

RAPPORT

2023

Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Helsetjenester
Avdeling for Forskning og Analyse

Desember 2023

Tittel:

Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl

Forfatter(e):

Ragnhild Magelssen

Berit Austveg

Vera Minja

Oppdragsgiver:

Norske kvinners sanitetsforening med støtte fra DAM-stiftelsen

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8406-408-6

Sitering: Magelssen R, Austveg B, Minja V. "Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl". Rapport 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.

Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl

Innhold

Tilgang til helsetjenester og barrierer for personer som søker asyl	2
Sammendrag og hovedbudskap	4
Executive Summary	5
Forord	6
1 Innledning	6
1.1 Hvorfor denne undersøkelsen?	6
1.2 Problemstilling og målgruppe	7
1.3 Asylsøkeres økonomiske situasjon	7
1.4 Asylsøkeres rett til helsetjenester	10
1.5 Menneskerettighetene og helsetjenester til asylsøkere	10
2 Metoder og materiale	11
2.1 Kvantitativ del: Spørreskjemaundersøkelse	11
2.2 Kvalitativ del: Dybdesamtaler	13
2.3 Fokusgrupper, kvalitativ metode	15
2.4 Bearbeiding av informasjonen fra spørreundersøkelsen, dybdesamtalene og fokusgruppene	16
2.5 Referansegruppe	17
2.6 Etisk vurdering	17
3 Resultater	18
3.1 Vurdering av økonomien og helsen i mottakstiden	18
3.2 Om helseproblemer informantene hadde søkt hjelp for, og erfaringene de hadde: resultater fra dybdesamtalene	20
3.3 Informasjon asylsøkerne hadde fått	24
3.4 Mestringsstrategier	26
3.5 Barrierer	28
3.6 Endringsforslag	29
4 Diskusjon	30
4.1 Styrker og svakheter ved metodene	30
4.2 Økonomi og helse: Sammenlikning med andre fattige	33
4.3 Informasjon om hva helsetjenester koster	37
4.4 Mestring	41
4.5 Mangel på gyldig ID, digitalt utenforskap	42
5 Konklusjon	44
6 Anbefalinger	45
Referanser	48
Vedlegg nr. 1 Oversikt over institusjoner og grupper som ble kontaktet i forbindelse med rekruttering	52

Vedlegg nr. 2 Informasjonsskriv	53
Vedlegg nr. 3 a Samtykkeerklæring - spørreskjemaundersøkelsen	54
Vedlegg nr. 3 b Samtykkeerklæring - intervjuene/dybdesamtalene/fokusgruppene	55
Vedlegg nr. 4 Spørreskjemaet	56
Vedlegg nr. 5 Semistrukturert intervju-/samtaleguide	58
Vedlegg nr.6 Guide: Fokusgruppesamtale	60
Vedlegg nr. 7 Invitasjonsbrev til referansegruppe	62
Vedlegg nr. 8 SIFOs referansebudsjett for 2020, 2021 og 2022.....	64
Ordlister og forkortelser	66

Tabelliste

Tabell 1. Basisytelser til asyløkere i ordinært mottak/integreringsmottak med selvhushold for årene 2020-2022.	8
Tabell 2. Satser for egenandel, for alle medlemmer av folketrygden.....	8
Tabell 3. Antall som besvarte spørreundersøkelsen fordelt etter rolle i arbeid med asyløkere.....	12
Tabell 4. Antall besvarelser, fordelt blant helsepersonell, etter yrke.....	12
Tabell 5. Antall besvarelser, fordelt på helseregioner.	13
Tabell 6. Geografisk opprinnelse etter verdensdel.	14
Tabell 7. Antall intervjuer/dybdesamtaler, antall personer intervjuet, fordelt på kjønn.	14
Tabell 8. Antall personer intervjuet med tolk til stede, kjønnsfordelt.....	14
Tabell 9. Juridisk status og bosituasjon på samtaletidspunktet.....	14

Figurliste

Figur 1. Antall personer etter gjennomgått utdanning/skolegang, fordelt på kjønn.....	15
Figur 2. Svarfordeling på spørsmålet: Hvordan vil du karakterisere asyløkeres økonomi når det gjelder å opprettholde en sunn livsstil?	18
Figur 3. Svarfordeling på spørsmålet: Har du erfart at asyløkere vegrer seg for å ta kontakt med helsetjenesten på grunn av dårlig økonomi?	19
Figur 4. Svarfordeling på spørsmålet: Har du erfart at asyløkere ikke følger opp den behandlingen de blir anbefalt pga. dårlig økonomi?	19
Figur 5. Mottakspersonalets, helsepersonalets, og frivilliges vurdering av asyløkernes helse, oppgitt i antall personer per svarkategori.	20
Figur 6. Befolkningens utdanningsnivå blant innvandrere med flukt som innvandringsgrunn, 16 år og over per 1.10.2021. Prosent	32
<i>Figur 7. Månedlige satser for livsopphold, par med to barn 6-10 år. Sammenlikning utvalgte år.</i>	<i>33</i>
Figur 8. Månedlig basisytelse for en asyløkerfamilie med to barn i alderen 6-10 år. Sammenlikning av sum i kroner for henholdsvis basisytelse, økonomisk sosialhjelp og SIFOs referansebudsjett.....	34
Figur 9. Andel personer 16 år og over med dårlig tannhelse, fordelt på alder og kjønn, etter husholdningsinntekt etter skatt, justert for husholdningsstørrelse, 2019.	35
Figur 10. Andel 16 år og over som har et udekket behov for lege, tannlege, psykolog eller psykiater, fordelt etter hvor lett eller vanskelig det er å få pengene til å strekke til i det daglige. 2019. Prosent.	37
Figur 11. Registreringsbevis for asyløkere, som viser D-nummer.	44

Sammendrag og hovedbudskap

Tilgang til nødvendig helsehjelp er en rettighet i forhold til norsk lovgivning, og de menneskerettighetene Norge har forpliktet seg til. Formålet med denne rapporten er:

- 1) Å gjøre kjent våre funn om at asylsøkeres økonomi hindrer dem i å få nødvendige helsetjenester. Dette til tross for at de har rettigheter som alle andre lovlig bosatte i Norge.
- 2) Presentere forslag til endringer som kan bidra til at personer som søker asyl i større grad får tilfredsstilt sine helsetjenestebehov.

Datainnsamling var todelt. En gruppe på femti personer bestående av mottakspersonell, helsepersonell og frivillige som alle hadde erfaring fra arbeid med asylsøkere, svarte på et tilsendt spørreskjema om deres oppfatning av situasjonen. Dybdesamtaler med nitten asylsøkere eller tidligere asylsøkere ble gjennomført om deres erfaringer, hvilke økonomiske barrierer de møtte, og hvilke dilemmaer de møtte, prioriteringer de gjorde, og hvilke konsekvenser det førte til.

Problemene de møtte var av tre ulike typer. Det første problemet er de lave beløpene asylsøkere får å leve for, med et basisbeløp som er omtrent halvparten av det mottakere av økonomisk sosialhjelp fra NAV får. Det andre er at informasjonen de får om kostnader og hvordan disse kan dekkes, ofte er mangelfull eller feilaktig, slik at de ikke får benyttet de økonomiske rettighetene de har. Det tredje er at det påløper ekstra utgifter de gangene de ikke betaler på stedet eller når de skal motta refusjon for utlegg, fordi de ikke har en bankkonto.

Det var i forhold til tannhelsetjeneste vi fant at konsekvensene hadde vært mest dramatiske, med langvarige problemer og manglende eller mangelfull behandling. Også for andre fysiske helseproblemer var det barrierer, som førte til manglende hjelpsøking eller avbrutt eller ufullstendig behandling. I forhold til psykiatri var den største barrieren ikke økonomien, men at henvisninger ble avvist.

Informantene fortalte at UDIs pengereglement, som sier hva asylsøkere har rett til å få dekket, ble praktisert forskjellig på ulike mottak. Mange syntes også det var vanskelig å etterspørre informasjon hos mottakspersonalet. Det kan synes som om det er for liten forståelse blant helsepersonell, mottaksansatte og frivillige om at økonomien er en barriere for asylsøkerne for å få nødvendige helsetjenester.

De informantene som inngikk i prosjektet, hadde utdanning som generelt var høyere enn det som er vanlig for innvandrere i Norge med fluktbakgrunn. Vi fant at de hadde betydelige ressurser til å håndtere de dilemmaene de støtte på, og gjøre fornuftige økonomiske prioriteringer i en presset situasjon. De brukte et spekter av mestringsstrategier. Blant disse var å få mottakspersonell, helsepersonell og andre til å gjøre noe ekstra for seg. Det kan fungere for den enkelte, men det at en må ty til slike løsninger, viser at systemet ikke er tilstrekkelig.

Til tross for at de var ressurssterke og løsningsorienterte, bl.a. med å finne nødvendig informasjon på nettet, hadde våre informanter til dels betydelige problemer med å få tilgang til nødvendige helsetjenester. Vi antar at andre, mindre ressurssterke asylsøkere, opplever enda større problemer.

Informantene fortalte at økonomien ikke var det største problemet de hadde. Det var derimot den eksistensielle usikkerheten som hele situasjonen som asylsøker utgjorde. Vi anså derfor den svake økonomien og barrierene for å få helsetjenester som en sten til byrden i den situasjonen de var i.

Noen av problemene som er avdekket i denne rapporten bør kunne løses administrativt. Det er slikt som å bedre asylsøkeres informasjonstilgang, inklusive opplæring av mottaksansatte, helsepersonell og frivillige. Andre problemer vil innebære politiske endringer, slik som størrelsen på ytelsene, endring i ressursallokering og rettigheter knyttet til dekning av utgifter til helsehjelp, inkludert tannhelse.

Executive Summary

Access to necessary health care is a right according to Norwegian legislation, and to the human rights that Norway has committed to. The objective of this report is to:

- 1) make known our findings that the economic situation of asylum seekers in Norway inhibits them to get necessary health care, despite having equal rights to other persons who reside legally in the country.
- 2) introduce suggestions for changes that may contribute to the fulfillment of rights of asylum seekers in this regard.

The data collection was two-fold. Fifty persons, comprising of personnel at asylum seekers' reception centers, health personnel and volunteers who all had experience in working with asylum seekers, responded to a questionnaire on their view of the situation. In-depth conversations were carried out with 19 asylum-seekers or persons who had been asylum seeking in the recent past, on their experiences regarding the type of economic barriers they had met, prioritization that they had made, and what types of consequences they had experienced.

The problems they met were of three types. The first was the low level of the monetary support itself, a basic amount which is approximately fifty percent of that recipients of economic support from the national social security system (NAV) are entitled to. The second is that the information that they get about costs and how these can be covered is often inadequate or wrong, with the consequence that asylum seekers cannot utilize the rights that they have. The third is that they experience extra expenses when they do not pay their dues at the point of health service delivery or when they shall receive reimbursement for the amounts they have paid, because they do not have a Norwegian bank account.

It was in relation to dental health care that we found the most dramatic consequences, with long-lasting problems and inadequate or no treatment. There were barriers also for other health problems, leading to avoiding to seeking health care, or to inadequate or interrupted health care. In relation to psychiatry the most prevalent barrier was not finances, but that referrals from primary health care were rejected.

The informants said that the rules of the Norwegian Directorate of Immigration (UDI) regarding the rights to financial support were practiced differently in various reception centers. Many of the informants felt that it was difficult to ask for information from the personnel at reception centers where they lived. It may seem that there is little understanding among health personnel, personnel at reception centers and volunteers that the economy is a barrier for asylum seekers to get necessary health care.

The informers in the project had an educational level which was higher than the average for immigrants in Norway with a background of political fleeing. We found that they had considerable resources to manage the dilemmas that they encountered and made sensible priorities in a situation with a lot of pressure. They used a range of strategies to tackle the situation. Among these strategies were to make health personnel, personnel at asylum centers or others to do something extra for

them. This may work well for individuals, but the fact that they had to resort to such solutions illustrates that the system is inadequate.

Despite being resourceful and solution oriented, among others being able to find necessary information on the internet, our informants had substantial problems to get necessary health care. We presume that others, less resourceful asylum seekers, experience even greater problems.

The informants told that the economic situation was not the biggest problem they had. The biggest problem was the existential uncertainty of the asylum-seeking situation. We therefore regarded the weak economy as an added burden to the situation they were in.

Some of the problems that have been revealed in this report should be possible to solve administratively, without involving the political level. Among these are to improve access to information for asylum seekers, including training of personnel at reception centers, health personnel and volunteers. But some of the problems require political decisions, such as the magnitude of allowances and the right to have health care expenses covered, including dental care.

Forord

Denne rapporten er skrevet for Norske kvinners sanitetsforening. FHI søkte, gjennom Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS), Stiftelsen Dam om økonomisk støtte til å gjennomføre prosjektet. Stiftelsen Dam bevilget kr 1 200 000 og FHI har stått for overhead på kr 400 000. Prosjektets totale budsjett har derfor vært på kr 1 600 000. Det var i utgangspunktet planlagt som et toårig prosjekt, men på grunn av Covid-19 pandemien måtte det strekkes til tre år.

Ideen til dette prosjektet kom til etter det over flere år hadde kommet henvendelser fra sykepleiere og andre helsepersonell som beskrev utfordrende og vanskelige situasjoner for personer som hadde søkt asyl. En særskilt takk til sykepleier Susanne Kjeldsen som henvendte seg til oss med sine bekymringer for situasjonen. Hun har også gitt verdifulle innspill underveis i prosessen.

Deltakerne i prosjektets referansegruppe har bidratt med viktige innspill, og vi ønsker å takke dem. Gruppen har bestått av representanter fra Den norske tannlegeforening, Helsedirektoratet, Institutt for fredsforskning, Norsk forening for allmenntmedisin/Den norske legeforeningen, Norsk organisasjon for asylsøkere, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Norske Kvinners Sanitetsforening, OsloMet og Utlendingsdirektoratet.

Vi ønsker også å takke gode kolleger ved FHI og eksterne fagfeller for nyttige innspill og tilbakemeldinger.

Takk til alle informantene som har delt sine historier og brukt av sin tid. Takk også til tolkene vi har vært avhengige av og til ansatte ved mottakene som har lagt til rette for oss.

1 Innledning

1.1 Hvorfor denne undersøkelsen?

Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende prinsipp i norsk helselovgivning. Likeverdige helsetjenester innebærer at helsetjenestene skal være individuelt tilrettelagt etter den enkelte pasients forutsetninger, og at helsetjenestene skal være like i forhold til tilgang, kvalitet og resultat (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Asylsøkere har samme rett til helsehjelp som den øvrige befolkningen (Helsedirektoratet, 2015a).

Folkehelseinstituttet (FHI) har regelmessige møter med nettverk av personer som jobber i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i frivillig sektor. Gjennom disse nettverkene har det kommet flere signaler om at asylsøkere har problemer med å få nødvendige helsetjenester pga. sin svake økonomi.

1.2 Problemstilling og målgruppe

I dette prosjektet ønsket vi å:

1. kartlegge om, og eventuelt i hvilken grad økonomien til beboere ved norske asylmottak representerer en barriere med hensyn til likeverdig tilgang til helsetjenester.
 - a. Hva er/var erfaringene til beboere på asylmottak/kommunalt nybosatte?
 - b. Hva forteller helsepersonell, mottaksansatte og frivillige fra Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS)?
2. Dersom økonomien representerer en barriere, samle informasjon om dilemmaer som ble aktuelle, hva som ble prioritert og hvilke konsekvenser det fikk
3. Dersom økonomien representerer en barriere, drøfte mulige tiltak for å redusere barrieren:
 - a. med beboere på asylmottak/kommunalt bosatte
 - b. med klinisk helsepersonell, mottaksansatte og frivillige fra NKS

Dernest ville vi drøfte med asylsøkere selv, helsearbeidere, og mottaksansatte:

4. Hvilke tiltak kan vi foreslå for å bedre situasjonen slik at økonomien ikke er en hindring for å få nødvendige helsetjenester?

De primære målgruppene for denne rapportens funn og anbefalinger er:

- utlendings- og helseforvaltningen
- de helsefaglige fagforeningene
- sivilsamfunnsorganisasjoner som arbeider med asylsøkere

De sekundære målgruppene er:

- politikere og nasjonale myndigheter
- helsepersonell
- allmennheten generelt

1.3 Asylsøkeres økonomiske situasjon

1.3.1 UDIs basisytelser/basisbeløp

Asylsøkere i mottak, som ikke har inntekt eller formue, har rett til å motta økonomiske ytelser til livsopphold fra Staten v/UDI. Disse ytelsene kalles basisytelser eller basisbeløp (UDI Regelverk, 2021). I 2022 ble det vedtatt en forskrift som sier at stønaden skal bidra til å gi beboerne en forsvarlig levestandard (Forskrift om stønad til beboere i asylmottak, 2022).

Basisytelsen blir satt inn på et kontantkort som den enkelte får. Hvor mye de får utbetalt, avhenger av mottakstype, asylstatus, antall i familien og eventuelle barns alder.

På ordinære mottak kan det bo både asylsøkere som venter på å komme til UDI-intervju, asylsøkere som venter på svar på søknaden sin, og tidligere asylsøkere med endelig avslag og/eller

ureturnerbare personer. Situasjonen til personer med endelig avslag er ikke tema for denne undersøkelsen. Satsene for de som var asylsøkere for perioden 2020-2022 vises i tabell 1.

Tabell 1. Basisytelser til asylsøkere i ordinært mottak/integreringsmottak med selvhushold for årene 2020-2022¹.

	2020	2021	2022
	Utbetalt per måned	Utbetalt per måned	Utbetalt per måned
Enslig voksen	Inntil kr 2 538	Inntil kr 2 620	Inntil kr 2 688
Tillegg til enslig forsørger	Inntil kr 832	Inntil kr 859	Inntil kr 881
Ektepar/samboer	Inntil kr 4 820	Inntil kr 4 974	Inntil kr 5 103
Barn 0 – 5 år	Inntil kr 1 411	Inntil kr 1 456	Inntil kr 1 494
Barn 6 – 10 år	Inntil kr 1 888	Inntil kr 1 948	Inntil kr 1 999
Barn 11 – 17 år	Inntil kr 2 395	Inntil kr 2 472	Inntil kr 2 536

Med andre ord, i 2022 hadde en enslig, voksen asylsøker i ordinært mottak/integreringsmottak med selvhushold ca. kr 88 per dag til å dekke mat, forbruksvarer, klær, helseutgifter, transport og fritidsaktiviteter. Asylsøkere med barn mottar ikke barnetrygd.

Asylsøkere kan søke om tilleggsytelser for bestemte utgifter, se avsnitt 1.3.3.

1.3.2 Finansiering av generelle helsetjenester

Asylsøkere som venter på svar på sin søknad om beskyttelse, er midlertidige medlemmer av folketrygden. De betaler derfor de samme egenandelene for helsetjenestene som befolkningen for øvrig, og Helfo refunderer resten av de faktiske utgiftene (Helsedirektoratet, 2015b). I tabell 2 oppgir vi beløpene pasienter må betale selv slik de er angitt i helsenorge.no. Etersom informantene i prosjektet kom til Norge i ulike år, oppgir vi her for enkelhets skyld tall for 2022. Utgiftene inngår i beregningen av egenandelstaket. Egenandelen på medisiner på blå resept går også inn i beregningen av egenandelstaket (Helfo, 2022a). Det gjør imidlertid ikke forbruksmaterieell (som er på maksimum 75 kroner per gang) eller avgiften for å utebli til konsultasjon (1125 kroner hos spesialist) (Helfo, 2022b).

Tabell 2. Satser for egenandel, for alle medlemmer av folketrygden².

Type konsultasjon	Estimert pris
Konsultasjon hos allmennlege/legevakt	kr 160 på dagtid, kr 280 på kveldstid
Konsultasjon hos spesialist i allmennmedisin	kr 212 på dagtid, kr 332 på kveldstid
Forespørsel, rådgivning ved frammøte eller bud	kr 58
Laboratorieprøver	kr 59
Enkel pasientkontakt (sykmelding, henvisning)	kr 69
Konsultasjon på poliklinikk hos spesialist	kr 375
Røntgen, ultralyd	kr 267
Egenandelstaket er for 2022	kr 2921

Asylsøkere har ikke norske personnummer, men får tildelt et D-nummer som brukes for refusjon fra Helfo. Helfo registrerer ikke automatisk egenandeler betalt av personer med D-nummer, slik som for

¹ Kilde: UDI Regelverk (2022), tall for årene 2020 og 2021 ble tilsendt per e-post (J. S. Mester, personlig kommunikasjon, 9. mai 2022).

² Kilde: Helfo (2022b)

personer med personnummer (Helfo, 2018). Det betyr at de selv må ta vare på kvitteringer, og sende til Helfo for å få frikort når de har nådd egenandelstaket.

Tannhelsetjeneste og utgifter til optiker er utenfor egenandelsordningen; det vil si at det må asylsøkere i utgangspunktet dekke fullt ut (Helsedirektoratet, 2015b). Asylsøkere har som nevnt rett til å søke UDI om tilleggsytelser.

1.3.3 Tilleggsytelser

Når ikke basisytelsen strekker til, kan asylsøkere søke UDI om tilleggsytelser til helsetjenester som er nødvendige for liv og helse, og som ikke dekkes av refusjoner fra Helfo. UDIs beløpsgrense for egenandel ved tilleggsytelser, altså det beløpet en selv må dekke før det gis tilleggsytelse, er for en enslig, voksen asylsøker kr 2 000, og for et voksent par kr 3 000 per år (UDI, u.å.-a).

Eksempler på hva det kan gis tilleggsytelser til etter søknad til UDI er:

- medisiner på hvit og blå resept
- utgifter til fysioterapi etter vurdering fra lege
- tannbehandling
- synstest og briller etter billigste alternativ etter anbefaling fra lege eller optiker
- nødvendige ekstrautgifter til kosthold som følge av varig sykdom eller graviditet
- diverse tekniske hjelpemidler

Hvis mottaket legger ut for beboeren, kan UDI utbetale tilleggsytelser direkte til mottaket (UDI Regelverk, 2022).

1.3.4 Finansiering av tannhelsehjelp

For asylsøkere som bor i ordinære mottak eller i integreringsmottak gjelder de samme reglene som for resten av befolkningen:

- for barn under 18 år dekker Fylkeskommunen utgifter til nødvendig behandling.
- for 19- og 20-åringene dekker fylkeskommunen 75 % av utgiftene til tannbehandling etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i den offentlige tannhelsetjenesten eller hos tannlege som har avtale med fylkeskommunen. Pasienten betaler selv de resterende 25 % (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).
- for 21- og 22-åringene, dekker fylkeskommunen 50 % av utgiftene til nødvendig tannbehandling etter fylkeskommunale takster. Pasienten betaler selv de resterende 50 % (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Voksne asylsøkere i ordinære mottak og integreringsmottak som er 23 år og eldre har per januar 2023 ikke rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det samme gjelder også for befolkningen ellers. De må selv betale for slike tjenester. Behandling for enkelte diagnoser/tilstander kan gi rettigheter til stønad fra folketrygden.

Reglene for voksne asylsøkere er altså som for den øvrige befolkningen, men de kan søke tilleggsytelser fra UDI. For å få godkjent søknad om tilleggsytelser, må de benytte seg av private tannleger som fakturerer etter fylkeskommunale takster. Trengs det tolk hos tannlegen, er hovedregelen at pasienten selv må dekke denne kostnaden (Helsedirektoratet, 2015b).

Ifølge Helsedirektoratet (2015b) kan asylsøkere søke om tilleggsytelser fra UDI:

- de første seks månedene etter registrering i Norge til akutt tannbehandling, forebyggende tiltak og behandling for å begrense skadeutvikling, inklusive utgifter til tolk.
- ved opphold i Norge i mer enn seks måneder, til nødvendig tannbehandling.

1.4 Asylsøkeres rett til helsetjenester

Formelt har asylsøkere de samme rettighetene til helsetjenester som andre bosatt i landet, og skal betale de samme egenandelene (Helsedirektoratet, 2015b).

Det er to typer transittmottak, de med kantine og de med selvhushold. I de med selvhushold må beboerne kjøpe inn og lage maten sin selv. Derfor får de utbetalt et høyere månedlig beløp (UDI Regelverk 2022). I ankomstsenteret på Råde og i andre transittmottak med kantine, er kost og losji dekket. I slike mottak får asylsøkerne kun lommepenger (UDI Regelverk 2022). Dette prosjektet omhandler ikke tiden personer oppholdt seg i ankomstsenteret og transittmottak. Erfaringer fra den tiden kan imidlertid ha påvirket forventninger til kostnader for helsetjenester når de flyttes til ordinære mottak eller integreringsmottak (UDI u.å-a).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gir kommunen omfattende ansvar for å yte forebyggende, behandlende og rehabiliterende helsetjenester til dem som oppholder seg lovlig i kommunen, og loven setter også krav til kvaliteten av tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Asylsøkere har rett til å benytte kommunale helsetjenester, inklusive å stå på fastlegeliste.

Fylkeskommunen har ansvar for at det fins tilgjengelige tannhelsetjenester for alle som oppholder seg i fylket, og omfatter også asylsøkere og flyktninger. Helsedirektoratets veileder anbefaler at det etableres samarbeidsavtaler mellom asylmottak og tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015c).

Staten ved helseforetakene har ansvar for at befolkningen som er bosatt i regionen har tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Det omfatter også transport til undersøkelse og behandling.

Datainnsamlingen i dette prosjektet er hentet fra tiden da asylsøkerne bodde i ordinære mottak eller i integreringsmottak (UDI u.å.-b). Da skal asylsøkere betale de samme egenandelene i kommune og spesialisthelsetjenesten som alle andre lovlig bosatte i landet. For tannhelsetjenester skal de også betale på lik linje med befolkningen ellers.

1.5 Menneskerettighetene og helsetjenester til asylsøkere

Menneskerettigheter står sterkt i norsk tradisjon, og i norsk lovgivning. Det er nedfelt i Grunnloven at myndighetene har ansvar for å respektere og sikre menneskerettighetene. Det innebærer også at Staten må ta aktive skritt for å hindre at andre krenker disse rettighetene (Lovdata, 2018). Tilsvarende følger av menneskerettighetsloven og en rekke spesiallover. Menneskerettigheter omfatter alle som oppholder seg i Norge, uavhengig av innvandringsstatus, og ved konflikt med andre norske lover og forskrifter er det menneskerettighetene som går foran.

Retten til helse anses som en grunnleggende rettighet, fordi uten god helse kan mange andre rettigheter bli illusoriske (United Nations Committee on Economic, Social & Cultural Rights, 2000). Norge har ratifisert en rekke konvensjoner som er relevante for helse. Den helt eksplisitte retten til helse fins i Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), som Norge ratifiserte i 1972. Artikkel 12 omtaler «retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende» (Menneskerettsloven, 1999). Denne retten er av De forente nasjoner (FN) presisert til å omfatte forebygging av sykdom, rett til behandling, og at staten har ansvar for de underliggende forholdene som virker inn på helsen (United Nations Committee on Economic, Social & Cultural Rights, 2000). Rett til behandling omfatter en faktisk

mulighet til å benytte tjenestene, inklusive at en skal ha råd til å betale det tjenestene koster, og det settes krav til tjenestenes kvalitet. Ellers er Barnekonvensjonen, Kvinnekonvensjonen og Torturkonvensjonen blant de konvensjonene som har relevans for helse og tilgang til helsetjenester. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen er derimot lite eksplisitt når det gjelder retten til helsetjenester, men retten til helse kan mer indirekte knyttes til flere av bestemmelsene også i denne konvensjonen.

Det settes ulike krav til lands myndigheter, utfra deres reelle mulighet til å oppfylle retten til helse. Det betyr at det settes større krav til Norge, som et rikt og fredelig land, enn land som er i en vanskeligere situasjon.

Norge må som stat på ulike måter stå til rette for hvordan de forpliktelsene landet har tatt på seg blir oppfylt. En måte er ved regelmessig rapportering til konvensjonsorganet som spesifikt følger opp hver av de konvensjonene Norge har ratifisert. I sine «Concluding Remarks» gis tilbakemeldinger om områder der norske myndigheter bes forbedre seg. En annen mekanisme er gjennom periodiske landhøringer, Universal Periodic Review, der FNs medlemsland vurderer hverandre, med en samlet vurdering av alle menneskerettighetskonvensjonene hvert enkelt land har forpliktet seg til.

Norge har ikke signert (som viser intensjon om å følge) eller ratifisert (forpliktet seg til å følge) Den internasjonale konvensjonen om beskyttelse av rettighetene til arbeidsmigranter og deres familier (The International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families). Anmodning om å tilslutte seg denne var en av anbefalingene ved den periodiske landhøringen i 2019.

Norge har så vidt vi har kunnet bringe på det rene ikke fått generell kritikk av FN for manglende oppfylling av rett til helsehjelp for asylsøkere. Men Norge har blitt kritisert av FN for behandlingen av enslige mindreårige asylsøkere. Det skjedde senest under gjennomgangen av den sjette rapporten til ØSK-komiteen i februar 2020 (United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2020). Der ble det spesielt nevnt mangelfull psykiatrisk hjelp. Ved rapportering på etterfølgelse av forpliktelsene i Barnekonvensjonen, ble det bemerket at barn og deres familier skulle være i mottakssentra kortest mulig tid, og at en bør øke ressursene til sentrene slik at beboerne får bedre beskyttelse mot vold, får vurdert sine behov relatert til mental helse, og har tilgang til næringsrik mat (ibid.).

2 Metoder og materiale

For å undersøke om, og i så fall i hvilken grad, asylsøkeres økonomi hindrer dem i å få nødvendige helsetjenester, og hvordan dette håndteres, ble det brukt kvantitative og kvalitative metoder, med spørreskjema, dybdesamtaler/intervjuer og fokusgrupper.

2.1 Kvantitativ del: Spørreskjemaundersøkelse

Vi ønsket å rekruttere helsepersonell som hadde asylsøkere i mottak blant sine pasienter, og dessuten mottaksansatte og frivillige som hadde tilbud til asylsøkere i mottak. Frivillige ble rekruttert via Norske Kvinners Sanitetsforening på e-post. Vi baserte oss videre dels på tre nettverk som koordineres av FHI, og som består av personell med mye erfaring med å arbeide med asylsøkere og har vist spesiell interesse i å arbeide med dem. Andre som jobber spesielt med flyktninger og asylsøkere ble også kontaktet, som flyktningehelseteam og Kirkens Bymisjon. Mottaksansatte på de mottakene UDI hadde gitt oss tillatelse til å kontakte ble anmodet per telefon og på e-post om å delta. Vi ønsket også å gå bredere ut, og tok derfor kontakt med helsepersonells fagforeninger og (daværende) fylkesmannskontorer. Strategien var derfor å søke å få svar både fra personer som

jobbet mye eller bare med flyktninger og asylsøkere, og personer som gjør det som en del av sitt arbeid. Oversikt over de som ble kontaktet finnes i vedlegg 1.

Med invitasjonen fulgte informasjon om prosjektet, samtykkeerklæring og spørreskjemaet, se vedleggene 2, 3 og 4. Vi oppfordret også alle vi kontaktet til å invitere andre de mente hadde relevant erfaring. I NKS sitt medlemsblad fikk vi inn en liten artikkel om prosjektet i et forsøk på å få frivillige til å delta. Noen av fagforeningene la ut en post på sin Facebook side der de oppfordret sine medlemmer til å delta. Noen av institusjonene vi i utgangspunktet hadde kontaktet, kunne ikke selv delta, men foreslo andre vi kunne kontakte. Med andre ord vi benyttet oss av snøballmetoden.

Det viste seg spesielt vanskelig å rekruttere fysioterapeuter, psykologer og leger. Etter flere forsøk fant vi imidlertid fram til noen leger og psykologer som ble med. Vi klarte ikke å rekruttere fysioterapeuter tross flere forsøk. Vi fikk også svar fra Fylkesmennenes (nåværende Statsforvalteres) kontorer at de stort sett ikke hadde oversikt over hvem i deres område som jobbet med asylsøkere i mottak, slik at vi ikke fikk rekruttert respondenter via dem.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden april 2020 – oktober 2021. Totalt svarte 50 personer på spørreskjemaundersøkelsen. Tabeller 3-5 viser deres roller i arbeid med asylsøkere, typer helsepersonell som deltok, og hvilke helseregioner de arbeidet i.

Tabell 3. Antall som besvarte spørreundersøkelsen fordelt etter rolle i arbeid med asylsøkere.

Rolle i arbeid med asylsøkere	antall
Helsepersonell	35
Mottaksansatt	8
Sosionom, flyktningkonsulent eller ansatt i NAV	4
Frivillig	3
Totalt	50

Helsepersonell fordelte seg på yrkesgrupper som vist på tabell 2. Den største gruppen var sykepleiere, med spesialsykepleiere, som helsesykepleiere og jordmødre som den største gruppen, deretter sykepleiere uten spesialisering som den neste største, som vist på figuren under.

Tabell 4. Antall besvarelser, fordelt blant helsepersonell, etter yrke.

Type helsepersonell	antall
Spesialsykepleier	12
Sykepleier	9
Tannlege	6
Lege	5
Psykolog	2
Ernæringsfysiolog	1
Fysioterapeut	0
Totalt	35

Ønsket var å rekruttere fra alle helseregioner, for å se om det var noen påfallende forskjeller. Alle helseregionene var representert, men det var klart størst respons fra Helse Sør-Øst. En person oppga ikke helseregion.

Tabell 5. Antall besvarelser, fordelt på helseregioner.

Helseregion	antall
Helseregion Sør-Øst	30
Helseregion Nord	8
Helseregion Midt	7
Helseregion Vest	4
Ikke besvart	1
Totalt	50

2.2 Kvalitativ del: Dybdesamtaler

For den kvalitative delen av undersøkelsen var planen å besøke asylmottak for å intervju asylsøkere der. Smittevernstiltakene i forbindelse med Covid-19 pandemien begrenset vårt handlingsrom når vi skulle rekruttere informanter. UDI ble kontaktet, og ga tillatelse til digitalt å intervju beboere på et ordinært mottak og et integreringsmottak. Planen ble derfor endret til også å intervju personer som hadde vært asylsøkere, om situasjonen i tiden de bodde i mottak. Vi hadde liten innflytelse på hvem som ble rekruttert.

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide, se vedlegg 5. Planen var å intervju 20 personer, og så vurdere om vi var kommet til en metning, altså at det ikke kom viktige nye aspekter fram i samtalen. Vi rekrutterte 20, en person meldte frafall. Resultatet ble at vi intervjuet 19 personer.

Svarene fra helsepersonell, mottaksansatte og frivillige ga bakgrunn for noen av temaavgene til dybdesamtalene Vi forfulgte også nye problemstillinger som informantene tok opp.

Vi hadde to samtaler med noen dagers mellomrom med hver informant. I samtale nummer to kunne vi oppklare spørsmål fra første samtale, gå videre inn på informasjon som var kommet opp, og diskutere temaer som ikke var belyst ved første samtale.

Intervjuene med den første informanten var i november 2020, og av den siste i september 2021. Det første intervjuet med den første informanten ble foretatt ved at informanten møtte oss, men alle de andre måtte foregå digitalt pga. korona-restriksjonene. Fordi de fleste ikke hadde egne PCer, ble det avtalt med asylmottak eller annen institusjon å låne deres utstyr. De fleste snakket ikke norsk eller engelsk, og samtalen ble da ført med hjelp av tolk. De første intervjuene ble utført av prosjektleder og en av prosjektmedarbeiderne, i tillegg til tolken. Senere ble den tredje prosjektmedarbeideren involvert i gjennomføringen av intervjuene.

De aller første samtalen hadde en strukturert form, der vi stilte konkrete spørsmål med innlagte pauser for at den som intervjuet kunne notere. Etter et intervju som fungerte dårlig, ble formen endret. Dessuten ønsket vi at samtalen kunne flyte lettere og det skulle bli enklere å følge opp overraskende utsagn. I de etterfølgende var det derfor en av prosjektmedarbeiderne som på skift samtalte med informanten uten å ta notater, det gjorde de andre to. Denne metoden synes vi fungerte bedre. Hver av de 38 intervjuene/samtalene varte vanligvis en time, enkelte ganger litt lengre.

De 19 informantene hadde kommet til Norge i perioden 2010-2021, seks av dem kom i 2018. I tabell 6 presenterer vi antallet informanter etter deres geografiske opprinnelse. En mer detaljert inndeling gjøres ikke av diskresjonshensyn, men flere av deltakerne representerte de største landgruppene asylsøkere i Norge kom fra, i gjeldende periode. Personer fra Tyrkia utgjorde den største gruppen fra Asia.

Tabell 6. Geografisk opprinnelse etter verdensdel.

	Antall
Asia, inkludert Tyrkia	14
Afrika	3
Latin-Amerika	2
Totalt	19

Det var omtrent like mange kvinner som menn blant informantene, som vist i tabell 7. Gjennomsnittsalder var 35,5 år.

Tabell 7. Antall intervjuer/dybdesamtaler, antall personer intervjuet, fordelt på kjønn.

	Antall
Intervjuer/dybdesamtaler	38
Kvinner	10
Menn	9
Totalt	19

Vi hadde engasjerte tolker som var høyt kvalifiserte, og de fleste hadde erfaringer fra å jobbe med helsespørsmål. Vi hadde tolker på seks ulike språk, og stort sett de samme tolkene til begge samtalene med den enkelte. Vi snakket norsk eller engelsk med fem informanter, fire av disse var menn og en var kvinne, som vist i tabell 8.

Tabell 8. Antall personer intervjuet med tolk til stede, kjønnsfordelt.

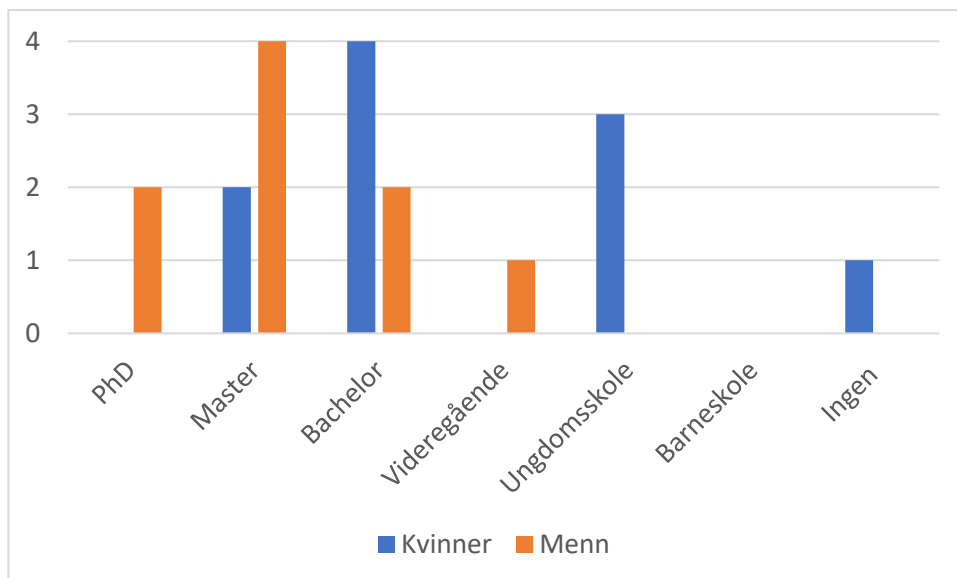
	Antall	Kvinner	Menn
Med tolk	14	9	5
Uten tolk	5	1	4
Totalt	19	10	9

Bare fem av informantene var asylsøkere da vi snakket med dem. Resten hadde vært asylsøkere og var bosatt i en kommune, eller hadde fått endelig avslag og bodde enten privat eller i asylmottak, som vist i tabell 9

Tabell 9. Juridisk status og bosituasjon på samtaletidspunktet.

Juridisk status	Antall
Asylsøker, bodde i mottak	5
Endelig avslag, bodde i mottak	1
Endelig avslag, bodde privat	4
Tidligere asylsøker, bosatt i kommune	9
Totalt	19

Atten av de 19 hadde yrkeserfaring i opprinnelseslandet. Som vist på figur 1 under hadde to PhD, en av dem hadde også gjennomført et post-doc prosjekt. I tillegg hadde to av de med mastergrad vært i gang med et PhD-prosjekt da de flyktet. Mennene vi intervjuet hadde generelt høyere utdanning enn kvinnene.



Figur 1. Antall personer etter gjennomgått utdanning/skolegang, fordelt på kjønn.

Etter samtale nummer to fikk hver av informantene et gavekort pålydende 500 kroner til bruk i dagligvarebutikker, som takk for innsatsen.

2.3 Fokusgrupper, kvalitativ metode

Det ble gjennomført fire fokusgruppediskusjoner, to med asylsøkere/tidligere asylsøkere, og to med mottakspersonale og en sykepleier.

2.3.1 To fokusgruppediskusjoner med asylsøkere/tidligere asylsøkere

Til fokusgruppediskusjonene inviterte vi informanter som vi hadde hatt dybdesamtaler med, og som hadde utmerket seg med å framstå særlig reflekterte. Hensikten var ikke å gjenta det som hadde blitt sagt i de individuelle samtalene, men å diskutere mer generelle problemstillinger, og å drøfte anbefalinger. Vi utarbeidet en egen guide for disse fokusgruppediskusjonene, se vedlegg 6.

Begge fokusgruppene ble gjennomført som fysiske møter. Informantene fikk påspandert reiseutgifter, hotellopphold, middag og lunsj.

Sju asylsøkere/tidligere asylsøkere deltok, fordelt på to ulike grupper. I den første deltok det fem personer, tre menn og to kvinner. En var asylsøker som bodde i mottak, de andre fire var tidligere asylsøkere som var bosatt i kommune. Alle hadde samme språk, og vi fikk bistand fra to autoriserte, kvinnelige tolker med erfaring fra å tolke i helsevesenet. De tolket på skift det som ble sagt. Som ved de individuelle samtalene, ble det funnet en balanse mellom tolkning av korte, presise utsagn, og noen ganger, for å unngå avbrytning, av litt lengre resonnementer. Alle de fem informantene hadde utdanning på universitetsnivå. Samtalen varte i ca. fem timer, inklusive lunsjpause og noen andre korte pauser.

Til gruppe nummer to ble fire personer invitert som snakket godt engelsk. Bare to av de inviterte hadde anledning til å møte, og begge var menn. En av dem hadde fått gjenopptatt saken etter avslag, den andre bodde i integreringsmottak og hadde fått endelig avslag. Selv om det bare var to personer, ble det god dynamikk i samtalen. Det var ikke behov for tolk. De to hadde begge utdanning på universitetsnivå. Samtalen varte i ca. fire timer, inklusive lunsjpause, og noen andre korte pauser.

Vi brukte ikke opptak av lyd eller bilde i fokusgruppediskusjonene. Behovet for opptak ble avvendt mot vår erfaring at flyktninger kan være skeptiske til det. Alle tre prosjektmedarbeidere tok notater av det som ble sagt og de reaksjonene som kom. Notater ble sammenholdt og diskutert i etterkant, for å se på hvor vi hadde sammenfallende oppfatninger av det som ble framført, og diskutere det der vi hadde ulike oppfatninger.

Guiden for de to fokusgruppesamtalene med informantene (vedlegg 5) var inspirert av de individuelle samtalene med dem og de temaene som var mest framtrædende der. Guiden ble stort sett fulgt, bortsett fra spørsmålet om sammenlikning mellom pris på helsetjenesten i hjemlandet og i Norge (spørsmål nr. 8 i samtaleguiden) og hvordan de hadde tatt kontakt med helsetjenesten ved behov (spørsmål nr. 9 i samtaleguiden). Det skyldtes at informantene innledningsvis i gruppen fortalte om ganske personlige forhold og emner som hadde vært berørt i de individuelle samtalene. I diskusjonen brukte vi anledningene som ga seg til å vri samtalen over på generelle spørsmål og anbefalinger, og droppet spørsmål som kunne dreie samtalen inn på flere personlige erfaringer.

2.3.2 To fokusgruppesamtaler med mottakspersonale og sykepleier

Til fokusgruppesamtale nummer tre deltok en mottaksansatt og en sykepleier som jobbet med flyktninger og asylsøkere. Begge var kvinner. Samtalene varte i ca. to timer. Til samtale nummer fire deltok to mottaksansatte som jobbet i samme mottak. Samtalene ble avholdt digitalt.

2.4 Bearbeiding av informasjonen fra spørreundersøkelsen, dybdesamtalene og fokusgruppene

2.4.1 Sammenstilling av svarene fra spørreundersøkelsen

I spørreskjemaet var det svaralternativer hvor vi ba om avkryssing på de ulike spørsmålene, og svarene ble satt opp tabellarisk og i figurform.

I feltet for kommentarer kom det respons av kvalitativ art. Disse ble gruppert etter tema og hyppighet. To av prosjektmedarbeiderne skrev sammendrag av kommentarene, disse ble diskutert og sammenliknet, og omforente konklusjoner ble ført som resultater.

Siden svarene på spørreskjemaet indikerte at tannhelsen var både det respondentene var mest usikre på, og svært bekymret for, bestemte vi oss for å gå i dybden på tannhelsen i dybdesamtalene med asylsøkerne. Intervjuguiden til dybdesamtalene ble derfor noe revidert etter at de første skjemaene hadde kommet inn.

2.4.2 Bearbeiding av materialet fra dybdesamtalene

Etter hver av dybdesamtalene ble notater og inntrykk fra oss som hadde vært med, vurdert og diskutert. Vi kom til enighet om hva som var de viktige punktene i den første av de to samtalene, og hva vi ville gå videre med i samtale nummer to. Også etter disse samtalene ble notater og inntrykk diskutert og vurdert, og vi kom til enighet om hva som framsto som sentrale punkter for hver av de 19 informantene.

Etter de første dybdesamtalene tegnet det seg, som forventet, et rikere bilde enn det spørreskjemaene hadde gitt. Særlig to områder pekte seg ut. Det ene var at problemene med å få informasjon var betydelig mer sammensatt og komplisert enn vi hadde forventet. Det andre var den for oss nye problemstillingen som skyldtes at asylsøkere nesten uten unntak ikke får opprettet bankkonto.

Deretter ble notatene gjennomgått på nytt. Svarene knyttet til de ulike temaene, ble notert manuelt i marginen. Nye temaer ble notert, og notater fra de andre samtalene ble sjekket for å se hvor ofte temaene kom opp og hvordan de ble presentert. Slik ble noen utsagn stående som unike, mens mange var sammenliknbare med andre. Informantene var nokså ulike i hvilken grad de tok initiativ til

å fortelle spontant, og dermed ble også notatene fra samtaleene noe ulike i formen, så det var betydelig variasjon i hvor mange temaer som utpekte seg i notatene fra samtaleene.

Illustrerende sitater, både for problemstillinger som kom ofte og som var unike, ble notert.

Informantene fortalte om mye mer enn det som var relevant for økonomi og barrierer til helsetjenester. Notatene fra det som ikke var direkte relevant for denne studien, ble sett bort fra.

Sortering av relevante temaer ga følgende kategorier:

- vurdering av økonomien og helse i mottakstiden
- helseproblemer de hadde søkt hjelp for og erfaringene de hadde
- informasjon asylsøkerne hadde fått
- mestringsstrategier
- barrierer

2.4.3 Bearbeiding av materialet fra fokusgruppene

Også for fokusgruppene ble det tatt notater som ble sammenliknet, vurdert og diskutert, og vi kom til omforente vurderinger. Det kom i liten grad opp helt ny informasjon i fokusgruppene med asylsøkerne/tidligere asylsøkere, men det kom utdyping av teamene fra de individuelle dybdesamtalene. Temaene ble notert på tilsvarende måte som for dybdesamtalene, og kommentarer ble bakt inn sammen med resten av materialet for hvert tema.

I fokusgruppediskusjonene med mottakspersonalet og sykepleier, kom det særlig verdifull informasjon om hvordan finansieringssystemene fungerer og de mange problemene med manglende bankkonto, som ble koblet sammen med det asylsøkerne fortalte.

2.5 Referansegruppe

Hensikten med referansegruppe var todelt. Den ene var å gjennomgå metodene som var brukt, og påse at det var logisk sammenheng mellom metodene, funnene, diskusjonen og konklusjonen. Den andre var å få innspill til anbefalinger, altså hvordan funnene best kan brukes for å medvirke til endringer som kan bedre situasjonen, og til hvordan rapporten kunne vinkles slik at den kunne få best mulig effekt.

Invitasjonsbrevet til referansegruppen er i vedlegg 7.

Referansegruppen besto av:

- Den norske legeförening
- Den norske tannlegeforening
- Helsedirektoratet
- Institutt for Fredsforskning
- Norske Kvinners Sanitetsforening
- Norsk organisasjon for asylsøkere
- Norsk Psykologforening
- Norsk Sykepleierforbund
- OsloMet – Storbyuniversitetet
- Utlendingsdirektoratet

2.6 Etisk vurdering

FHI søkte Regional Etisk Komite (REK) om godkjenning av prosjektet. Søknaden ble vurdert av sekretariatet i REK sør-øst. De fant at prosjektets formål ikke var å gi ny kunnskap om helse og

sykdom som sådan, men fremsto som helsetjenesteforskning. Dermed falt det ikke innenfor helseforskningslovens virkeområde. Det vil si at det krevdes heller ikke godkjenning fra REK for gjennomføring.

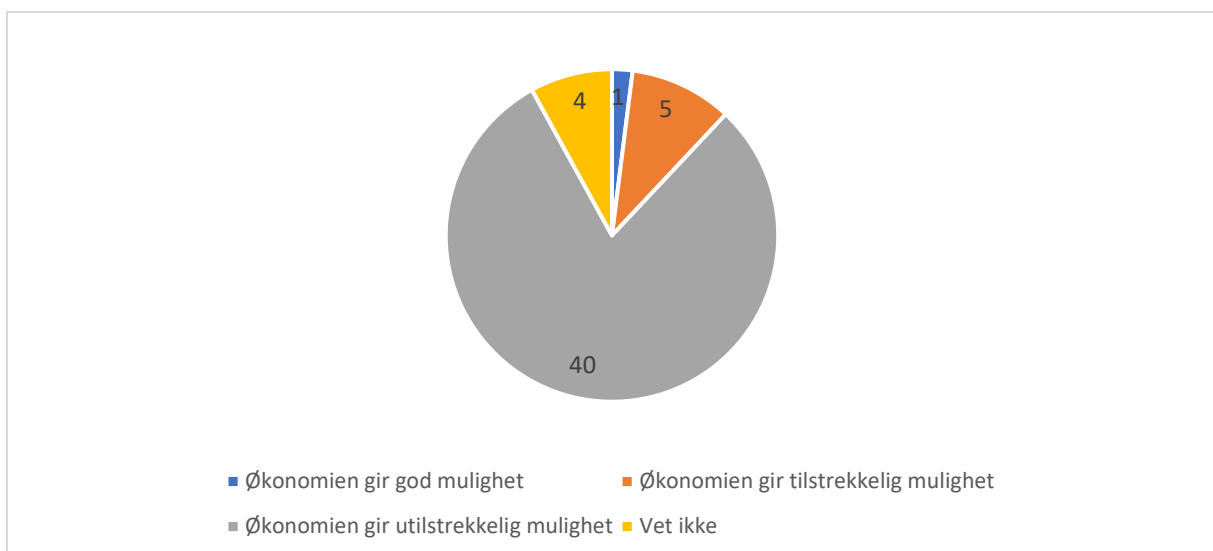
Det ble også søkt Personvernombudet ved FHI om godkjenning av prosjektet. Søknaden ble innvilget. I tillegg ble det søkt Utlendingsdirektoratet (UDI) om tillatelse til å besøke både ordinære mottak og integreringsmottak i ulike deler av landet med tanke på å informere om prosjektet, verve deltakere blant beboere og personalet, og gjennomføre intervjuer/dybdesamtaler med asylsøkerne der. Grunnet Covid-19 pandemien kunne vi ikke besøke mottakene, men fikk tillatelse til å gjennomføre prosjektet digitalt ved et ordinært mottak og et integreringsmottak. Informasjon om prosjektet ble også sendt til andre steder, blant annet til Ås læringscenter, NAV Sagene og Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo, som vervet tidligere asylsøkere.

3 Resultater

3.1 Vurdering av økonomien og helsen i mottakstiden

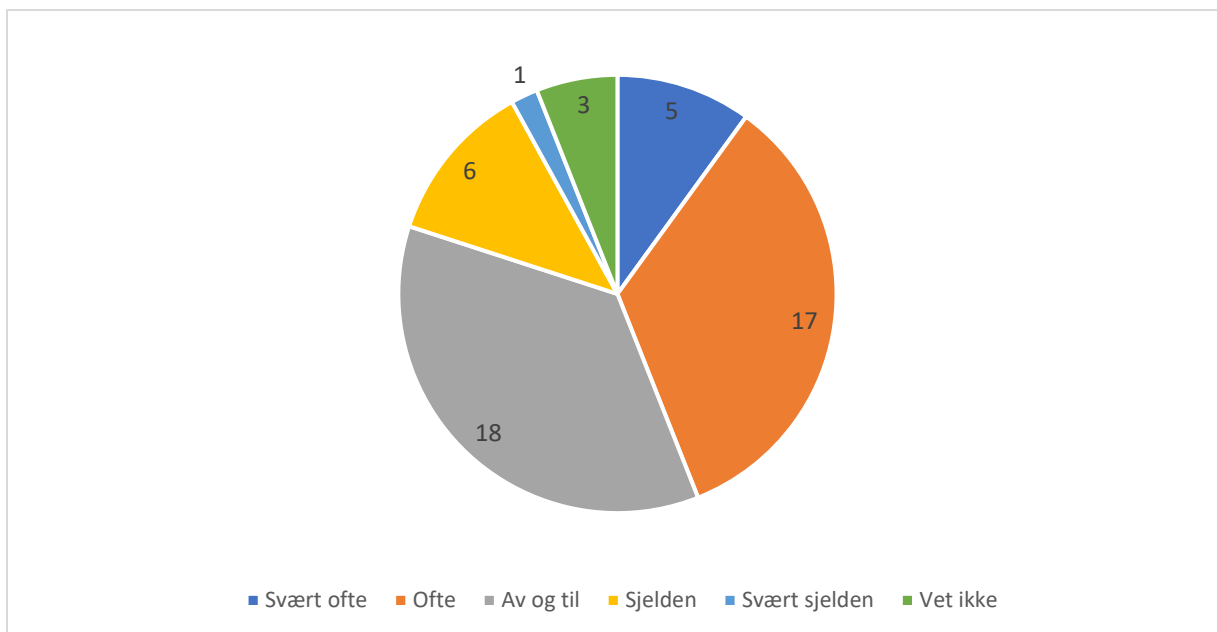
3.1.1 Vurdering av økonomien i spørreskjemaene og dybdesamtalene

I spørreskjemaundersøkelsen stilte vi tre spørsmål om asylsøkeres økonomi til mottakspersonell, helsepersonell og frivillige. Slik svarte de:



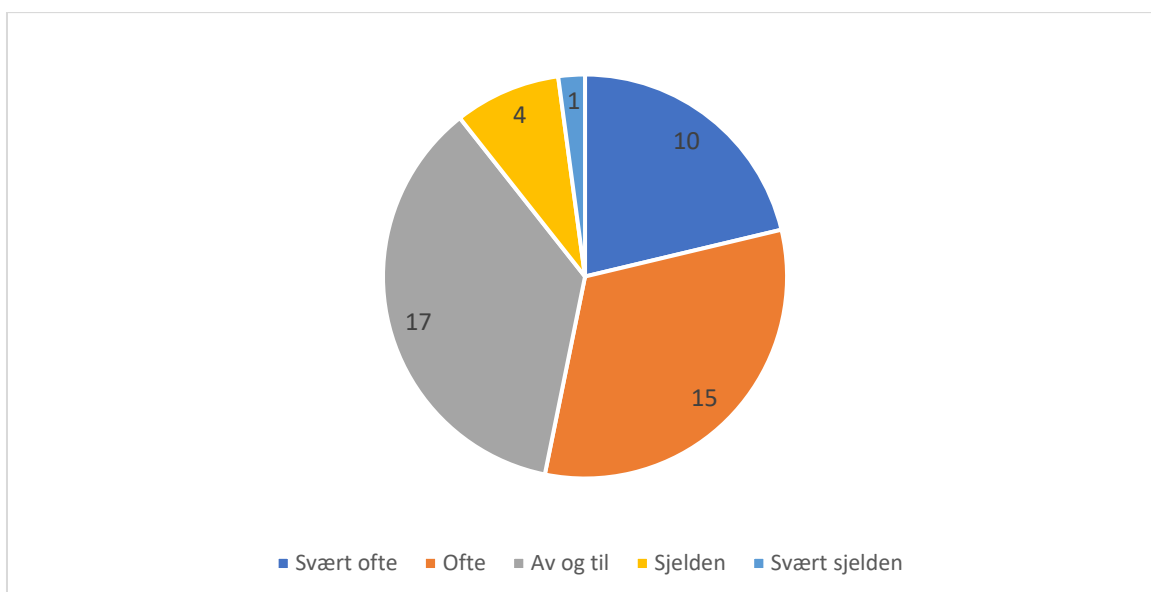
Figur 2. Svarfordeling på spørsmålet: Hvordan vil du karakterisere asylsøkeres økonomi når det gjelder å opprettholde en sunn livsstil?

De fleste (40 av 50), mente at økonomien var utilstrekkelig. Kun en mente det var tilstrekkelig, resten vet ikke.



Figur 3. Svarfordeling på spørsmålet: Har du erfart at asylsøkere vegrer seg for å ta kontakt med helsetjenesten på grunn av dårlig økonomi?

Førti av de 50 mente at asylsøkere vegret seg «svært ofte», «ofte», eller «av og til» for å ta kontakt med helsetjenesten pga. dårlig økonomi.



Figur 4. Svarfordeling på spørsmålet: Har du erfart at asylsøkere ikke følger opp den behandlingen de blir anbefalt pga. dårlig økonomi?

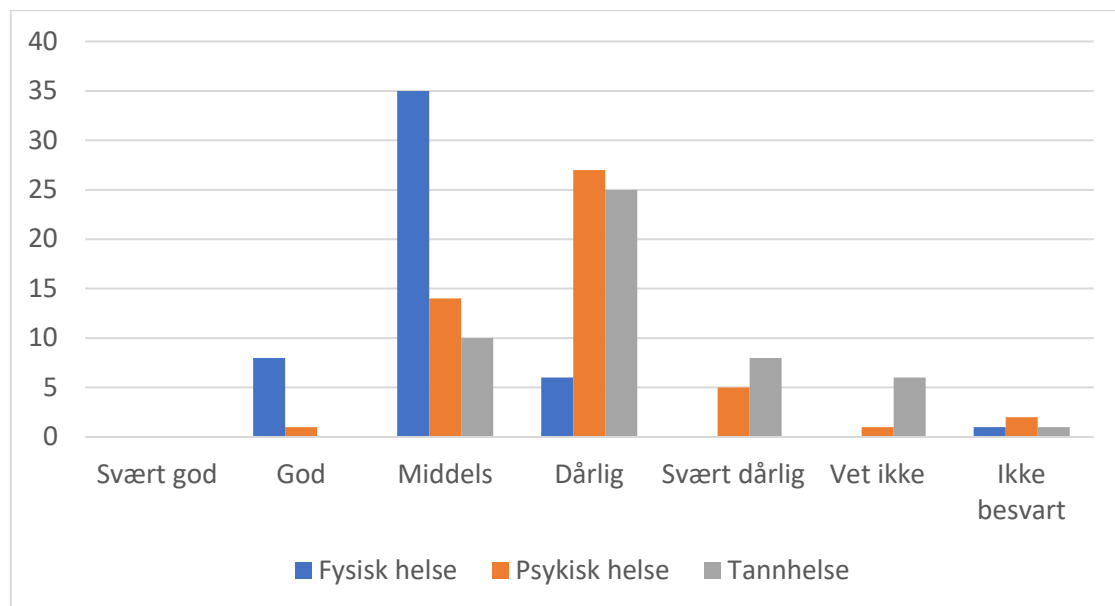
Hele 42 av 50 i spørreundersøkelsen mente at asylsøkere ikke fulgte opp den behandlingen de ble anbefalt pga. dårlig økonomi enten «svært ofte», «ofte», eller «av og til».

Informantene i dybdesamtalene ga en rekke konkrete eksempler på hvilken rolle økonomien spilte for å få nødvendige helsetjenester. Som vi vil vise i kapittel 3.4 og 3.5 var det store variasjoner i hvordan de så på det, og hvordan de håndterte det. Betegnende er utsagnet: “Vi håpet og ba om ikke å bli syke!”, med begrunnelse i den dårlige økonomien.

Til tross for pengeproblemene, var det flere av informantene som sa i dybdesamtalene at økonomien slett ikke var det største problemet de hadde. Bekymring for situasjonen i hjemlandet, usikkerheten knyttet til asylsøknaden og belastningen med å vente i usikkerhet ble av flere nevnt som større problem enn deres dårlige økonomi.

3.2.2 Vurdering av helsen, fra spørreskjemaene

Mottakspersonalet, helsepersonell og frivillige ble spurt om hvordan de vurderte helsen til asylsøkere i asylsøkerperioden. Svarene er i figur 5.



Figur 5. Mottakspersonalets, helsepersonalets, og frivilliges vurdering av asylsøkernes helse, oppgitt i antall personer per svarkategori.

Majoriteten av respondentene rapporterte om dårlig psykisk helse og tannhelse. Omtrent halvparten sa at det var vanskelig å karakterisere helsetilstanden til beboere i mottak med de alternativene som var satt opp, og føyde til frie kommentarer. Temaene de tok opp nevnes i listen nedenfor med det hyppigste temaet først:

- store variasjoner, vanskelig å generalisere
- avhengig av botid/ventetid/usikkerhet om fremtiden mens de bor i mottak
- avhengig av juridisk status og verst for dem med endelig avslag
- har ikke råd til egenandelene i norske helsetjenester
- manglende kunnskap og tradisjon for forebygging
- kommer med motivasjon for å jobbe, men får ikke det
- grad av traumatisk stress i barndom, i opprinnelseslandet og under flukten påvirker helsen
- andre faktorer: Utdannelsesnivå, økonomisk situasjon og tilgang til helsetjenester i opprinnelseslandet, alder og kjønn.

3.2 Om helseproblemer informantene hadde søkt hjelp for, og erfaringene de hadde: resultater fra dybdesamtalene

3.2.1 Diverse fysiske helseproblemer

Ni av 19 informanter vi hadde dybdesamtaler med fortalte at de hadde fått beskjed om at de trengte vitamin-D-tilskudd. Fem av disse sa at ektefelle og barn også trengte det. Fire fortalte at de hadde

fått beskjed om at de burde ta jern. De fleste fortalte at de ikke hadde hatt råd til å betale for verken vitamintilskuddet eller jern.

Øyeundersøkelse og behov for briller ble nevnt av ni av informantene. Sju fortalte at de trengte synstest og/eller briller. Kun to hadde fått gjort noe med det. Den ene hadde et familiemedlem i Norge med oppholdstillatelse og jobb som hadde betalt regningen. Den andre hadde også fått betalt regningen både for seg selv og for datteren som trengte briller, men var ikke sikker på om det var mottaket/UDI eller en privat organisasjon som betalte. Noen hadde briller fra før, og sa de tok godt vare på dem fordi de hadde ikke råd til å skaffe seg nye. Andre fortalte de trengte synstest, men fordi de ikke visste om de hadde råd, hadde de utsatt å få gjort noe med det.

Det var også usikkerhet om hva kostnaden for helsehjelp ville bli, som illustrert i dette utsagnet:

«Jeg trengte å få sjekket synet da jeg bodde i mottak, men turte ikke spørre mottakspersonalet».

En hadde et barn som trengte briller, og sa:

«Min sønn trengte briller. Det kostet 1600 kroner. UDI ga lån, og vi ble trukket til alt var tilbakebetalt».

En person hadde blitt smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom og hadde fått adekvat behandling, men fortalte å måtte betale for både konsultasjon og medikamentene. Vedkommende ble overrasket da vi fortalte at konsultasjon og medisiner skal være gratis i slike tilfeller.

En hadde behov for fysioterapi, men hadde ikke råd. Vedkommende fikk i stedet en resept på en salve, som et billigere alternativ.

En annen hadde en smertefull tilstand. Vedkommende gikk til lege og trengte medisiner. Det kom på kr 900. Asylsøkeren hadde på den tiden flyttet ut av mottaket og til sin slektning, og mottok derfor ikke basisytelse. Slektingen, som hadde opphold og jobb, betalte kostnaden.

En hadde en sykdom som ga behov for en spesiell diett. Vedkommende hadde nevnt det for norsk helsepersonell etter ankomst, men det ble ikke fulgt opp. Vår informant tenkte derfor det fikk vente til eventuell bosetting. I mottakstiden rakk pengene bare til vanlig mat, og til det barnet trengte.

En insulinavhengig diabetiker fikk oppfølging av helsetjenesten i mottakstiden, men med det vedkommende fikk utbetalt til livsopphold, var det ikke mulig å ha råd til både legekonsultasjoner, nok insulin samt utstyr til å sette sprøyter, og i tillegg til å holde en diett tilpasset sykdommen.

En hadde et helseproblem som trengte operasjon. Vedkommende hadde fått ett kirurgisk inngrep, og blitt fortalt at det var behov for to inngrep til. Personen ble flyttet fra mottak til mottak, i alt fem ganger, og ventet på operasjon i nærmere fem år. Da kom innkallingen fra sykehuset nært der vedkommende hadde bodd den første tiden. Vedkommende valgte å betale reisen dit selv, en reise på 60 mil. Alternativet var å betale for legekonsultasjon på det nye stedet, få legen til å sende en ny henvisning, vente i ny kø til det lokale sykehuset kunne ta imot – og håpe å ikke bli flyttet på nytt i mellomtiden.

3.2.2 Psykiske problemer

Til tross for at flere av informantene hadde gjennomgått store psykiske traumer og hadde hatt relativt store psykiske problemer, var det få som sa at de hadde trengt behandling for dette. De som

hadde forsøkt, fortalte at det hadde vært vanskelig eller umulig å få slik behandling. Økonomi ble ikke oppgitt å være en vesentlig barriere, men avvisning av henvisningen var det.

En av informantene sa at mange asylsøkere er redde for å snakke med nordmenn om psykiske helseproblemer fordi de da tror at norsk barnevern vil komme og ta barna deres og at foreldrene vil få problemer med å få jobb senere.

3.2.3 Tannhelseproblemer

I dybdesamtalene var tannhelse det klart hyppigste helseproblemet informantene fortalte om, der kostnad var barriere for å få hjelp. En del hadde fått behandling, men ganske ofte hadde hjelpsøkingen blitt forsinket fordi de visste at det ville bli kostbart, eller de trodde at det ville bli det. Langt fra alle visste at det var mulig å søke tilleggsytelse. Fjorten informanter fortalte at de hadde trengt tannhelsetjenester, og sju av dem at de hadde gått med tannpine i måneder eller år før de ba om hjelp. Flere fortalte at de hadde hørt rykter om at tannhelsetjenester i Norge var dyre, men at de, dersom de fikk positivt svar på asylsøknaden, ville få en gratis tannlegeundersøkelse ved bosetting. De prøvde derfor å holde ut så lenge det var mulig.

Mangel på penger medførte venting og at tilstanden forverret seg, slik en fortalte:

«Jeg hadde tannpine, men mottaket ville ikke betale. Det gikk åtte måneder før jeg fikk behandling, og til slutt måtte tanna trekkes fordi det hadde gått så lang tid, nerven var skadet».

Det var flere tilfeller der tenner ble trukket istedenfor konserverende behandling som tannlegen hadde anbefalt, fordi trekking av tenner var billigere. En fortalte at to tenner ble trukket fordi det UDI bevilget som tilleggsytelse ikke var nok til å dekke den reparasjonen tannlegen anbefalte. Det var også andre tenner som ga smerter, men vedkommende sa:

«Hvordan skal jeg få tygget maten dersom også disse tennene må trekkes?»

I et tilfelle mente tannlegen et nødvendig reparasjonsarbeid ville koste kr 10 000, men UDI ville bare bevilge kr 2 000. Det rakk til å trekke to tenner. Det ga alvorlige tyggeproblemer etterpå.

En informant fortalte at ektefellen fikk tannpine. Tannlegeregning kom på kr 2 000. En stund senere fikk informant selv tannpine. Ved henvendelse til mottaket om de kunne få støtte til en ny tannlegeregning, fikk de beskjed om at de måtte vente en tid før de hadde rett til det.

Informantene fortalte at mulige utgifter til tannbehandling ble vurdert mot andre prioriteringer, slik dette utsagnet illustrerer:

«Jeg har problemer med tennene mine. Men bare undersøkelsen kostet 500 kroner. De sa ikke hva behandlingen vil koste, men at det vil bli dyrt. Jeg vil heller prioritere at barnet mitt får briller».

Det var uklarheter om hva som ble dekket. En informant hadde søkt om tilleggsytelse fra UDI og trodde at det var det som ble innvilget, men fikk så beskjed om at beløpet i stedet var et forskudd, og måtte betales tilbake i avdrag ved hver utbetaling på mottaket. Tannbehandling ble derfor avlyst, fordi det ikke ville bli råd til maten de trengte.

En av de som hadde fått avslag på asylsøknaden fortalte at tannbehandling ble startet, men så kom avslaget og behandlingen ble avbrutt.

Noen oppnådde å få god dekning med tilleggsytelse. En som hadde hatt tannpine i tre måneder fikk kr 16 000 til reparasjon av et implantat. En annen, som var diabetiker, fikk dekket kr 37 000, med begrunnelsen at det var for å unngå infeksjoner som ville øke insulinbehovet.

En av informantene ble enige med mottakspersonalet om å trekke en viss sum hver gang basisytelsen ble utbetalt inntil tannlegeregningen var betalt, eller inntil UDIs beløpsgrense på kr 2000 var nådd og det kunne søkes om tilleggsytelse.

En informant fortalte om problemene til en kamerat som forsøkte å få tannhelsehjelp via uformelle kanaler:

«Jeg kjente en asylsøker på mottaket som hadde behov for implantat. Personen tok kontakt med en tannlege fra vårt hjemland, som ville gi rabatt og gjøre det for 20 000 kroner. Men det var selvfølgelig helt umulig å betale en slik sum».

Våre informanter hadde fått gjennomgående mangelfull informasjon om hvordan tannhelsehjelp skulle dekkes. Typisk var dette utsagnet:

«Jeg var mest bekymret for tennene mine. Både jeg og en venn på mottaket hadde tannverk, jeg gikk med det i tre måneder. Da fortalte kontaktpersonen vår at vi kunne få dekket utgiftene etter at vi selv betalte 500 kroner for undersøkelsen».

Noen som visste at asylsøkere måtte betale for tolk hos tannlege, sa at det var vanskelig. For å spare utgiftene, ble det noen ganger løst ved å ringe en venn med samme språk, som oversatte på telefon.

Noen informanter hadde erfaring med at det kom tannpleier til mottaket, delte ut tannbørster og informerte om forebygging av problemer, og at det var gratis. Men det store problemet med oppstått tannverk og behov for behandling, kunne de ikke hjelpe med.

3.2.4 Når det var behov for akutt hjelp

Uvisshet om hvordan få tak i ambulanse og om betaling for den, var en bekymring som flere fortalte om. De fleste, men ikke alle, trodde at ambulanse nok var gratis, men sa de ikke var sikre.

Flere av våre informanter fortalte om tilfeller der ambulanse var tilkalt til mottaket. Noen ganger hadde akuttsentralen svart at de selv måtte ordne transport til legevakten, andre ganger kom ambulansen. Ved en anledning trengte et barn akutt hjelp etter at både leger, som selv var asylsøkere, og sykepleier på stedet forgjeves hadde gitt førstehjelp. Sykepleieren ringte derfor etter ambulanse, men etter 40 minutter var den ikke kommet. Vår informant visste ikke hvorfor. Til slutt bestilte foreldrene drosje. Den måtte de betale for selv, men sa at de der og da ikke tenkte på økonomien, kun på å redde barnet.

3.2.5 Henvisning til spesialist, og når det ikke ble gitt resept

De som ble henvist til spesialist, opplevde også ofte at det var et fordyrende ledd, og ønsket seg å kunne gå dit uten henvisning først. Også prisen hos spesialist kunne i seg selv være en hindring, som kunne kombineres med mangel på god informasjon. En kvinnelig informant fortalte at hun var henvist til en spesialist for et problem som hun måtte kle av seg for å bli undersøkt for. Hun sa:

«Men det kunne koste 500 kroner, og jeg visste ikke om jeg hadde råd til det. Jeg fikk vite navnet på legen, men jeg visste ikke om det var en mann eller en kvinne. Det, sammen med prisen, gjorde at jeg avbestilte timen».

Når det ble gitt beskjed om time per brev, kunne det ta lang tid, og beskjeden kunne komme etter tidspunktet for den oppsatte timen. Likevel ble det avkrevd et beløp for ikke å ha møtt. En informant som var henvist til spesialist hadde opplevd det to ganger, og det gikk til innkrevingsentral. Til slutt ble beløpet kr 1500.

Asylmottakene ligger ofte langt fra der spesialisthelsetjenesten holder til. Våre informanter sa at reglene for refusjon var kompliserte. En av dem fortalte om en annen beboer på mottaket som måtte til psykiatrisk behandling. Først fikk vedkommende dekket behandling og drosje, men så vedtok UDI at det ikke skulle dekkes. Etter klage ble det likevel dekket.

Mange sa de syntes det var problematisk at de måtte betale også når de ikke fikk medisiner, kun råd om hva de skulle gjøre; de sa det var bortkastede penger.

3.2.6 En asylsøkende leges erfaringer

For 18 av informantene var søkelyset på deres egne opplevelser. En av dem fortalte om en lege fra sitt eget land, og som de hadde bedt om hjelp i ulike situasjoner. Denne legen hadde selv vært asylsøker. Vi fikk kontakt med ham, og han sa seg villig til samtaler. Der ble både hans egne erfaringer belyst, og de ulike måtene han hadde bistått andre på. Det dreide seg om undersøkelser, og at han ga dem også medisiner som han, hans kone eller andre på mottaket hadde når han mente at det var nødvendig. Han mente det var mest praktiske årsaker, som tilgjengelighet og ventetid, og ikke økonomi som var grunnen til at han ble konsultert. Da vi spurte om han selv tok betaling for jobbene han gjorde, ble han synlig overrasket og sa:

«Nei, for all del!».

3.3 Informasjon asylsøkerne hadde fått

3.3.1 Mengden informasjon som ble gitt, og når den ble gitt

Mens noen få sa at de fikk mye informasjon, mente de aller fleste at de hadde fått lite, særlig i den første tiden da behovet var stort. Noen sa at det først var i integreringsmottaket at de fikk god informasjon om helsetjenesten. En sa:

«De ansatte burde i det minste ha gitt oss informasjon i velkomsten om helsetjenester i Norge, hvordan man tar kontakt med legevakt, hva som er pris for akutte tilstander, ikke bare grunnleggende helseinformasjon».

3.3.2 Hvordan og av hvem informasjonen ble gitt

De fleste av de vi hadde samtaler med etterlyste skriftlig informasjon, mens et par fortalte at de ble oversvømmet med brosjyrer.

En gjennomgående klage over informasjonsopplegget var at det ikke var tilpasset de ulike gruppene. Mens våre informanter generelt var høyt utdannet, fortalte de at det også var mange som ikke kunne lese eller med svært lite skolegang blant dem som bodde på mottak, og som var flau over å fortelle at de ikke kunne lese brosjyrer. «Klasseromsundervisning» var dermed det beste for å nå alle. Samtidig var det et problem at alle da fikk den samme informasjonen, mens behovene for informasjon var ulike. Informasjonen som ble gitt individuelt, helst av en sykepleier, ble framholdt som det de satte størst pris på.

Kunnskapsnivået blant dem som ga informasjonen varierte sterkt, ble vi fortalt. Våre informanter ønsket å få informasjon fra helsepersonell, eller i det minste personer som kjente til helsevesenet. Det var også stor variasjon om det ble brukt tolk.

Noen steder kom fagpersoner utenfra og ga informasjon om bestemte tema, men slik informasjon kunne være nokså irrelevant. Kostnader ble ikke tatt opp spesifikt i disse informasjonsmøtene.

3.3.3 Andre asylsøkere som kilder til informasjon

Nødvendig informasjon om hvordan en kunne kontakte helsetjenesten ble ofte gitt av andre asylsøkere, de som hadde bodd i mottaket i lengre tid. Det gjaldt også ved akutt behov, og om kostnad. Folketrygdens egenandelstak var noe mange fortalte at de hadde hørt om fra andre asylsøkere på mottaket, ikke av personalet.

3.3.4 Digital informasjon

Internett og sosiale medier var viktige kilder for mange av våre informanter. Helsenorge ble spesielt nevnt, ikke bare ved å gå inn på nettsiden, men også som et sted en kunne ringe og få nyttig informasjon. Whatsapp-grupper kunne være en god kilde til ulike typer praktisk informasjon, også om å styre økonomien, eller få råd fra lege fra hjemlandet.

3.3.5 Informasjon om tannhelsehjelp

I svarene på spørreskjemaene ble det sagt at tannproblemer var hyppig framtreddende, og blant informantene i dybdesamtalene var det det helseproblemet som desidert oftest ble tatt opp, og med økonomi som begrensende faktor for å få hjelp. Informasjon om hva som dekkes og hva de måtte betale selv, var viktig for dem. For tannbehandling var det også svært varierende hva de til syvende og sist fikk dekket, men også varierende hvilken type informasjon de hadde fått. De fleste visste bare at tannbehandling er kostbart, og at en må betale kr 500 selv uansett. Men mange visste lite eller ingenting om muligheter for å få utgifter dekket. Under presenterer vi tre eksempler på dette:

«Jeg har to råtne tenner. Jeg har ikke bedt om hjelp, jeg vet ikke om det blir dekket. Jeg har heller ikke etterspurt informasjon».

«Min ektefelle måtte til tannlegen, det kostet 2 000 kroner. Så brakk jeg en tann. Jeg fikk beskjed om at det ikke var mulig å få støtte til tannbehandling. Jeg måtte være forsiktig og ikke tygge på den siden den brukne tanna var. Det var en påkjenning».

«Ansatte og legen fortalte meg at UDI ikke kan dekke fylling i tannen, som jeg trengte».

Andre har fått dekket store behandlinger, som bare kunne bli satt i gang etter at de hadde fått informasjon på forhånd om at det ville bli dekket. Et eksempel er personen som fikk dekket regningen på kr 37 000. Overslag var sendt UDI, som ga tilsagn. Da kunne behandlingen begynne.

3.3.6 Når informasjon mangler

Informantene fortalte om at mangel på kunnskap om kostnader hadde skapt unødig bekymring. Mange fortalte at de trodde en måtte betale på sykehus, som dette utsagnet viser:

«Da barnet vårt skulle skrives ut fra sykehus, spurte vi hvor kassakontoret var, hvor vi skulle betale».

For mange var det en bekymring at sykehusopphold er dyre, og helt umulig hvis de skulle dekke dem selv. To utsagn er illustrerende:

«Vi var bekymret for om vi måtte legges inn på sykehus, og skulle ønske at vi visste at det var gratis».

«Vi hadde hørt at alt var dyrt i Norge, også sykehusopphold».

Det var mye uvisshet, som dette utsagnet illustrerer:

«Barnet mitt hadde behov for operasjon, men det ble ikke gjort. Kanskje skyldtes det økonomi».

Et annet barn trengte et kirurgisk inngrep. Foreldrene tok barnet til tre ulike leger, men opplevde at behovet ikke ble forstått. De var også bekymret for hva det ville koste å komme på sykehus. Da de fikk opphold og ble bosatt, reiste de til et annet land, der de bodde hos venner og fikk ordnet med behandling for barnet. De måtte betale for behandlingen, men klarte å prute på prisen. De lånte penger til reisen og til inngrepet, og måtte bruke lang tid på å betale pengene tilbake. Til oss sa foreldrene:

«Vi skulle ønske at vi visste at sykehusopphold i Norge var gratis!»

Noen trodde legetjenester var gratis hvis det var akutt, og at en bare måtte betale om det ikke var det. Så var det de som ikke visste at de måtte betale på legekontor i det hele tatt. En fortalte om å bli ropt tilbake og fikk derfor betalt. Andre dro uten å betale for seg, og fikk tilsendt faktura med de ekstra kostnadene det medførte.

Vi ble fortalt at det på noen få mottak var oppslag om hvordan en kunne få akutt hjelp som å tilkalle ambulanse og kontakte legevakt, men det var mange av våre informanter som etterlyste slike oppslag. Kostnaden for slike tjenester var ikke nevnt på de oppslagene som fantes.

At medisiner til barn var gratis var det noen som hadde fått vite om, mens det kom overraskende på andre at de måtte betale for medisiner til voksne.

Informasjonen om hvorvidt utgifter for transport til undersøkelse og behandling ble dekket var ofte mangelfull. Det var også varierende i hvilken grad de hadde fått refundert transportutgifter i etterkant. Informantene fortalte av dette samlet førte til stor usikkerhet.

3.4 Mestringsstrategier

For å belyse dilemmaer, prioriteringer og konsekvenser, spurte vi i dybdesamtalene om hvilke mestringsstrategier informantene hadde brukt. Gjennomgående var de naturligvis opptatt av å ikke bruke penger unødig, som at de kjøpte D-vitamintabletter i butikk og ikke på apotek, fordi det var billigere.

3.4.1 *Bruk av egen yrkeskompetanse*

Flere av informantene brukte erfaringer fra sitt tidligere yrke for å forholde seg til situasjonen i Norge. En av dem hadde forsket på sosiale og økonomiske endringer, og brukte sin kunnskap til å analysere sin egen situasjon, inklusive sin dårlige økonomi, og sette det i et tidsperspektiv.

En vi hadde samtaler med, og som hadde vært bestyrer på en institusjon, brukte sin administrative erfaring til å håndtere økonomien, og sa dessuten:

«Andre har økonomiske problemer. Grunnen til at jeg stort klarer meg, er at jeg er småspist og at jeg ikke har behov for å kjøpe meg klær».

3.4.2 *Uformell hjelp av andre, deling av medisiner*

Noen behandelende leger ga dem gratis medisiner, slik som antibiotika eller D-vitamin. Informantene ga uttrykk for at det var leger som de mente var ekstra sympatisk innstilt overfor dem, eller som de

hadde spesielle bånd til. Noen ganger la mottakspersonalet ut av sine egne penger på legekontoet for å hindre at beboere fikk tilsendt faktura i etterkant.

En diabetiker som fortalte at han spiste lite for å redusere insulinbehovet, hadde en venn som jobbet på apotek og som skaffet ham noe ekstra insulin.

En venn av en av informantene hadde fått hjelp av moskeen til å betale tannlege, en annen hadde fått Paracet fra samme sted.

Det var ganske vanlig å dele medisiner med hverandre, og helse var en del steder et hyppig samtaletema. Som en sa:

«På mottak skjer det ofte at man gir medisiner til hverandre, fordi vi asylsøkere ikke har råd til å kjøpe det».

Siden det var allment kjent at medisiner er dyre i Norge, er det mange av de som kommer som tar med seg medisiner, og hvis noen kjenner til personer som skal komme hit, bes de ta med seg medisiner. De fleste som nevnte dette, sa at det dreide seg om enkle medisiner som paracetamol og liknende. Men det ble også nevnt antibiotika, og sterkt vanedannende medisiner som tramadol, det siste særlig fra Øst-Europa. Medisiner ble også sendt i posten. Vi fikk også høre om ett tilfelle der en sending ble stoppet, fordi innholdet ble sett på som narkotika.

Det var vanlig å ta elektronisk kontakt med slektninger og leger fra deres eget hjemland for å få medisinske råd, og en av informantene hadde søkt råd hos ernæringsfysiolog. Informantene sa til oss at det var fordi det var lettere å formidle problemer på sitt eget språk. Økonomien spilte en mindre rolle, sa de.

3.4.3 Sparing og lån av penger

Vi spurte spesifikt om mulighet til å spare penger i tilfelle de skulle få behov for helsehjelp eller medisiner, men de fleste sa at det kunne de ikke; de hadde knapt nok penger til mat. Bare to av informantene fortalte at de sparte penger i tilfelle noen ble syke. Det hendte også at asylsøkere lånte penger av hverandre for helsetjeneste og medisiner; det var små beløp det dreide seg om. Men det var begrensninger: En sa at en måtte ha en god relasjon til en annen asylsøker for å be om lån. En annen sa at det var for stor skam å låne penger til seg selv så det hadde han ikke gjort, men hadde det vært snakk om sitt barns behov, hadde han gjort hva som helst.

3.4.4 Framtidshåp, takknemlighet og sammenlikning med dem som har det verre

Generell tiltro til fremtiden i Norge kom også til uttrykk, som at Norge er et velferdssamfunn, og at til syvende og sist ville alt ordne seg. Ved en del behandlingsbehov som ikke ble oppfattet som akutt, ble plan om behandling utsatt til senere.

Mange av informantene hadde hatt fine jobber og gode inntekter i hjemlandet, og opplevde plutselig å bli fattige. Men de så på asylsøkerperioden som midlertidig, slik en tidligere asylsøker sa:

«Vi klarte oss mens vi ventet på avgjørelsen. Situasjonen vi levde under ga oss lave forventninger til levestandard.»

I den første av de to samtaler vi hadde, ga mange uttrykk for at de burde få et høyere beløp for å klare seg, fordi Norge er et rikt land og har muligheten til å gi dem mer, mens de i den andre samtalen var ivrige etter å modifisere dette:

«Det jeg sa om pengene sist, var ikke høflig.»

Andre utsagn var slikt som disse to:

«Jeg vil takke for muligheten til å komme hit, men også si at det var et sjokk å komme til Norge.»

«Flyktingene i mitt hjemland har det mye verre. Jeg vil ikke klage, jeg er veldig takknemlig.»

3.5 Barrierer

3.5.1 Ikke penger igjen etter innkjøp av mat

Informantene forklarte at deres svake økonomi i seg selv var en barriere for tilgang til nødvendige helsetjenester. Det var, for nesten alle, omtrent umulig å få råd til noe mer enn mat. Når de fikk helseutgifter som ikke kunne utsettes, måtte de kutte i matinnkjøp, som kunne føre til de ikke hadde noe å spise dagene før de fikk utbetalt basisbeløpet. Det gikk særlig utover dem som hadde helseproblemer. Følgende utsagn er illustrerende:

«Jeg tror en fjerdedel av pengene vi fikk, gikk til helse. Vi hadde ofte ikke råd til det vi trengte.»

«For asylsøkere med helseproblemer, er det vanskelig å klare seg.»

«Vi måtte være forsiktige med å søke helsehjelp, mest pga. økonomien.»

«Da jeg kom til Norge, var det noe nytt for meg å være redd for å bli syk.»

Noen hadde sykdommer som gjorde at kostholdet var ekstra viktig, og det var mat som gjerne kostet mer enn annen mat. Da ble det enda mindre igjen til helseutgiftene. En av informantene, som hadde et barn som trengte spesialdiett, hadde ikke råd til å skaffe det.

Det hendte at medisinske undersøkelser stoppet opp fordi de ikke hadde råd til dem:

«Jeg var hos legen og fikk beskjed om at det burde gjøres flere undersøkelser, men jeg droppet det fordi jeg ikke hadde råd».

Det kunne også være umulig å få råd til medisiner som var forskrevet. Da ble det opplevd som bortkastet å ha gått til konsultasjon, og bruke det lille en hadde av penger på den.

Betalingsautomaten for betaling av egenandel på legekantoret ble ikke alltid forstått. Kontantkortet asylsøkerne fikk utbetalingene sine på, kunne brukes til å betale i automaten. Men dersom de ikke visste at de skulle betale eller de glemte det, ble det en betydelig ekstra kostnad for dem. Fordi de ikke hadde bankkonto kom det først et fakturagebyr og så gebyr for å få sendt pengene. Dette diskuteres nærmere i kapittel 4.6.1.

Tolk er ofte nødvendig for å få en meningsfull konsultasjon. At de måtte betale for tolk hos tannlegen, førte som nevnt i kapittel 3.3.3. gjerne til at det ikke ble benyttet tolk.

3.5.2 Mangel på informasjon

Mens utgiftene i seg selv kunne være en barriere, kunne også mangel på informasjon om hva det kostet være et hinder for å søke hjelp.

«Jeg turte ikke gå til kontroll for øynene, fordi jeg ikke visste hva det ville koste.»

Andre ganger var det mangel på kunnskap om hvilke refusjonsordninger som faktisk fantes, eller de ble feilinformert om eksisterende refusjonsordninger. Eksempler er de som gikk med tannpine i måneder og år, fordi de ikke visste at det var mulig å søke støtte til behandling.

Problemet med manglende informasjon som barriere ble relevant for prøvetaking av korona og vaksiner, som førte til utsettelsene. En av informantene sa:

«Ingen fortalte at prøvetaking var gratis.»

3.5.3 Digitalt utenforskap

På toppen av problemene med at det var lite penger og utilstrekkelig informasjon, kom de praktiske problemene med ikke å ha bankkonto, som vi omtaler i kap. 4.6. Vi spurte ikke informantene direkte om erfaringer med slike problemer gjorde at de unnlot å ta kontakt ved senere behov. Men de uttrykte stor frustrasjon over slike forhold, som ble omtalt som en del av et stort og uoversiktlig system de var hjelpeløse overfor.

3.6 Endringsforslag

Endringsforslagene fra spørreskjemaene og fra dybdeintervjuene gikk langs tre akser:

- 1) Økonomien generelt: Det lave nivået på basisytelsen var et tema, og fra respondentene på spørreskjemaet kom det forslag om at den burde være på samme nivå som økonomisk sosialhjelp. Enklere prosedyrer for tilleggsytelser var et annet forslag, og at UDIs beløpsgrense for egenandel ved tilleggsytelser burde halveres. Når det gjaldt betaling for helsetjenestene, tok noen få til orde for at tjenestene skulle være helt gratis. En praktisk løsning som ble foreslått var at asylsøkere skulle få kommunalt frikort, etter modell som fins i noen byer i Norge og som gis til fattige, men som asylsøkere per i dag ikke kvalifiserer til. Andre mente at gratis tjenester kunne føre til overbruk og misbruk. Utgifter til uteblitt time var det også ulike meninger om, noen mente uteblivelse skulle være gratis, andre ikke. I tillegg til lavere satser, ble mer forutsigbarhet nevnt, slik at en ikke fikk overraskelser når det uventet skulle betales for prøvetaking eller utstyr som var brukt. Det kom også forslag om at medisiner det ble gitt resept på, skulle bli subsidiert eller være gratis. En foreslo at det skulle være én egenandel i et sykdomsforløp. Et annet forslag for å gi forutsigbarhet var at helsepersonell skulle lage et budsjett for hvert sykdomsforløp, altså anslå hva det totale beløpet ville bli.
- 2) Om informasjon: Tettere samarbeid mellom mottakspersonalet og helsepersonell mente noen av respondentene på spørreskjemaet var nødvendig for at mangel på informasjon ikke lenger skulle være en barriere for å søke tjenester. Flere mente at informasjonen om kostnader bør gis proaktivt, altså uten at det må bes spesielt om det, fordi det kan være forbundet med skam å be om informasjon om kostnader. Samtidig var de klar over at det var snakk om svært ulike grupper og med ulike behov. Informantene i dybdesamtalene sa at de ønsket seg aller mest at informasjon ble gitt individuelt av kontaktperson med kunnskap om helse og helsetjenester, selv om det var enighet om at det i praksis ville være umulig å få til. Mer kreativitet ble etterlyst i hvordan informasjonen kunne gjøres tilgjengelig når den trengs, også i akutte tilfeller: Mer skriftlig informasjon, flere gode oppslag som også inneholder informasjon om kostnader, veiledning til hvordan en med smarttelefoner, som mange har, lett kan finne informasjon på internett, og instruktive filmer på YouTube. Også informasjonsmøtene mente mange kunne bli bedre: Viktigheten av å ha med tolk på slike møter, at de som gir informasjon faktisk vet hva de snakker om – og at de også snakker om hva tjenestene koster.

- 3) Om digitalt utenforskap: Det var et gjennomgangstema hos informantene at de ønsket å få sin egen bankkonto for å slippe alt det upraktiske med ikke å ha det, inklusive de ekstra utgiftene det medførte med å få betalt utestående regninger for helsehjelp og å kunne ta imot refusjoner uten at det kostet ekstra.

4 Diskusjon

Mens prosjektet har pågått, har en rekke av temaene som dette prosjektet tar opp blitt belyst i det offentlige ordskiftet. Det gjelder blant annet om finansieringen av tannhelsehjelp skal bli mer lik finansiering av andre helsetjenestene. Videre gjelder det størrelsen på den økonomiske støtten asylsøkere får. Mulighet for ordinær kommunal ansettelse for fastleger for den generelle befolkningen, slik at fastlegen ikke selv bærer kostnaden dersom enkeltpasienter ikke er i stand til å betale egenandel, har vært debattert. Om leger skal ha lov til å ilegge digitalgebyr til dem som ikke betaler på stedet, har også vært et tema. Disse eksemplene illustrerer at mange av de problemene som er belyst i prosjektet, gjelder også i den øvrige befolkningen. Noen problemer er mer spesifikke for asylsøkere, som mangelfull informasjon, og manglende oppfylging av rett til å få bankkonto, som rammer de aller fleste som ikke har norsk personnummer. I det siste har spørsmålet om også utlendinger skal ha rett til å få nasjonalt ID-kort kommet opp. Vi skal i det følgende gå nærmere inn på noen av temaene som har kommet frem i resultatdelen.

4.1 Styrker og svakheter ved metodene

4.1.1 Refleksjoner rundt innsamling av de kvalitative dataene

Den opprinnelige planen var å treffe og intervju personer som bodde på asylmottak. Pga. pandemien ble det ikke mulig. I stedet måtte vi bruke elektroniske hjelpemidler. Det viste seg videre at det var lettere å komme i kontakt med personer som var ferdige med asylsøkerperioden, og som enten hadde fått innvilget asyl eller fått avslag, enn personer som var i søkerfasen; bare fem av våre 19 informanter var fortsatt asylsøkere. For de fleste var det derfor en tilbakelagt tid vi snakket med dem om. Videre omdefinerte vi denne delen av datainnsamlingen fra «intervju» til «samtale», med en mer åpen og løs tilnærming. Det var både for å unngå at det skulle gi for mye assosiasjon til formelle intervjuer asylsøkere gjennomgår, og for å få mer flyt og spontanitet i interaksjonen, med mulighet til å følge opp uventede utsagn og informantenes reaksjoner.

Vi ble overrasket over hvor lett det gikk å ha samtale via skjerm, og over hvor åpne våre informanter var, samtidig som at noen ga uttrykk for skam eller sinne over situasjonen de levde i. Vi kom derfor etter hvert til å tenke at det kanskje var en fordel å snakke sammen via skjerm. Den avstanden som ble skapt, kan ha gjort det lettere for våre informanter å åpne seg. Vi fikk heller ikke inntrykk av at de følte at de blottla seg unødvendig eller at de følte ubehag ved samtalene. Tvert imot fikk vi, til vår overraskelse, til dels overstrømmende takk fra deltakerne, og med detaljer om hva de var takknemlige for, slik som dette:

«Takk for at dere ga meg mulighet til å dele smerten i hjertet!»

I starten var vi to fra prosjektet i samtalene, pluss tolk. Etter hvert ble også den tredje i prosjektteamet med, slik at vi til sammen var fem personer i samtalene. Det var en fordel for oss at vi var tre fra prosjektet i samtalene som kunne diskutere innholdet, men vi hadde neppe valgt det slik om vi skulle treffes. Det kunne blitt opplevd som overveldende om vi hadde vært i samme rom.

Vi kom etter hvert til at det kunne være en fordel at de fleste av våre informanter ikke lenger var asylsøkere. De som hadde fått flyktningstatus, hadde en bedre økonomisk situasjon. Da kunne de se asylsøkerperioden i kontrast til den tiden de var i da vi snakket med dem.

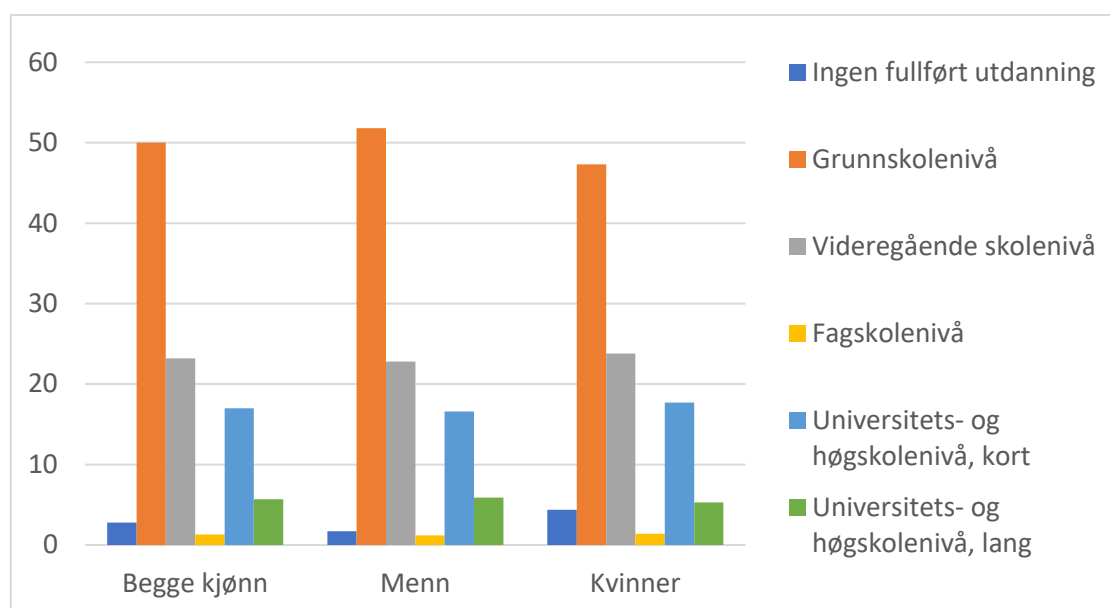
På ett område fikk vi lite informasjon i dybdesamtalene, og det gjaldt psykiske helseproblemer. Disse ble av respondentene av spørreskjemaet trukket fram som hyppige. En del av informantene kom inn på slike problemer i dybdesamtalene. Det kan være ulike grunner til at informantene i liten grad tok det opp spontant. Noen få ga dramatisk informasjon om traumer og reaksjoner på dem. Men det virket som om det var en generell tilbakeholdenhet i å snakke om psykiske problemer, og vi merket oss også at en av informantene sa at asylsøkere var redde for å bli fratatt barna om de fortalte om slike problemer. Vi tok imot det som ble sagt, men var generelt svært forsiktige med å be om utdyping. Situasjonen vi og informantene var i, og fordi vi først og fremst var ute etter økonomiske barrierer, ønsket vi ikke å ta opp særlig såre og vanskelige problemstillinger. Dessuten var inntrykket at den viktigste barrieren for psykisk helsehjelp ikke var økonomi, men avvisning av henvisninger til psykiske helsetjenester.

Alt i alt tror vi at vi fikk mer og riktigere informasjon ved å ha samtalene elektronisk enn å treffe personer på asylmottak, og at det var en fordel å intervjuer tidligere asylsøkere som hadde fått innvilget opphold. For de med avslag, dominerte den ekstremt vanskelige situasjonen de var i under intervjuene, og det var noe vanskeligere å få informasjon om tiden som lå bak dem.

4.1.2 Representativitet

En rekke institusjoner ble bedt om å formidle spørreskjemaet til helsepersonell og mottakspersonell, og bare en liten andel svarte. Vi har ingen oversikt over hvor mange forespørselen nådde, og derfor heller ikke hvor stor prosentdel som svarte. Det er grunn til å tro at det var de mest engasjerte som responderte, at spørreskjemaet ble sett på som en mulighet til å gi uttrykk for frustrasjon. At det kom informasjon om til dels store udekkede behov, må ses i den sammenheng. Vi tolker derfor resultatene som viktige, ikke representative for alle som har med asylsøkere å gjøre. Men respondentenes erfaringer var viktige for oss, og kommentarene ga et nyttig grunnlag for dybdesamtalene.

Vi ble overrasket over det høye utdanningsnivået til informantene i dybdesamtalene. Vi ville derfor se på om de var representative for asylsøkere generelt. Som sammenlikningsgrunnlag brukte vi statistikk fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) om utdanningsbakgrunn for innvandrere med flyktningbakgrunn, siden vi ikke fant separat statistikk på asylsøkeres utdanningsnivå. Til sin statistikk bruker SSB informasjon om utdanning som fins i norske registre. Det kan være en mulig underrapportering i det. Dette er fordi mange f.eks. ikke søker om å få sin utdanning fra hjemlandet godkjent eller at deres utdanning fra hjemlandet ikke oppfyller norske krav og dermed ikke blir godkjent. SSB sin statistikk over utdanningsnivå blant personer med flyktningbakgrunn oppgitt i prosenter vises i figur 6 under.



Figur 6. Befolkningens utdanningsnivå blant innvandrere med flukt som innvandringsgrunn, 16 år og over per 1.10.2021. Prosent ³

Søylen lengst til høyre viser at blant innvandrere med flyktningbakgrunn hadde ca. 23 % universitets- og høgskolenivå, ca. 25 % videregående- eller fagskolenivå, 50 % grunnskolenivå og ca. 3 % ingen utdanning. Til sammenligning så vi under punkt 2.2 i denne rapporten at 14 av 19 (ca. 68 %) av våre informanter hadde universitets- og høgskolenivå, tre (ca. 16 %) hadde videregående som høyeste utdanning, tre (ca. 16 %) hadde ungdomsskolenivå som høyeste nivå, og en (ca. 5 %) hadde ingen utdanning. Selv med en viss feilmargen i den offisielle statistikken, hadde våre informanter utdanning som lå godt over gjennomsnittet.

Våre informanter gjorde oss ofte oppmerksomme på at ikke alle asylsøkere på mottaket hadde så høyt utdanningsnivå som dem. Det var til hjelp for oss at de også vurderte andres situasjon, og beskrev den for oss. Våre informanter var altså ikke representative for asylsøkeres utdanning generelt. Vi mener imidlertid at det, for vårt formål, var en fordel at de var såpass ressurssterke. De hadde evner til å artikulere seg godt, og reflektere over egen og andres situasjon. Samtidig kan det indikere at deres mestringsstrategier var bedre enn det som er vanlig, og problemene generelt er enda større enn det vi så.

4.1.3 Metning ble ikke oppnådd

Planen var å foreta dybdesamtalene til vi opplevde at vi hadde metning. Vi så imidlertid at det stadig kom nye aspekter i samtalen. Historiene våre informanter fortalte var svært varierte, og de situasjonene de levde i var også svært ulike. Det kom derfor nye historier særlig om mestring og om hvordan de så på den hjelpen de hadde fått. De aller fleste informantene var ressurssterke. Men det var et par nokså dramatiske unntak, personer som stort sett fortalte om elendighet både før ankomst til Norge og etterpå. De ga uttrykk for takknemlighet for at vi hørte på dem. Men de løftet i liten grad problemstillingene utover sin egen situasjon, og deres utsagn ga derfor lite innspill til endringsforslag vi var ute etter.

Vi opplevde ikke at vi nådde metning, men etter å ha snakket med de 19 informantene i to omganger mente vi at vi hadde fått belyst de sentrale temaene tilstrekkelig for vårt formål.

³ Kilde: Statistisk Sentralbyrå (2022)

4.2 Økonomi og helse: Sammenlikning med andre fattige

4.2.1 Er asylsøkere fattige?

Definisjoner av fattigdom er ofte komparative, altså en sammenlikning av inntekten til en gruppe med den samlede befolkningen. EUs fattigdomsgrense er inntekt under 60 % av medianinntekten, og OECD sin definisjon er inntekt under 50 % (Simonsen & Rudi, 2020). Med i definisjonene er også at det lave beløpet skal holde seg i tre etterfølgende år.

For enkelthets skyld bruker vi betegnelsen fattige i beskrivelse av asylsøkere, og i vår sammenlikning med andre økonomisk vanskeligstilte, selv om asylsøkere ikke alltid lever med situasjonen i tre etterfølgende år, og derfor ikke passer helt inn i de nevnte definisjonene.

Vi spurte ikke våre informanter om de anså seg selv som fattige. Inntrykket de ressurssterke ga, var at de så den svake økonomien som en overgangsperiode fra sin tidligere gode økonomiske situasjon, og til en ukjent framtid. De få ressursvake vi snakket med, framsto som ofre for ulykksalige omstendigheter, og ville muligens definert seg som fattige om vi hadde spurt dem.

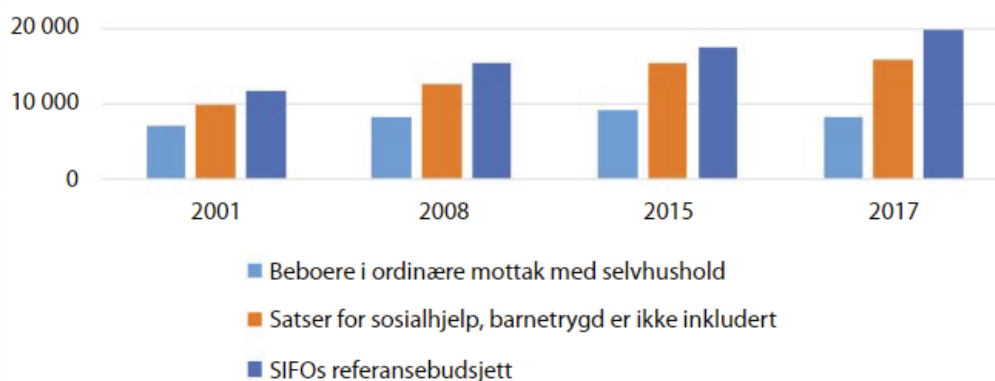
4.2.2 Asylsøkeres økonomi sammenlignet med mottakere av økonomisk sosialhjelp

I punkt 1.3 ble det gjort rede for størrelsen på utbetalingene, og hva asylsøkere kan få tilleggsytelser til. Med den støtten de får, er asylsøkere blant de fattige i Norge. Fattige i Norge er en bred og sammensatt gruppe, og blant disse er mange av de som lever på økonomisk sosialhjelp fra NAV (Landsorganisasjonen i Norge, 2018).

Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) har utarbeidet referansebudsjett. Det er etablerte normer for kostnadene for akseptabelt forbruksnivå i hushold av ulik størrelse og med forskjellig alders- og kjønns sammensetning (Austgulen, Alecu & Lylum, 2022).

Seeberg har vist at asylsøkere falt dårligere ut enn de som mottar sosialhjelp fra NAV, og også at begge grupper lå betydelig under SIFOs referansebudsjett (Seeberg, 2017).

Beløpene for både sosialhjelp fra NAV og SIFOs referansebudsjett økte år for år i hele perioden 2001 – 2017. Basisytelsen asylsøkere fikk økte i perioden 2001 – 2015, men sank i perioden 2015 – 2017. I 2015 fikk asylsøkere med familie utbetalt inntil kr 8 800, fra 05.10.2016 fikk de inntil kr 7 920, og fra 30.06.2017 inntil kr 8 140 (Seeberg, 2017). Figur 7 viser utvikling av beløpene fra 2001 til 2017.

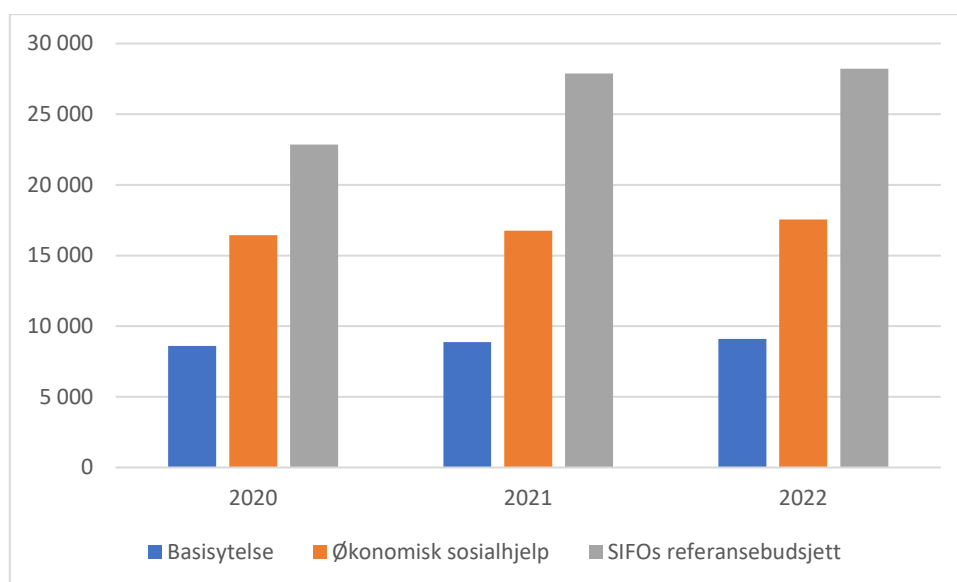


Figur 7. Månedlige satser for livsopphold, par med to barn 6-10 år. Sammenlikning utvalgte år.4

4 Kilde: Seeberg (2017). Figuren er gjenbrukt med tillatelse.

Avstanden mellom hva asylsøkere og sosialhjelpsmottakere fikk, og SIFOs referansebudsjett, økte i denne perioden. Det viser at begge grupper fikk svekket sin kjøpekraft i denne perioden, og at asylsøkeres kjøpekraft ble mest svekket.

Vi ville se på om denne utviklingen hadde fortsatt i vår prosjektperiode dvs. fra 2020 – 2022. Tabellen under viser hva den månedlige basisytelsen for en asylsøkerfamilie med to barn i alderen 6 – 10 år er, hva tilsvarende familie får av økonomisk sosialhjelp, og SIFOs referansebudsjett for gjeldende tre års periode. Tallene vises i figur 8.



Figur 8. Månedlig basisytelse for en asylsøkerfamilie med to barn i alderen 6-10 år. Sammenlikning av sum i kroner for henholdsvis basisytelse, økonomisk sosialhjelp og SIFOs referansebudsjett.⁵

Både for mottakere av basisytelse og for økonomisk sosialhjelp gjelder det at en ikke skal ha inntekt eller formue som kan realiseres.

Asylsøkerfamilier i mottak får ikke barnetrygd, men det gjør barnefamilier som får økonomisk sosialhjelp fra NAV. Mange kommuner avkortet tidligere sosialhjelpen til de som får barnetrygd fordi barnetrygd regnes som inntekt (Skjøstad, 2019), så beløpene i figur 8 er relativt sammenlikningsbare. Utgifter til husleie og strøm inngår hverken i kolonnen for basisbeløp, NAV-støtten eller SIFOs referansebudsjett. UDIs tilbud til asylsøkere er gratis bolig og strøm i mottak. Basisbeløpet er som nevnt i 1.3.1 ment å dekke utgifter til et forsvarlig livsopphold (Forskrift om stønad til beboere i asylmottak, 2022). Det samme gjelder NAV-støtten. SIFOs referansebudsjett inkluderer en mindre sum til møbler. I tabellen over har vi trukket fra dette. Beløpene var i 2020 på kr 730, i 2021 på kr 780 og for 2022 kr 850 (se vedlegg 8).

Utgifter til helse er ikke inkludert i SIFOs referansebudsjett. Helseutgifter må imidlertid dekkes av asylsøkeres basisytelser (i hvert fall inntil UDIs beløpsgrense er nådd). Det er tilsvarende for de som mottar sosialhjelp fra NAV, og de har anledning til å søke NAV om tilleggsstøtte.

⁵ Kilder: UDI Regelverk (2022) og for årene 2020 og 2021 ble informasjonen sendt på e-post, OsloMet (2022), Arbeids- og sosialdepartementet (2020, 2021), Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2022).

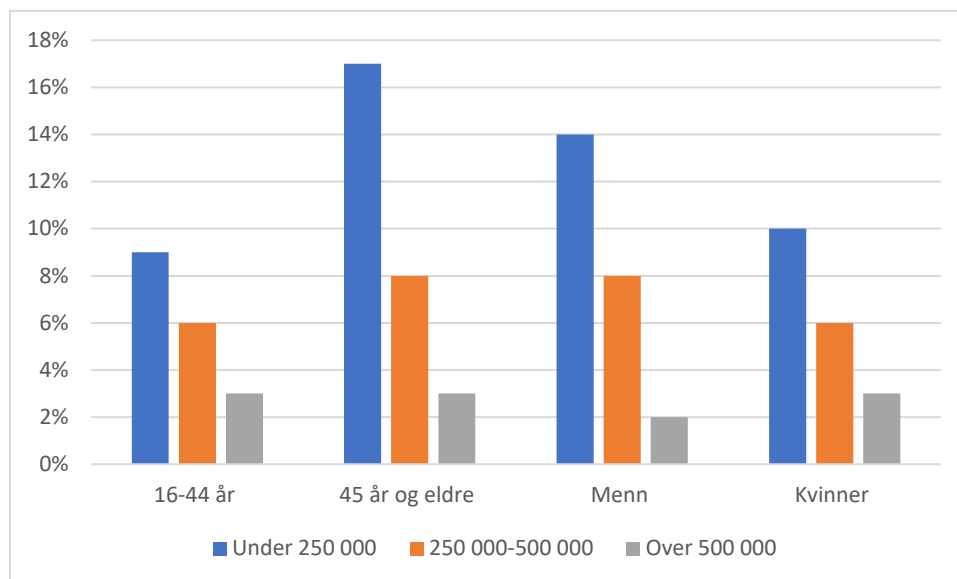
Figurene 7 og 8 viser at basisytelser til asylsøkere er de som har steget minst. Avstanden mellom ytelser til asylsøkerne og til de som mottar sosialhjelp fra NAV har holdt seg mer eller mindre konstant i denne treårsperioden, mens avstanden mellom asylsøkerne og SIFOs referansebudsjett, økte tydelig fra 2021 og i både asylsøkernes og sosialhjelpsmottakerne sin disfavør. Det asylsøkere har å rutte med for gjeldende treårsperiode har ligget nokså konstant på litt over halvparten av det sosialhjelpsmottakere mottar og bortimot en tredjedel av SIFOs referansebudsjett. Dette indikerer at trenden Seeberg beskrev i 2017 om at siden 2000 har asylsøkere fått svekket sin økonomi i forhold til mottakere av økonomisk sosialhjelp, har fortsatt i vår prosjektperiode.

I et felles opprop fra topplederne i fem sentrale sivilsamfunnsorganisasjoner som arbeider med asylsøkere (Caritas, NOAS, FO, UNICEF Norge og Redd Barna), bes det om økning av satsene som asylsøkere får utbetalt (Skretteberg et al., 2022). Det var en reaksjon på regjeringens forslag til statsbudsjett for 2023, der de lave satsene foreslås videreført. Fra organisasjonene argumenteres det særlig med den utbredte matusikkerheten som asylsøkere opplever, og som er godt dokumentert. De understreker også at mens intensjonen er at asylsøkere skal bo i mottak i kort tid, blir de der ofte i mange år.

4.2.3 Tannbehandling: asylsøkere og andre fattige

At såpass mange av informantene fortalte om økonomiske problemer knyttet til tannbehandling, skyldes nok at slike problemer var vanlige, og at tannhelsetjenester er spesielle, fordi de i utgangspunktet skal betales av pasienten selv. Men det kan ha blitt forsterket av at de visste at det var økonomiske barrierer vi ville kartlegge.

Problemer med utgiftene til tannbehandling har lenge vært kjent som et problem for personer med lav inntekt i Norge, og for tannhelse er det særlig store sosiale forskjeller (Lunde & Ramm, 2021; Tveito, 2022). SSBs levekårsundersøkelse har illustrert det med en figur som vi presenterer under, figur 9 (Lunde & Ramm, 2021).



Figur 9. Andel personer 16 år og over med dårlig tannhelse, fordelt på alder og kjønn, etter husholdningsinntekt etter skatt, justert for husholdningsstørrelse, 2019.⁶

⁶ Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk Sentralbyrå. Figur hentet fra rapport *Sosial ulikhet i bruk av helsetjeneste* (Lunde & Ramm, 2021, s. 33) og gjenbrukt med tillatelse.

Selv om generelle helsetjenester i liten grad betales av den som bruker tjenesten, og tannhelsetjenester betales nesten utelukkende av brukeren, har politikere også bestemt at utgifter til tannbehandling skal kunne dekkes av det offentlige dersom det er nødvendig. NAV skal yte støtte til personer som ikke har råd til nødvendige helsetjenester. Tannlegeforeningen har laget en veiledning til sine medlemmer om hva som skal til for å få dekket utgifter (Nicolaysen, 2018). Av denne framgår det at for å få slik støtte må personen

- oppfylle vilkårene for sosialhjelp
- levere et skriftlig behandlings- og kostnadsoverslag utarbeidet av tannlege
- behandlingen må være nødvendig
- ved behov for akuttbehandling, skal pasienten få med seg en uttalelse fra tannlegen sammen med kvittering for gjennomgått behandling, og kreve refusjon i etterkant.

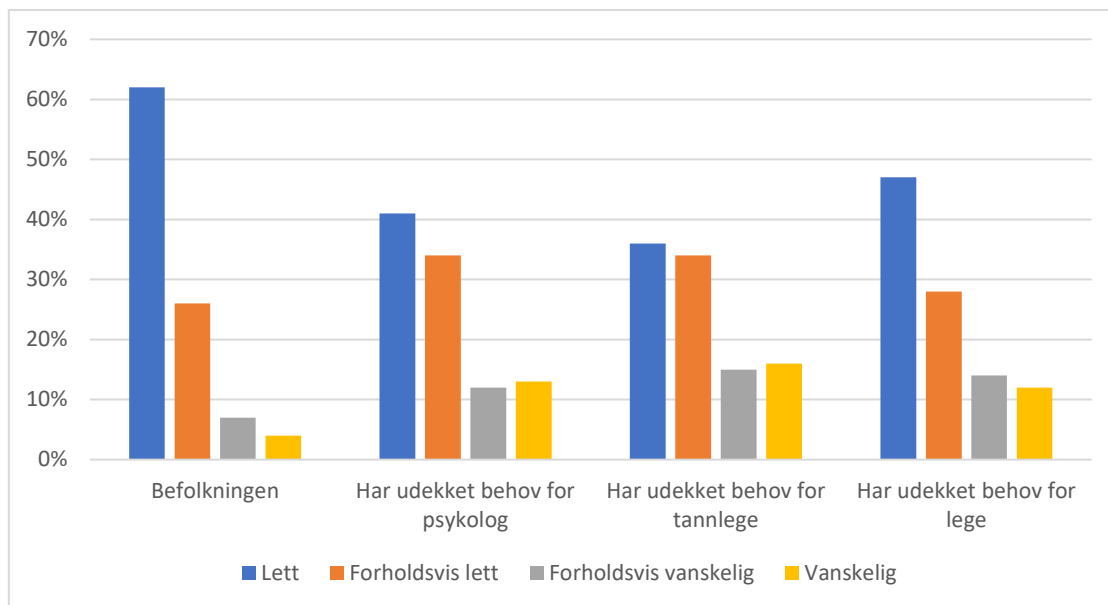
Asylsøkere kommer ikke inn under NAV sine ordninger, men kan søke tilleggsytelser til tannbehandling fra UDI, med tilsvarende vilkår. De aller flest av våre informanter hadde problemer med utgifter til tannbehandling. For noen få ble det løst greit og effektivt, men mange opplevde langvarige og unødige lidelser. Billig behandling, som trekking av tenner, ble i en del tilfeller benyttet istedenfor konservativ behandling, som ville gi bedre tyggefunksjoner. Noen av dem vi snakket med kunne ifølge regelverket fått dekket noe mer omfattende behandling, men pga. mangel på riktig informasjon, og iblant fordi reglene for refusjon antagelig ikke ble forstått av mottakspersonalet, fikk de ikke slik hjelp.

Regjeringen har nedsatt et Tannhelseutvalg som skal foreta en gjennomgang av tannhelsetjenesten, med mål om økt offentlig ansvar for tannhelsetjenesten, og at tannhelsetjenestene skal harmoniseres med resten av helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.).

Asylsøkere kan være i en særlig sårbar situasjon når det gjelder tannhelse. I en fluktsituasjon, som ofte er kaotisk og der rutiner brytes, vil tannhygiene kunne nedprioriteres. Gjennomgått tortur kan også virke inn på tannhelse, og er anerkjent som grunn til gratis tannhelsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet bestemte i 2021 at torturutsatte flyktninger over 20 år skal få gratis tannhelsetjeneste når de er plassert i en kommune (Helsedirektoratet, 2019). Tilbudet gjelder derfor ikke i asylsøkertiden. Det er usikre tall for hvor mange flyktninger som har vært torturutsatte; Fafø har beregnet at det er et sted mellom 10 000 og 35 000 (Dinardi et al., 2021).

4.2.4 Bruk av og behov for helsetjenester, etter inntekt

Til tross for idealet om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi, er det forskjeller. Og det er ikke bare asylsøkere som kan ha problemer med å betale prisen for helsehjelp. Tall fra SSBs levekårsundersøkelse om helse fra 2019 (SSB, 2020) viser at mange har udekkede behov for helsehjelp, se figur 10.



Figur 10. Andel 16 år og over som har et udekket behov for lege, tannlege, psykolog eller psykiater, fordelt etter hvor lett eller vanskelig det er å få pengene til å strekke til i det daglige. 2019. Prosent.⁷

Tilgang til helsetjenester og prioritering av egne helsetjenestebehov kan være en utfordring for fattige i Norge. Asylsøkere er blant de aller fattigste, og de har blitt hengende etter. Dessuten kan de ha en rekke tilleggspblemer. Vår undersøkelse tyder på mangelfull informasjon om offentlig helsevesen, digitalt utenforskap, kulturforskjeller og mangel på sosiale nettverk, var utfordringer som gikk igjen. Dette indikerer at de kan ha et enda større udekket behov for helsetjenester enn andre fattige.

4.3 Informasjon om hva helsetjenester koster

Funnene våre viste at mangel på informasjon om hva helsetjenestene kostet, fungerte som en barriere for å få nødvendig helsehjelp. Det var store forskjeller i hva våre informanter hadde av informasjon, hvor de fikk informasjonen fra, og hvordan de ønsket å få informasjonen. De aller fleste kunne nyttiggjøre seg digitalisert informasjon. Men de hadde også behov for individuell veiledning. De var opptatt av at andre ikke var så godt stilt når det gjaldt å skaffe seg informasjon på nettet, og var enda mer avhengig av muntlig informasjon.

Informasjonsbehovet til asylsøkere kan synes umettelig. Personer som søker asyl får mye informasjon i en situasjon hvor de kan være lite mottakelig for kunnskap de ikke trenger i øyeblikket. Utfordringen er å sørge for rett informasjon som er både godt tilpasset og relevant i en gitt situasjon. Utfra det informantene berettet, ser det ut til at den informasjonen som gis om helsetjenesten er konsentrert om prinsippene, slik som f.eks. rett til fastlege, helsestasjonskontroller og helsepersonellens taushetsplikt pluss om noen helt spesifikke helseproblemer. Praktisk anvendbar og operasjonell informasjon er det mindre av. Det er behov for mer praktisk orientert informasjon om hva man må gjøre og hvordan. Informasjon om kostnader er ofte ufullstendig og noen ganger feilaktig.

⁷ Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk Sentralbyrå. Figur hentet fra rapport *Sosial ulikhet i bruk av helsetjeneste* (Lunde & Ramm, 2021, s. 53) og gjenbrukt med tillatelse.

4.3.1 Komplisert

Det er et omfattende obligatorisk informasjonsopplegg for asylsøkere som bor på mottak. Beboere får trekk i basisbeløpet om de ikke har gyldig fravær (Oxford Research, 2019). At noen av våre informanter mente de ble oversvømt med informasjon i den første tiden, og at informasjonen var vanskelig å huske, samsvarer med hva andre har funnet (ibid.). Det mest presserende for våre informanter var å få vite hvordan asylsøknaden sto, og det er også hovedfokus for den informasjonen som de får den første tiden. Mye av den informasjonen gis av Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS), på vegne av UDI. NOAS gir også noe informasjon om helse, og om tjenestenes kostnader.

Ved behov for helsetjenester, kan det være andre forhold enn kostnaden som oppleves mest presserende: Hvordan få kontakt, hvordan vite at du kommer til rett instans, hvordan gjøre seg forstått osv. Barrieren for å få tjenesten kunne være sammensatt på ulike måter. Et eksempel var en av våre informanter som opplevde at prisen for tjenesten var høy for henne, og hun visste heller ikke kjønnet til legen hun skulle møte. Til sammen gjorde det at hun lot være å gå.

4.3.2 Mange kilder til informasjon:

Vi fant at våre informanter brukte mange ulike kilder for å få informasjon om helsetjenester og kostnadene. Dette har både positive og negative sider. Positive, fordi dersom en kanal ikke fungerte, kunne de lete andre steder. Negative, fordi det hele ble uoversiktlig og ansvarsfordeling ikke alltid er helt klar.

Av de informasjonskanalene vi fant var:

- muntlig i grupper («klasseromsundervisning»)
- individuelt av helsepersonell og mottakspersonell
- oppslag (særlig om nødtelefoner)
- brosjyrer
- digitalt, fra en rekke nettsider og på sosiale medier
- andre beboere
- venner og familie som ikke bodde på mottaket.

Andre undersøkelser har funnet at sosiale medier, som Facebook-grupper for folk fra samme land eller med samme språk kan være nyttige kilder (PROBA samfunnsanalyse, 2019). YouTube ble nevnt av noen av våre informanter som et mulig sted for korte, instruktive filmer, og det har også vært nevnt i andre undersøkelser (ibid.). En undersøkelse av helseinformasjon ved ankomstsentre og transittmottak fra 2017 konkluderte med at: "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." (Bergh et al. 2017)

4.3.3 Flaut å spørre?

De fleste av våre informanter hadde hatt betydningsfulle stillinger i hjemlandet sitt. De var vant til å klare seg selv, og å ha god økonomi. I Norge befant de seg plutselig i kategorien fattige. Selv om vi fikk høre om mange gode mestringsstrategier, var det tydelig at noen mente det var flaut å ikke ha nok penger til å klare hverdagen på en akseptabel måte. Da kan det også være flaut å spørre om kostnaden på tjenester som tidligere ikke har vært noe problem for dem. Det kunne virke som om det var lettere å spørre om støtte til nødvendige helseutgifter til barna enn til dem selv. Dette innebærer igjen at informasjonen bør være proaktiv, altså komme før behovet melder seg.

4.3.4 Stress, og tidligere erfaringer

Når en trenger helsehjelp, og særlig når det er akutt, kan det være en stressende situasjon. De vi snakket med, tenkte ofte i slike situasjoner automatisk at forholdene i Norge er lik det de er vant til i hjemlandet, og ikke slik de hadde blitt fortalt at det var. For noen betød det at de tenkte at all akutt behandling var gratis. For andre var det stikk motsatt, de trodde at de måtte betale for alt, inklusive for ambulanse og sykehusinnleggelse. Det kan også tenkes at erfaringene de har med seg fra ankomstsentra og transittmottak, der de selv ikke betalte for helsetjenester, gjorde at de tenkte at de aldri skulle måtte betale.

4.3.5 Tilgang til digital informasjon

Digital informasjon var viktig for våre informanter, med informasjon fra både internett og sosiale medier.

Rapporten fra PROBA samfunnsanalyse, som var bestilt av UDI, har mange funn som er relevante for vår undersøkelse (PROBA samfunnsanalyse, 2019). De fant at digitale løsninger er lite egnet til kommunikasjon om gangen i asylsaken, fordi asylsøkere generelt ikke har mulighet til å få konfidensiell informasjon som krever innlogging med personnummer. Generell informasjon, slik som for kostnader av helsetjenester, burde være godt egnet for internett. De viktigste barrierene for å få tilgang til digital informasjon, var ifølge PROBA-rapporten språk og digital kompetanse; mye av informasjonen fins bare på norsk og engelsk. Eldre kvinner var en gruppe som pekte seg ut med vansker med å bruke internett. I samsvar med hva vi erfarte, fant PROBA at så å si alle hadde smarttelefon; den hadde de enten med seg under flukten, eller skaffet i Norge. Bruken av denne varierte sterkt. De aller fleste var avhengige av å koble seg på nettet for å unngå telefonregning, men internett var svakt og ustabil på mange mottak. For de med lavere utdanning var bruken ofte begrenset til kontakt med familie, og til underholdning. PROBA-rapporten etterlyser grafiske framstillinger, høytlesningsfunksjonaliteter, og videoer på morsmål. Det siste er særlig viktig for personer med svak leseevne.

Utlendingsmyndighetene ser nødvendigheten for asylsøkere av å ha mobiltelefon for å kunne koble seg på nettet og bruke sosiale medier. I Pengereglementet er det nevnt et krav om å realisere verdier en har, og at verdien går til fradrag fra basisytelsen. Men det er noen unntak, og mobiltelefon er ett av dem (UDI Regelverk, 2021, pkt. 5.1.1.).

4.3.6 Vurderinger av informasjonsopplegget til asylsøkere i mottak

I 2018 ble det utført en kartlegging av asylsøkeres tilgang til velferdstjenester, som også fant betydelige mangler ved den informasjonen som ble gitt (Halogen & Deloitte, 2018). Sammenfattet sier de:

- gi mest mulig informasjon på beboernes eget språk, og mest mulig tilpasset deres hverdag
- øk kunnskapen blant tjenestetilbydere
- skap gode arenaer for erfaringsdeling og kunnskapsformidling mellom UDI, mottaksansatte, kommuner og tjenesteytere,
- kartlegg behovet for økt dekning av reiseutgifter og i hvilken grad andre etater påtar seg å dekke utgifter som er ment å dekkes av ytelsene beboerne mottar (ibid.).

Et gjennomgangstema er at informasjonen er lite tilpasset målgruppens språkbakgrunn, og mange asylsøkere trenger hjelp til å forstå informasjonen de gis (Moods Qualitative Research, gjengitt i PROBA samfunnsanalyse (2019)). Det samsvarer også med det våre informanter fortalte, ikke så mye for egen del, men for andre asylsøkere de kjente i mottaket.

I sin evaluering av informasjonsprogrammet i asylmottak fant Oxford Research at helserettigheter var et felt beboerne ønsket seg mer av, uten at betaling er nevnt spesielt i rapporten (Oxford Research,

2019). De mente generelt at digitalisering var lite egnet, men reservasjonene deres synes å gjelde komplisert stoff som trenger refleksjon og diskusjon. Vi mener derfor at det ikke har gyldighet for informasjon om kostnader, men deres påpeking at digitale ferdigheter varierer sterkt, er relevant.

4.3.7 Mottakspersonalet har informasjonsansvar, men UDIs pengereglement er komplisert

Ansvar for informasjon om helsesystemer er klart plassert hos mottakspersonale i asylmottak. UDI skal tilrettelegge for at beboere i asylmottak får tilgang til helsetjenester, og nødvendig informasjon om helse og rettigheter (Spilker et al., 2022). Samtidig er det et sektoransvar å gi nødvendig informasjon, dvs. helsemyndigheter og helsepersonell skal også informere om kostnadene, pluss om hvordan en skal få betalt uten at det påløper ekstra kostnader. Siden det er nødvendig å få informasjon om kostnaden *før* en er i kontakt med tjenesten for i det hele tatt å kunne benytte seg av tjenestene, er det logisk at hovedansvaret ligger på mottaksapparatet.

Vi fant at behov for muntlig informasjon var stort, og en svært ønsket form. Samtidig var det misnøye med kvaliteten på informasjonen som ble gitt av mottakspersonale. Det var ønsket at den skulle gis av helsepersonell, eller i det minste av noen som hadde god kjennskap til helsetjenesten.

Særlig på to områder opplevde våre informanter at det ble gitt feilinformasjon, altså informasjon i strid med det som står i pengereglementet. Det var når det gjaldt mulighet til å få dekket utgifter til transport for å komme til konsultasjoner, og for å få dekket utgifter til tannlege.

Ved vår egen lesing av Pengereglementet, fant vi at det var komplisert og vanskelig å forstå, selv med norsk som morsmål og for oss som har jobbet i helsevesenet.

4.3.8 Store variasjoner blant mottaksansatte

Nøyaktighet og samsvar med lover og forskrifter er viktig i utforming av bestemmelser.

Pengereglementet gjenspeiler dette. En viktig målgruppe for pengereglementet er de som jobber på mottak, og som skal forvalte det. Noen av våre informanter mente at de utenlandske ansatte hadde dårlig kunnskap om helsesystemet og refusjonssystemer. Et resultat av dette kunne være når flere av våre informanter gikk månedsvis eller år med tannverk, uten å få vite at de kunne fått dekket utgifter til behandling.

UDI oppfordrer personer med innvandrerbakgrunn å søke på stillinger i mottak. Erfaringen viser at det er mye positivt ved å ha personale som selv har opplevd hva kulturforskjeller kan innebære, og som dessuten kanskje har erfaring som flyktning (Valenta, Thorshaug & Indrebø, 2010). Det kan også føre til at ansatte har svake norskkunnskaper, og har problemer med å forstå komplisert, formelt språk. Konsekvensen av det presise språket, hvor hensikten er likebehandling og rettferdighet, kan bli det motsatte, altså forskjellsbehandling. Personer som hadde bodd på ulike mottak kom med utsagn som:

«Det kan variere fra mottak til mottak hvordan de praktiserer reglementet.»

Utsagnet tyder på at det er store behov for å klargjøre regelverket for de ansatte.

4.3.9 Sektoransvaret

Helsesektoren har både ansvar for å organisere og yte tjenester til asylsøkere, og å gi relevant informasjon. Informantene i vår undersøkelse fortalte om helsepersonell som ga ufullstendig eller feil informasjon om hva tjenestene kostet. Dette kunne i sin tur bli en barriere mot bruk av tjenestene.

Flere av informantene våre fortalte at de hadde hørt om egenandelstaket for bruk av helsetjenester fra andre beboere, og ikke fra mottakspersonalet eller helsepersonell. Det vil kunne lette situasjonen

betydelig om de som jobber på fastlegekontorer, i spesialisthelsetjenesten og på apotek visste at asylsøkere må samle på kvitteringer for å sende til Helfo for å få frikort. Det er informasjon som er direkte relevant i den aktuelle situasjonen asylsøkere er i, og burde derfor ha en god sjanse til å bli forstått og etterlevd. Utfra det vi fant, kan det godt tenkes at asylsøkere som har krav på frikort fra Helfo ikke får det, og dermed betaler unødige mye. Det kan også tenkes at de unnlater å bruke tjenestene fordi de ikke vet at etter at de har betalt en viss sum, er det gratis.

En informant fortalte at legen hadde sagt at det ikke var mulig å få dekket utgifter til tannbehandling, og det kan tyde på at legens kunnskap var for dårlig, eller at de har misforstått hverandre. Svært uheldig var det også at en informant måtte betale for konsultasjon og medisiner for en allmennfarlig smittsom sykdom. I slike tilfeller skal både konsultasjon og medisiner være gratis for alle, også for asylsøkere (Helsedirektoratet, 2015d). Dersom informanten husket dette riktig, og dette ikke skyldes en misforståelse, tyder det på mangel på kunnskap om asylsøkeres rettigheter, som i neste omgang medfører feil praksis og feilinformering av pasienter.

4.3.10 Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner spiller en betydelig rolle både som informasjonskilder og i direkte støtte til asylsøkere, både formelt og uformelt. Det gjelder organisasjoner som NOAS, Røde kors, NKS, Kirkens Bymisjon og andre. Det er avdekket store mangler på god og forståelig informasjon til riktig tid.

4.4 Mestring

Våre informanter hadde en rekke mestringsstrategier. Mange var kreative i sin søkning etter informasjon, og fikk både informasjon, råd og pengelån fra slekt og venner som bodde i Norge, og fra andre beboere på mottaket. Noen fikk helsepersonell, mottaksansatte og andre til å yte ekstra hjelp.

4.4.1 Takknemlige, men undrende

Det var en påfallende spenning mellom hvordan informantene uttrykte genuin takknemlighet for å være i sikkerhet i et trygt land, og samtidig mene at Norge var rikt nok til å gi dem nok penger til et bedre liv. Når det var kommet kritikk i den første samtalen vi hadde med dem, var de ofte nøyte med, i samtale nummer to, å si at de ikke ville bli oppfattet som utakknemlige. De framsto som noen som ikke ville gi opp, men som så problemene med små ressurser som forbigående, og ikke som det viktigste problemet i situasjonen sin.

4.4.2 Å ha hjelpere

De som klarte seg best, var de som fikk mottakspersonalet, helsepersonell og andre til å gjøre noe ekstra for seg. Et eksempel var når mottakspersonalet la ut av sine egne penger for å hindre at beboere fikk tilsendt faktura i etterkant. Andre eksempler var når leger ga gratis medisiner fra eget lager, når en informant hadde en bekjent på et apotek som ga gratis medisiner, og når en fikk sin bekjente, som var bankansatt, til å opprette konto.

4.4.3 Uformelle måter å få tak i medisiner på

Det var vanlig å prøve å få tak i rimelige medisiner uten å involvere helsepersonell. I intervjuene fikk vi vite at flere fikk tak i billigere erstattere for f.eks. paracetamol, men også antibiotika og sterkt vanedannende stoffer. I tillegg var det snakk om medisiner som kunne ha tvilsomt innhold eller være av uvisst kvalitet. Dette gir grunn til bekymring.

4.4.4 Dilemmaer, prioriteringer og konsekvenser

Våre informanter fortalte at pengene de fikk i all hovedsak gikk med til kjøp av mat. Der det fantes gratis matutdeling var det mange som benyttet seg av det. En studie utført ved OsloMet viste at hele

ni av ti i mottak ikke hadde tilgang til nok, trygg og næringsrik mat til å leve et aktivt og sunt liv (Terragni et al., 2018).

Mat er varer som alle vet at de trenger hele tiden, mens utgifter til helsetjenester er noe en kan håpe på å unngå, og for akutte tilstander kan det ikke planlegges. Det ble flere dilemmaer når det var behov for helsehjelp. Skulle de gå til konsultasjon, når de visste at de bare hadde penger til konsultasjonen, og ikke til eventuelle medisiner som ble forskrevet? Om de ikke fikk forskrevet medisiner, var de ofte misfornøyde, og mente at pengene til konsultasjon var bortkastet. I Norge er leger mer restriktive enn i mange andre land med å forskrive medisiner generelt, og særlig antibiotika og vanedannende medisiner. De som er vant til å få medisiner hver gang de går til lege, kan oppleve at leger som ikke forskriver medisiner ikke forstår hvor syke de er eller ikke vil dem vel, dersom de bare får råd om hva de skal gjøre (Austveg, 1994). I slike tilfeller vil de altså spare penger, men det kan være enda viktigere å oppleve å bli tatt hånd om. Det kan bli en uhåndterlig floke. Noen brukte penger til konsultasjon og eventuelt medisiner, for så sulte i dagene før de fikk neste påfyll av basisytelse. For noen ble løsningen å la være å søke helsehjelp, særlig de som hadde barn som de prioriterte å kjøpe mat til.

UDIs pengereglement sier at de som pga. varig sykdom har behov for spesiell diett, kan få tilleggsytelse. Flere av våre informanter fortalte om slike behov, men visste ikke at de kunne søke om ekstra midler. Hvis de skulle følge dietten som førte til ekstra kostnader, ble det enda mindre penger igjen til å betale for helsetjenester. Hvis de ikke fulgte dietten, kunne de bli sykere, som kunne føre til større behov for helsehjelp. Ekstra vanskelig var det for en informant med et barn med behov for særlig diett. Vi hørte også hvordan informantene fortalte om at de på ulike områder prioriterte barnas behov for helsehjelp framfor sine egne, som personen som avsto fra å søke tannhelsehjelp og heller sørget for at barnet fikk briller.

4.5 Mangel på gyldig ID, digitalt utenforskap

4.5.1 Mangel på bankkonto

Mangel på gyldig ID kan representere en barriere for å få likeverdig tilgang til helsetjenester. Våre informanter fortalte om flere eksempler på det. I tillegg støtter vårt datamateriale det andre har funnet, at de aller fleste asylsøkere ikke har norsk bankkonto fordi banker gjerne krever at potensielle kunder er folkeregistrert (Dyrud, Stefanussen & Hartveit, 2022).

At de ikke har bankkonto gjør det dyrere for dem enn det det er for befolkningen ellers å betale for helsetjenestene de har mottatt dersom de ikke gjør opp på stedet, og det koster å motta refusjoner av utlegg de har hatt. To eksempler fra en sykepleier vi snakket med i fokusgruppesamtalen, illustrerer det, det var omtrent slik:

Et barn med en infeksjon fikk øyeblikkelig-hjelptime hos legen. Legen sendte antibiotika med foreldrene, men ba dem vente til neste dag med å gi medisinen. Barnet kunne jo bli spontant bedre. I så fall ble de bedt om å levere medisinen tilbake. Barnet ble bedre, og foreldrene leverte medisinen tilbake. Så viste det seg at legekantoret alt hadde sendt dem en faktura på kr 20, pluss fakturagebyr på kr 59. Fordi foreldrene hadde lært at barn går gratis hos legen, hadde de gått uten å betale. Men fordi foreldrene ikke hadde norsk bankkonto, måtte de gå i banken og be dem sende de 79 kronene. For det tok banken et gebyr på kr 75. Slik vokste kr 20 til kr 154.

En asylsøker hadde utgifter til en pasientreise og søkte om refusjon. Søknaden ble innvilget, og etter en stund mottok han en utbetalingsblankett. Fordi han ikke hadde en norsk bankkonto, måtte han betale et bankgebyr på kr 75 for å få utbetalt refusjonen. Men selv i

slike situasjoner var det ikke alltid at banken ville utbetale refusjonen, fordi banker mange ganger ikke godtar asylsøkerbevis som gyldig legitimasjon. Sykepleieren la til at ofte må hun bruke av sin arbeidstid og følge asylsøkere til banken for å bekrefte at de er den personen det står at de er på asylsøkerbeviset.

Sykepleieren spør oss:

«Kan det passe at de med dårligst råd, må betale mer enn alle andre?»

Digitalt utenforskap kan få store konsekvenser. I tillegg til at de nesten uten unntak ikke får opprettet bankkonto, har de problemer med å hente ut medisiner på resept på apoteket i tilfeller der deres asylsøkerbevis ikke godtas. Vi vil derfor i det følgende se på hvordan manglende gyldig ID og manglende norsk bankkonto representerer barrierer for likeverdig tilgang til helsetjenester for asylsøkere.

4.5.2 Problemer med å få norsk bankkonto

Flere organisasjoner har påpekt at manglende tilgang til norsk bankkonto er et problem for asylsøkere og flyktninger. Blant dem er bl.a. Kirkens bymisjon, NOAS, Norsk Folkehjelp og Likestillings- og diskrimineringsombudet. En oppsummering finner vi i en rapport fra Jussbuss (Dyrud, Stefanussen & Hartveit, 2022).

DNB ble klaget inn for Likestillings- og diskrimineringsnemda i 2021. Der ble de felt året etter. Nemda uttalte:

«DNBs praksis med å avvise kunder som buker oppholdskort som legitimasjon, er i strid med forbudet mot diskriminering på grunn av etnisitet.»

Videre sier nemda at personer med oppholdskort skal få individuell vurdering (Diskrimineringsnemda, u.å.). DNB har nå lagt ut informasjon på sine hjemmesider om hvordan nye i Norge kan få opprettet konto (DNB, u.å.).

I teorien ser det derfor ut til at det skulle være mulig for asylsøkere flest å opprette en norsk bankkonto på grunnlag av sitt D-nummer, få et bankkort knyttet til kontoen og få tilgang til nettbank med BankID. Vårt materiale viser imidlertid at dette ikke fungerte slik i praksis for de periodene våre informanter fortalte om. Aftenposten opplyste i 2021 at det var 931 flyktninger i Norge som ikke har fått opprettet norsk bankkonto (Bergvall, 2021). Så det problemet vi fant hos asylsøkere, fins også hos flyktninger.

4.5.3 Manglende gyldig ID

Når asylsøkerne blir registrert hos Politiets utledningsenhet (PU) på ankomstsenteret, fatter ikke alltid utlendingsmyndighetene tillit til de identitetspapirene asylsøkerne har med seg. Det er ikke til hinder for at politiet kan registrere søknaden om asyl (Utlendingsloven, 2008). Det PU gjør, er å rekvirere et D-nummer. Når asylsøkeren får et D-nummer, blir hans/hennes oppgitte identitet i Folkeregisteret knyttet til dette unike nummeret. D-nummeret blir også ført inn i asylsøkerbeviset og fungerer som et midlertidig personnummer inntil asylsøkeren eventuelt bli innvilget opphold og kan få et norsk personnummer. Figur 11 viser D-nummeret på forside av asylsøkerbeviset, markert i rødt. Kilden til opplysningene er kun asylsøkeren selv og det han/hun har fortalt PU. Derfor er kortet kun et *bevis* på at vedkommende har søkt om asyl, ikke et ID-kort.

Registreringsbevis for asylsøker

KORTET KAN IKKE BENYTTES SOM ID-KORT ELLER REISEDOKUMENT

ETTERNAVN Testesen	SPRÅK Zande	
FORNAVN Mandag To	HØYDE 123 K	
STATSBORGERSKAP Andorra		
FØDSELSDATO 11.11.1990		
SØKNADSDATO 27.02.2017		
UTSTEDT DATO 27.02.2017		
GYLDIG TIL 27.08.2017		

DUF-NUMMER
2017 000109 06

D-NUMMER
511190 00258

Bakside

FØDELAND
Bouvetøya

Fremlagt pass ved søknadstidspunkt: IKKE VURDERT

Midlertidig arbeidstillatelse for asylsøkere: IKKE VURDERT

SIGNATUR
Test

Dette kortet bekrefter at personen som er avbildet, har søkt beskyttelse i Norge. Identitetsopplysningene på kortet er oppgitt av søkeren selv ved ankomst og er ikke kontrollert. Hvis du finner dette kortet, vær vennlig å levere det hos nærmeste politistasjon eller send det til Politiets Utlendingsenhet, Pb 8102 Dep, 0032 Oslo

Card for asylum seeker is only valid in Norway. This card cannot be used as an identification or travel document. If found pls send to: Politiets Utlendingsenhet, Pb 8102 Dep, 0032 Oslo, Norway

Figur 11. Registreringsbevis for asylsøkere, som viser D-nummer.⁸

D-nummeret består av fødselsdatoen, men der tallet fire legges til i første siffer. Så følger fem sifre som Skatteetaten tildeler. Dermed blir det 11 sifre som i et vanlig norsk personnummer. Siden desember 2017 har D-nummeret blitt ført inn i asylsøkerbeviset. Det må ikke forveksles med DUF-nummeret, markert i blått (figur 11), som er UDIs saksbehandlingsnummer. Et asylsøkerbevis er gyldig i 6 måneder, og kan fornyes hvis det går ut før vedkommende har fått svar på søknaden (UDI, u.å.-c).

D-nummeret er kun aktivt i den tiden asylsøkeren venter på svar på søknaden sin. Asylsøkerbeviset og D-nummeret er i dag en viktig dokumentasjon når asylsøkere oppsøker helsetjenesten.

Siden egenandelene som betales for helsetjenesten ikke automatisk blir registrert av Helfo for de som har D-nummer, blir derfor heller ikke frikort utstedt automatisk, som når man har personnummer. De må derfor ta vare på kvitteringer, og sende dem inn for å få frikort. Noen informanter fortalte at de hadde fått vite om egenandelstaket av andre asylsøkere, ikke av mottakspersonalet eller helsepersonell. Når det til og med var svikt i informasjon om egenandelstaket, antar vi at det er flere som hadde hatt krav på frikort, ikke hadde fått det.

5 Konklusjon

Den økonomiske situasjonen mange asylsøkere er i er en barriere for tilgang til helsetjenester. De ytelsene de får, rekker for mange ikke til tilstrekkelig sunn mat, og da blir det lite eller ingenting til uforutsette utgifter, som til helsetjenester. Dette forverres av at utgifter til helsetjenester ofte er uklart og ukjent. Noen mangler den informasjonen de trenger for å kunne ta informerte valg.

Asylsøkere hører til de aller fattigste i Norge. Satsene er lavere enn for personer med økonomisk sosialhjelp fra NAV, og betydelig lavere enn SIFOs referansebudsjett. Satsene har også økt mindre enn satsene for økonomisk sosialhjelp.

Mangel på tilgang til helsetjenester som følge av svak økonomi rammet både fysisk helse, og tannhelse. Ut fra vårt materiale synes utfordringer rundt tannhelse å være særskilt utfordrende.

Tilgang til psykologisk og psykiatrisk hjelp framsto som mer hindret av at henvisninger ble avslått enn av dårlig økonomi.

⁸ Kilde: UDI (u.å.-c).

UDIs pengereglement er komplisert og omstendelig, og praktiseres ulikt på ulike mottak. Flere informanter som etter reglene kunne ha fått tilleggsytelser til nødvendig helsehjelp og til spesiell diett pga. sykdom, fikk det ikke.

I tillegg til at de har lite penger, er mangel på informasjon eller feilinformasjon om helsetjenestens kostnader en barriere. Dette, og mangel på egen bankkonto og digitalt utenforskap, fører til ekstra utgifter, og samvirker til å gjøre situasjonen problematisk.

En mestringsstrategi er å gå utenfor formelle kanaler og systemer. Noen fikk hjelp av mottakspersonell og helsepersonell utover vanlige arbeidsrutiner. Slike personlige tjenester er viktige for den enkelte, men er et symptom på at systemene ikke alltid sikrer den enkeltes rettigheter.

Til tross for den svake økonomien, var informantene ganske klare på at det ikke var deres største problem, men en sten til byrden i en ellers vanskelig situasjon. Uvisshet om asylsøknadens utfall ble framstilt som en altoverskyggende, eksistensiell krise. Den svake økonomien var en stressfaktor i en allerede sterkt presset livssituasjon.

6 Anbefalinger

Målsettingen må være at asylsøkere får nyttiggjort seg de rettighetene de har og at helsebehov dekkes. Det trengs tiltak på ulike nivåer. Vi ser her særlig på det som rammer asylsøkere spesielt: De lave beløpene de får utbetalt, vansker med å få nødvendig informasjon til rett tid, og at asylsøkere ikke har anledning til å opprette bankkonto.

Anbefalinger til ulike instanser:

Til UDI og mottaksoperatører:

- Mottakspersonalet bør få kjennskap til at informasjon om kostnad for helsetjenester er en barriere og hvilke konsekvenser det kan få, slik at de motiveres til å gi slik informasjon.
- Opplæringen mottakspersonale får om betaling for helsetjenester bør evalueres, inklusive av hvordan mottakspersonalet forstår UDIs pengereglement. Dersom en finner at Pengereglementet er vanskelig å forstå for mottakspersonalet, bør UDI vurdere om det kan framstilles på en enklere måte slik at misforståelser og feilinformasjon unngås. Det bør være særlig fokus på mottakspersonale som ikke behersker norsk særlig godt.
- Muntlig og skriftlig informasjon, inkludert oppslag om hvordan en får helsehjelp, bør inneholde opplysninger om kostnader for de mest brukte tjenestene, og informasjon om hvor en kan finne ytterligere informasjon.
- Det bør gjennomføres en kartlegging av mottak som har funnet gode modeller der mottakspersonalet har klart å gi god og betimelig informasjon om helserettigheter inklusive om kostnader, og kunnskap om slike modeller bør spres.
- Elektronisk tilgjengelig informasjon bør gjennomgås, og gjøres mest mulig tilgjengelig og på flere språk enn i dag. Det bør være i et format som er lett tilgjengelig på smart-telefon, og på

språk som asylsøkerne forstår. Informasjon om kostnader bør gjøres lett tilgjengelig for smarttelefon, også for dem som ikke har høy digital kompetanse.

Til helsemyndigheter og utøvere av helsetjenester på ulike nivåer (kommunalt, fylkeskommunalt og helseforetak):

- Helsepersonell bør få bedre kunnskap om hvilke rettigheter asylsøkere har for å få dekket kostnader til helsetjenester, inklusive for reiseutgifter og mulighet til å finansiere tannhelsetjenester via tilleggsytelser. Opplysningene bør finnes lett tilgjengelig på fastlegekontorer, tannlegekontorer og i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved bruk av plakat med QR-kode og tittel, 'Les om dine helserettigheter her'. Helsepersonell bør også oppmuntre pasienter til å ta vare på kvitteringer for konsultasjoner, medisiner på blå resept og annet som går inn i Folketrygdens egenandelsordning.
- Helsedirektoratet bør i sin veileder om helsetjeneste til asylsøkere gjøre særlig oppmerksom på viktigheten av at helsepersonell informerer asylsøkere om deres økonomiske rettigheter
- Utrede om det er mulig å lage et system som gjør at egenandelsordningen ikke medfører uintenderte konsekvenser og blir til hinder for å få nødvendig helsehjelp.
- Det bør vurderes om helsepersonell kan være behjelpelige med å lage budsjett for forventede utlegg i konkrete sykdomsforløp, slik at det blir forutsigbarhet om utgifter, og unngå avbrudd av behandling. I overslaget kan inngå egenandeler, medisiner og annet som i utgangspunktet skal dekkes av asylsøkere selv.
- Det bør vurderes om tannpleiere skal få en sentral rolle for å avhjelpe små tannhelseproblemer og å forebygge større problemer i asylmottak.

Til nasjonale myndigheter:

- Utrede om den økonomiske støtten asylsøkere gis, mulighetene for tilleggsytelser eller fritaksordninger for egenandel kan endres slik at økonomi ikke blir et hinder for å benytte seg av helsetjenester som er nødvendige.
- Arbeidet med å realisere mulighet til å opprette bankkonto bør følges opp.
- Utrede om det er mulig å koble D-nummer til Helfo, for å senke den administrative barrieren knyttet til å nyttiggjøre seg ordninger som frikort og egenandelstak.
- Dersom nasjonalt ID-kort for asylsøkere tas opp til ny vurdering bør dets mulige konsekvens for helsebehov vektlegges.

Frivillige organisasjoner

- Med den tilliten mange frivillige organisasjoner har, kan frivillige organisasjoner være viktige supplement for å gi nødvendig informasjon om helsesystemet, rettigheter, inklusive om kostnader og mulighet for økonomisk hjelp som tilleggssytelser.

Referanser

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2022). *Statlige veiledende retningslinjer for økonomisk stønad for 2022* (A-2/2022). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/statlige-veiledende-retningslinjer-for-okonomisk-stonad-for-2022/id2925394/>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2020). *Statlige veiledende retningslinjer for økonomisk stønad for 2021* (A-2/2020). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-a-22020-statlige-veiledende-retningslinjer-for-okonomisk-stonad-for-2021/id2815592/>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2021). *Statlige veiledende retningslinjer for økonomisk stønad for 2022* (A-2/2021). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-a-22022-statlige-veiledende-retningslinjer-for-okonomisk-stonad-for-2022/id2925763/>
- Austgulen, M. H., Alecu, A. I. & Lylum, M. (2022). *SIFOs Referansebudsjett for forbruksutgifter 2022* (4-2022). Forbruksforskningsinstituttet SIFO. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2998050/SIFO-Rapport%204-2022%20SIFOs%20Referansebudsjett%20for%20forbruksutgifter%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Austveg, B. (1994). *Helsearbeid og innvandrere : mangfold, sunnhet og sykdom* (2. utg.). TANO.
- Bergh, A., Myhre, S., Straiton, M. L., Magelssen, R., Nordström, C., Veire, K. B., Indseth, T, Gupta, R. & French, S. (2017). FHI. *Informasjon om helse, helserettigheter og helsetjenester til beboere i ankomstsenter og transittmottak*.
- Bergvall, A. S. L. (2021, 2.november). Hvis skattedirektøren får det som hun ønsker, vil også flyktninger få det nye nasjonale ID-kortet. E24. <https://e24.no/privatoekonomi/i/KzG1JM/hvis-skattedirektoeren-faar-det-som-hun-oenker-vil-ogsaa-flyktninger-faa-det-nye-nasjonale-id-kortet>
- Dinardi, C., Lie, B., Sveaass, N. & Weiss, N. (2021). *Torturutsatte i den norske asylprosessen. En utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis* (2021:18). Fafo. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/torturutsatte-i-den-norske-asylprosessen>
- Diskrimineringsnemnda. (u.å.). *DNB diskriminerer når dei ikkje gjev personar med opphaldskort grunnleggjande banktenester*. <https://www.diskrimineringsnemnda.no/nyheter/9043>
- DNB. (u.å.). *Slik blir du bankkunde i Norge*. <https://www.dnb.no/kundeprogram/bli-unde/ny-i-norge>
- Dyrud, L., Stefanussen, L. & Hartveit, S. L. (2022). *Utlendingers tilgang til banktjenester* Jussbuss.
- Forskrift om stønad til beboere i asylmottak. (2022). *Forskrift om stønad til beboere i asylmottak* (FOR-2022-05-31-948). Lovdata.
- Halogen & Deloitte. (2018). *Asylsøkeres tilgang til velferdstjenester*. https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/asyl/fou-rapport-om-asylsokeres-tilgang-til-velferdstjenester.pdf
- Helfo. (2018). *Finansiering av helsetenester for asylsøklarar i Noreg [nettdokument]*. Helfo (sist faglig oppdatert 06. mai 2022). <https://www.helfo.no/regelverk/finansiering-av-helsetenester-for-asylsokjarar-i-noreg>
- Helfo. (2022a). *Blå resept, hvit resept og bidragsordningen*. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/blaresept/>

- Helfo. (2022b). *Eigendelar på sjukehus og poliklinikk*. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-pa-sykehus-og-poliklinikk/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. I. https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2022 (Rundskriv I-2/2022)*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f4d3da026ea64d2ea428c1d187801764/rundskriv-i-2022-utvidet-fylkeskommunalt-tannhelsetilbud-i-2022-l2072000.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). Tannhelseutvalget. I. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tannhelseutvalget/id2924084/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2015a). 1. Rettigheter, ansvar, organisering. I *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert: 6. april 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/rettigheter-ansvar-organisering>
- Helsedirektoratet. (2015b). 2. Finansiering. I *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert: 29. mars 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/finansiering#tannhelsetjenester>
- Helsedirektoratet. (2015c). 5. Helsetjenester for flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente. I *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert: 15.mars 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helsetjenester-for-flyktninger-asylsokere-og-familiegjenforente>
- Helsedirektoratet. (2015d). *Rett til fastlege, egenandeler og frikortordning [nettdokument]*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert: 27. januar 2017). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helse-og-omsorgstjenester-for-bosatte-flyktninger-og-familiegjenforente/rett-til-fastlege-egenandeler-og-frikortordning#referere>
- Helsedirektoratet. (2019). *Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepssutsatte og personer med odontofobi*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert: 16. mars 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/tannhelsetilbud-til-tortur-og-overgrepssutsatte-og-personer-med-odontofobi>
- Landsorganisasjonen i Norge. (2018). *Litt om økonomisk sosialhjelp* (Samfunnsnotat nr 2/18). https://www.lo.no/contentassets/99c4d59c42ea4defbcec6c665b275024/nr.02_litt-om-okonomisk-sosialhjelp.pdf#:~:text=den%20offentlige%20diskusjonen%20her%20i%20landet%20om%20fattigdom,livssituasjon%20og%20at%20den%20derfor%20b%C3%B8r%20v%C3%A6re%20begrenset.
- Lovdata. (2018). Grunnlovsvern av menneskerettighetene. https://lovdata.no/artikkel/grunnlovsvern_av_menneskerettighetene/1271
- Lunde, E. S. & Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd*. Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester-2/_attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-

- [ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30)
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Nicolaysen, S. S. (2018). Økonomisk stønad fra NAV til tannbehandling. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 2(128), 131-133.
- OsloMet. (2022). *Referansebudsjettet – kalkulator*.
<https://www.oslomet.no/om/sifo/referansebudsjettet>
- Oxford Research. (2019). *Evaluering av informasjonsprogram i ordinære asylmottak. Sluttrapport* (2019/1). https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/asyl/evaluering-av-informasjonsprogrammet-i-ordinare-asylmottak-2019.pdf
- PROBA samfunnsanalyse. (2019). *Asylsøkeres digitale hverdag. En undersøkelse av asylsøkeres tilgang til og bruk av digitale kanaler* (2019-11). PROBA.
<https://proba.no/wp-content/uploads/Rapport-2019-11-Asyls%C3%B8keres-digitale-hverdag.pdf>
- Seeberg, M. L. (2017). Alt er relativt: ytelser til barnefamilier i norske asylmottak, 1989–2017. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(4), 268-285.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-04-02>
- Simonsen, B. & Rudi, I. B. (2020). Fattigdom i Norge. <https://ndla.no/nb/subject:1:470720f9-6b03-40cb-ab58-e3e130803578/topic:1:00018b29-3b51-478d-a691-20732e0601fd/topic:1:0a6f688c-cb1e-4595-b0ee-1f85b24fdc3b/resource:1:68492>
- Skjøstad, O. (2019). *Par med barn får utbetalt mest i sosialhjelp*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/par-med-barn-far-utbetalt-mest-i-sosialhjelp>
- Skretteberg, M. R., Nesse, P., Kvisvik, M., Viken, C., Westrin, H. K. & Lange, B. (2022, 07.oktober). Øk satsene på asylmottak! *Klassekampen*.
<https://klassekampen.no/utgave/2022-10-07/debatt-ok-satsene-pa-asylmottak>
- Spilker, R. S. S., Kumar, B. N., Diaz, E., Kjøllesdal, M., Straiton, M., Ali, W. A., Aambø, A., Austveg, B., Labberton, A. S., Hussaini, L., Olsen, A. O., Bruun, T., Bærug, A. B., Syse, A., Kaur, P., Qureshi, S. A. & Indseth, T. (2022). Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I Folkehelseinstituttet (Red.), *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>
- Statistisk Sentralbyrå (2020). *Levekårsundersøkelsen om helse 2019*.
https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/434918?_ts=1754fa05508
- Statistisk Sentralbyrå. (2022). *Befolkningens utdanningsnivå*.
<https://www.ssb.no/statbank/table/11291/>
- Terragni, L., Henjum, S., Barbala, I., Haugh, H., Hofset, A., Nielsen, P. & Stene, T. (2018). “Meagre hospitality”. Experiences with food among asylum seekers living in Norwegian reception centres “Une piètre hospitalité”. Expériences alimentaire des réfugiés dans les centres d’accueil norvégiens. *Anthropology of food*.
<https://doi.org/10.4000/aof.9129>
- Tveito, K. (2022). Munnhelsen er en del av folkehelsen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0091>
- UDI. (2022). *Ventetider for de som har søkt om beskyttelse (asyl)*. <https://www.udi.no/ord-og-begreper/ventetider-for-de-som-har-sokt-om-beskyttelse-asyl/?c=eri#link-11002>
- UDI. (u.å.-a). *Dette kan asylsøkeren få dekket av UDI (pengereglementet)*.
<https://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-mottak/dette-kan-asylsokeren-fa-dekket-av-udi-pengereglementet/>

- UDI (u.å.-b) *Asylmottak*. <https://www.udi.no/asylmottak/ulike-typer-asylmottak/>
- UDI. (u.å.-c). *Asylsøkerbevis*. Hentet 02.05 fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/asylsokerbevis/>
- UDI Regelverk. (2021). UDI 2008-035 Retningslinjer om ytelser til beboere i asylmottak. <https://www.udiregelverk.no/rettskilder/udi-retningslinjer/udi-2008-035/>
- UDI Regelverk. (2022). UDI 2008-035V1 Satser for økonomiske ytelser til beboere i mottak i 2022. https://www.udiregelverk.no/rettskilder/udi-retningslinjer/udi-2008-035/udi-2008-035v1/#1.Beregning_og_satser_for_basisy
- United Nations Committee on Economic, Social & Cultural Rights. (2000). *General comment. No. 14. The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. E/C. 12/2000/4.
- United Nations Committee on Economic, Social & Cultural Rights (2020). *Concluding observations on the sixth period of Norway*. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEo vLCuWyfGZLRp7qMd2d61J9CM%2FQe6o1SZjh9qa5FzblcuVDX84j1tEvGXkL9htah eknNIG9pPMrK6PSJSHNTLhDCeYjwLbhDFWnOdWgHua9tg%2F%2FPO>
- Utlendingsloven. (2008). *Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven)* (LOV-2008-05-15-35). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-05-15-35/*#%C2%A794
- Valenta, M., Thorshaug, K. & Indrebø, K. (2010). *Ansatte med flyktning-og innvandrerbakgrunn i asylmottak. Erfaringer fra statlige mottak for asylsøkere som drives av Hero Norge*. NTNU Samfunnsforskning AS.

Vedlegg nr. 1 Oversikt over institusjoner og grupper som ble kontaktet i forbindelse med rekruttering

- Tre av nettverkene som koordineres av Enhet for migrasjonshelse ved FHI:
 - Nettverk for innvandrerhelse i kommunene
 - Nettverk for innvandrerhelse i frivillig sektor
 - Nettverk for migrantvennlige sykehus
- Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS)
- Regionalt ressurscenter om vold og traumatisk stress Øst
- Norsk sykepleierforbund
- Den norske legeforening
- Den norske tannlegeforening
- Norsk psykologforening
- Norsk fysioterapiforbund
- Flyktningehelseteamet i Trondheim
- Senter for migrasjonshelse i Bergen
- Kirkens bymisjon/Røde Kors i Oslo: Helsesenter for papirløse
- Kirkens bymisjon i Trondheim
- Fylkesmennenes kontor
- Utvalgte kommunale introduksjonsprogram for flyktninger
- Mottaksansatte ved de to mottakene vi hadde UDIs tillatelse til å kontakte
- En rekke enkeltpersoner vi visste hadde relevant erfaring.



Informasjonsskriv

Til Helsepersonell, mottaksansatte og frivillige med erfaring fra arbeid med og tilbud til asylsøkere og de med endelig avslag som bor i norske asylmottak

ASYLSØKERES ØKONOMI: EN BARRIERE FOR LIKEVERDIG TILGANG TIL HELSETJENESTER?

Prosjektets problemstillinger:

1. Er økonomien til hinder for at beboere i norske mottak, dvs. asylsøkere, «papirløse» og de som venter på kommunebosetting, kan nyte godt av sin rett til helsetjenester?
2. Dersom økonomien er et hinder: Hvilke tiltak kan bidra til at beboerne får mulighet til å nyte godt av sin rett til helsetjenester?

Metodene vi vil bruke er følgende:

1. Individuelle intervju/samtaler av voksne asylsøkere/tidligere asylsøkere i alderen 20 – 66 år.
2. Spørreskjemaundersøkelse blant helsearbeidere, mottaksansatte og frivillige.
3. Fokusgruppesamtaler for å drøfte mulige forslag til tiltak, og hvor et mindre antall asylsøkere/tid. asylsøkere, mottaksansatte og helsepersonell deltar i separate grupper.

Prosjektmedarbeiderne som skal behandle de besvarte spørreskjemaene, har avlagt taushetsløfte. Det vil si at i alle publikasjoner fra prosjektet vil det du forteller oss, bli anonymisert. På den måten vil ingen kunne identifisere hvem som har gitt oss informasjonen.

I fokusgruppesamtalene ber vi om at det som blir sagt under samtalen, skal bli mellom deltakerne og ikke snakkes om til andre. Deltagerne vil imidlertid kunne referere fra prosjektrapporten når den blir publisert ved avslutningen av prosjektet.

Din deltagelse i prosjektet er frivillig. Føl deg fri til å svare ærlig på spørsmålene du blir stilt. Din opplevelse av problemstillingene vi reiser, er viktig informasjon for prosjektet.

Om du i utgangspunktet har sagt deg villig til å delta, men underveis ønsker å trekke deg, har du rett til det. Du behøver ikke gi oss en begrunnelse. Det vil ikke få konsekvenser for deg.

Personvern

Etter ny personopplysningslov har Folkehelseinstituttet (FHI) og prosjektleder Ragnhild Magelssen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Ragnhild Magelssen, tlf.: 21 07 70 00 og e-postadresse: ragnhild.magelssen@fhi.no

Personvernombud ved institusjonen er Erlend Bakken, e-postadresse: Erlend.Bakken@fhi.no

Vedlegg nr. 3 a Samtykkeerklæring - spørreskjemaundersøkelsen

Samtykkeerklæring – spørreskjemaundersøkelsen - Til helsepersonell, mottaksansatte og frivillige

Jeg bekrefter at jeg har forstått innholdet i informasjonsskrivet.



Sted og dato:

Underskrift:

(Skriv tydelig!)

Samtykke for å delta i spørreskjemaundersøkelsen

Jeg er villig til å delta i spørreskjemaundersøkelsen om økonomien til beboere i norske mottak er en barriere for tilgang til helsetjenester.

Deltar som	Profesjon/ tittel	Helseregion	Epost og telefon
Helsepersonell			
Mottaksansatt			
Frivillig			

Dato:

Underskrift:

(Skriv tydelig!)

Samtykkeerklæringen vil bli makulert når prosjektet er avsluttet.

Retur til: ragnhild.magelssen@fhi.no (Innen 01.11.2021)



Samtykkeerklæring – intervjuene/dybdesamtalene/fokusgruppene med asylsøkere/tidligere asylsøkere

1. Jeg bekrefter at jeg har forstått innholdet i informasjonsskrivet.

Sted og dato:

Underskrift:

(Skriv tydelig!)

2. Samtykke for å delta i to intervjuer/samtaler med noen dagers mellomrom

Jeg er villig til å delta i intervju om asylsøkeres økonomi er til hinder for at de kontakter helsetjenesten og/eller har mulighet til å følge opp den behandling de blir anbefalt.

Kryss av det språket du kan samtale på:

	Ja	Nei		Ja	Nei
Kan du samtale på norsk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan du samtale på engelsk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilket språk snakker du best på?					
Trenger du tolk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kryss av din juridiske status i Norge og bosituasjon:

	Ja	Nei
Er du asylsøker og bor i mottak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du nybosatt flyktning som tidligere bodde i mottak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du endelig avslag og bor på mottak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du endelig avslag og bor privat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dato:

Underskrift:

(Skriv tydelig!)

3. Samtykke for å delta i samtale i gruppe (fokusgruppesamtale)

Jeg er villig til å delta i samtale i gruppe om forslag til tiltak for å bedre asylsøkeres mulighet for likeverdige tilgang til helsetjenester.

Dato:

Underskrift:

(Skriv tydelig!)

Samtykkeerklæringene vil bli makulert når prosjektet er avsluttet.

Retur til: ragnhild.magelssen@fhi.no (Innen 01.11.2021)



**Spørreskjemaeti prosjektet:
Asylsøkeres økonomi: En barriere for likeverdig tilgang til helsetjenester?**

1. Din rolle i forhold til asylsøkere i mottak?

	Fyll inn
Helseprofesjon	
Mottaksansatt	
Frivillig	

2. I hvilken helseregion og kommune har du/har du hatt kontakt med beboere i norske mottak?

Helseregion	
Kommune	

3. Hvordan vil du karakterisere beboernes økonomi med tanke på å opprettholde en sunn livsstil?

	Kryss av
Økonomien gir god mulighet	
Økonomien gir tilstrekkelig mulighet	
Økonomien gir utilstrekkelig mulighet	
Vet ikke	

4. Hvordan mener du at helsen til beboerne vanligvis er?

	Kryss av		
	Fysisk helse	Psykisk helse	Tannhelse
Svært god			
God			
Middels			
Dårlig			
Svært dårlig			
Vet ikke			
Kommentarer?			

5. I din erfaring, trenger beboerne hjelp til å kontakte helsetjenesten ved behov?

	Kryss av
Svært ofte	
Ofte	
Av og til	
Sjelden	
Svært sjelden	
Vet ikke	

Kommentarer?	
--------------	--

6. Har du erfart at beboere vegrer seg for å ta kontakt med helsetjenesten pga. dårlig økonomi?

	Kryss av
Svært ofte	
Ofte	
Av og til	
Sjeldent	
Svært sjeldent	
Vet ikke	
Kommentarer?	

7. Har du erfart at beboere ikke følger opp den behandlingen de blir anbefalt pga. dårlig økonomi?

	Kryss av
Svært ofte	
Ofte	
Av og til	
Sjeldent	
Svært sjeldent	
Vet ikke	
Kommentarer?	

8. Har du konkrete eksempler på situasjoner der økonomien medførte at beboere i mottak ikke hadde mulighet til å få de helsetjenester de formelt har rett til, og å følge opp de råd helsepersonell har gitt dem?

--

9. Dersom du mener at beboerne av økonomiske grunner ikke får de helsetjenester de formelt har rett til, og ikke følger opp de råd de fikk, har du forslag til tiltak som kan bidra til å bygge ned denne økonomiske barrieren?

--

Bruk flere sider om nødvendig!

Retur til: ragnhild.magelssen@fhi.no (Innen 01.11.2021).



Semistrukturert intervju-/samtaleguide

Velkommen, og presentasjon

Asylsøkeren ønskes velkommen og takkes for at hun/han er villig til å la seg intervju/ha samtaler med oss. Dernest presenterer vi oss med litt mer enn kun navn (f.eks. profesjon, hva vi har jobbet med tidligere o.l.), informerer om vårt taushetsløftet, og minner om at hun/han har rett til å si ifra dersom vi spør om noe de ikke ønsker å snakke om, eller på et tidspunkt ønsker å trekke seg fra prosjektet. Tolken presenterer seg og sin rolle pluss sine yrkesetiske retningslinjer. Vi minner kort om problemstillingene vi ønsker å belyse i dette prosjektet. Husk: Målsetningen med intervjuene/samtalene er at hun/han forteller oss det de ønsker om de problemstillingene vi presenterer.

1. Kan du fortelle litt om deg selv og din bakgrunn?

Her kan det være interessant å få med litt om oppvekst, skolegang, arbeid, fra hvilket land de kommer, hvordan helsen var i oppveksten og i hjemlandet, og *bare hvis de orker/ønsker det*: årsaker til at du flyktet. - Det er fint om vi også får notert om samtalepartneren er: Kvinne/mann, alder, sivilstand.

2. Kan du fortelle litt om ankomsten til Norge?

Her er det fint om vi får med ankomstdato/år, kom alene eller sammen med noen (f.eks. familie/ektefelle/barn), evt. barnas alder ved ankomsten.

3. Kan du fortelle litt om tiden i mottak i Norge?

Her er det fint om vi får med: hvor lenge vedkommende var i: Ankomstsenteret, transittmottak, ordinært mottak, integreringsmottak.

Når ble vedkommende innkalt til UDI-intervju (MM/ÅÅÅÅ), når fikk vedkommende svaret på asylsøknaden (MM/ÅÅÅÅ), evt. når vedkommende ble bosatt i en kommune (MM/ÅÅÅÅ).

4. Kan du fortelle oss om hvordan du opplevde hverdagslivet i mottaket/mottakene?

Her er det fint om de sier litt om forskjeller og likheter mellom de ulike mottakene de har bodd på.

5. Kan du fortelle oss litt om helsen din mens du bodde i mottak?

Her er det fint om de sier litt om hvordan de selv vurderer helsen, både den somatiske helsen, inkludert synet, psykisk helse, og tannhelse, og i hvilken grad de benyttet seg av norske helsetjenester og hva som var deres erfaringer med det.

6. Kan du fortelle oss litt om økonomien din mens du bodde i mottak?

Her er det fint om de forteller ca. hvor mye de fikk utbetalt til livsopphold/basisbeløpet de ulike mottakene de har bodd på, om det var nok til å dekke nødvendige utgifter, hvordan de prioriterte å bruke pengene.

Hadde de nok penger til å praktisere en sunn livsstil, betale egenandelene i helsetjenesten, kjøpe de medisinene de fikk resept på/ble anbefalt av helsepersonell, følge de råd helsepersonell ga dem, hadde de råd til tannlegetjenester og synstest/briller?
Hendte det at de lånte fra andre/lånte selv bort penger (spesielt m. tanke på helsetjenester)?

7. Hva visste du om norske helsetjenester og egenandeler?

Her hadde det vært interessant om de kan si noe om følgende:

Fikk du tilstrekkelig informasjon på mottaket om norske helsetjenester og dine rettigheter og plikter i den sammenheng?

Hvem ga deg denne informasjonen? Mottaksansatte? Helsepersonell? Andre asylsøkere?

I hvilken form fikk du informasjonen? Muntlig? Skriftlig? Oppslag? Brosjyrer? Klasseroms-undervisning? Individuelle samtaler? Video/film?

På hvilket språk ble informasjonen gitt? Ble det brukt tolk?

Opplevde du at informasjonen du fikk var tilpasset dine behov og forutsetninger?

Brukte du selv internett for å skaffe deg nødvendig informasjon?

8. Kan du fortelle oss om forskjeller og likheter mellom tilgang og pris på helsetjenester i det landet du kom fra og slik du har opplevd det her i Norge?

9. Dersom du hadde behov for helsetjenester mens du bodde på mottak i Norge, hvordan fikk du kontakt med helsetjenestene?

Her hadde det vært interessant om de kan si noe om f.eks.:

Klarte du selv å kontakte dem, eller måtte du ha hjelp av andre? Hvem hjalp deg i tilfelle?

Hvis du ikke brukte norsk helsetjeneste, hva gjorde du? Kontaktet familien i hjemlandet?

Søkte på internett? Så det hele an? Hvordan gikk det?

10. Dersom du opplevde at du ikke hadde økonomi til å kontakte helsevesenet ved behov, hva vil du foreslå av endringer som kunne bidra til at framtidige asylsøkere kan få den helsehjelpen de trenger når de trenger den?

Vi har som mål å komme igjennom disse 10 åpne spørsmålene i løpet av to samtaler og der vi lar det gå noen dager mellom hver samtale. Når det nærmer seg at vi har holdt på i en time, er det på tide å begynne å avrunde. Før vi avslutter første samtale, bør vi: Forberede informantene litt på hvilke tema vi vil ta opp neste gang og be informantene tenke gjennom om det er noe fra første samtale som han/hun ønsker at vi endrer/stryker/eller noe de ønsker å legge til.



Guide: Fokusgruppesamtale med asylsøkere/tidligere asylsøkere om endringsforslag

Kjøreregler for samtalen:

- 1) I denne samtalen skal vi snakke på generelt nivå, ikke om de personlige erfaringene dere har hatt. Det har vi alt snakket om i de individuelle samtalerne vi har hatt med hver enkelt av dere
 - Samtalen skal være preget av respekt for hverandre
 - Alle skal få komme til orde
 - En snakker om gangen mens vi andre lytter før vi gir respons
- 2) Tolkene skal gis tid til å oversette før nestemann får ordet
- 3) Vi fra Folkehelseinstituttet og tolkene er pålagt taushetsplikt
- 4) Oppfordring til asylsøkere/tidligere asylsøkere:
 - La det vi snakker om her, bli mellom oss
 - Når sluttrapporten foreligger, er dere fri til å sitere fra den. Der er informasjonen vi vil presentere, anonymisert.

Problemstilling: Den manglende kunnskapen om norske helsetjenester blant mange asylsøkere

Tenk igjennom:

- 1) Hva har du fått av informasjon?
- 2) Hvilken form synes du informasjonen i mottak skal ha?
- 3) Når burde du ha fått denne typen informasjon?
 - *Hva vil du foreslå av endringer?*
 - *Hva er fordeler/ulemper med de forslag som kommer frem?*

Problemstilling: Muligheten asylsøkere har til å søke om tilleggsstøtte til nødvendige helsetjenester

Tenk igjennom:

- 1) Hva slags helsehjelp kan asylsøkere søke om tilleggsstøtte til?
- 2) Hva er deres erfaringer med denne ordningen?
 - *Hva vil du foreslå av endringer?*
 - *Hva er fordeler/ulemper med de forslag som kommer frem?*

Problemstilling: De fleste asylsøkere har ikke en norsk bankkonto

Uten norsk bankkonto, blir det dyrt å betale en faktura fordi både fakturagebyr og bankgebyr kommer i tillegg når man må gå i banken og be dem sende pengene for en.

- *Hva vil du foreslå av endringer?*
- *Fordeler og ulemper ved de forslag som kommer frem?*

Problemstilling: Asylsøkere har knapt nok råd til det mest nødvendige

Typiske utsagn fra de individuelle samtalerne:

- 1) «Basisbeløpet rekker knapt nok til mat!»
- 2) «Mennesker trenger mer enn mat for å ta vare på helsen sin!»
- 3) «Mange fritidsaktiviteter koster penger!»
 - *Hva vil du foreslå av endringer?*
 - *Hva er fordeler/ulemper med de forslag som kommer frem?*

Problemstilling: Økonomiske barrierer til helsetjenester

Typiske utsagn fra de individuelle samtalerne:

- 1) «Hva er vitsen med å be om en time hos fastlegen og måtte betale kr 300 for det, for så verken å ha råd til de medisinene legen gir oss resept på, eller å betale egenandelen til spesialisten vi blir henvist til.»
- 2) «Vi har ikke råd til å betale transporten til helsetjenestene!»
- 3) «Vi har ikke råd til synstest hos optiker og briller!»
- 4) «Vi har ikke råd til å gå til fysioterapeut, selv om legen har henvist oss!»
 - *Hva vil du foreslå av endringer?*
 - *Fordeler/ulempene ved forslag som kommer frem?*

Problemstilling: Mange asylsøkere forteller at de har gått i lang tid med tannverk fordi de ikke har råd til å gå til tannlege og synes det er flaut å spørre om hjelp

- *Hva vil du foreslå av endringer?*
- *Fordeler/ulempene ved forslag som kommer frem?*

Problemstilling: Er det andre viktige økonomiske barrierer for tilgang til helsetjenester for asylsøkere som vi ikke har snakket om

- *Hvilke andre økonomiske barrierer i tillegg til det vi har snakket om, ser du?*
- *Har du noen endringsforslag du vil foreslå?*
- *Fordeler/ulempene ved de forslag som kommer frem?*



Til:

Norske Kvinners Sanitetsforening,
Norsk organisasjon for asylsøkere
Institutt for samfunnsforskning
Norges institusjon for menneskerettigheter
Utlendingsdirektoratet
Helsedirektoratet
Legeforeningen
Tannlegeforeningen
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Psykologforening

Invitasjon til å delta i en referansegruppe for et prosjekt om asylsøkere og tilgang til helsetjenester

Enhet for migrasjonshelse i Folkehelseinstituttet har et pågående prosjekt om i hvilken grad asylsøkeres svake økonomi er et hinder for å få nødvendige helsetjenester. Prosjektet går fram til utgangen av 2022. Vi viser til vedlagte prosjektbeskrivelse.

Data innsamlingen er nå avsluttet. Den har bestått av følgende:

- et spørreskjema til helsepersonell og andre som har med asylsøkere å gjøre
- to dybdeintervjuer à ca. en time med hver av 19 personer som er asylsøkere eller har vært det tidligere
- to fokusgruppesamtaler med personell som jobber med asylsøkere
- to fokusgruppesamtaler med asylsøkere/tidligere asylsøkere om anbefalinger for å bøte på de problemene som er identifisert.

Vårt datamateriale kan tyde på at økonomien representerer en barriere for å få nødvendige helsetjenester. Økonomien er imidlertid ikke den eneste barrieren. Mange nevner språkproblemer. Usikkerhet om norske helsetjenester, hvordan kontakte dem, hva norske helsetjenester koster, hva de medisinene koster som de blir anbefalt å bruke, deres rettigheter til å søke om tilleggsytelser til nødvendig behandling osv. Det fordyrende aspektet ved manglende mulighet til å åpne en norsk bankkonto og benytte elektroniske banktjenester, er en annen barriere. Datamaterialet vårt kan i tillegg tyde på at tannhelse peker seg ut som et særlig problemområde.

Vi ønsker å etablere en referansegruppe for prosjektet, der vi håper at deres organisasjon vil og kan være med. Hensikten med referansegruppen er, i samarbeid med prosjektgruppen, å gjennomgå resultatene fra datainnsamlingen og gi innspill til:

- metodikk og gyldighet av utkast til konklusjoner
- strategi om hvordan rapporten fra prosjektet best kan brukes

Prosjektet skal avsluttes ved utgangen av 2022. Vi planlegger to møter i referansegruppen, à henholdsvis en halv og en dags varighet. Det første møtet ønsker vi å avholde i februar/mars 2022, med gjennomgang av rådataene, og utkast til innholdsfortegnelse for rapport. Det andre møtet, heldagsmøtet, ønsker vi å

avholde på høsten (september/oktober) over utkast til rapport, for kvalitetssikring og en diskusjon om publisering.

Dersom deltakelse ikke kan gjøres som del av vanlig arbeid, vil vi kompensere for tapt inntekt etter vanlige satser.

Vi ber vennligst om svar innen 10. januar 2022 om deres organisasjon har anledning til å delta, og med navn og kontaktdata på den eventuelle deltakeren.

Spørsmål om prosjektet kan stiles til prosjektleder Ragnhild Magelssen, på e-post Ragnhild.Magelssen@fhi.no, om økonomiske og administrative forhold til: Vera.Minja@fhi.no, og om innholdet i arbeidet i referansegruppen til Berit.Austveg@fhi.no

Med vennlig hilsen

Ragnhild Magelssen
Prosjektleder



SIFOs referansebudsjett for 2020, 2021 og 2022

Månedlige utgifter for hele husholdet i 2020

Person 1: Kvinne 20 til 30 år. Person 2: Mann 20 til 30 år. Person 3: Jente 6 til 9 år. Person 4: Gutt 10 til 13 år.

Individspesifikke utgifter

- Mat og drikke *9 688
 - Klær og sko *2 552
 - Personlig pleie *1 456
 - Lek og mediebruk *3 848
 - Reise (kollektivt) 2 310
 - Spedbarnsutstyr 0
 - * For dette forbruksområdet beregnes en stordriftseffekt på 20 prosent.
-
- **Sum19 854**

Husholdsspesifikke utgifter

- Andre dagligvarer 670
 - Husholdningsartikler 640
 - (Møbler 730)
 - Mediebruk og fritid 2 020
 - Bilkostnader (drift, vedlikehold) 0
 - Barnehage 0
 - Aktivitetsskole (SFO) 0
-
- **Sum4 060**

Totalt forbruk

- **Totalt summert månedlig forbruk for hele husholdningen kr 23 914,00**

Månedlige utgifter for hele husholdet i 2021

Person 1: Kvinne 20 til 30 år. Person 2: Mann 20 til 30 år. Person 3: Jente 6 til 9 år. Person 4: Gutt 10 til 13 år.

Individspesifikke utgifter

- Mat og drikke 12 110
- Klær og sko 3 190
- Personlig pleie 2 130
- Lek og mediebruk 5 010
- Reise (kollektivt) 2 386
- Spedbarnsutstyr 0

- **Sum24 826**

Husholdsspesifikke utgifter

- Andre dagligvarer 710
- Husholdningsartikler 660
- (Møbler780)
- Mediebruk og fritid 2 090
- Bilkostnader (drift, vedlikehold) 0
- Barnehage0
- Aktivitetsskole (SFO) 0

- **Sum 4 240**

Totalt forbruk

- **Totalt summert månedlig forbruk for hele husholdningen kr 29 066,00**

Månedlige utgifter for hele husholdet i 2022

Person 1: Kvinne 20 til 30 år. Person 2: Mann 20 til 30 år. Person 3: Jente 6 til 9 år. Person 4: Gutt 10 til 13 år.

Individspesifikke utgifter

- Mat og drikke12 220
- Klær og sko3 150
- Personlig pleie 2 150
- Lek og mediebruk 5 150
- Reise (kollektivt) 2 442
- Spedbarnsutstyr 0

- **Sum25 112**

Husholdsspesifikke utgifter

- Andre dagligvarer 710
- Husholdningsartikler 670
- (Møbler 850)
- Mediebruk og fritid 2 160
- Bilkostnader (drift, vedlikehold) 0
- Barnehage 0
- Aktivitetsskole (SFO) 0

- **Sum4 390**

Totalt forbruk

- **Totalt summert månedlig forbruk for hele husholdningen kr 29 502,00**

Merknad: Vi har satt klamme rundt beløpet til møbler i SIFOs referansebudsjett, fordi verken UDIs basisbeløp eller sosialhjelp fra NAV har dette med i sitt budsjett for støtte til livsopphold. Beløpene er derfor trukket fra totalen i vår tekst.

Ordliste og forkortelser

Allmennfarlig smittsom sykdom: Infeksjon eller sykdom som utløser rett til gratis undersøkelse og behandling, inklusive gratis medisiner

Basisytelse: Et pengebeløp asylsøkere får basert på familiestørrelse, som skal dekke utgifter til livsopphold

D-nummer: Midlertidig identitetsnummer som kan tildeles utenlandske personer som skal oppholde seg i Norge i mindre enn seks måneder

HELFO: Helsedirektoratets ytre etat, forvalter oppgjør fra Folketrygden

Informanter: I denne rapporten er ordet brukt om asylsøkere/tidligere asylsøkere som deltok i individuelle dybdesamtaler og i fokusgrupper

NAV: Arbeids- og velferdsforvaltningen

NKS: Norske Kvinners Sanitetsforening

NOAS: Norsk organisasjon for flyktninger og asylsøkere

OECD: Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling

REK: Regional Etisk Komité

Respondenter: I denne rapporten er ordet brukt om helsepersonell mottakspersonell og frivillige som responderte på tilsendt spørreskjema

SBB: Statistisk sentralbyrå

SIFO: Statens institutt for forbruksforskning, v/OsloMet

Tilleggsytelse: Ytelse asylsøkere kan søke om når utgifter som er nødvendige for liv og helse overskrider et visst utgiftstak

UDI: Utlendingsdirektoratet

ØSK: Den internasjonale menneskerettighetskonvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Desember 2023
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no