underliggende mekanismer for å forbedre helsetjenesten. Enkelte fastleger har mer kunnskap og større engasjement for flyktingene, og i noen kommuner er det egen stilling for flyktningslege.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at fastleger ikke har nok kompetanse om flyktningshelse og at dette kan være krevende både for flyktingene og fastlegene.

For eksempel har ulike kulturer forskjellige uttrykk for smerte. Religion og kultur bestemmer måten vi uttrykker angst og smerte på, samt forståelsen av sykdom (47). I Tromsø var en flyktinglege ansatt i en deltidsstilling. I tillegg til å ta imot flyktninger, var legen disponibel som ressurs for andre allmennleger. Flyktinglegen fortalte oss at hun opplevde at hun ikke ble benyttet som en slik ressurs. Vi har ikke undersøkt årsaken nærmere, men det er rimelig å anta at forhold som fastlegene ellers peker på som barrierer for samhandling (48, 49) også gjelder på dette området. Fastlegeordningen er satt under press, og fastlegene opplever at de ikke har nok kapasitet (50, 51).

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at fastlegene ikke benytter seg av mulighetene til å rådføre seg med flyktinglege og andre som har særskilt kompetanse innen migrasjonshelse.

Å forklare følelser krever at en er god til å uttrykke seg. Emine Kale (52, 53) har i sitt doktorgradsarbeid vist at pasienter som ikke snakker norsk sliter med å uttrykke sine bekymringer for legen. Leger kan ha en tendens til å overse de emosjonelle tegnene fra en pasient som ikke snakker godt norsk. Ifølge Kale bør legene ta seg tid til å finne ut om pasienten er bekymret for noe. Det er også riktig å anerkjenne språklige bekymringer og snakke om usikkerheten som oppstår i kommunikasjonen. Dette krever tid i en konsultasjon.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at fastlegen ikke har tilstrekkelig tid og rammer for å finne ut om flyktninger har bekymringer de trenger hjelp til å takle.

I møte med flyktninger er det mange barrierer for god kommunikasjon. Disse kan være knyttet til språk, kroppsspråk, kultur, tillit, samfunnsforståelse og at fastlegen har en presset arbeidshverdag.

Jordmortjenesten

Mange av kvinnene kommer først i kontakt med helsevesenet når de er gravide. Sarah møtte jordmor kort tid etter at hun kom til Norge. Jordmoren var ansatt i den ordinære jordmortjenesten i kommunen og hadde noe samarbeid med flyktingtjenesten/flyktinghelsetjenesten. Jordmor ga tilbud om vanlig svangerskapsomsorg, men mente det var nødvendig med mer og bedre tilpasset tilbud til flyktingekvinnene. Hun hadde kunnskap om kulturelle utfordringer, rettigheter og kunne snakke om det som kan være vanskelig.

Sarah kunne komme til jordmor bare for å snakke, også etter at hun hadde født og uten å ha avtalt dette på forhånd. Jordmor opplevde at Sarah var trygg hos henne, men at Sarah i en periode var utslitt. Hun mente det var noe med henne, men fikk ikke riktig tak i hva det var. Det var vanskelig å forstå hva Sarah egentlig ville si. Det var språkproblemer.

Jordmor forteller at mange kvinnelige flyktninger opplever savn og manglende tilhørighet, og at årene med graviditeter og småbarn ofte er tøffe for dem. Det er store kontraster mellom barseltiden i Norge og et land som Sør-Sudan.

Kvinne med hijab med spebarn hvilende mot skulderen. Omsorg. Mor og barn. Familie. Illustrasjon i farger.

Videre forteller jordmor at hun inimellom opplever at også andre innvandrerkvinner oppsøker henne uoppfordret og at de da ønsker å snakke om andre forhold enn bare kvinnehelse. For eksempel kan de ta opp boligsituasjonen.

For jordmødre kan det være utfordrende å følge opp slike forhold fordi tjenestetilbudet er organisert under ulike etater. Når kvinner møter uanmeldt hos jordmor, har de ikke tolk tilgjengelig. Undersøkelsen viser at når jordmor, helsesykepleier og andre tjenester er fleksible og ser helheten, møter de mange behov. Flexibilitet framstår som en god og nødvendig egenskap ved tjenestene. Dette får vi også bekreftet av andre aktører som jobber med integrering.

Ukoms vurdering:

- En jordmor eller en annen tjenesteyter med en fleksibel forståelse av sin rolle og funksjon, kan utgjøre en viktig støtte for kvinner som nylig er kommet til landet.

Jordmødre kan oppleve at kvinnene snakker fortrolig med dem. De kan for eksempel fortelle om lengsel tilbake til hjemlandet og at de savner søstre og mor.

Jordmortjenesten kan derfor få bedre innblikk i disse kvinnenes situasjon enn andre tjenester.

Helsestasjonstjenesten

Flyktningfamilier med småbarn kommer tidlig i kontakt med helsetjenesten gjennom helsestasjonen. Alle de tre jentene til Sarah og Adam fulgte helsestasjonsprogrammet, og et av barna fikk tilbud om ekstra tilrettelegging.

Mann leier et barn i hver hånd. Familie. Far med barn. Illustrasjon i farger.

Foreldrene beskriver at de er engstelige for å vise at barna deres ikke følger normal utvikling. De er redde for at barneverntjenesten skal bli kontaktet. På den måten kan helsesykepleier for noen oppleves som en trussel.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at kvinnene ikke ber helsesykepleier om råd og støtte i frykt for å vise manglende mestring og i frykt for barneverntjenesten.

I undersøkelsen peker flere på at flyktninghelsesykepleier er en nødvendig ressurs å samarbeide med. Denne ressursen er nå redusert i Tromsø. I møtet med de ordinære helsetjenestene kan språkproblemer og kulturforskjeller være årsaker til at ikke alle får god nytte av tilbudet.

Det kan være behov for en mer glidende overgang til ordinære tjenester. For eksempel kan helsestasjonen ha behov for å samhandle med kommunens flyktninghelseteam. Dette betinger at flyktninghelseteamet har god kapasitet.

Barneverntjenesten

Barneverntjenesten hadde ingen kontakt med Sarah og Adam. Det var ikke registrert noen bekymringsmeldinger knyttet til familien. Likevel uttrykte Sarah ved ulike anledninger frykt for barnevernet, og hun var opptatt av å vise at hun greide å ta seg av barna. For eksempel var det en episode i barnehagen der hun kom for sent til henting som hun var redd barnevernet skulle få kjennskap til.

Mistillit til og frykt for barneverntjenesten blant foreldre med flyktningbakgrunn er etter hvert grundig dokumentert. Fortellinger vandrer, og mange har hørt historier allerede før de kommer til landet. En studie fra 2018 bekrefter at et av elementene i historiene som går igjen, er at

"barnevernet bare tar barn" (54). For mange flyktninger er det en fremmed tanke at staten skal ha en så sentral rolle i familien. Det fører til skepsis, forbehold og forsiktighet. I studien kom det frem at flyktninger var opptatt av at barneverntjenesten måtte informere mer om muligheten for hjelp, fordi oppfatningen ellers er at de bare tar fra dem barna.

Norsk barnevern er nylig omtalt i en diskrimineringsrapport fra Europarådet. Rapporten peker på manglende tillit til barnevernet i minoritetsgrupper. Det kommer også fram at dette påvirker forhold til barnehage, skole og helsevesen som har plikt til å melde fra til barneverntjenesten. Europarådet ber norsk barnevern bli flinkere til å hjelpe minoritetsfamilier (55).

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at flyktningers frykt for barneverntjenesten i Norge gjør at de holder tilbake informasjon som er nødvendig for å kunne hjelpe dem.

Bruk av tolk

I mange møter Sarah hadde med tjenestene ble det ikke benyttet tolk. Helsepersonell vi snakket med sa at det kan være komplisert å bruke tolk.

Likeverdige helse- og omsorgstjenester og lik tilgang til tjenester forutsetter tilstrekkelige språkkunnskaper eller at det blir benyttet tolk (27). Retten til nødvendig bruk av tolk er nedfelt i internasjonale avtaler som FNs rasediskrimineringskonvensjon fra 1965, ratifisert av Norge i 1970 (56) og tatt inn i forvaltningsloven (57), pasient- og brukerrettighetsloven (58), lov om spesialisthelsetjenester (59), lov om helsepersonell (60) og fastlegeforskriften (§28) (61).

Stortinget vedtok 7. juni 2021 en ny lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk (tolkeloven). Formålet er å sikre rettsikkerhet og forsvarlig hjelp og tjenester til personer som ellers ikke kan kommunisere tilstrekkelig med offentlige organer. I tillegg skal loven sikre at tolken holder faglig forsvarlig standard (62).

Å tolke krever god kjennskap til begge språkene. NOU om rettsikkerhet og likeverd "tolkning i offentlig sektor" (63) viser til at helsepersonell kan oppleve at ledere ikke liker at det sløses med utgifter til tolk, selv om dette ikke sies direkte. Helsepersonell kan også overvurdere pasientens og ektefellens språkkunnskap og av den grunn unngå å bestille tolk.

Det er flere årsaker til at fastleger ikke bruker tolk. Det kan handle om at legen er ukomfortabel eller uerfaren med bruk av tolk i konsultasjoner, tilgjengelighet til tolk, tidspress, økonomi og kunnskap om rettigheter og om takster (64, 65).

Gjennom fastlegeforskriften (61) er det lagt opp til at det ikke skal være økonomiske hindre for bruk av tolketjenester. Kommunen skal betale for dette (65), og det skal ikke være en økonomisk belastning for fastlegene å bruke tolk. For eksempel kan fastlegen bruke en takst for bruk av tolk og en takst for tidsbruk utover 20 minutter (66).

På den måten er det lagt til rette for at fastleger kan bruke mer tid sammen med pasienter som har behov for tolk og når legen er bekymret for at de ikke forstår hverandre. En kartlegging gjennomført av Legeforeningen (66) viste at leger som har mye kontakt med de som trenger tolk og som har god erfaring med dette, i større grad bruker tolk.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at helsepersonell ikke benytter tolk, selv om det er behov for det.

Når flyktninger får spørsmål om de trenger tolk, kan også uvitenhet om at det ikke koster noe for dem være årsak til at de takker nei til tilbudet.

I noen tilfeller var Adam sammen med Sarah i møter med helsetjenestene. Det er sjelden anbefalt eller tilstrekkelig å bruke familiemedlemmer (67), og i Norge er det ikke lov å bruke barn som tolk (68). Det kan oppstå misforståelser når én med utilstrekkelig språkerfaring skal oversette et nyansert budskap. I tillegg kan det være en risiko for at kvinnen ikke blir presentert for hele budskapet eller alle valgmulighetene når ektefellen tolker.

Ukoms vurdering:

- Det er en risiko for at pasienten ikke blir godt nok informert når ektefellen fungerer som tolk.

Når kvalifisert tolk benyttes, er taushetsplikt og anonymitet i prinsippet ikke et problem. I tillegg vil det å bruke kvalifisert tolk i helsetjenesten gjøre pasientene tryggere og sikrer god forståelse (63). I små, gjennomsiktede miljøer kan det likevel være vanskelig å etablere tillit i møte med pasienter /brukere med minoritetsbakgrunn som vegrer seg for at tolk med samme minoritetsbakgrunn skal benyttes.

I arbeidet med denne undersøkelsen har vi fått kjennskap til at det er en fordel når tolken har god forståelse for helsebegreper og -fenomener, slik at det ikke blir misforståelser.

**Statens undersøkelseskomisjon
for helse-og omsorgstjenesten**

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924