



# Bacheloroppgave

**ADM650 Jus og administrasjon**

**"Med rett til å forstå"**

Fredrik Ringstad og Vidar Strand

Totalt antall sider inkludert forsiden: 25

Molde, 21/5-2012



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Åge Brekk

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19.05.2012

## **Innholdsfortegnelse**

1.0 Innledning	side.2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	side.2
1.2 Avgrensing av tema	side.2-3
1.3 Problemstilling	side.3
1.4 Populasjon og informanter	side.4-5
1.5 Asylsøkere og helse	side.5-7
1.6 Metode	side.7-10
2.0 Det rettslige grunnlaget	side.10-13
2.1Tolk og tolketjenesten	side.13-14
3.0 Data	side.15-18
4.0 Avslutning	side.18-19
Litteraturliste	side.20
Vedlegg 1:Avslag ifra UDI	side.21
Vedlegg 2: Intervjuguide	side.22

## **Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I denne oppgaven har vi bestemt oss for å skrive om asylsøkere og deres rett til informasjon i møte med helsehjelpen. Det som gjør denne problemstillingen interessant for oss er at asylsøkere blir sett på som en utsatt gruppe, og i flesteparten av tilfellene har liten eller dårlig forståelse av det språket som blir brukt i helsevirksomheten og lite kunnskap om sine rettigheter i møte med helsetjenesten.

Man kommer ikke utenom hvor viktig helse er for ett menneske. Derfor vil vi i denne oppgaven se videre på om asylsøkere får oppfylt sin rett til informasjon i samsvar med lovverket. Dette innebærer å forstå den informasjonen som blir gitt av helsetjenesten og hvorvidt de har blitt opplyst om sine rettigheter på området og har forstått disse.

Når vi startet denne oppgaven var vi opptatt av å se på hvor stor ”avstanden” var ifra det som ble gitt av informasjon og det som blir forstått av mottakeren. Vi har hele tiden jobbet under det inntrykket av at dette er en juridisk gråsoner og vi vil senere i oppgaven komme nærmere inn på hva som er krevd av informasjonsgiver i møtet med personer uten ”språk”. Det er liten tvil om at det vil være krevende for alle parter i et slikt møte, og vi vil også se nærmere på hvordan man oppfatter tiltakene, og i hvor stor grad man benytter seg av dem.

Vi så tidlig for oss at den beste veien for å opplyse vår problemstilling var gjennom asylsøkerne selv. Vi var på det tidspunkt klar over at vi sto foran store utfordringer rent praktisk med hvordan man kunne innhente informasjon og å sikre at opplysningene vi innhentet var reelle.

### **1.2 Avgrensning av tema**

Når det gjelder avgrensning av tema har vi tatt utgangspunkt i hovedregelen om informasjon, pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Dette er naturlig da asylsøkere har samme rett til helsetjenester som landets øvrige befolkning. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven samt at denne menneskegruppen er medlemmer av folketrygden.

En kort forklaring på hva vi mener med informasjon innen helserettslig sammenheng er opplysninger som angår enkeltmenneskers helsetilstand. Hovedregelen om informasjon er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette kommer uttrykkelig frem av lovteksten der det står at ” *Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger*”.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov av 7.februar 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter <http://www.lovdata.no> (Lest: 19/5-2012)

Helsepersonellets plikt til å formidle opplysninger om noens helsetilstand og innholdet av helsehjelp er regulert av helsepersonelloven § 10 og sier at ” *Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker*”. Det blir senere i oppgaven gitt en mer detaljert redegjørelse av de aktuelle rettsreglenes innhold.

Helsepersonelloven. 1999. Lov av 7. februar 1999. nr.64 om helsepersonell <http://www.lodata.no> (Lest: 19/5-2012)

I denne oppgaven kunne vi like gjerne ha valgt å se på hvordan dette lovområdet normalt blir praktisert, da det på ingen måte er uproblematisk juridisk sett for den jevne nordmann. Vi følte allikevel at ved å bruke asylsøkere som populasjon, fikk vi en ekstra dimensjon i oppgaven vår, nemlig språk. Vi har også valgt å se på terskelteori i sammenheng med vår oppgave da denne kan kaste lys over hvordan sosialt svake grupper makter å benytte seg av forvaltningens fordeling.

### **1.3 Problemstilling**

Vi har hele tiden vært fokuserte på at oppgaven vår skal være forskbar, interessant og gjennomførbar. Vi har derfor valgt å formulere problemstillingen vår følgende:

*”Får asylsøkere oppfylt sin rett til informasjon i møte med helsetjenesten?”*

## 1.4 Populasjon og informanter

### Populasjon

Som det framgår av problemstillingen, så er det asylsøkere som er vår populasjon i denne oppgaven. Med asylsøker så menes *«personer som på egen hånd og uanmeldt er kommet til Norge og søker myndighet om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er endelig avgjort.»* Bakgrunnen for at denne gruppen søker om asyl handler som regel om politiske, etiske og religiøse årsaker. Den vanligste grunnen som det innvilges opphold på i dag er humanitære årsaker.

(Brunvatne, 2006, side.28)

Asylsøkere i dag blir sett på som en utsatt gruppe i dagens samfunn som det knyttes ulike oppfatninger og holdninger til. Dette er en risikogruppe som lever i en uforutsigbar situasjon på et asylmottak mens de venter på om de får innvilget opphold eller ikke.

Som informanter i denne oppgaven har vi valgt oss ut to asylmottak og tre representanter ifra kommunehelsetjenesten i henholdsvis Ulstein og Molde kommune.

Et asylmottak er et tilbud om midlertidig bolig for personer som søker asyl i Norge mens deres sak blir behandlet. Vi har valgt å bruke mottakslederne ved disse mottakene som informanter fordi dette er personer som har stor kompetanse på området og må forholde seg til lignende problemstillinger på daglig basis.

### Søre Sunnmøre mottak

Søre Sunnmøre mottak er et desentralisert mottak i Ulstein kommune. Mottaket startet driften høsten 2001 med 125 plasser. Mottaket har nå 170 plasser. Boenhetene ligger spredd, men med en konsentrasjon rundt et eget hybelhus for enslige og par. Mottaket er driftet av Link Norge.

Søre Sunnmøre mottak.2012. (Tema: asylmottak). <http://www.linkmottak.no/vaare-mottak/soere-sunmoere.aspx> (Lest: 19/5-2012)

### Molde asylmottak

Molde asylmottak er et kommunalt mottak med 160 plasser, og har per i dag 153 beboere. Dette er også et desentralisert mottak hvor 17 nasjonaliteter er representert. Mottaket startet opp 01.12.08.

Molde kommune.2012. (Tema:asylmottak).

<https://www.molde.kommune.no/Modules/theme.aspx?Category.ID=3327&ObjectType=Article&ElementID=5248> (Lest: 19/5-2012)

### **Kommunehelsetjenesten**

Kommunen plikter å yte tjenester som omfatter alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Helsetjenesten skal fremme folkehelse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Helse- og omsorgstjenesteloven. 2012. *Lov av 7.januar 2012.kommunale helse- og omsorgstjenester* <http://www.lovdata.no> (Lest:19/5-2012)

Vi har i denne undersøkelsen benyttet oss av helsesøster i Ulstein kommune og lege og sykepleier i Molde kommune. Begrunnelsen for vårt valg av disse informantene er i første rekke at dette er de personene som faktisk er lovpålagte å gi vår populasjon den informasjonen de har rett på.

### **1.5 Asylsøkere og helse**

Alvorlige smittsomme sykdommer som forekommer blant asylsøkere gjenspeiler forekomsten i landet. Rask identifisering og behandling er derfor veldig viktig. For asylsøkere som nylig har ankommet landet er tuberkulose ofte en reell mulighet. Forut alle sykehusinnleggelser skal det gjøres grundige undersøkelser om asylsøkeren har pådratt seg MRSA (multiresistente gule stafylokokker). Helsepersonell på asylmottak må være forberedt på utbrudd av sykdommer som på grunn av barnevaksineprogrammet sjelden forekommer i Norge. Blant annet meslinger og kikhoste forekommer hyppig blant asylsøkere. Kikhoste kan være livstruende for små barn og om dette blir påvist skal de sykehusinnlegges. Ved meslinger skal smittevernsprosedyrer iverksettes.

Gjennomsnittsalderen på asylsøkerne er lav, og derfor er forekomsten av kroniske sykdommer lav. Man må også regne med at det har vært en viss form for seleksjon, da det ofte er kun de friskeste som har våget seg ut på den lange reisen til vesten. Det er imidlertid stor forekomst av en rekke ortopediske tilstander som krever helsehjelp. Skuddskader, mineskader og feiltilheling av brudd påført under tortur er vanlige tilfeller. Videre er det sequele (følgetilstand) etter poliomyelitt, forsømte hofteladdsdysplasier, klumpfot som er det vanligste lidelsene.



Magesmerter, ernæringssvikt og jernmangelanemi er også vanlig. Det forekommer også ofte et ikke erkjent brillebehov. Synsproblemer er noe som oppleves ofte oversett av legen. Synstest bør derfor tas rutinemessig. Dårlig tannstatus er svært vanlig. Både fysiske og mentale funksjonshemminger forekommer i ulike alvorlighetsgrader. De bør utredes og behandles som tilsvarende tilstander hos norske. Muskelsmerter, ryggsmarter og hodepine er vanlig. Dette kan være fysisk betinget, som følge av tortur eller annen skade, men har som oftest sammenheng med asylsøkernes psykososiale situasjon.

(Brunvatne, 2006, side. 176)

### **Psykisk helse**

Det avgjort største helseproblemet blant asylsøkere er av psykisk art. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og angst rammer en stor andel av asylsøkerne. PTSD innebærer plagsomme gjenopplevelser av traumet, ofte som ”flashbacks” og mareritt. Søvnproblemer og økt irritabilitet er vanlig. Selvmordsfare kan forekomme om depresjonen blir betydelig. Som tidligere nevnt er asylsøkere en utsatt og sårbar gruppe. De fleste har opplevd store traumer før de kommer til Norge. Ofte er forhold som fremmer mestring en viktig faktor for å kunne oppnå bedre psykisk helse for denne gruppen. Dette er forhold som gir en opplevelse av sammenheng. Det innebærer at tilværelsen er trygg og forståelig, og at den er håndterbar, slik at individet selv kan påvirke den. I tillegg må det som skjer, virke meningsfullt. Et opphold i et asylmottak er uheldig for asylsøkerne i forhold til dette, da forholdene her kan sies å nesten være det motsatte. Hos asylsøkere er det et sammenfall av uheldige faktorer som belaster den psykiske helsen.

De viktigste faktorene er:

- Traumer i hjemlandet før og/eller under flukten
- Usikkerhet på om framtiden vil gi trygghet
- Passivitet og venting i asylmottak
- Fravær av sosialt nettverk.

I slike mulitbelastende situasjoner vil bare noen få klare å opprettholde psykisk god helse. Ventetiden kan bryte ned selv de sterkeste om usikkerheten blir langvarig. Det kan derfor virke som et paradoks når det forventes ”normalitet” fra asylsøkerne. Psykisk stress gjør at enkelte asylsøkere med barn ofte ikke makter sin rolle som kompetent forelder. Depresjon hos mødre er alltid skadelig for barn. Mange asylsøkerbarn lever i lang tid med sterkt deprimerte mødre. Dette kan bli så uttalt at det er snakk om omsorgssvikt. Psykiske

symptomer som følge av stress før og under flukt, eller som følge av langvarig venting i asylmottak, gir vanligvis ikke rett til oppholdstillatelse.

(Brunvatne, 2006, side. 177)

### **Utfordringer**

Kommuner med asylmottak bør kvalitetssikre helsetjenestetilbudet til asylsøkere. Spesielt er det viktig å påse at smittevernsarbeid og psykisk helse vektlegges. En tilrettelagt helsetjeneste organiserer dette best. Sosial- og helsedirektoratets veileder, helsetjeneste til flyktninger og asylsøkere, skal legges til grunn for arbeidet. Norskopplæring til voksne asylsøkere bør gjenopptas og sentrale myndigheter må finne fram til grep som drastisk reduserer den lange ventetiden i asylmottak om man vil skape et godt og likeverdig helsetilbud for asylsøkere.

(Brunvatne, 2006, side. 179)

### **1.6 Metode**

I denne delen av oppgaven så kommer det først en begrunnelse for vårt undersøkelsesopplegg, senere i oppgaven vil vi presentere funn fra de intervjuene vi har gjennomført. Til slutt vil vi avslutte med en gjennomgang av prosjektet, og konklusjon.

Det som skulle vise seg å være den største utfordringen, og også et lite paradigmeskifte i oppgaven, var at UDI nektet oss å intervjuere asylsøkerne, på grunn av deres sårbare status. Vi skiftet dermed fokus ifra asylsøkernes vinkel til hvordan systemet rundt (kommunehelsetjenesten og asylmottakene) oppfattet virksomheten.

Det første viktige valget vi sto overfor var hvilken metode vi skulle benytte oss av når vi skulle samle inn data. Det er da viktig å velge den metoden som får belyst problemstillingen på en best mulig måte. Metodene en operer med innen dette fagfeltet er kvantitativ eller en kvalitativ metode. Den kvantitative metoden egner seg best når det er mange objekter som skal undersøkes, den vanligste formen å samle inn data i denne metoden er å benytte seg av spørreskjemaer. I vår oppgave har vi valgt å bruke den kvalitative metoden når vi skulle samle inn data.

I vår oppgave har vi gjennomført intervju med kommunehelsetjenesten og asylmottak i Molde og i Ulstein kommune, altså fire intervjuer. Den kvalitative metoden egnet seg best

for vår del siden vi har undersøkt så få objekter, samtidig går denne metoden i dybden på hver enkelt. Denne metoden egner seg også best når en har en problemstilling en ønsker å få belyst, den får da fram nyanserte data og går i dybden på hver enkelt, samtidig åpner den for kontekstuelle forhold. Gjennom dette skapes det også et behov om at det er best å konsentrere seg om få enheter til en slik undersøkelse som kan kalles et intensivt opplegg. Dette er en styrke med dette undersøkelsesopplegget, som igjen forsterker at vi i vår oppgave har valgt å benytte den rette metoden ved datainnsamling.

(Jacobsen, 2005, side. 62)

Det neste valget vi måtte ta etter at vi hadde valgt den kvalitative metoden var hvordan vi skulle få samle inn dataene. Innen den kvalitative metoden så skiller man mellom fire forskjellige måter på hvordan en kan samle inn data. Her skilles det mellom det individuelle, åpne intervjuet, gruppeintervjuet, observasjon og dokumentundersøkelse. Vi valgte den måten som nok er det vanligste måten for datainnsamling innenfor den kvalitative metoden, og det er det individuelle, åpne intervjuet. Denne formen for datainnsamling egnet seg helt klart best vår del, siden vi undersøkte få objekter og vi var interessert i hva det enkelte objekt hadde å si. Videre så valgte vi å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, når en gjennomfører intervjuet ansikt til ansikt så oppnås det en personlig kontakt, man kommer svært nært innpå hverandre og det skapes en form for fortrolighet.

Før vi gjennomførte intervjuene med våre informanter så ble vi enige om at intervjuene skulle foregå i deres lokaler. Hvor intervjuene holdes hen blir sett på som et viktig valg fordi at mye forskning har vist at en slik sammenheng (ofte kalt konteksten) som intervjuet foregår i, svært ofte kan påvirke intervjuets innhold. Dette omtales også som konteksteffekten. Helt generelt så kan det nevnes at kunstige omgivelser i forskningssammenheng kan ha en tendens til at informantene kan opptre kunstig og gir kunstige svar. Intervjuobjekter kan opptre forskjellig i en kunstig og naturlig kontekst. (Jacobsen, 2005, side.145)

Når en gjennomfører slike undersøkelser så stilles det to krav som en må forholde seg til, dette er uavhengig om en snakk om en kvantitativ eller kvalitativ metode. Det første kravet en må forholde seg til er gyldighet, med det så menes det at en måler faktisk det en ønsker

å måle. Det andre kravet som vi må forholde oss til er pålitelighet, med det så menes det at vi kan stole på den informasjonen vi har fått samlet inn.

(Jacobsen, 2005, side.141)

Det sies at gode forberedelser som regel fører til gode resultater. Før vi foretok våre intervju så hadde vi utarbeidet en intervjuguide, grunnen til at vi valgte å gjøre det var at vi ønsket å gi intervjuene enn viss grad av struktur. Dette var noe som vi gjorde i forkant av intervjuene, det ga oss også innblikk og oversikt om temaet som vi ønsket å få belyst i løpet av intervjuene. Hvis er intervju ikke har vært gjennom noen form for strukturering så vil dataene blir svært komplekse og det kan bli svært vanskelig eller svært ressurskrevende å gjennomføre gode analyser.

(Jacobsen, 2005, side.144-145)

Vi spurte våre informanter om de ønsket å forholde seg anonyme. Dette ble ikke sett på som nødvendig. Vi som forfattere tok til slutt avgjørelsen om at det var svært stor gjennomsiktighet da vi identifiserer mottakslederne. Mye av poenget med vårt valg av informanter var at det behøvdes stor kompetanse på et relativt snevert område. Vi har derfor valgt å ikke anonymisere våre informanter, da dette ikke virket hensiktsmessig. Vi spurte også hvordan de stilte seg til at vi brukte båndopptaker. Dette var noe som ikke var ønskelig fra deres sin side.

(Jacobsen, 2005, side. 48)

I dagens forskningsetikk er Kant en sentral mann. Hans humanistiske prinsipp er en grunnleggende bærebjelke i det meste som foregår av forskning. Kant sier;  
*«Man skal ikke skade andre eller ville dem vondt, men praktiske og etiske avveininger underkastes i større grad det som kalles konsekvenslogikk.»*

(Jacobsen, 2005, side.45)

Utgangspunktet for forskningsetikken i Norge i dag er tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og dem det forskes på, og de er følgende;

- **Informert samtykke;** Den som undersøkes skal delta frivillig i undersøkelsen, og den frivillige deltakelsen skal være basert på at den som undersøkes vet alt om hvilke farer og gevinster en slik deltakelse kan medføre.

- **Krav til privatliv;** De som skal undersøkes har rett til privatliv, det vil si et fristed i livet som ikke nødvendigvis skal undersøkes, vi må arbeide etter ideal om at de som skal undersøkes, skal forbli anonyme.
- **Krav til riktig presentasjon av data;** I den grad det er mulig skal vi forsøke å gjengi resultater fullstendig og i riktig sammenheng. Med riktig presentasjon menes også at vi ikke skal forfalske data og resultater.

(Jacobsen, 2005, side.46-57)

I vår oppgave har vi forsøkt å arbeide etter disse tre grunnleggende kravene eller retningslinjene så godt det har latt seg gjøre gjennom helse prosessen. Siden vi i vår oppgave har valgt å fokusere på om asylsøkere får oppfylt sin rett til informasjon, så vil det ikke være snakk om innhenting av sensitive personopplysninger. Dette vil heller ikke gi oss noen problemer knyttet til personvern.

## 2.0 Det rettslige grunnlaget

Vårt mål med denne oppgaven er å finne ut hvordan bestemmelsen til retten om informasjon fungerer i forhold til asylsøkere. Dette er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Som det er nevnt tidligere i denne oppgaven så er det denne bestemmelsen som er utgangspunktet for vår oppgave. I denne delen så skal det redegjøres for innholdet av den aktuelle rettsregelen.

*Med en «rettsregel så menes en norm som regulerer forholdene mellom borgerne i et samfunn eller mellom borgerne og det offentlige eller mellom statsmaktene. Rettsregler er noe som er regulert i lover, andre skriftlige rettskilder og ulovfestet rett.»*

(Gisle m.fl.2007, side.274)

Ut i fra et rettighetsperspektiv så kan det være greit å redegjøre for at asylsøkere her til lands har de samme rettighetene til helsetjenester som landets øvrige befolkning. Dette fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven samt at denne gruppen er medlem av folketrygden.

I velferdsstatens venterom. 2011. (Tema: Asylsøkeres rett til helsetjenester).  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouet/2011/nou-2011-10/26.html?id=645620>  
 (Lest: 19/5-2012)

Det er kommunene som er ansvarlig og pliktige i å tilby de som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunene nødvendige helsetjenester. I forhold til vår oppgave så vil asylsøkere helt åpenbart falle inn under lovens ordlyd som «oppholder seg midlertidig i kommunen» jfr. helse- og omsorgstjenesteloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2012. *Lov av 7.januar 2012.kommunale helse- og omsorgstjenester* <http://www.lovdata.no> (Lest: 19/5-2012)

I lovgivningen så skilles det mellom rett til nødvendig helsehjelp og øyeblikkelig hjelp. Med nødvendig helsehjelp så menes helsehjelp om hva som er «nødvendig» ut fra individuelle behov samt at vurderingen som foretas fra helsepersonell er i samsvar med forsvarlighetskravet som er regulert i helsepersonelloven.

Med øyeblikkelig helsehjelp fra helsetjenesten så menes helsehjelp som er «påtrengende nødvendig.» En vesentlig faktor en må vurdere om hva som er «påtrengende nødvendig» er om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av helsetilstanden.

Alvorlighetsgraden ved akutt sykdom er altså et sentralt vurderingsmoment i denne sammenhengen.

### **Fasene i en asylsak**

Det opereres med tre faser i en asylsak, og de er følgende: transittfasen, ordinært mottak og returfasen.

Den første fasen i en asylsak kalles for transittfasen eller ankomstfasen. Det er i denne fasen personer fra andre land kommer til Norge og ber myndighetene om beskyttelse og ønsker å påberope seg anerkjennelse som flyktning. Det de må gjøre da er å registrere seg hos utlendingsenheten hos politiet, som igjen henviser de aktuelle personene til UDI. Når dette er gjort så blir de som takker ja til tilbud om mottaksplass innlosjert i en ankomstransitt. Her blir det gjennomført en førstegangshelseundersøkelse, grunnen til at dette gjøres er at helsetjenesten vil avdekke om det foreligger behandlingstrengende sykdommer og lidelser. I ankomstransitten så er denne gruppen pliktige til å gjennomføre en tuberkulosekontroll jfr. forskrift om tuberkulosekontroll § 3-1.

Ordinært mottak er den andre fasen i en asylsak, dette er botilbudet for de menneskene som har søkt om beskyttelse i Norge i transittfasen og som venter på at deres søknad skal bli ferdigbehandlet. Dette botilbudet gjelder fra asylsøknaden er presentert til den enkelte

enten får innvilget opphold eller om en får avslag på søknaden og må deretter forlate landet.

Den tredje og siste fasen som man operer med i en asylsak kaller man for returfasen. Denne fasen er aktuell for de personene som endelig har fått avslag på søknaden sin om opphold, de som er berørt må forlate landet innen en gitt tidsfrist. De som ikke forlater landet innen den gitte tidsfristen blir plassert i et ventemottak, de som ikke har forlatt landet innen tidsfristen og ikke er blitt plassert i et såkalt ventemottak oppholder seg ulovlig i Norge.

Helsedirektoratet. 2010. (*Tema: Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*).

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente.pdf> (Lest: 25/4-2012)

I de to første fasene så ligger alt til rette for at det skal være et adekvat og likeverdig helsetilbud for asylsøkere på lik linje med øvrige befolkningen. I den tredje og siste fasen så har denne de kun rett til øyeblikkelig hjelp siden de har fått avslag på søknaden sin om opphold og har dermed mistet sin status som asylsøker.

Formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.» jfr. § 1-1.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov av 7.februar 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter* <http://www.lovdata.no> (Lest: 19/5-2012)

Hovedregelen om informasjon er at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold av helsehjelpen. Dette innebærer den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. De som er pliktige til å formidle denne informasjonen er helsepersonell, som har det faglige ansvaret for helsehjelpen. Dette er lovregulert i helsepersonelloven § 10. Hva som kan defineres som helsepersonell er regulert i § 48. Informasjonsplikten overfor pasienter er noe som blir betegnet som svært viktig, grunnen til det er at det er snakk om forhold som angår en selv

som person og at en skal ha mulighet til å ivareta sine egne interesser, autonomi og integritet.

(Ot.prp.nr.12 (1998-1999:130))

Videre så stilles det også et krav til at informasjonsplikten skal være tilpasset de aktuelle mottakernes individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Helsepersonellens viktigste oppgave blir da å sørge for å sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som blir gitt. Når helsearbeidere og andre hjelpere heller ikke kjenner ens eget språk og egen kultur, blir mulighetene til å få faglig hjelp også sterkt redusert. Ut i fra ordlyden i bestemmelsen og i forarbeidene så må dette tolkes at det skal brukes tolk i de helsesituasjoner der pasient og helsepersonell ikke har fellesspråk.

Ot.prp.nr.13 (1998-1999:222)

## **2.1 Tolk og tolketjenesten**

Kommunikasjon med bruk av tolk vil være helt nødvendig for at enkelte grupper skal klare å sette seg inn i sin egen helsesituasjon. Samtidig har de en rettighet til informasjon, denne informasjonen ved helsehjelp skal inneholde opplysninger om pasientens helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som ytes. Plikten til å videreføre disse helseopplysningene påhviler det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen, tolkens rolle blir da svært viktig i en slik sammenheng.

Det offentlige har en alminnelig opplysnings- og veiledningsplikt som inkluderer grupper som ikke har norsk til morsmål. Norge har ratifisert internasjonale avtaler som forutsetter at forvaltningen bruker tolk når det trengs for å sikre rettslig og språklig likestilling.

Mottaksapparatet er ikke en del av forvaltningen, juridisk sett, men det ivaretar viktige oppgaver på statens vegne, og det overfor personer som per definisjon har mangelfull kjennskap til hvilke rettigheter og plikter de har i det norske samfunnet. UDI har derfor krevd at det bli brukt tolk eller språkassistent når det trengs.

Beboerne har med andre ord rett til å få tolket viktig informasjon. For at denne rettigheten skal være reell, må de kjenne til den, og de må bli fortrolige med hva det innebærer å bruke tolk.



UDI regelverk.2008. *(Tema:krav til bruk av tolk og språkassistenter i statlige mottak)*. (Lest: 19/5-2012). <http://www.udiregelverk.no/default.aspx?path={0486E362-46AE-4744-B462-CFAE03F3678B}>

Et annet moment som spiller en viktig rolle er tillit, tillit er svært viktig i en slik sammenheng når en prater om noens helse, dette er svært sensitiv informasjon. Det kan være viktig i en slik kontekst å klargjøre for tolkens oppgaver, det framgår av veilederen fra helsedirektoratet at tolkens viktigste oppgaver er tolkeetiske forpliktelser som er taushetsplikt og upartiskhet.

Noe som er ganske vanlig i tolkesammenheng er at det blir benyttet telefontolk, dette er praktisk og ressursbesparende, men det kan føre til tolketekniske og sikkerhetsmessige utfordringer. Noe annet som anses som vanskelig og svært krevende ved telefontolking er at den personen som tolker ikke får sett samtalepartnerne som en skal bistå. Men når en først skal benytte seg av dette tilbudet så er det svært viktig at det benyttes kvalifiserte tolker.

Helsedirektoratet. 2010. *(Tema: Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente)*.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente.pdf> (Lest: 26/4-2012)

Det er ikke bare opp til den enkelte å avgjøre om man vil benytte seg av tolk eller ikke. Det må ilegges stor vekt på beboerens opplevelse av sitt behov. En tommelfingerregel som blir benyttet er at jo viktigere informasjonen som skal formidles, jo viktigere er det å bruke tolk. Sensitiv informasjon skal alltid gis med hjelp av tolk.

UDI regelverk.2008. *(Tema:krav til bruk av tolk og språkassistenter i statlige mottak)*. <http://www.udiregelverk.no/default.aspx?path={0486E362-46AE-4744-B462-CFAE03F3678B}> (Lest: 19/5-2012)

### **3.0 Data**

#### **Tiltak for å sikre at asylsøkeres rettighet til informasjon ved helsehjelp**

Kommunehelsetjenesten sier de følger retningslinjene fra helsedirektoratet og det mest effektive tiltaket for å sikre asylsøkeres rettigheter til informasjon er ikke overraskende tolk. Veileder fra helsedirektoratet, rettighetskurs om helsehjelp og interkommunal helsesøster er andre tiltak blir brukt.

Asylmottakene gir mye informasjon gjennom informasjonsprogram. Det blir også lagt vekt på at det kun er tolk som skal brukes av helsepersonell ved formidling av informasjon som har med helsespørsmål å gjøre. Det blir foretatt en helseundersøkelse ved ankomst. I forbindelse med denne sjekken får de en del informasjon om hvorfor denne blir gjort. Det er opplevd at mange søkere i transitt ikke har fått/forstått den informasjonen som er krevd. Derfor er det ilagt stor vekt på å gi denne informasjonen på nytt når en asylsøker ankommer et ordinært mottak. Det finnes ingen kommunal sikringstjeneste for å sikre seg at asylsøkerne forstår den informasjonen som blir gitt, kun individuell sikring.

#### **System for at asylsøkere kan sette seg inn i egen helsesituasjon**

Kommunehelsetjenesten i Ulstein understreker at helsetilbudet for asylsøkere i kommunen er veldig bra, og at dagens system tilrettelegger for at asylsøkere kan sette seg inn i sin egen helsesituasjon. I Molde opplever de at det tidvis er utfordringer med kommunikasjon. Det kunne også tidvis knytte seg utfordringer til å få oppfylt asylsøkernes rettighet til informasjon.

Asylmottaket i Ulstein synes dagens system tilrettelegger for at målet med informasjon blir oppfylt. De føler likevel at det er en del utfordringer knyttet til psykiske problem, som både er vanskelig å avdekke, og er skyldbelagt. Asylmottaket i Molde har den samme oppfatningen som i Ulstein men deler syn med kommunehelsetjenesten om at kommunikasjon er en utfordring.

#### **Andre tiltak som burde vurderes for å sikre informasjonsplikten**

På dette spørsmålet var kommunehelsetjenesten i de forskjellige kommunene overraskende samstemt. Det blir vektlagt at selv om ting fungerer bra, kunne det vært bedre, men alt bunner i grunn ut på hvor mye ressurser en har. Kommunehelsetjenesten i Molde har for

eksempel forsøkt å lage et skriv om helserettigheter på asylsøkernes språk, men måtte legge dette arbeidet på vent, da det ble for kostnadskrevenne.

Asylmottaket i Molde mener dagens tiltak er gode nok for å sikre at informasjonsplikten blir overholdt. Det samme mener asylmottaket i Ulstein, men de tilføyer at de gjerne skulle hatt større ressurser, spesielt med tanke på utfordringene rundt psykisk helse.

### **Hovedansvaret for å overholde informasjonsplikten**

Alle instansene vi har vært i kontakt med påpeker viktigheten ved at trent helsepersonell er den som har hovedansvaret for å overholde informasjonsplikten. Også å vurdere når det er behov for tolk.

### **Asylmottakets rolle i informasjonsarbeidet**

Helsepersonellet som vi har vært i kontakt med i Molde mener at asylmottaket er en viktig instans når det kommer til formidling av informasjon. Asylmottakene er ansvarlig for oppfølging av asylsøkere, og etablere kontakt med fastlegen.

Før ”førstelinjetjenesten” kommer asylmottaket. Mottaket blir nesten som en pårørende eller ankerfeste. De gir informasjonsprogram ved flere tema. Helse er bare et av mange. Ved samvær med søkerne, og å se hvordan de opplever dagliglivet, blir det ofte det nærmeste en kommer kvalitetssikring i forhold til om de forstår informasjonen eller ikke.

### **Rutiner mellom kommunehelsetjenesten og asylmottakene**

Det finnes ingen kvalitetssikring på at asylsøkerne faktisk forstår informasjonen som blir gitt dem. Oppfattelsen blir vurdert individuelt, oppimot hver enkelt sak, på like linje med den vanlige bruker.

Fra Asylmottaket i Ulstein kommer det klart frem at de er fornøyd med sine rutiner for å sikre at asylsøkere forstår den informasjonen som blir gitt. I forhold til kommunehelsetjenesten har asylmottaket en helt annen mulighet til å kvalitetssikre den informasjonen som blir gitt, også blir forstått, da de har daglig kontakt med søkerne. Men det blir påpekt at det er opp til hvert enkelt asylmottak og kommunehelsetjeneste å utarbeide gode rutiner. Mottaket arbeider under helt andre premisser enn kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling av helseinformasjon. Det er en vanlig feiloppfatning at ansatte i mottaket er i besittelse av helseopplysninger. Dette må klareres

mellom mottak og kommunehelsetjeneste i den enkelte kommune når slike opplysninger kan deles.

Dagens ordning blir oppfattet som god. Det blir presisert hvor viktig det er at sensitive helseopplysninger blir ivaretatt av fagpersoner. Mottaksansatte har ikke den samme faglige bakgrunnen som helsepersonell. Dette gjelder både informasjon og håndtering av opplysninger. Alle skriver under på taushetsplikt, men det blir opplevd at taushetsplikten til helsetjenesten veier ”tungt” og at integriteten er høy i helsesektoren.

### **Utfordringer knyttet til språk og kultur**

Kommunehelsetjenesten opplever at det kan oppstå utfordringer spesielt med tanke på kvinnesyn og helse. Utfordringer kan oppstå når menn for eksempel ikke vil la seg behandle av kvinner, eller at det ikke er kapasitet til å la kvinner behandle andre kvinner. Synet på de forskjellige kjønn oppleves som en utfordring i møtet med helsevesenet. Språk er også en naturlig barriere. Når denne barrieren oppstår, handler det om å bruke tolk da tolketjenestene oppleves som gode. Det oppleves som at dette er en utfordring man har godt tak på.

Svaret fra asylmottakene er også i tråd med svaret fra kommunehelsetjenesten.

Utfordringene rundt kultur og helse dreier seg gjerne om kontroversielle temaer som omskjæring, tvangsekteskap og skader i forbindelse med krig og tortur. Selv om dette er alle store utfordringer, er det psykiske lidelser man føler er den største og mest utbredte utfordringen. Selv i Norge er psykisk helse et relativt tabubelagt område, mens asylmottaket mener at det er enda mer skyldbelagt i andre kulturer.

Hva gjelder språk, er tolketjenestene sentrale i det meste av arbeidet som blir gjort med informasjon, både fra og til, og selv om dette selvsagt er en utfordring har man utformet gode rutiner på området.

### **Tolketjenestene**

I kommunene Molde og Ulstein var oppfatningene av tolketjenestenes kvalitet i møte med kommunehelsetjenesten noe forskjellig. Molde var tilfredse med kvaliteten, mens Ulstein svarte at tjenestene på tolk er variable. De forteller at man gjerne finner seg noen tolker man er spesielt fornøgd med, og om man var i tide og fikk reservert de ”gode” tolkene var

kvaliteten god, om man trengte en tolk for noe uforutsett og øyeblikkelig var kvaliteten på tolk like variabel.

Asylmottaket i Molde var også enig med sin egen kommunehelsetjeneste om at man var tilfredse med kvaliteten på tolkene. I Ulstein delte asylmottaket mening med kommunehelsetjenesten, om at man gjerne finner seg ”favoritter”, og om man ikke synes kvaliteten hos en tolk var god fant man seg en annen.

### **Taushetsplikten**

På dette spørsmålet svarte alle respondentene noenlunde likt. Det knytter seg noen problemstillinger til samarbeid når man sitter på opplysninger som man føler man bør dele, men dette gjelder først og fremst andre hensyn enn ren helseproblematikk. Ellers er man enige om at på helsefronten er det viktig at opplysningene er taushetsbelagte på lik linje med det allmenne personvern.

### **Asylsøkeres og oppholdsstatus**

Tidligere ønsket man å vite om det var hensiktsmessig å sette i gang langvarig behandling på personer som kanskje ikke kom til å bli i landet. Dette prinsippet er bevisst endret på, og en er lovpålagt å gi nødvendig helsehjelp til den som trenger det. Det blir spesielt lagt vekt på prinsippet ”om nødvendig for liv og helse”, er ikke det nødvendig øyeblikkelig hjelp, venter en til søkeprosessen er avgjort.

## **4. Avslutning**

Når vi startet opp arbeidet med denne oppgaven var vi i utgangspunktet mer interessert i hvorvidt informasjonen som ble gitt til asylsøkere ble forstått enn hvordan den ble gitt. Siden vi måtte skifte innfallsvinkel og informanter underveis, ble vi i større grad tvunget til å se etter informasjonens form og hvordan den ble presentert.

Vi mente at selv om vi så oppgaven fra en litt annen vinkel, var vår problemstilling enda presis og relevant. Hovedfokuset gjennom hele oppgaven er om asylsøkere får oppfylt sin rett til informasjon. Målbarheten til hvorvidt målgruppen forstår den informasjonen som blir gitt ville i mange tilfeller uansett være usikker og lite representativ med utvalget våre ressurser kunne gi.

Ett av de mest sentrale spørsmålene vi stilte var derfor om de nye informantene følte at helsetjenesten tilrettelegger for at asylsøkere kan sette seg inn i sin egen helsesituasjon.

Som tidligere nevnt er populasjonen sammensatt og kompleks. Selv om man kan argumentere for at det alltid vil være individuelle variasjoner innenfor et utvalg, vil spriket i utdannings og mestrings-nivået til denne gruppen være langt på vei mer varierende enn om vi hadde hatt en ”norsk” målgruppe.

Det var stor enighet blant informantene om at systemet legger til rette informasjonsløpet på en god måte. Til syvende og sist er dette det man i praksis må gjøre for å oppfylle kravet i lovteksten. Selv om man i ytterste grad skal forsøke å få et inntrykk av at asylsøkerne har forstått informasjonen, må man legge til at helse er en av de arenaene hvor det også er vanskeligst å forstå den informasjonen som blir gitt, uavhengig av nasjonalitet. Det er med andre ord ikke bare folk med dårlig språk som kan føle at man går seg vill i en jungel av terminologi og fagspråk.

Ett av funnene var at man ikke har noen rutiner for å avdekke hvorvidt asylsøkerne forstod den informasjonen som de ble gitt. Det ble på den andre siden presisert at den beste måten å observere om noen forstår den informasjonen som blir gitt dem, er gjennom tett kontakt over tid. Dette vil i aller høyeste grad asylmottakene kunne gi, da de selv beskriver seg som en pårørende eller ankerfeste i asylsøkernes sak. Utfordringen her kan selvsagt være at asylmottaksarbeidere ikke skal gå rundt med helseopplysninger til beboerne på et mottak. I praksis derimot er det opplevd at det er mer løssluppent, og at asylsøkerne i mange tilfeller velger å dele denne informasjonen med sine ”pårørende”, i søken etter videre veiledning og hjelp.

Om vi ser på det juridiske grunnlaget er det liten tvil om at vi ut ifra vårt datamateriale kan konkludere med at systemet legger til rette for at asylsøkerne får informasjonen på en god og tilpasset måte. Veien til en konklusjon på vår problemstilling er kort ifra denne konklusjonen og svaret på vår problemstilling blir at asylsøkere får oppfylt sin rett til informasjon i møte med helsetjenesten.

## Litteraturliste

### Bøker:

Brunvatne, Reidun. 2006. *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. 1.utgave. 1.opplag. Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS.

Gisle, Jon m.fl. 2007. *Jusleksikon*. 3.utave. Oslo. Kunnskapsforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 2.utgave. Kristiansand. Høyskoleforlaget.

### Lover og offentlige publikasjoner:

Helsepersonelloven. 1999. *Lov om Helsepersonell*. <http://www.lovdatab.no>

Helsepersonelloven. 1999. *Lov om Helsepersonell. Ot.prp.nr.13 (1998-1999:222)*  
<http://www.lovdatab.no>

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2012. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*  
<http://www.lovdatab.no>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.  
<http://www.lovdatab.no>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Ot.prp.nr.12 (1998-1999:130)*.  
<http://www.lovdatab.no>

Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. *Lov om spesialisthelsetjenesten*. <http://www.lovdatab.no>  
(Lest: 22/3-2012)

### Nettsteder:

I velferdsstatens venterom. 2011. *(Tema: Asylsøkeres rett til helsetjenester)*.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2011/nou-2011-10/26.html?id=645620>

Helsedirektoratet. 2010. *(Tema: Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente)*.  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente.pdf>

UDI regelverk. 2008. *(Tema: krav til bruk av tolk og språkassistenter i statlige mottak)*.  
<http://www.udiregelverk.no/default.aspx?path={0486E362-46AE-4744-B462-CFAE03F3678B}>

## **Vedlegg 1**

### **Svar fra UDI om bruk av asylsøkere som forskningsobjekt**

Hei!

Vi kan ikkje nekte asylsøkjara å snakke med kven dei vil, og heller ikkje nokon å snakke med mottaksbebuara.

Vi får mange spørsmål frå studentar som ønskjer å intervju mottaksbebuara. Dette er personar som er i ein sårbar situasjon, og som i mange tilfelle ikkje vil vere i stand til å gi eit reelt informert samtykke når forskarar og studentar vender seg til dei. At det her dreier seg om helseforhold, gjer dette enno vanskelegare. Av forskningsetiske grunnar ønskjer vi difor å sterkt begrense omfanget av intervju med mottaksbebuara. I den grad slike intervju blir gjort, skal dei gjerast av personar med ein viss forskarkompetanse, altså med minimum avlagt mastergrad.

Med helsing

Nils Olav

Fou-koordinator



## Vedlegg 2

### Intervjuguide

- 1. Kan dere fortelle litt om hvilke tiltak som benyttes for å sikre at asylsøkeres rettighet til informasjon ved helsehjelp blir ivaretatt på en god måte?**
- 2. Tilrettelegger dagens system for at asylsøkere kan sette seg tilstrekkelig inn i sin egen helsesituasjon?**
- 3. Er det andre tiltak som burde vurderes for å sikre at informasjonsplikten overfor asylsøkere ved helsehjelp kan bli ivaretatt på en bedre måte?**
- 4. Hvem mener dere burde ha hovedansvaret for å overholde informasjonsplikten etter pasient- og brukerrettighetsloven?**
- 5. På hvilken måte burde asylmottaket ha en rolle i informasjonsarbeidet?**
- 6. Foreligger det gode nok rutiner mellom kommunehelsetjenesten og asylmottakene for å sikre at informasjonen ved helsehjelp blir forstått?**
- 7. Hvilke utfordringer knyttes til kultur og språk for denne gruppen?**
- 8. Fungerer tolketjenestene tilstrekkelig til å bistå helsepersonell med å formidle den informasjon som er nødvendig for at asylsøkere skal kunne få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen?**
- 9. Er taushetsplikten et hinder for samarbeidet mellom helsetjenesten og asylmottaket?**
- 10. Hvordan forholder helsepersonell seg til asylsøkeres oppholdsstatus?**