

Beregnet til
Helsedirektoratet

Dokument type
Notat

Dato
Juni 2016

NOTAT

PSYKOSOSIAL OPPFØLGING AV OG HELSETJENESTILBUD TIL ASYLSØKERE

INNHALDSFORTEGNELSE

	INNLEDNING	1
DEL 1:	INFORMASJON FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	3
1.	ORGANISERING AV TILBUDET TIL ASYLSØKERE	3
1.1	Tilbud til enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år	3
1.2	Tilbud til enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år	5
1.3	Tilbud til ansatte i omsorgssenter/mottak for enslige mindreårige asylsøkere	6
1.4	Tilbud til voksne asylsøkere over 18 år	8
1.5	Tilbud til ansatte i asylmottak for voksne	9
1.6	Tilgang til tolketjenester	10
2.	KOMPETANSE	12
2.1	Kompetanse på flyktningehelse	12
2.2	Tverrfaglig flyktningehelseteam	12
2.3	Spesialiserte traumeenheter	13
2.4	Tiltak for å øke kompetansen	14
3.	UTFORDRINGER	15
DEL 2:	INFORMASJON FRA KOMMUNENE	16
4.	ORGANISERING AV TILBUDET TIL ASYLSØKERE	16
4.1	Antall asylsøkere	16
4.2	Antall plasser for enslige mindreårige asylsøkere (EMA)	16
4.3	Organisering av helsetjenestetilbudet – som helseteam eller annet?	17
4.4	Helseundersøkelse innen 3 måneder etter ankomst?	19
4.5	Overføringer av helseopplysninger fra mottak/helsetjeneste i andre kommuner	20
4.6	Tilgang til tolketjenester	20
5.	RESSURSVURDERING OG KOMPETANSE	22
5.1	Tilgjengelige ressurser og kompetanse	22
5.2	Bruk av aktuell informasjon fra myndighetene	22
5.3	Bruk av veiledning og tilbud om kompetanseheving	24
DEL 3:	SAMARBEID	26
6.	SAMARBEID MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG KOMMUNEHELSETJENESTEN	26
6.1	Spesialisthelsetjenestens samarbeid med kommuner/bydeler	26
6.2	Kommunenes vurdering av samarbeid med spesialisthelsetjenesten	27
7.	KOMMUNENS SAMARBEID MED ANDRE AKTØRER	29
7.1	Samarbeid med Frisklivsentralen	29
7.2	Samarbeid med frivillige organisasjoner	29
	VEDLEGG	31

FIGUROVERSIKT

Figur 1.1 Har barnevernet omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år i deres opptaksområde?	3
Figur 1.2 Angi antall henviste enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år i løpet av de siste 6 månedene. Frekvens	4
Figur 1.3 Har enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år fått tilbud om utredning og behandling de siste 6 månedene? Frekvens	4
Figur 1.4 Er det mottak for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år i deres opptaksområde?	5
Figur 1.5 Angi antall henviste enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år i løpet av de siste 6 månedene. Frekvens	5
Figur 1.6 Har enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år fått tilbud om utredning og behandling i løpet av de siste 6 månedene? Frekvens	6
Figur 1.7 Har dere fått henvendelser fra barnevernets omsorgssentre for EMA under 15 år?	7
Figur 1.8 Har dere fått henvendelser fra mottakssentre for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år?	7
Figur 1.9 Er det etablert asylmottak for voksne i deres opptaksområdet?	8
Figur 1.10 Angi antall henviste voksne asylsøkere til DPS i løpet av de siste 6 månedene.	8
Figur 1.11 Har dere tilbud om utredning og behandling til voksne asylsøkere ut over det ordinære tilbudet til befolkningen i opptaksområdet?	9
Figur 1.12 Har dere fått henvendelser fra asylmottak for voksne asylsøkere?	10
Figur 1.13 Hvordan er tilgangen til tolketjenester?	10
Figur 1.14 Har dere rutiner for vurdering av behov for, bestilling og bruk av kvalifisert tolk?	11
Figur 1.15 Har dere tilgang på informasjonsmaterieell på relevante språk for nyankomne pasienter/brukere?	11
Figur 2.1 Er det etablert tverrfaglige flyktningehelseteam i opptaksområdet?	12
Figur 2.2 Er spesialisthelsetjenesten inkludert i teamet? Frekvens	13
Figur 2.3 Finnes det spesialiserte traumeenheter i opptaksområdet?	13
Figur 4.1 Er det etablert helseteam rettet mot asylsøkere?	17
Figur 4.2 Fordeling av oppgitt stillingsprosent etter stillingstype. Maksimum, minimum og gjennomsnitt.	19
Figur 4.3 I hvilken grad kommunehelsetjenesten har oversikt over følgende informasjon.	20
Figur 4.4 Bruk av tolketjenester	21
Figur 5.1 I hvilken grad har kommunen ressurser til å ivareta tilbud om helsetjenester til asylsøkere?	22
Figur 5.2 I hvilken grad brukes Helsedirektoratets digitale Veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente?	22
Figur 5.3 I hvilken grad er informasjonen brukt av helsetjenestene?	23
Figur 5.4 I hvilken grad har følgende nettsteder vært brukt i forbindelse med flyktningkrisen?..	23
Figur 5.5 I hvilken grad har følgende vært nyttig og relevant?	24
Figur 5.6 I hvilken grad benyttes veiledning og tilbud om kompetanseheving?	25
Figur 5.7 I hvilken grad er veiledning og tilbud om kompetanseheving nyttig og relevant?	25
Figur 6.1 Hvor mange henvendelser har dere fått fra kommuner/bydeler i opptaksområdet om bistand i arbeidet med asylsøkere?	27

Figur 6.2 Hvordan opplever kommunehelsetjenesten samarbeidet med DPS-ene og BUP-ene om helsehjelp til flyktninger og asylsøkere?	28
Figur 7.1 Er det samarbeid med Frisklivsentralen?	29
Figur 7.2 Er det samarbeid med frivillige organisasjoner om aktiviteter og tilbud til flyktninger og asylsøkere?	29
Figur 0.1 Er det desentralisert mottak?	31
Figur 0.2 Når ble mottak/omsorgssentre etablert (EMA)?	31

INNLEDNING

Høsten 2015 økte antallet asylsøkere til Norge. Det kom ca.2500 asylsøkere per uke da antallet var på topp. Til sammen var det 31 145 asylsøkere i 2015, mot 11 000 i 2014. I 2015 utgjorde aldersgruppen 0-17 år 33 % og enslige, mindreårige asylsøkere (EMA) 17 % av asylsøkerne.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å koordinere helseforvaltningens innsats i forbindelse med økt asylankomst. Koordineringen innbefattet fylkesmennene, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet skulle følge med på om helsetjenestene klarte å løse oppdraget. I løpet av oktober 2015 ble *prosjekt økt asylankomst* etablert. Prosjektet omfattet blant annet en arbeidsgruppe om nødvendig helsehjelp og smittevern i primærhelsetjenesten og en arbeidsgruppe om psykososial oppfølging i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet iverksatte høsten 2015 flere tiltak for å sikre god tilgang til helsetjenester for flyktninger og asylsøkere. Tiltakene omfatter informasjon og kompetanseheving, både i forhold til kommuner og helseforetak. Overordnet har det vært viktig å tydeliggjøre budskapet om at alle som søker asyl i landet har fulle rettigheter til helsehjelp, på lik linje med den øvrige befolkningen. Helsedirektoratet har blant annet samarbeidet nært med Folkehelseinstituttet og Utlendingsdirektoratet for å sikre best mulig informasjon og kompetanse.

Det er begrenset kunnskap om flyktninger og asylsøkeres tilgang til og bruk av helsetjenester i Norge. Kunnskapen er også begrenset i forhold til hvordan kommuner og helseforetak faktisk organiserer og håndterer helsetjenestetilbudet til flyktninger og asylsøkere. For å få mer oversikt har Helsedirektoratet først gjennomført en questback-undersøkelse om helsetjenestetilbudet i kommuner med mottak/omsorgssenter. Deretter har Rambøll fått i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse rettet mot distriktpsikiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) om spesialisthelsetjenestens psykososiale oppfølging og tjenestetilbud til asylsøkere. Dette notatet presenterer resultater fra de to undersøkelsene;

I del 1 presenteres opplysninger fra distriktpsikiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) om psykososial oppfølging og tjenestetilbud til asylsøkere, herunder informasjon om organisering av tilbudet, vurdering av tolketjenester, vurdering av kompetanse og beskrivelser av utfordringer knyttet til tilbudet til målgruppen.

Informasjonen fra DPS-ene og BUP-ene er innhentet via spørreskjemaverktøyet SurveyXact i mai/juni 2016. I alt ble spørreskjemaet besvart av 51 DPS-er og 23 BUP-er. Rekrutteringen av informanter ble gjort gjennom helseforetakenes e-postmottak og undersøkelsen ble videresendt til aktuelle ledere ved DPS-er og BUP-er.

I del 2 fremkommer informasjon innhentet fra kommuner med mottak og/eller omsorgssenter om helsetjenestetilbudet til asylsøkere, herunder informasjon om organisering, bruk av informasjon og veiledning/kompetanse, samt kommunenes vurdering av tilgang til tolketjenester.

Informasjonen er samlet inn via en questback-undersøkelse som ble gjennomført av Helsedirektoratet i månedsskiftet april/mai 2016 rettet mot ledere av helse- og omsorgstjenestene i kommuner med mottak og/eller omsorgssenter.

I del 3 presenteres informasjon om samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fra begge ovennevnte undersøkelser. I tillegg fremkommer informasjon fra kommunene om deres samarbeid med andre aktører, som frisklivscentralen og frivillige organisasjoner.

DEL 1: INFORMASJON FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

Her presenteres opplysninger fra distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) om psykososial oppfølging og tjenestetilbud til asylsøkere, herunder informasjon om organisering av tilbudet, vurdering av tolketjenester, vurdering av kompetanse og beskrivelser av utfordringer knyttet til tilbudet til målgruppen.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er et poliklinisk tilbud i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten for barn og unge fra 0 til 18 år. BUPs hovedoppgaver er å hjelpe barn og deres familier i form av utredning, behandling, rådgivning og tilrettelegging knyttet til psykiske vansker, atferdsvansker og læringsvansker.

Et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) er den delen av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, som har hovedansvaret for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område til personer over 18 år både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS gir spesialisert utredning og differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. Et distriktpspsykiatrisk senter skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten.

1. ORGANISERING AV TILBUDET TIL ASYLSØKERE

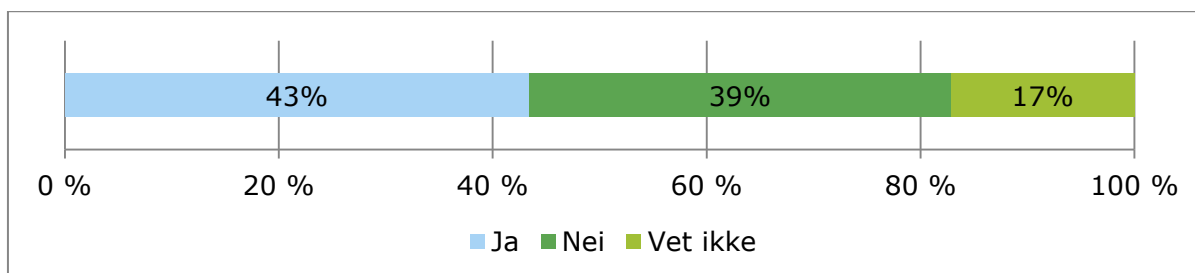
I det følgende presenteres opplysninger fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) om deres tilbud til asylsøkere. Først beskrives BUP-enes tilbud til enslige mindreårige asylsøkere i kapittel 1.1 og 1.2, og videre BUP-enes tilbud til ansatte i omsorgssentre og mottak i kapittel 1.3. Deretter presenteres opplysninger om DPS-enes tilbud til voksne asylsøkere i kapittel 1.4. Sist i kapitlet fremkommer BUP-ene og DPS-enes vurdering av tilgang til tolketjenester.

1.1 Tilbud til enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år

Som nevnt innledningsvis i kapitlet, er barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) et poliklinisk tilbud i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten for barn og unge fra 0 til 18 år. I det følgende fremkommer opplysninger om BUP-enes tilbud til enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år.

Figur 1.1 viser opplysninger fra BUP-ene om barnevernet har omsorgssentre for enslig mindre årige asylsøkere (EMA) under 15 år i deres opptaksområde, som følgelig påvirker tjenestetilbudet og antall henvisninger.

Figur 1.1 Har barnevernet omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år i deres opptaksområde?



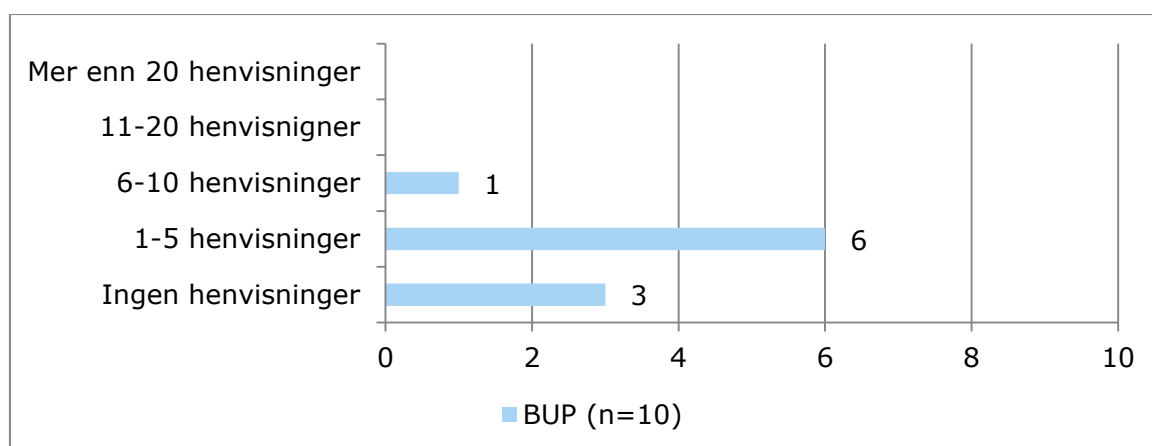
n=23

Som vi kan lese av figur 1.1 oppgir 43 prosent av BUP-ene at barnevernet har omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere under 15 år i deres opptaksområde. 39 prosent oppgir at barne-

vernet ikke har det, mens 17 prosent ikke vet om barnevernet har omsorgssentre for EMA under 15 år i deres opptaksområdet.

Figur 1.2 som viser opplysninger fra BUP-ene om antall henviste EMA under 15 år i løpet av de siste 6 månedene, blant BUP-ene som oppgir at barnevernet har omsorgssentre for EMA under 15 år i deres opptaksområde.

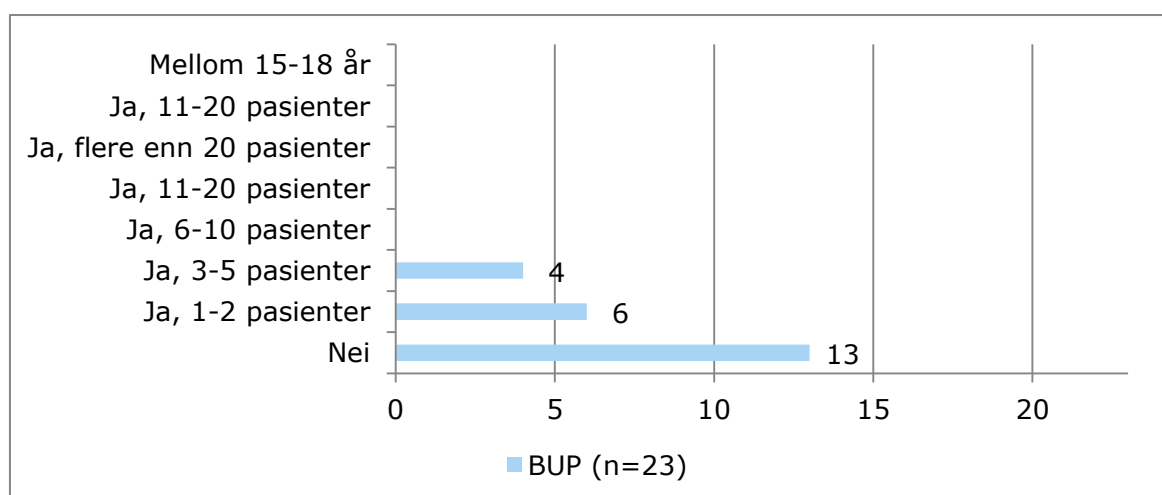
Figur 1.2 Angi antall henviste enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år i løpet av de siste 6 månedene. Frekvens



Jfr. figur 1.2 opplyser 6 av 10 BUP-er om at de har fått mellom 1-5 henvisninger i løpet av de siste seks månedene 1 av 10 BUP-er opplyser om at de har fått mellom 6-10 henvisninger i løpet av de siste seks månedene, mens 3 av 10 BUP-er opplyser at de har ingen henvisninger de siste seks månedene.

Figur 1.3 viser opplysninger fra samtlige BUP-er som har besvart undersøkelsen om hvor mange enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år som har fått tilbud om utredning og behandling i løpet av de siste 6 månedene.

Figur 1.3 Har enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år fått tilbud om utredning og behandling de siste 6 månedene? Frekvens



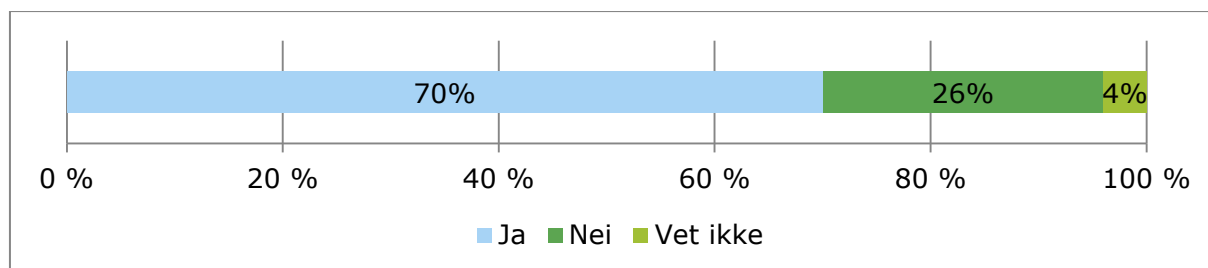
Som vi kan lese av figur 1.3, oppgir over halvparten av BUP-ene (13 BUP-er) at EMA under 15 år ikke har fått tilbud om utredning og behandling de siste 6 månedene. Blant BUP-ene som oppgir at EMA under 15 år har fått tilbud om utredning og behandling, oppgir 6 BUP-er at dette gjelder mellom 3 og 5 pasienter, og 4 BUP-er at dette gjelder mellom 1-2 pasienter.

1.2 Tilbud til enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år

I det følgende beskrives opplysninger fra BUP-ene om deres tilbud til enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år.

Figur 1.4 viser opplysninger fra BUP-ene om det er mottak for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år i deres opptaksområde.

Figur 1.4 Er det mottak for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år i deres opptaksområde?

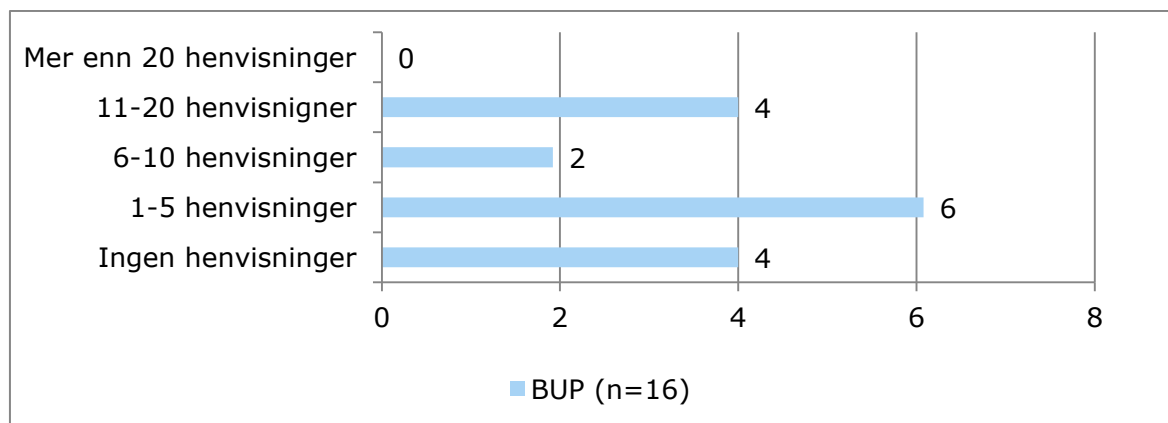


n=23

Som figur 1.4 viser, opplyser 70 prosent av BUP-ene (16 i antall) at det er mottak for enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år i deres opptaksområde. 1 av 4 opplyser om at det ikke er et slikt mottak i deres opptaksområde, mens én BUP ikke vet om det er mottak for EMA mellom 15 og 18 år i deres opptaksområde.

Av figur 1.5 fremkommer opplysninger fra BUP-ene om antall henviste EMA mellom 15 og 18 år de siste 6 månedene.

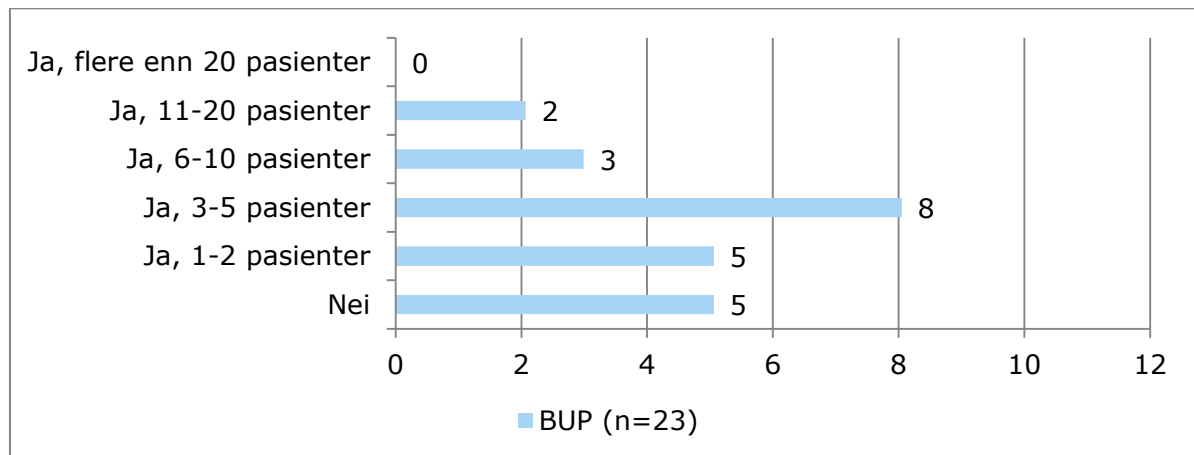
Figur 1.5 Angi antall henviste enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år i løpet av de siste 6 månedene. Frekvens



Som figur 1.5 viser, er det variasjon i antall henviste enslige mindreårige asylsøkere: 4 BUP-er opplyser at de har mottatt mellom 11 og 20 henvisninger, 2 BUP-er opplyser om at de har mottatt mellom 6-10 henvisninger og 6 opplyser om at de har mottatt mellom 1 og 5 henvisninger de siste seks månedene. Videre opplyser 4 BUP-er at de i løpet av de siste seks månedene ikke har hatt noen henvisninger av enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år.

Figur 1.6 viser opplysninger fra BUP-ene om hvor mange enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år som har fått tilbud om utredning og behandling i løpet av de siste seks månedene.

Figur 1.6 Har enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år fått tilbud om utredning og behandling i løpet av de siste 6 månedene? Frekvens



Jfr. figur 1.6 er det variasjon i hvor mange pasienter som har fått tilbud og utredning og behandling i BUP-ene: 2 BUP-er opplyser om at dette gjelder mellom 11 og 20 pasienter, 3 opplyser at dette gjelder mellom 6 og 10 pasienter, 8 BUP-er opplyser om at dette gjelder mellom 3 og 5 pasienter, mens 5 BUP-er opplyser om at 1-2 pasienter har fått tilbud om utredning og behandling i løpet av de siste 6 månedene. Videre opplyser 5 BUP-er at de ikke har tilbudt utredning og behandling til enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år de siste 6 månedene.

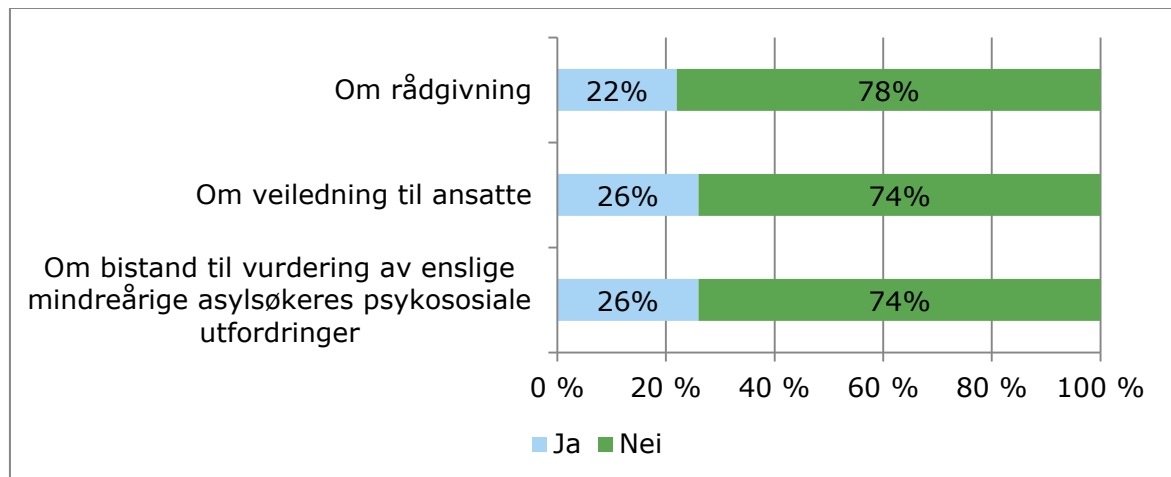
1.3 Tilbud til ansatte i omsorgssenter/mottak for enslige mindreårige asylsøkere

I det følgende presenteres opplysninger fra BUP-ene om hvilke tilbud de gir til ansatte i omsorgssentre eller mottak for enslige mindreårige asylsøkere. Først presenteres opplysninger om tilbud til barnevernets omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere under 15 år, deretter presenteres opplysninger om tilbud til ansatte i mottak for enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år.

BUP-ene ble bedt om å opplyse om hvilke tilbud de gir til ansatte i barnevernets omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år. Analyser av BUPens opplysninger viser at BUP-ene primært tilbyr veiledning og kompetansehevingstilbud. Veiledning og kompetansehevingstilbudet knyttes i flere tilfeller til «tankekart» og «livets tre» som aktuelle metodikker. I ett tilfelle oppgis også at ulike modeller for kartlegging og intervensjoner prøves ut. To BUP-er har organisert tilbud til barnevernets ansatte i faste samarbeidsarenaer. Én av BUP-ene bistår også mer direkte i traumebehandling. Blant BUP-ene som har besvart dette spørsmålet, viser analyser at nesten halvparten ikke har et tilbud til barnevernets ansatte og begrunner dette med at de ikke har et slikt omsorgssenter i sitt opptaksområdet.

Figur 1. 7 viser i hvilken grad BUP-ene har fått henvendelser fra barnevernets omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) under 15 år.

Figur 1.7 Har dere fått henvendelser fra barnevernets omsorgssentre for EMA under 15 år?



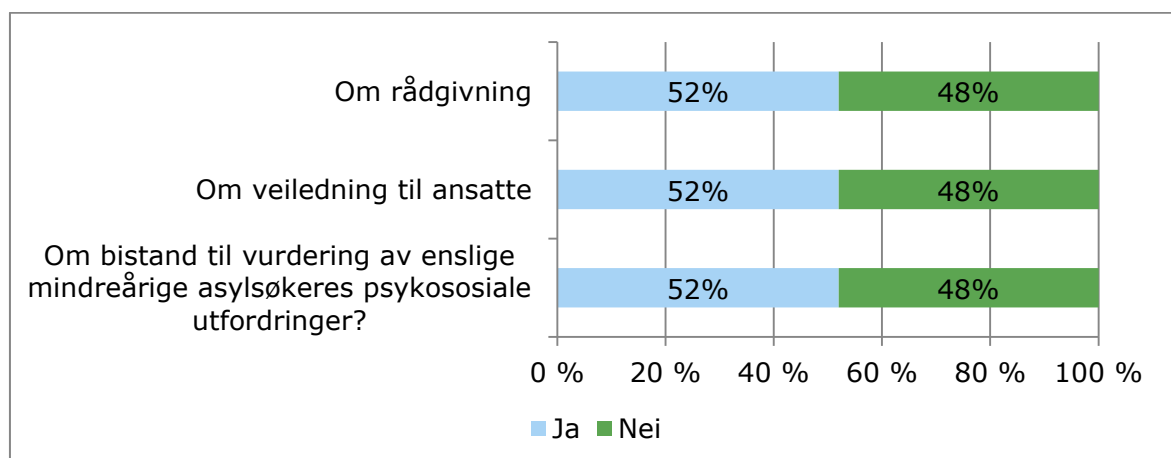
n= 23

Som vi kan lese av figur 1.7, oppgir flesteparten av BUP-ene som har besvart undersøkelsen at de ikke har fått henvendelser fra barnevernets omsorgssentre i forbindelse med rådgivning, veiledning av ansatte eller bistand til vurdering av enslige mindreårige asylsøkere. Omtrent én fjerdedel av BUP-ene oppgir at de har fått henvendelser fra barnevernets omsorgssentre for EMA under 15 år om enten rådgivning (5 BUP-er), om veiledning til ansatte (6 BUP-er) eller om bistand til vurdering av enslige mindreårige asylsøkeres psykososiale utfordringer (6 BUP-er).

BUP-ene ble videre bedt om å opplyse om de har tilbud til ansatte i mottak for EMA mellom 15 og 18 år. Analyser viser at de fleste BUP-ene som besvarer dette spørsmålet opplyser om at de har veilednings- og kompetansetilbud til ansatte på mottak for enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år. Tre BUP-er oppgir at de har faste samarbeidsarenaer for tilbudet de gir. Utdypelser av hva tilbudet består i samsvarer for øvrig med beskrivelsene om tilbudet til ansatte i barnevernets omsorgssentre.

Figur 1.8 viser i hvilken grad BUP-ene har fått henvendelser fra mottak for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år.

Figur 1.8 Har dere fått henvendelser fra mottakssentre for enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år?



n= 23

Jfr. figur 1.8, opplyser omkring halvparten av BUP-ene (12 i antall) at de har fått henvendelser fra mottakssentre om enten rådgivning, veiledning til ansatte eller bistand til vurdering av enslige

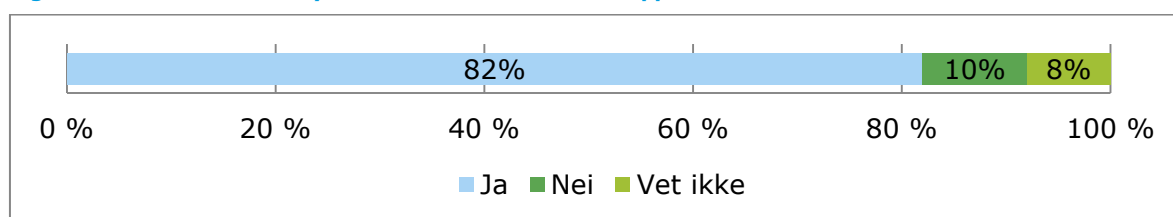
mindreårige asylsøkeres psykososiale utfordringer. Sammenligner vi med henvendelser fra barnevernets omsorgssentre, viser disse opplysningene at det er flere BUP-er som har fått henvendelser fra mottakssentrene.

1.4 Tilbud til voksne asylsøkere over 18 år

I det følgende presenteres opplysninger fra distriktpsikiatriske sentre (DPS) om deres tilbud til voksne asylsøkere over 18 år. Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, er et distriktpsikiatrisk senter (DPS) den delen av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, som har hovedansvaret for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område til personer over 18 år både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger.

Figur 1.9 viser DPS-ene opplysninger om det er etablert asylmottak for voksne i deres opptaksområde, som følgelig påvirker tjenestetilbudet og antall henvisninger.

Figur 1.9 Er det etablert asylmottak for voksne i deres opptaksområdet?

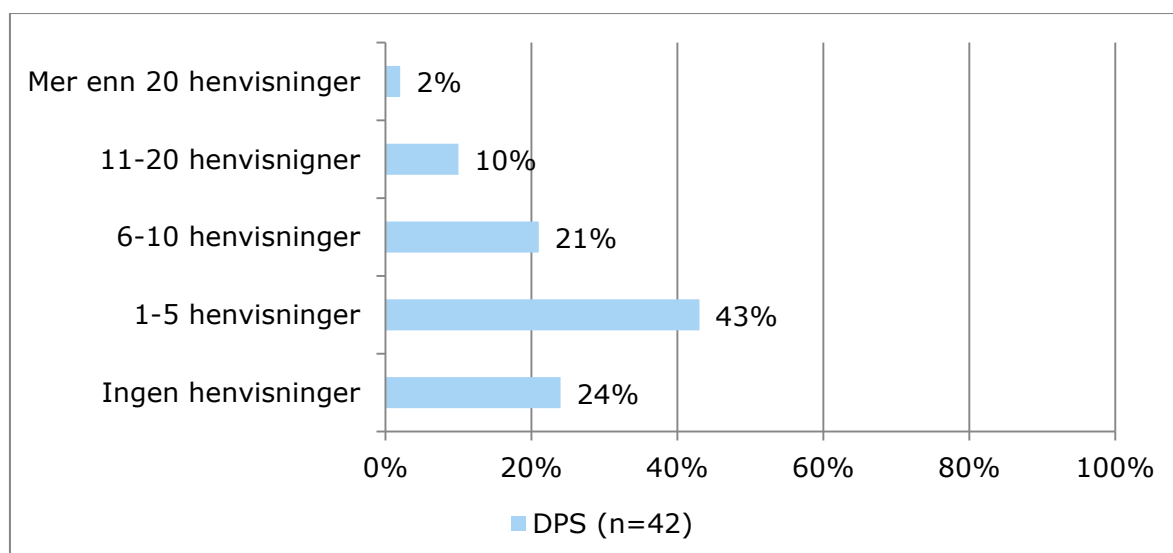


n=51

Jf. figur 1.9 oppgir 82 prosent av DPS-ene at det er etablert asylmottak for voksne i deres opptaksområde. 10 prosent oppgir at det ikke er etablert asylmottak, mens 8 prosent av DPS-ene ikke vet om det er etablert asylmottak i deres opptaksområde.

Figur 1.10 viser DPS-enes opplysninger om antall henviste asylsøkere løpet av de siste 6 månedene, blant DPS-ene som opplyser om at det er etablert asylmottak for voksne i deres opptaksområde.

Figur 1.10 Angi antall henviste voksne asylsøkere til DPS i løpet av de siste 6 månedene.



Som vi kan lese av figur 1.10 varierer antall henvisninger mellom DPS-ene. 43 prosent av DPS-ene (18 i antall) opplyser at de har mellom 1-5 henvisninger, 21 prosent (9 i antall) at de har mellom 6 og 10 henvisninger, 10 prosent (4 i antall) at de har mellom 11 og 20 henvisninger og ett DPS at de har mer enn 20 henvisninger. Videre opplyser 24 prosent av DPS-ene (10 i antall) at de ikke har mottatt henvisninger for voksne asylsøkere i løpet av de siste 6 månedene. Enkelte

DPS-er kommenterer i forbindelse med dette spørsmålet at de ikke har mottatt noen henvendelser for de de ikke har mottak i sitt opptaksområde.

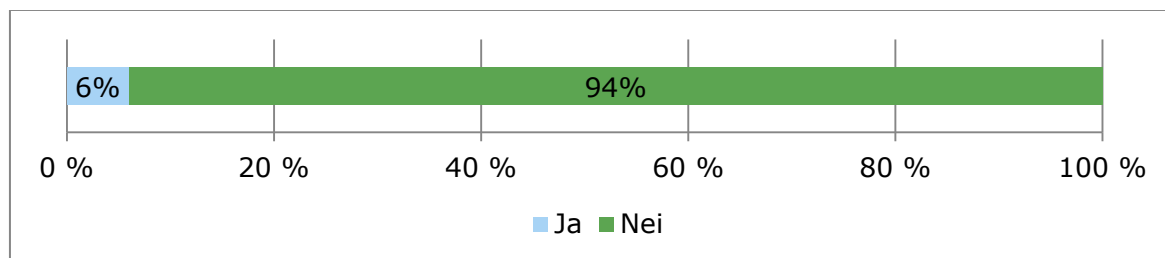
DPS-ene ble videre bedt om å beskrive hvilke begrunnelser de har for avslag av voksne asylsøkere. For DPS-ene som har avvist henviste voksne asylsøker, knyttes dette særlig til tre vurderinger:

- 9 DPS-er oppgir manglende symptomer på psykiske lidelser i henvisningene som begrunnelse for avslag
- 8 DPS-er oppgir prioriteringsveilederen som viktig for å begrunne avslag
- Ytterligere 8 DPS-er oppgir at de har gitt avslag med den begrunnelse at den henviste får sine behov best dekket i førstelinjetjenesten i kommunen

Flere av DPS-ene som gir avslag med den sistnevnte vurderingen, viser til at de psykiske plagene for gruppen ofte er knyttet til den ustabile situasjonen de befinner seg i. Dermed anses det ikke som hensiktsmessig å iverksette tiltak i spesialisthelsetjenesten før man har fått stabilisert livssituasjonen til den enkelte, og således endre på det som forårsaker plagene. Videre påpeker andre DPS-er på at denne gruppen behandles med like vurderinger som øvrig befolkning og får tilbud eller avslag deretter. I alt oppgir 11 DPS-er at de ikke har avvist noen voksne asylsøkere.

DPS-ene ble også spurt om de har tilbud om utredning og behandling til voksne asylsøkere ut over det ordinære tilbudet til befolkningen i deres opptaksområde. Figur 1.11 viser fordelingen av svarene på dette spørsmålet.

Figur 1.11 Har dere tilbud om utredning og behandling til voksne asylsøkere ut over det ordinære tilbudet til befolkningen i opptaksområdet?



n=51

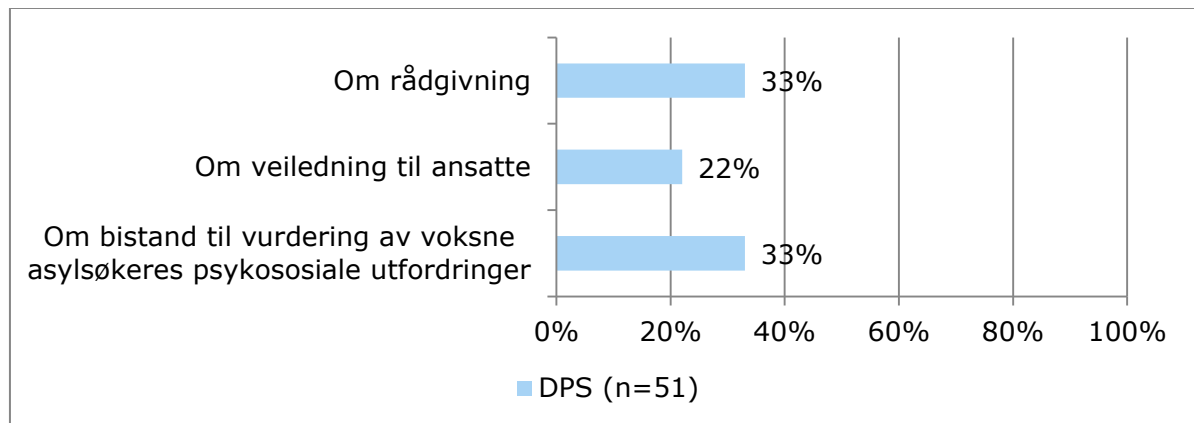
Som vi kan lese av figur 1.11 oppgir 6 prosent, eller 3 DPS-er, at de har tilbud om utredning og behandling til voksne asylsøkere ut over det ordinære tilbudet. For de som svarer ja på dette spørsmålet, er tilbudet knyttet til transkulturell fordykning eller storby- og flyktningsteam i tillegg til transkulturelt senter.

1.5 Tilbud til ansatte i asylmottak for voksne

I det følgende presenteres opplysninger om DPS-enes tilbud til ansatte i asylmottak for voksne.

DPS-ene ble bedt å opplyse om de har fått henvendelser fra asylmottaket for voksne asylsøkere om rådgivning, veiledning og om bistand til vurdering av voksne asylsøkeres psykososiale utfordringer. Figur 1.12 viser andelen DPS-er som oppgir at de har fått slike henvendelser.

Figur 1.12 Har dere fått henvendelser fra asylmottak for voksne asylsøkere?



Jfr. figur 1.12 opplyser en mindre andel av DPS-ene at de har mottatt henvendelser fra asylmottaket for voksne asylsøkere. 17 DPS-er (eller 33 prosent) opplyser om at de har mottatt henvendelser om rådgivning og om bistand til vurdering av voksne asylsøkeres psykososiale utfordringer. 11 DPS-er (eller 22 prosent) opplyser om at de har fått henvendelser om veiledning til ansatte i asylmottakene. En større andel DPS-er oppgir at de ikke har mottatt noen henvendelser fra asylmottakene.

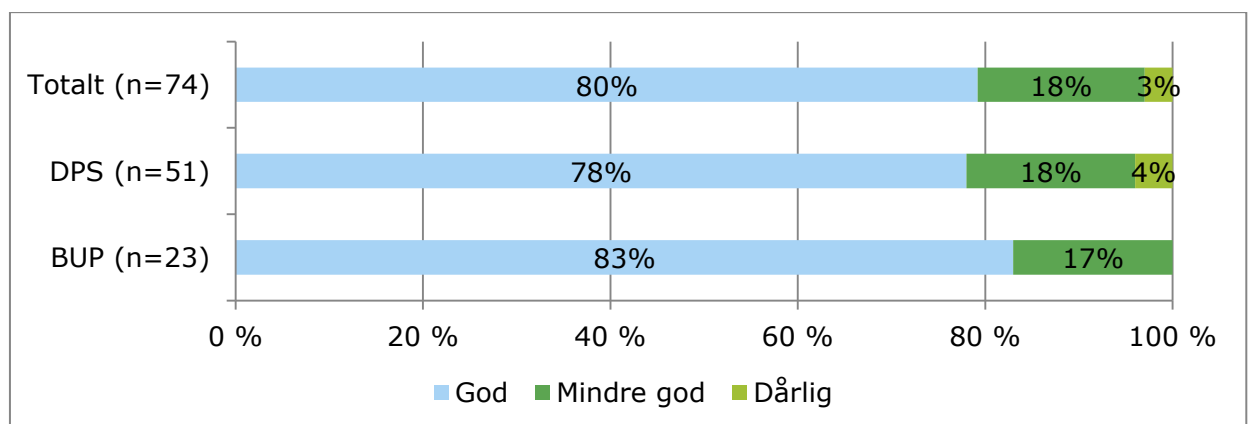
DPS-ene ble videre bedt om å opplyse om hvilke tilbud de gir til ansatte i mottaket for voksne asylsøkere. Analyser av svarene viser at tilbudet primært består i veiledning av og/eller rådgivning overfor de ansatte, både generelt og i spesifikke saker. 13 DPS-er opplyser om at de tilbyr dette nå og ytterligere 13 opplyser om at de kun gir slik tilbud etter henvendelser fra mottakene. Flere av de som oppgir at de kan gi råd på henvendelser, opplyser samtidig at det ikke har vært noen forespørsler om dette fra mottakene. 17 DPS-er opplyser at de ikke har noe organisert tilbud for de ansatte i mottak for voksne asylsøkere.

1.6 Tilgang til tolketjenester

I det følgende presenteres opplysninger fra DPS-ene og BUP-ene om deres vurdering av tilgang til tolketjenester, om de har rutiner for vurdering av behov for, bestilling og bruk av kvalifisert tolk, og videre om de har tilgang på informasjonsmateriell på relevant språk for nyankomne pasienter/brukere?

Figur 1.13 viser DPS-ene og BUP-enes vurdering av tilgangen til tolketjenester.

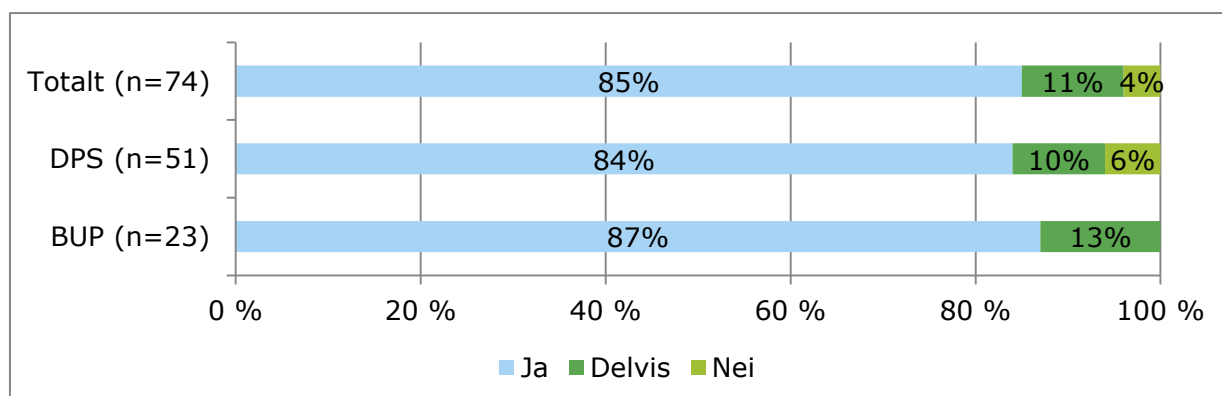
Figur 1.13 Hvordan er tilgangen til tolketjenester?



Jfr. figur 1.13, vurderer flertallet (80 prosent) av DPS-ene og BUP-ene at tilgangen til tolketjenester er «god», mens 1 av 5 vurderer tolketjenestene som «mindre god». Det er ingen forskjeller mellom DPS-ene og BUP-ene i hvordan de vurderer tilgangen til tolketjenester.

Figur 1.14 viser opplysninger om i hvilken grad DPS-ene og BUP-ene har rutiner for vurdering av behov for, bestilling og bruk av kvalifisert tolk.

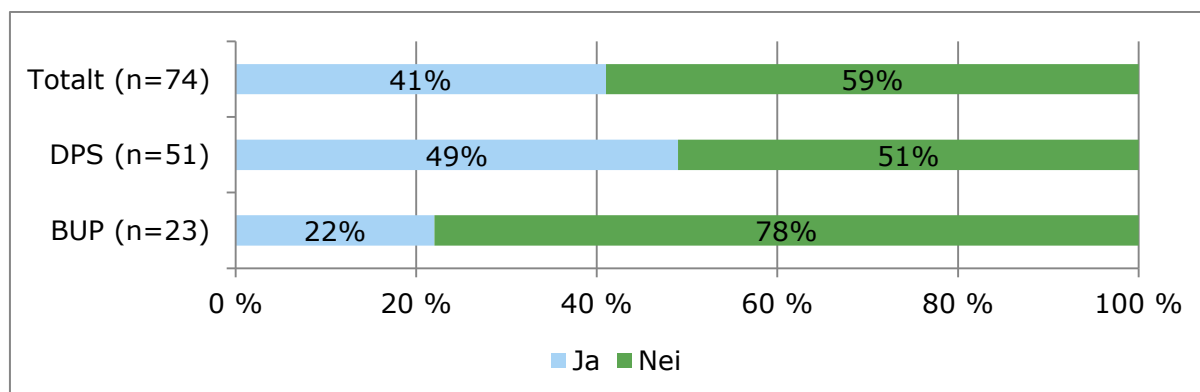
Figur 1.14 Har dere rutiner for vurdering av behov for, bestilling og bruk av kvalifisert tolk?



Som vi kan lese av figur 1.14 oppgir flertallet (85 prosent) av DPS-ene og BUP-ene at de har rutiner for vurdering av behov for, bestilling og bruk av kvalifisert tolk. Kun et fåtall oppgir at de ikke har (4 prosent) eller delvis har (11 prosent) rutiner for dette. Det er videre ingen forskjeller mellom DPS-ene og BUP-ene når det gjelder om de har rutiner for vurdering av behov for, bestilling og bruk av kvalifisert tolk.

Figur 1.15 viser i hvilken grad DPS-ene og BUP-ene har tilgang på informasjonsmateriell på relevant språk for nyankomne pasienter/brukere.

Figur 1.15 Har dere tilgang på informasjonsmateriell på relevante språk for nyankomne pasienter/brukere?



Som figur 1.15 viser, er det en større andel DPS-er enn BUP-er som oppgir at de har tilgang på informasjonsmateriell på relevant språk for nyankomne pasienter/brukere. Mens omtrent halvparten (49 prosent) av DPS-ene oppgir at de har tilgang på relevant informasjonsmateriell, oppgir 22 prosent av BUP-ene det samme. Forskjellen statistisk signifikant.

2. KOMPETANSE

I det følgende presenteres opplysninger fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) om deres kompetanse på flyktningehelse, om det er etablert tverrfaglig flyktningehelseteam og spesialiserte traumeenheter og videre deres vurdering av tiltak for å øke kompetansen.

2.1 Kompetanse på flyktningehelse

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) ble bedt om å beskrive hvilken kompetanse de har på flyktningehelse. Analyser av BUP-ene og DPS-enes svar viser at en del som ikke har særskilt kompetanse utover generell psykisk helsevern (39 prosent). Dette fremkommer av tabell 2.1 som oppsummerer kategoriseringer av BUP-ene og DPS-enes svar.

Tabell 2.1 Hvilken kompetanse har BUP/DPS på flyktningehelse?

Beskrivelse	Frekvens (Prosent)
Traumebehandling	30 (45 %)
Generelt psykisk helsevern	26 (39 %)
Noe kompetanse utover generelt psykisk helsevern	24 (36 %)
Spesialkompetanse	12 (18 %)

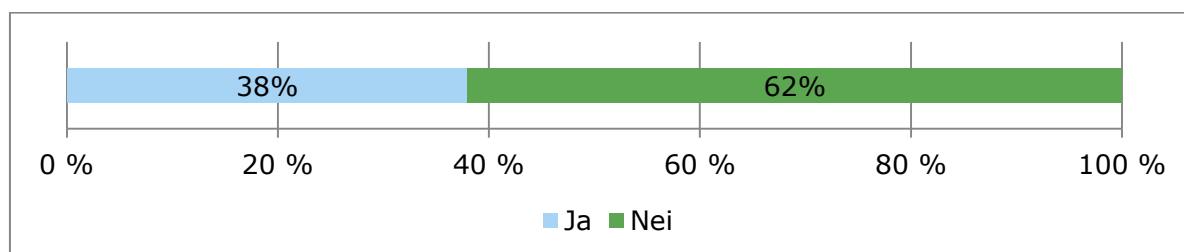
n=67

Videre opplyser en del BUP-er og DPS-er at de har kompetanse utover den generelle spesialistkompetanse i varierende grad, jfr. tabell 2.1, og knytter dette blant annet til erfaringsbasert kompetanse og kulturforståelse. 12 DPS-er oppgir å ha en eller annen form for spesialkompetanse knyttet til flyktningehelse, dette være seg enten i form av et par medarbeidere eller et eget team i tjenesten som har særlig god kompetanse på denne gruppen, eller relevant videreutdanning. Enkelte trekker frem utdanning i den psykoterapeutiske metoden *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) som sentralt i denne sammenhengen. Ingen av BUP-ene oppgir å ha spesialkompetanse knyttet til flyktningehelse. Flere av BUP-ene og DPS-ene, både med og uten spesialkompetanse, opplyser om at de har kompetanse knyttet til traumebehandling (45 prosent).

2.2 Tverrfaglig flyktningehelseteam

Figur 2.1 viser i hvilken grad det er etablert tverrfaglige flyktningehelseteam i opptaksområdet til BUP-ene og DPS-ene.

Figur 2.1 Er det etablert tverrfaglige flyktningehelseteam i opptaksområdet?



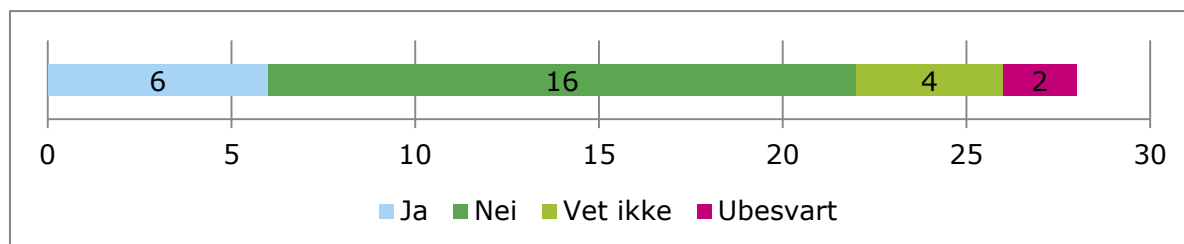
n=74

Som vi kan lese av figur 2.1 oppgir 38 prosent av BUP-ene og DPS-ene at det er etablert tverrfaglige flyktningehelseteam i deres opptaksområde.

Blant de som opplyser om at det er etablert tverrfaglige flyktningehelseteam, opplyser 4 DPS-er og 2 BUP-er at de er inkludert i flyktningehelseteamet. Totalt er det 16 DPS-er og BUP-er opplyser om at de ikke er inkludert i teamet. Dette fremkommer av figur 2.2 som viser frekvensforde-

lingen av spesialisthelsetjenestens opplysninger om de er inkludert i flyktningshelseteamet eller ikke.

Figur 2.2 Er spesialisthelsetjenesten inkludert i teamet? Frekvens

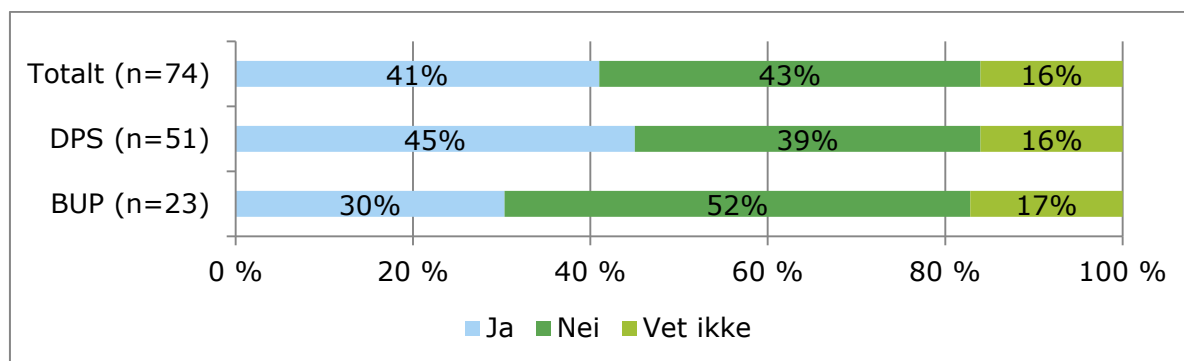


n=28

2.3 Spesialiserte traumeenheter

Figur 2.3 viser i hvilken grad det finnes spesialiserte traumeenheter i opptaksområdet til BUP-ene og DPS-ene.

Figur 2.3 Finnes det spesialiserte traumeenheter i opptaksområdet?



n=74

Som vi kan lese av figur 2.3 oppgir 41 prosent av BUP-ene og DPS-ene at det finnes spesialiserte traumeenheter i deres opptaksområde, 43 prosent oppgir at det ikke finnes slike enheter, og 16 vet ikke om det finnes spesialiserte traumeenheter i deres opptaksområde.

Blant BUP-ene og DPS-ene med spesialiserte traumeenheter i sitt opptaksområdet, er enheten oftest knyttet til ett DPS eller andre enheter i området med spesialisert kunnskap (i 9 av 30 tilfeller). Dette fremkommer av tabell 2.2 som oppsummerer BUP-ene og DPS-enes beskrivelse av traumeenheterne. Av andre enhetsorganiseringer finnes poliklinikker (i 7 av 30 tilfeller), egne team med kunnskap (i 5 tilfeller), Friskstiftelse (i 3 tilfeller) og ansatte med spesialistkompetanse uten at disse er organisert i en egen enhet (i 3 tilfeller). Ett DPS opplyser om både nærliggende DPS med kompetanse, friskstiftelse og poliklinikk i sitt område.

Tabell 2.2 Nærmere beskrivelse av spesialiserte traumeenheter.

Beskrivelse	Frekvens (Prosent)
DPS eller andre enheter i nærområdet	9 (30 %)
Poliklinikk	7 (23 %)
Eget team	5 (17 %)
Friskstiftelse	3 (10 %)
Spesialistkompetanse	3 (10 %)
Annet	5 (16 %)

n=30

2.4 Tiltak for å øke kompetansen

BUP-ene og DPS-ene ble bedt om å vurdere hvilke tiltak nasjonale helsemyndigheter bør prioritere for øke kompetanse, dersom kompetansen vurderes å være utilstrekkelig.

Analyser av BUP-ene og DPS-enes svar viser at det er stor variasjon i hvilke tiltak de ønsker seg fra nasjonale helsemyndigheter for å øke kompetansen på flyktningehelse. Mange ønsker seg ulike former for kurs, veiledning og andre kompetansehevingsprogram som initieres sentralt. Flere knytter i den sammenheng dette til økonomi da det oppleves vanskelig å ivareta kompetansebehovet godt nok innenfor egne rammer. Dermed bør kompetansehevingen tilbys gratis eller det bør gis midler til å bygge kompetanse lokalt. Det er også mange som ønsker seg mer informasjon og da gjerne i form av en veileder som omhandler flyktningehelse konkret. Fire DPS-er og én BUP fremhever behovet for å styrke kompetansen mer generelt i førstelinjetjenesten. Andre tiltak som fremheves av flere er psykososiale tiltak for flyktningene i deres hverdag.

Det kompetansebehovet som primært løftes frem er transkulturell kompetanse og kjennskap til kultur i opprinnelsesland. I tillegg ønskes det kompetanse knyttet til spesifikke utfordringer for flyktninger og deres livssituasjon. Enkelte fremmer også et ønske om kompetanse knyttet til bruk av tolk og juridiske rettigheter for gruppen.

3. UTFORDRINGER

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) ble i undersøkelsen bedt om å beskrive utfordringer de har i forbindelse med arbeidet med flyktninger og asylsøkere, og videre hvordan de opplever flyktninger og asylsøkere nyttiggjør seg tilbudet. I det følgende presenteres analyser av disse beskrivelsene.

Når det gjelder det første delspørsmålet, altså hvilke utfordringene DPS-ene og BUP-ene opplever med disse gruppene, er det noen sentrale utfordringer som påpekes gjentatte ganger. Dette er, for det første, utfordringer knyttet til språk og tolketjenester. Det pekes på at både utredning og behandling av psykiske lidelser er utfordrende når det involverer språklige barrierer. Flere opplever i denne forbindelse at tolketjenestene ikke er tilstrekkelig gode, spesielt når det gjelder telefontolk.

En annen utfordring som mange trekker frem er den ustabile og uavklarte situasjonen mange av personene i denne gruppen befinner seg i. Det fremheves at det ofte er liten hensikt å iverksette utredning og behandling når situasjonen fremdeles er uavklart og det er uvisst om situasjonen er roten til de psykiske lidelsene. Med en vanskelig situasjon, hvor behov om trygghet og omsorg ikke er ivarettatt, gir psykiatrisk tilbud fra spesialisthelsetjenesten liten mening. Her fremmes det forslag om prioritering av psykososiale tilbud i førstehelsetjenesten og bedre ivaretagelse på mot-tak enn hva tilfellet er nå.

Videre fremheves kulturforskjeller av mange som utfordrende. Dette knyttes til mange ulike forhold, deriblant kunnskap om kultur i opprinnelseslandet og utfordringer knyttet til gruppens kjennskap til hva et tilbud innen psykisk helsevern i Norge egentlig innebærer.

Andre utfordringer som nevnes er svært varierte, og inkluderer følgende:

- Usikkerhet rundt rettigheter for gruppen
- Samarbeid med lokale tjenester
- Manglende aktivitetstilbud til flyktninger
- Geografiske avstander
- Kapasitet
- Rolleavklaring overfor flyktingene/asylsøkerne og mellom første- og andrelinjetjenesten
- Ventetid

13 DPS-er og 2 BUP-er svarer at de har hatt få eller ingen søknader eller henvendelser for denne gruppen og dermed ikke har nevneverdig oversikt over utfordringer i dette arbeidet.

Når det gjelder det andre delspørsmålet, altså i hvilken grad gruppen nyttiggjør seg tilbudet, er det kun tolv av informantene som besvarer dette spørsmålet. Etter en kategorisering av svarene, ser fordelingen slik ut:

- 7 mener gruppen nyttiggjør seg i mindre grad av tilbudet enn øvrig befolkning. Dette knyttes av enkelte til en skepsis til tilbudet blant asylsøkere og flyktninger
- 4 fremhever at det er store variasjoner knyttet til hvorvidt gruppen utnytter tilbudet
- 2 mener gruppen nyttiggjør seg av tilbudet i like stor grad som øvrig befolkning

DEL 2: INFORMASJON FRA KOMMUNENE

Her presenteres resultater fra questback-undersøkelsen som ble gjennomført av Helsedirektoratet i månedsskiftet april/mai 2016 rettet mot ledere for helse- og omsorgstjenestene i kommuner med mottak og/eller omsorgssenter. Undersøkelsen omfatter helsetjenestetilbudet til asylsøkere. Questback-undersøkelsen ble sendt til 160 kommuner, hvorav 58 % har besvart. Spørsmålene er besvart av leder av helse- og omsorgstjenester i kommunen i 44,6 % av tilfellene, av kommunelege/overlege i 25 % av tilfellene, og av «annen» i 30,4 % av tilfellene.

57 % av kommunene som har svart er kommuner med under 10.000 innbyggere.
68 % av de som har svart oppgir at mottak/omsorgssenter ble etablert i 2015 eller senere.

4. ORGANISERING AV TILBUDET TIL ASYLSØKERE

4.1 Antall asylsøkere

Kommunene ble i undersøkelsen bedt om å opplyse om antall asylsøkere i sin kommune. Tabell 4.1 oppsummerer kommunens opplysninger totalt sett og fordelt på kommunestørrelse. Blant de største kommunene, er det få kommuner som har gjennomført undersøkelsen. I tillegg er det mange av kommunene som rapporterer inn et ca. antall. Med hensyn til disse to forholdene, må tallene i tabellen tolkes med forsiktighet. Tabellen er ment å gi en omtrentlig oversikt over antall asylsøkere i de kommunene som har besvart undersøkelsen, slik kommunene har opplyst om.

Tabell 4.1 Antall asylsøkere i kommunen

Kommunestørrelse	Antall asylsøkere	Gjennomsnitt per kommune
Totalt (n=89)	16 966	190
Under 10 000 innbyggere (n=51)	8 185	160
10 000 til 39 999 innbyggere (n=24)	3 841	160
40 000 til 79 999 innbyggere (n=9)	2 590	287
Over 80 000 innbyggere (n=3)	1 730	576

Som vi kan lese av tabell 4.1, oppgir kommunene som har gjennomført undersøkelsen at de har omtrent 17 000 asylsøkere totalt sett, noe som tilsvarer 190 asylsøkere i gjennomsnitt per kommune. Tabellen viser også at mindre kommuner, naturlig nok, oppgir å ha færre asylsøkere i gjennomsnitt enn hva større kommuner gjør.

4.2 Antall plasser for enslige mindreårige asylsøkere (EMA)

Kommunene ble bedt om å opplyse om antall plasser for enslige mindreårige asylsøkere de har i sin kommune.

Tabell 4.2 oppsummerer kommunens opplysninger om antall plasser for enslig mindreårige asylsøkere.

Tabell 4.2 Antall plasser for enslige mindreårige asylsøkere (EMA)

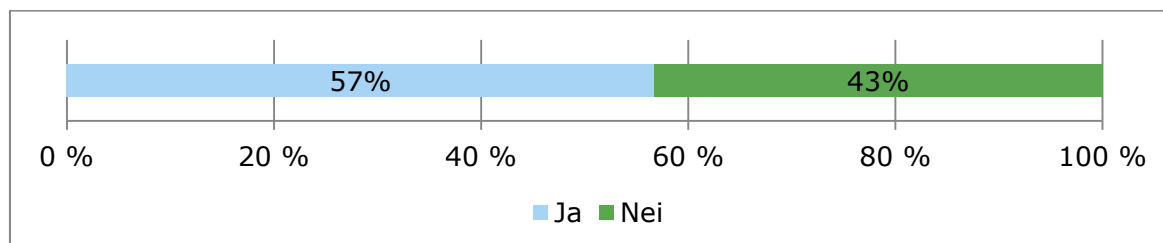
Kommunestørrelse	Antall plasser til EMA	Gjennomsnitt per kommune
Totalt (n=92)	2 851	33
Under 10 000 innbyggere (n=51)	1 432	29
10 000 til 39 999 innbyggere (n=25)	856	39
40 000 til 79 999 innbyggere (n=10)	330	33
Over 80 000 innbyggere (n=3)	83	27

Som tabell 4.2 viser, oppgir kommunene at de har totalt 2 851 plasser for enslige mindreårige asylsøkere, noe som tilsvarer et gjennomsnitt på 33 plasser per kommune. Tabellen viser også fordeling etter kommunestørrelse. Det er kommuner med mellom 10 000 til 39 999 innbyggere som opplyser om flest plasser til EMA i gjennomsnitt, med 39 plasser per kommune.

4.3 Organisering av helsetjenestetilbudet – som helseteam eller annet?

I det følgende presenteres opplysninger fra kommunene om organisering av helsetjenestetilbudet, om det er etablert helseteam rettet mot asylsøkere, og hvis ikke, hvordan tilbudet da er organisert. Figur 4.1 viser opplysninger om kommunene har etablert helseteam eller ikke.

Figur 4.1 Er det etablert helseteam rettet mot asylsøkere?



n=90 kommuner

Jfr. figur 4.1, opplyser i overkant av halvparten av kommunene (57 prosent) at det er etablert helseteam rettet mot asylsøkere. For resterende kommuner (43 prosent) er det ikke etablert et helseteam rettet mot asylsøkere.

Blant kommunene som ikke har etablert helseteam, finner vi noe variasjon i hvordan kommunene har valgt å organisere tilbudet. Hovedtrekket er at kommunene har organisert og ivaretar tilbudet i det ordinære helsetjenestetilbudet. En del kommuner oppgir at de har styrket de ordinære tjenestene med flere stillinger for å ivareta tilbudet til asylsøkere. Andre kommuner har organisert tilbudet med delegert ansvar for koordinering. Det koordinerende ansvaret ligger som regel hos en sykepleier eller helsesøster som samarbeider med øvrige helsetjenester, og da primært med legekantorene. Med dette ansvaret har ofte sykepleieren eller helsesøsteren hele eller deler av stillingen knyttet til mottakene i kommunen. For kommunen som ikke har et eget helseteam rettet mot asylsøkere, fremheves godt samarbeid med de ulike helsetjenestene som viktig. Én kommune har også valgt å ha et midlertidig helseteam når behovet er størst.

Kommunene som oppga å ha etablert helseteam rettet mot asylsøkere, ble videre bedt om å opplyse om hvilke ressurser som inngår i helseteamet. Tabell 4.3 gir en oversikt over stillingsprosjenter etter stillingstyper, slik kommunene som har etablert helseteam har opplyst om. I tabellen fremkommer høyeste og laveste stillingsprosjent som er oppgitt, samt gjennomsnitt av oppgitte stillingsprosjenter. Tabellen fremstiller dette totalt sett og fordelt etter kommunestørrelse. Opplysningene fremkommer også av figur 4.2 på side 18. Figuren illustrerer høyeste og laveste stillingsprosjent som er oppgitt innenfor de ulike stillingstypene totalt sett, samt gjennomsnittlig stillingsprosjent for de ulike stillingstypene.

Tabell 4.3 Fordeling av stillingsprosjenter etter stillingstype. Tallene er i prosent.

		Lege (n=45)	Sykepleier (n=41)	Psykiatrisk sykepleier (n=33)	Helsesøster (n=42)	Psykolog (n=33)
Total (n=45)	<i>Snitt</i>	34	80	48	110	19
	Min.	0	0	0	0	0
	Maks.	200	280	400	400	200
Under 10.000 (n=18)	<i>Snitt</i>	15	58	29	85	4
	Min.	1	0	0	0	0
	Maks.	40	150	100	200	20
10.000 til 39.999 (n=18)	<i>Snitt</i>	31	80	20	91	9
	Min.	0	0	0	0	0
	Maks.	100	200	100	280	100
40.000 til 79.999 (n=6)	<i>Snitt</i>	73	100	88	85	43
	Min.	20	0	0	0	0
	Maks.	200	200	200	200	100
Over 80.000 (n=4)	<i>Snitt</i>	73	193	153	255	100
	Min.	20	100	0	20	0
	Maks.	160	280	400	400	200

Som vi kan lese av tabell 4.3, er den høyeste oppgitte stillingsprosjenten for leger 200, noe som tilsvarer 2 årsverk. Det er også kommuner som rapporterer om 0 prosent, tolket som at de ikke har leger ansatt i sin kommune som arbeider med denne brukergruppen. Stillingsprosjenten for leger varierer etter kommunestørrelse, og vi kan se at de mindre kommunene opplyser om lavere stillingsprosjenter enn større kommuner. Gjennomsnittlig stillingsprosjent for leger blant kommunene som opplyser dette, er 34 prosent.

Videre kan vi lese av tabell 4.3 at gjennomsnittlig stillingsprosjent for sykepleiere er 80 i de kommunene som har rapportert. Høyeste oppgitte stillingsprosjent for sykepleiere som er 280 og er rapportert av en kommune med over 80 000 innbyggere.

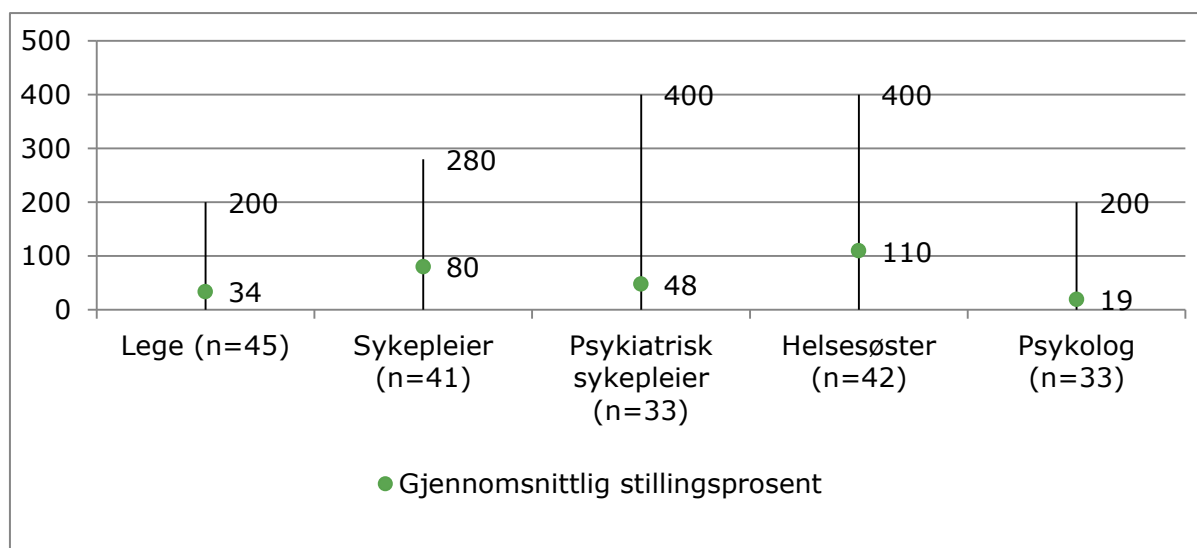
Gjennomsnittlig stillingsprosjent for psykiatriske sykepleier er 48 prosent. Kommuner med over 80 000 innbygger rapporterer om inntil 4 årsverk bemannet av psykiatriske sykepleiere, mens kommuner under 10 000 innbyggere rapporterer om inntil ett årsverk.

Helsesøster er den stillingstypen som har høyets gjennomsnittlig stillingsprosjent i tabell 4.3, tilsvarende 110. Høyest rapporterte stillingsprosjent er 400, eller tilsvarende 4 årsverk. Vi finner også eksempler på kommuner med under 10 000 innbyggere som har 2 årsverk bemannet av helsesøster.

Psykologer er den stillingstypen som har lavest gjennomsnittlig stillingsprosjent blant kommunene som oppgir at de har psykologer som er ansatt og arbeider med målgruppen. Blant 33 kommuner

er gjennomsnittlig stillingsprosent 33. Det er gjerne kommuner med under 10 000 innbygger som opplyser om lav stillingsprosent psykologer.

Figur 4.2 Fordeling av oppgitt stillingsprosent etter stillingstype. Maksimum, minimum og gjennomsnitt.



n=45 kommuner

4.4 Tilbud om helseundersøkelse innen 3 måneder etter ankomst?

Blant flesteparten av kommunene (76 prosent) som har besvart undersøkelsen, gis det tilbud om helseundersøkelse (psykisk og somatisk helse) til asylsøkere innen 3 måneder etter ankomst til landet. Blant en mindre andel kommuner (23 prosent) gis asylsøkerne tilbud om helseundersøkelse, men ikke innen 3 måneder. Én kommune gir ikke et slikt tilbud i det hele tatt.

For kommunene som ikke gir tilbud om helseundersøkelse innen 3 måneder, slik Helsedirektoratet anbefaler, skyldes det for det meste manglende kapasitet. Det viser analyser av kommunenes svar. Kapasitetsutfordringene ses av flere kommuner i sammenheng med administrative utfordringer i tillegg til kapasitet hos helsepersonellet. Disse administrative utfordringene er knyttet til D-nummer og flytting mellom ulike mottak med påfølgende etterlysning av journaler. Den psykiske oppfølgingen oppgis av tre kommuner som den delen av helseundersøkelsen som er vanskeligst å få gjennomført innen 3 måneder.

4.4.1 De viktigste helseutfordringene som avdekkes ved tidlig helseundersøkelse

Hvilke helseutfordringer kommunene oppgir å avdekke i en tidlig undersøkelse, fremkommer i tabell 4.4. Tabellen er basert på kommunenes åpne svar, som i flere tilfeller inneholdt flere helseutfordringer.

Tabell 4.4 De viktigste helseutfordringene som avdekkes tidlig

Helseutfordringer	Frekvens (Prosent)
Traumer/psykiske utfordringer	36 (86 %)
Smittevern	21 (50 %)
Somatisk	14 (33 %)
Ernæring	3 (7 %)
Annet	6 (14 %)

n=42

Blant de aller fleste kommunene som besvarte dette spørsmålet, er det traumer eller psykiske utfordringer, smittsomme sykdommer og ubehandlede somatiske utfordringer som representerer de hyppigste helseutfordringene som er viktig å avdekke tidlig. Hva gjelder de smittsomme sykdommene, nevnes tuberkulose og hepatitt oftest. Det påpekes også psykiske utfordringer utover traumer.

Et fåtall av kommunene fremhever at psykiske lidelser sjeldent avdekkes i tidlige undersøkelser, men heller kommer frem senere. Samtidig er det noen kommuner som fremhever de somatiske utfordringene som få og fremhever psykiske utfordringer. Det er altså en relativt stor variasjon på hva som avdekkes i denne typen undersøkelser.

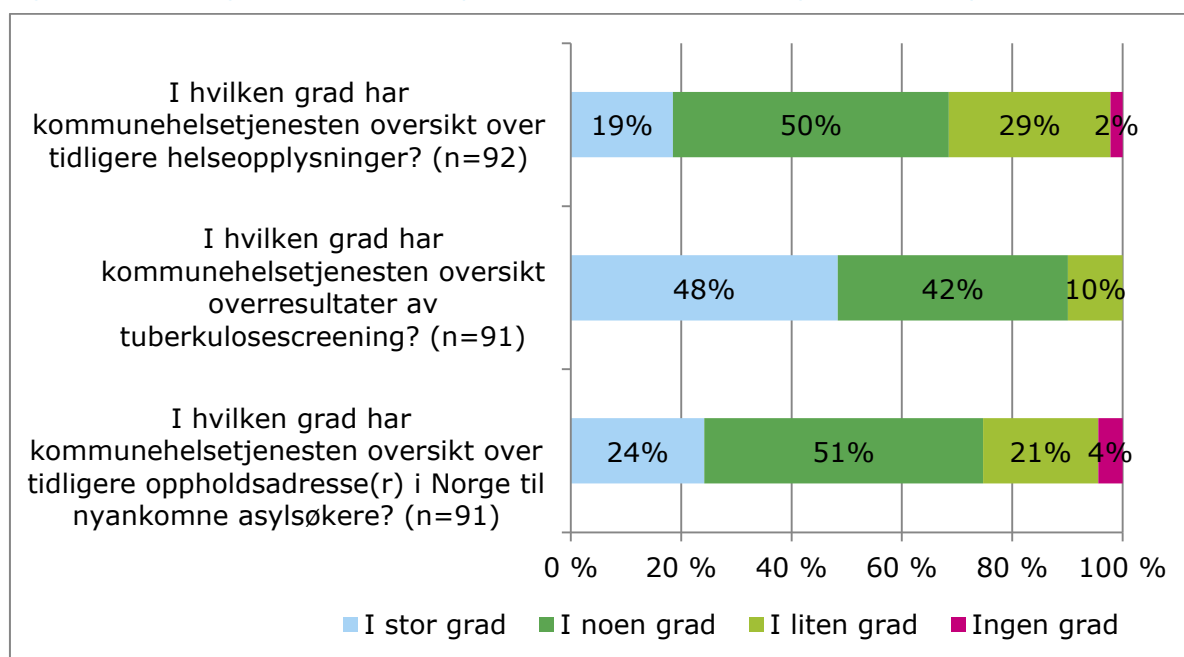
Av andre helseutfordringer som nevnes av flere kommuner er graviditet og utfordringer knyttet til det, ernæringsutfordringer og manglende vaksinasjon eksempler. Enkelte påpeker også at det kan oppstå utfordringer knyttet til en usikker situasjon på mottak.

I flesteparten av kommunene som har besvart spørreundersøkelsen (84 prosent), gjennomføres det systematiske undersøkelser med IGRA (blodprøve).

4.5 Overføringer av helseopplysninger fra mottak/helsetjeneste i andre kommuner

Figur 4.3 viser i hvilken grad kommunehelsetjenestene har tilgang på informasjon om 1) tidligere helseopplysninger, 2) resultater av tuberkulosescreening og 3) tidligere oppholdsadresser i Norge. Overordnet sett viser kommunenes opplysninger at kommunehelsetjenesten har tilgang på denne informasjonen, jfr. figur 4.3.

Figur 4.3 I hvilken grad kommunehelsetjenesten har oversikt over følgende informasjon.



Jfr. figur 4.3 oppgir et flertall av kommunene (69 prosent) at de «i stor-» eller «noen grad» har oversikt over asylsøkernes tidligere helseopplysninger, mens 3 av 10 kommuner oppgir at de «i liten grad» har denne oversikten. Kun er fåtall kommuner oppgir at de ikke har denne oversikten.

Opplysningene fra kommunene tilsier også at kommunehelsetjenesten har oversikt over resultater av tuberkulosescreening. 9 av 10 kommuner oppgir at kommunehelsetjenesten «i stor-» eller «noen grad» har tilgang på disse resultatene.

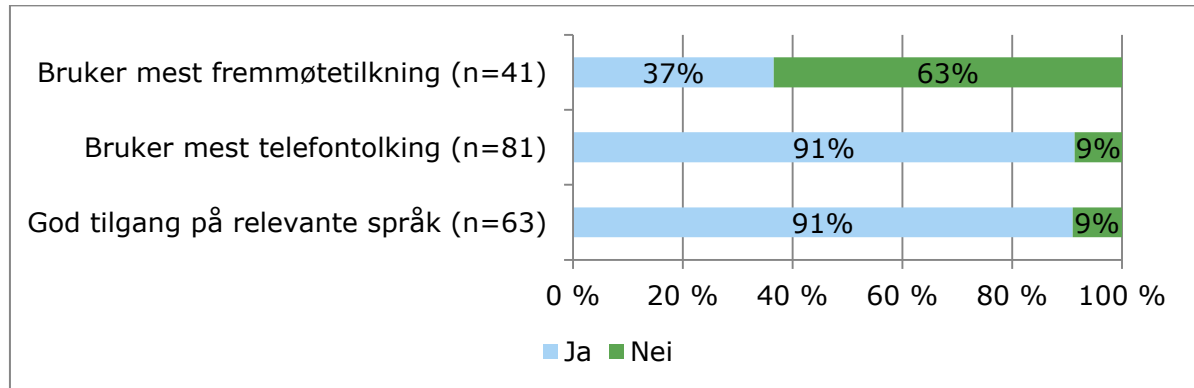
Mens 3 av 4 kommuner oppgir om at de «i stor-» eller «noen grad» har oversikt over tidligere oppholdsadresse(r) i Norge til nyankomne asylsøkere, oppgir 1 av 5 kommuner at de «i liten grad» har tilgang på disse opplysningene.

4.6 Tilgang til tolketjenester

I det følgende presenteres opplysninger fra kommunene om bruk av tolketjenester, herunder utfordringer og hva kommunene gjør for å håndtere utfordringer knyttet til bruk av tolk.

Figur 4.4 viser hvilke tolketjenester kommunene bruker mest, samt deres vurdering av tilgang til tolketjenester på relevante språk.

Figur 4.4 Bruk av tolketjenester



Som vi kan lese av figur 4.4, er telefontolkning hyppigere brukt i kommunene enn fremmøtetolkning. Mens 91 prosent av kommunene bruker telefontolkning mest, bruker 37 prosent fremmøtetolkning mest.

Kommunene ble videre bedt om å vurdere tilgangen på relevant språk hos tolketjenestene. Jfr. figur 4.4, oppgir et klart flertall av kommunene (91 prosent) at de har god tilgang på relevante språk hos tolketjenestene.

Også gjennom analyser av kommunens åpne svar, fremkommer det at kommunene virker å være fornøyde med tolketjenestene og at de opplever få utfordringer når det gjelder tolketjenester på de mest brukte språkene. Av utfordringer som trekkes frem, er kapasitet på enkelte språk den vanligste, samtidig oppgir flertallet at de har tilgang på relevante språk, jfr. figur 4.4. Deretter nevner flere kommuner tidsbruk, teknisk utstyr i forbindelse med telefontolkning og tolkens kompetanse som vanlige utfordringer.

Når det gjelder håndteringen av utfordringer, oppgir de fleste kommunene at de prioriterer samarbeidet med tolkeleverandøren og det å melde tidlig i fra om det skulle være vansker for å potensielt få byttet tolk. Gode anbudsprosesser for å få kvalitet og kapasitet på tjenestene fremheves som vesentlig. Videre trekker enkelte kommuner frem viktigheten av en gjennomgang av rutiner med tolk som et sentralt tiltak, herunder gode forberedelser og gjennomgang av retningslinjer.

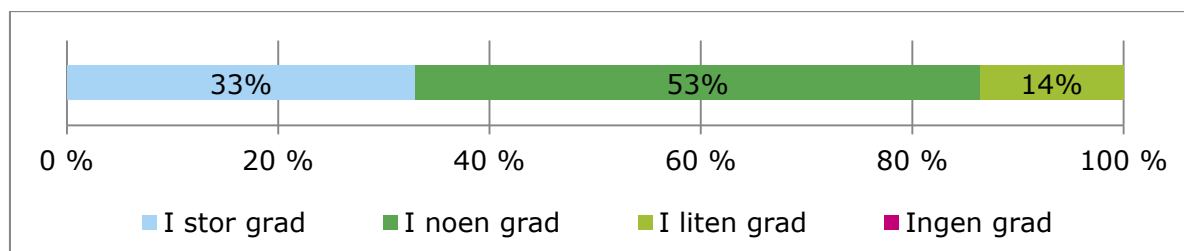
5. RESSURSVURDERING OG KOMPETANSE

Her presenteres opplysninger fra kommunene om deres vurdering av tilgjengelige ressurser. Videre presenteres opplysninger fra kommunene om deres bruk av tilgjengelig informasjon, samt opplysninger om deres bruk av veiledning og tilbud om kompetanseheving.

5.1 Tilgjengelige ressurser og kompetanse

Kommunene er bedt om å vurdere i hvilken grad de har ressurser tilgjengelig for å ivareta tilbud om helsetjenester til asylsøkere. Figur 5.1 viser fordelingen av kommunenes vurdering av kommunens ressurser.

Figur 5.1 I hvilken grad har kommunen ressurser til å ivareta tilbud om helsetjenester til asylsøkere?



n= 88 kommuner

Som vi kan lese av figur 5.1, oppgir 33 prosent av kommunene oppgir at de «i stor grad» har tilstrekkelige ressursene som for å ivareta dette tilbudet. Over halvparten av kommunene (53 prosent) at de «i noen grad» har de ressursene som trengs for å ivareta tilbud om helsetjenester til asylsøkere, mens en liten andel (14 prosent) oppgir at de «i liten grad» har de ressursene som trengs for å ivareta tilbudet.

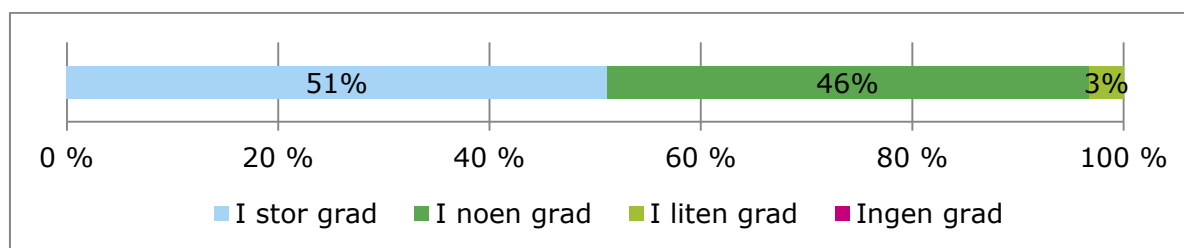
5.2 Bruk av aktuell informasjon fra myndighetene

I det følgende presenteres opplysninger fra kommunene om i hvilken grad de bruker aktuell informasjon fra myndighetene, samt deres vurdering av informasjonens nytteverdi og relevans.

5.2.1 Helsedirektoratets digitale Veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente

Helsedirektoratet oppdaterte og digitaliserte høsten 2015 veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente (IS-1022). Opplysningene fra kommunene tilsier at det er en relativt stor andel som har tatt i bruk veilederen, jf. figur 5.2. Blant kommunene som har besvart undersøkelsen, oppgir den ene halvparten (51 prosent) at de «i stor grad» benytter denne veilederen, mens den andre halvparten (46 prosent) oppgir å bruke denne «i noen grad». Kun et fåtall av kommunen oppgir at de «i liten grad» har tatt i bruk veilederen om helsetilbud til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforening.

Figur 5.2 I hvilken grad brukes Helsedirektoratets digitale Veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente?

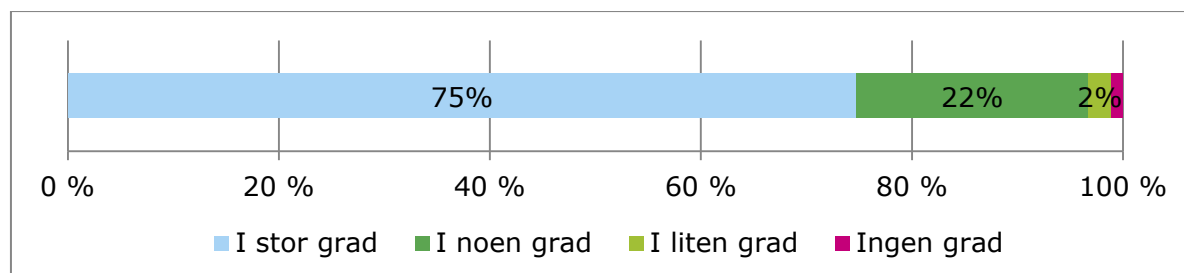


n= 90 kommuner

5.2.2 Informasjon fra myndighetene

Det er sendt ut felles e-poster til postmottak i kommunene og helseforetak med aktuell informasjon om helsetjenestetilbudet til flyktninger og asylsøkere fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Utlendingsdirektoratet. Opplysninger fra kommunene tyder på at denne informasjonen er tatt i bruk av helsetjenestene, jfr. figur 5.3.

Figur 5.3 I hvilken grad er informasjonen brukt av helsetjenestene?



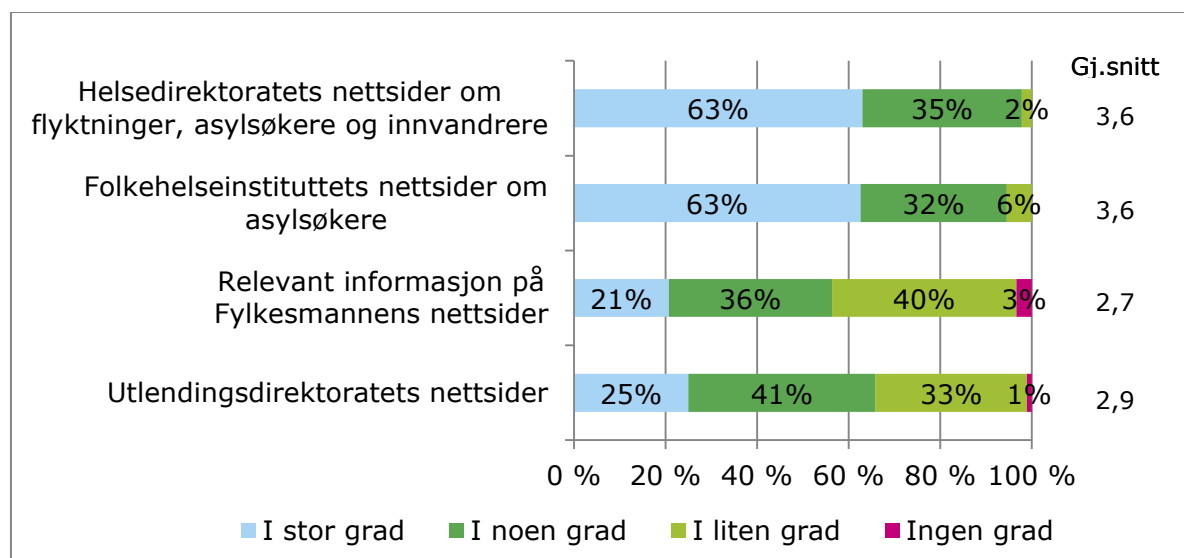
n= 91 kommuner

Et flertall av kommunene (75 prosent) opplyser om at de «i stor grad» har tatt i bruk denne informasjonen, og 22 prosent oppgir at de «i noen grad» har tatt i bruk informasjonen som er oversendt. Kun et fåtall kommuner oppgir at de «i liten-» eller «ingen grad» har tatt i bruk informasjonen om helsetjenestetilbudet til flyktninger og asylsøkere.

5.2.3 Bruk av nettsteder i forbindelse med flyktningssituasjonen

En rekke nettsteder presenterer aktuell informasjon til helsetjenestene i forbindelse med flyktningssituasjonene. Figur 5.4 gir en oversikt over i hvilken grad fire aktuelle nettsteder er brukt i forbindelse med flyktningssituasjonen. Figuren presenterer både fordeling av svar samt gjennomsnitt.¹

Figur 5.4 I hvilken grad har følgende nettsteder vært brukt i forbindelse med flyktningssituasjonen?



Av nettstedene listet opp i figur 5.4, er Helsedirektoratets nettsider om flyktninger, asylsøkere og innvandrere og Folkehelseinstituttets nettsider mest brukt i forbindelse med flyktningssituasjonen. 63 prosent av kommunene oppgir at de «i stor grad» har benyttet disse nettstedene. Fylkesmannens nettsider og Utlendingsdirektoratets nettsider benyttes i mindre grad, sammenlignet med Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets nettsider.

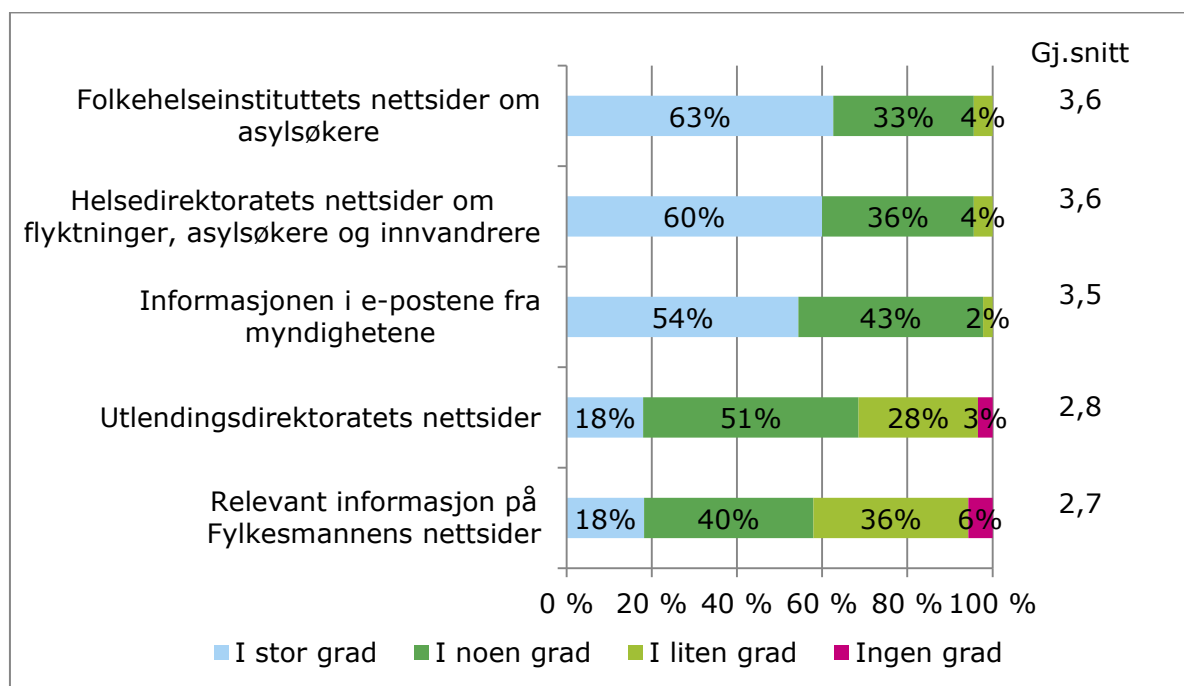
¹ Figuren presenterer gjennomsnittskåre for svarene basert på tildelte verdier. Svarkategoriene er tildelt følgende verdier «I stor grad» = 4, «I noen grad» = 3, «I liten grad» = 2 og «Ingen grad» = 1. Gjennomsnittene kan tolkes på følgende måte: jo høyere gjennomsnitt, jo mer er nettstedet benyttet. Dette gjelder også for øvrige beregninger av gjennomsnitt i dette kapitlet.

5.2.4 Vurdering av informasjonens nytteverdi og relevans

I det følgende redegjøres for kommunenes vurdering av om informasjonen som er tilgjengelig har vært nyttig og relevant. Som vi skal se, samsvarer kommunenes bruk av informasjon i stor grad med deres vurdering av informasjonens nytteverdi og relevans.

Figur 5.5 viser i hvilken grad kommunene vurderer nettstedene og informasjonen som nyttig og relevant. Figuren viser fordeling av kommunens svart samt gjennomsnitt.

Figur 5.5 I hvilken grad har følgende vært nyttig og relevant?



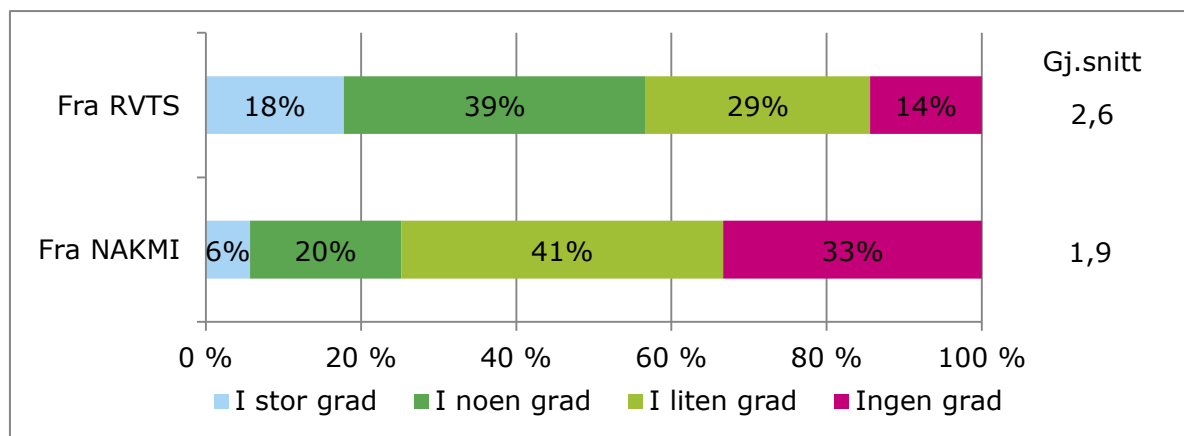
Som vi kan lese av figur 5.5 vurderer kommunene nettsidene til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, samt utsendt informasjonsbrev fra myndighetene som nyttig og relevant. Mens 63 prosent oppgir at de «i stor grad» vurderer nettsidene til Folkehelseinstituttet som nyttig og relevant, oppgir henholdsvis 60 og 54 prosent at Helsedirektoratets nettsider og informasjonen i e-posten fra myndighetene «i stor grad» er nyttig og relevant. Utlendingsdirektoratets og Fylkesmannens nettsider oppleves som mindre nyttig og relevant sammenlignet med de øvrige informasjonskildene i figur 5.5.

5.3 Bruk av veiledning og tilbud om kompetanseheving

Regionale ressursentre mot vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Nasjonal kompetanseenhet om migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) tilbyr veiledning og kompetanseheving. RVTS-ene tilbyr veiledning og kompetanseheving om flyktningehelse og tvungen migrasjon, vold og seksuelle overgrep, behandling av traumatiserte flyktninger etc. Målgruppen omfatter blant annet spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er totalt 5 RVTS-er i ulike regioner over hele landet. NAKMI som er én nasjonal kompetanseenhet er lokalisert i Oslo og skal formidle forskningsbasert kunnskap som fremmer god helse og likeverdige helsetjenester for personer med innvandrerbakgrunn. NAKMIs kjerneaktiviteter er forsknings-, utviklings- og formidlingsarbeid, herunder opplæring, veiledning og rådgivning. NAKMIs primære målgrupper er blant annet helseledere og helsepersonell.

Figur 5.6 viser i hvilken grad denne veiledningen og kompetansehevingen benyttes. Figuren presenterer fordeling av svar samt gjennomsnitt. ²

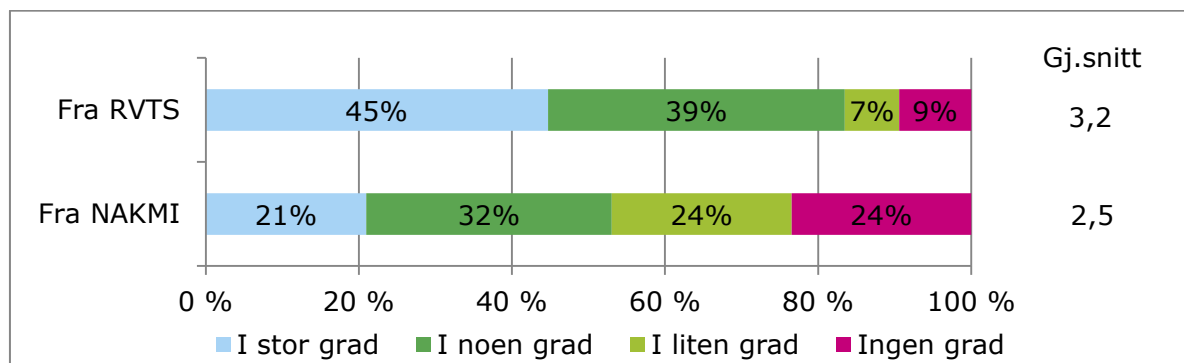
Figur 5.6 I hvilken grad benyttes veiledning og tilbud om kompetanseheving?



Som vi kan lese av figur 5.6 forteller kommunenes opplysninger at veiledning og kompetanseheving fra RVTS i større grad blir benyttet enn veiledning og kompetanseheving fra NAKMI. Mens over halvparten (57 prosent) oppgir at de «i stor-» eller «i noen grad» har benyttet veiledning og tilbud om kompetanseheving fra RVTS, oppgir en fjerdedel (26 prosent) at de har benyttet veiledning og tilbud om kompetanseheving fra NAKMI.

Kommunene ble videre bedt om å vurdere i hvilken grad veiledningen og tilbud om kompetanseheving er nyttig og relevant. Figur 5.7 gir en oversikt over kommunens vurdering.

Figur 5.7 I hvilken grad er veiledning og tilbud om kompetanseheving nyttig og relevant?



Jfr. figur 5.7, vurderer 45 prosent av kommunene at veiledningen og tilbud om kompetanseheving fra RVTS «i stor grad» er nyttig og relevant. 21 prosent vurderer at veiledningen og tilbudet om kompetanseheving fra NAKMI «i stor grad» er nyttig og relevant.

² Figuren presenterer gjennomsnittskåre for svarene basert på tildelte verdier. Svarkategoriene er tildelt følgende verdier «I stor grad» = 4, «I noen grad» = 3, «I liten grad» = 2 og «Ingen grad» = 1. Gjennomsnittene kan tolkes på følgende måte: jo høyere gjennomsnitt, jo mer er nettstedet benyttet.

DEL 3: SAMARBEID

Her presenteres informasjon fra kommunene, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

6. SAMARBEID MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG KOMMUNEHELSETJENESTEN

6.1 Spesialisthelsetjenestens samarbeid med kommuner/bydeler

I det følgende fremkommer opplysninger om hvilke tilbud barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) samlet gir ansatte i kommuner/bydeler, samt hvor mange henvendelser de har fått fra kommuner/bydeler i deres opptaksområde om bistand i arbeidet med asylsøkere.

Tabell 6.1 gir en oversikt over opplysninger om hvilke tilbud BUP-ene og DPS-ene gir til ansatte i kommuner/bydeler.

Tabell 6.1 Opplysninger om hvilke tilbud BUP-ene og DPS-ene samlet gir ansatte i kommuner/bydeler

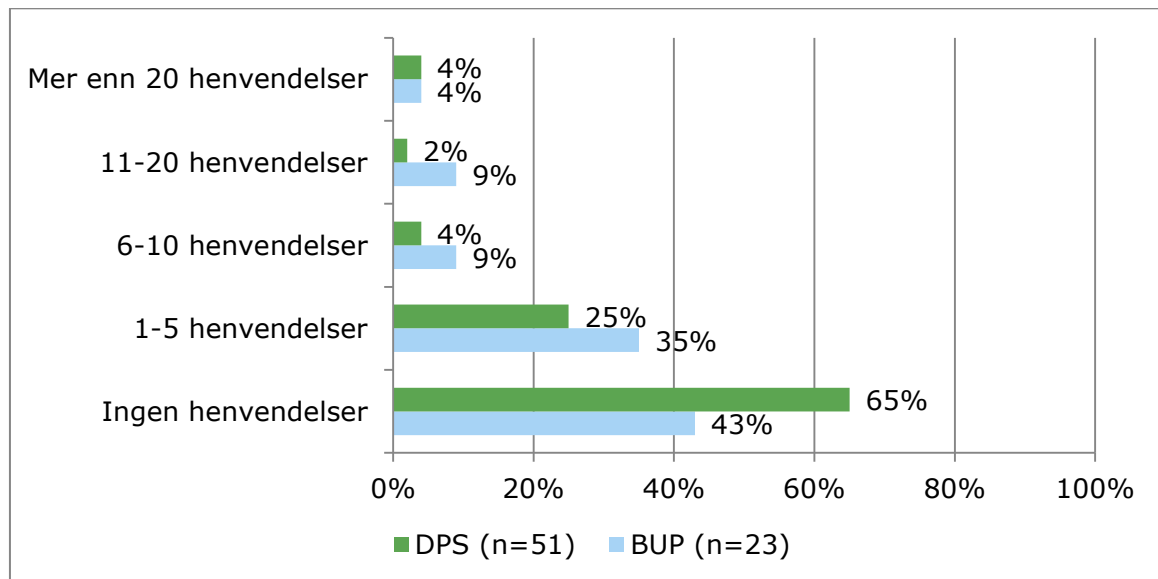
Beskrivelse	Frekvens/Prosent
Ikke et organisert tilbud	26 (39 %)
Generell veiledning	21 (32 %)
Spesifikk veiledning på enkeltsaker	17 (26 %)
Faste møter eller annet etablert samarbeid	13 (20 %)
Tilbud ved henvendelse	9 (14 %)
Undervisning	2 (3 %)
Ikke mottak i opptaksområdet	2 (3 %)

n=67

Som vi kan lese av tabell 6.1, er det en større andel BUP-er og DPS-er (26 i antall) som oppgir at de ikke har et organisert tilbud til ansatte i kommuner eller bydeler. Blant de vanligste tilbudene som oppgis finner vi veiledning og rådgivning, både generelt og konkrete saker. Det er også en del BUP-er og DPS-er (13 i antall) som deltar i faste møter eller har et annet etablert samarbeid. Dette kan også inkludere veiledning, uten at det er spesifisert. Videre er det 5 BUP-er og DPS-er som oppgir at de ikke har mottatt noen forespørsel fra kommunene, men vil gi et tilbud ved henvendelse. To DPS-er oppgir å tilby undervisning overfor kommunens ansatte.

Figur 6.1 viser hvor mange henvendelser BUP-ene og DPS-ene har fått fra kommuner/bydeler i opptaksområdet om bistand i arbeidet med asylsøkere.

Figur 6.1 Hvor mange henvendelser har dere fått fra kommuner/bydeler i opptaksområdet om bistand i arbeidet med asylsøkere?



n=74

Som vi kan lese av figur 6.1 får både BUP-ene og DPS-ene henvendelser fra kommuner/bydeler om bistand i arbeidet med asylsøkere, skjønt i varierende grad. Det hyppigste intervallet for antall henvendelser, er mellom 1 og 5 henvendelser både for BUP-ene (25 prosent) og for DPS-ene (35 prosent). Videre er det også enkelte BUP-er og DPS-er som får flere henvisninger. Eksempelvis oppgir én BUP og to DPS at de har mer enn 20 henvisninger fra kommuner eller bydeler om bistand i arbeidet med asylsøkere.

65 prosent av DPS-ene og 43 prosent av BUP-ene opplyser om at de ikke har fått henvendelser fra kommuner eller bydeler om bistand i arbeidet med asylsøkere.

6.2 Kommunenes vurdering av samarbeid med spesialisthelsetjenesten

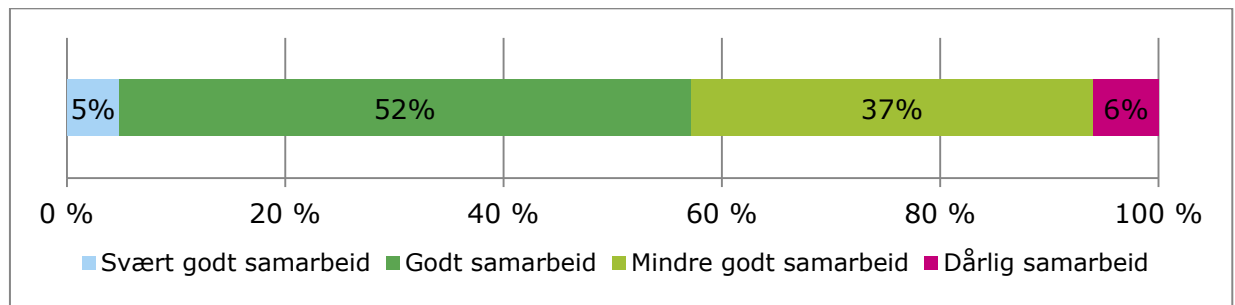
Kommunene ble spurt om det er etablert et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Kun 35 av 93 kommuner besvarte dette spørsmålet. Funn fra analyser av kommunens svar viser at det er en relativt stor variasjon i hvorvidt og hvordan kommunene samarbeider med spesialisthelsetjenesten.

En del av kommunene samarbeider ikke med spesialisthelsetjenesten i det hele tatt, og opplyser at i den grad det er et samarbeid, er samarbeidet kun uformelt. Av kommunene som opplyser om at de ikke samarbeider med spesialisthelsetjenesten, oppgir to kommuner å arbeide med å få på plass en mer formell avtale.

For kommunene som har etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten, er BUP den vanligste aktøren å samarbeide med. Videre har flere kommuner samarbeid omkring behandling av traumer – da gjerne med DPS-ene. Flere kommuner har også samarbeid med spesialisthelsetjenesten knyttet til konkret sykdomsproblematikk som tuberkulose og smittevern.

Kommunene ble videre bedt om å opplyse om hvordan de opplever samarbeidet med DPS-ene og BUP-ene om helsehjelp til flyktninger og asylsøkere. Fordelingen av kommunenes svar fremkommer av figur 6.2.

Figur 6.2 Hvordan opplever kommunehelsetjenesten samarbeidet med DPS-ene og BUP-ene om helsehjelp til flyktninger og asylsøkere?



n=84

Som vi kan lese av figur 6.2 oppgir et fåtall kommuner (5 prosent) at de opplever et «svært godt samarbeid» med DPS-ene og BUP-ene om helsehjelp til flyktninger og asylsøkere. Omtrent halvparten (52 prosent) opplever et «godt samarbeid», mens 37 prosent opplever et «mindre godt samarbeid» med spesialisthelsetjenesten. Et fåtall kommuner (6 prosent) oppgir at de opplever et «dårlig samarbeid» med DPS-ene og BUP-ene om helsehjelp til flytninger og asylsøkere.

6.2.1 Utfordringer ved samarbeidet

Kommunene ble bedt om å opplyse om hva de ser som utfordringer knyttet til samarbeid med DPS-ene og BUP-ene, dersom de ikke opplever samarbeidet som godt. Dette har blitt stilt som et åpent spørsmål og dermed kan kommunene påpeke flere ulike utfordringer. Av utfordringene som blir trukket frem, er følgende de vanligste:

- 24 kommuner oppgir utfordringer knyttet til avviste henvisninger eller manglende kapasitet ved spesialisthelsetjenesten for den aktuelle gruppen
- 7 kommuner oppgir samarbeidsutfordringer knyttet til informasjonsdeling og ansvarsfordeling
- 5 kommuner oppgir manglende kompetanse hos spesialisthelsetjenesten som en utfordring
- 8 kommuner oppgir andre utfordringer for samarbeidet

Her følger en nærmere beskrivelse av ovennevnte utfordringer.

Blant kommunene som ikke opplever et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, er hovedutfordringen avviste henvisninger der kommunehelsetjenesten har vurdert noen til å ha behov for spesialistoppfølging. Dette går igjen i en relativt stor andel av besvarelsene. Mange kommuner peker i denne forbindelse på manglende kapasitet og kompetanse hos spesialisthelsetjenesten, og da spesielt hos de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Den manglende kompetansen knyttes til det konkrete temaet og den enkelte asylsøkers situasjon. Én informant peker på etableringen av de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) som mer rådgivende og uten klinisk praksis, som årsak til dette. Det oppleves generelt som at det forventes for mye av kommunene, samtidig som det er manglende kompetanse hos spesialisthelsetjenesten for oppfølging av denne gruppen spesielt. Enkelte opplever også at gruppen ikke prioriteres av spesialisthelsetjenesten og at det heller blir skjøvet over på kommunene.

Bortsett fra utfordringene knyttet til avviste henvisninger, tyder også opplysningene fra kommunene på at det er enkelte samarbeidsutfordringer når det gjelder informasjonsdeling. Det beskrives som utfordrende at informasjon om pasienter og ventetid ikke kommer fra spesialisthelsetjenesten etter at det er blitt henvist. Videre påpeker flere kommuner manglende kompetanse hos spesialisthelsetjenesten som en utfordring. Dette gjelder hovedsakelig DPS og kompetanse knyttet til traumer hos denne konkrete pasientgruppen.

Andre utfordringer som oppgis er avstand til spesialisthelsetjenesten som medfører utfordringer for de som blir henvist, i tillegg til språkforskjeller som en barriere for et godt, tilpasset tilbud.

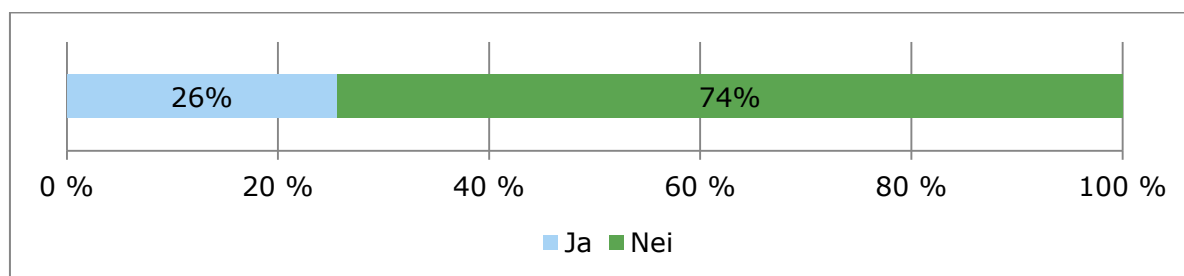
7. KOMMUNENS SAMARBEID MED ANDRE AKTØRER

Her presenteres opplysninger fra kommunene om deres samarbeid med andre aktører enn spesialisthelsetjenesten i arbeidet med asylsøkere, herunder samarbeid med Frisklivsentralen og frivillige organisasjoner.

7.1 Samarbeid med Frisklivsentralen

26 prosent av kommunene oppgir at de har et samarbeid med Frisklivsentralen. Dette fremkommer av figur 7.1 som viser opplysninger fra kommunene som samarbeid med Frisklivsentralen.

Figur 7.1 Er det samarbeid med Frisklivsentralen?



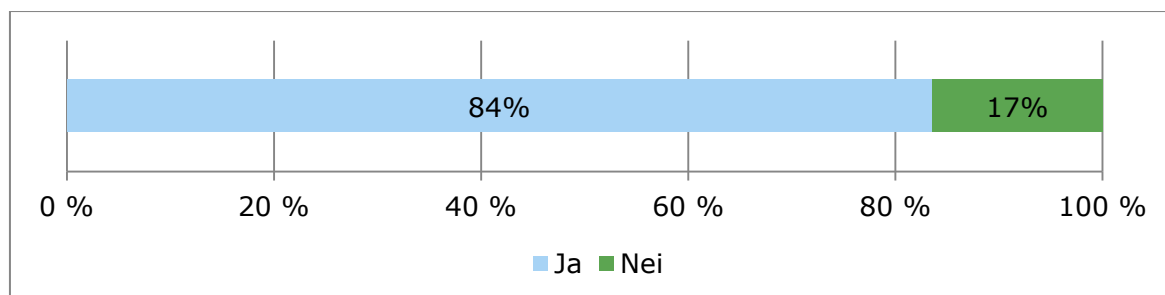
n=90

Med utgangspunkt i kommunens beskrivelser av samarbeidet med Frisklivsentralen, viser analyser at det er stor variasjon i hva samarbeidet omfatter. Oftest innebærer samarbeidet ulike former for organisert idrett. Enkeltkommuner opplyser om at innholdet i samarbeidet omfatter tilbud som samarbeidsmøter, gågrupper, svømmetrening, leksehjelp, veiledning om kosthold og røykeavvending, informasjonsarbeid og fastleger med tilknytning til frisklivsentralen. Flere kommuner fremhever at gruppen får tilgang på samme tjenestetilbud om øvrig befolkning.

7.2 Samarbeid med frivillige organisasjoner

Kommunene ble bedt om å opplyse om det er samarbeid med frivillige organisasjoner om aktiviteter og tilbud til flyktninger og asylsøkere. Jfr. figur 7.2 oppgir 84 prosent av kommunene at de har samarbeid med frivillige organisasjoner.

Figur 7.2 Er det samarbeid med frivillige organisasjoner om aktiviteter og tilbud til flyktninger og asylsøkere?



n=91

Kommunene ble videre bedt om å opplyse om hva samarbeidet med frivillige organisasjoner omfatter. Analyser av svarene viser at samarbeidet kommunene har med frivillige organisasjoner varierer mye med tanke på hva det omfatter (jfr. tabell 7.1 på neste side). De fleste kommunene oppgir å samarbeide med frivillige organisasjoner om flere ulike tilbud som retter seg mot asylsøkere. Spesielt utpeker tilbud om idrett og andre former fysisk aktivitet seg. Her samarbeides det med idrettslag om å gi asylsøkere mulighet til å delta på treninger, samt å få låne utstyr og idrettshaller. De andre aktivitetstilbudene er typisk gågrupper eller andre lavtersktilbud for fysisk aktivitet. 20 kommuner opplyser at aktivitetene primært organiseres igjennom en frivil-

lighetsentral eller andre steder, og oppgir dermed ikke konkret hvilke tilbud som gis. Mange kommuner oppgir også «andre» eller uspesifiserte tilbud til gruppen.

Av andre tilbud kommunene opplyser de har et samarbeid med frivillige organisasjoner om, er ulike typer fadderordninger, kulturtilbud, innsamling av klær og leker, tilbud rettet mot kvinner og skolegang. Videre er støtte til turer og tilbud knyttet til språkutvikling som for eksempel språkkafé noe som løftes frem av flere kommuner.

Fadderordninger er også noen kommunen opplyser at de de samarbeider med frivillige organisasjoner om. Fadderordningene har ulike former, og varierer fra fadderfamilier til frivillig sosialisering med asylsøkerne.

Kulturtilbudene er ofte uspesifisert, men inkluderer aktiviteter som strikking og ungdomsklubber. Innsamling av klær og leker er ofte i samarbeid med Røde kors. Tilbud rettet mot kvinner er typisk i form av kvinnegrupper med ulike kulturelle og fysiske aktiviteter. Når det gjelder tilbud som skal støtte skolegang er dette primært knyttet til leksehjelp.

Oppsummering i tabell 7.1 under har tatt utgangspunkt i å danne oversikt over hva kommunene konkret oppgir. Dersom en kategori er mer spesifikk enn en annen, er denne benyttet fremfor den generelle. For eksempel kan tilbudene rettet spesielt mot kvinner kunne være lavterskeltilbud for fysisk aktivitet eller kulturtilbud, men dette er da kun talt i den spesifikke kategorien.

Tabell 7.1 Oppsummering av kategoriserte samarbeidsformer med frivillig sektor

Samarbeidsform	Antall som har oppgitt	Andel
Idrett igjennom idrettslag	22	32 %
Andre typer aktivitetstilbud	21	31 %
Uspesifiserte tilbud	21	31 %
Organisert igjennom frivillighetssentral eller lignende	20	29 %
Fadderordninger av ulike slag	10	15 %
Udefinerte kulturtilbud	10	15 %
Innsamling/utdeling av klær, leker og lignende	9	13 %
Tilbud rettet spesielt mot kvinner	9	13 %
Tilbud knyttet til skolegang, som leksehjelp	8	12 %
Turer	7	10 %
Tilbud knyttet til språkutvikling, som språkkafé	5	7 %

n=68

VEDLEGG

Her fremkommer øvrige opplysninger fra kommunene som ble hentet inn i forbindelse med questback-undersøkelsen.

0.1 Antall mottak

Tabell 0.1 gir en oversikt over opplysninger om antall mottak totalt og fordelt på kommunestørrelse, slik kommunen har oppgitt i undersøkelsen.

Tabell 0.1 Antall mottak

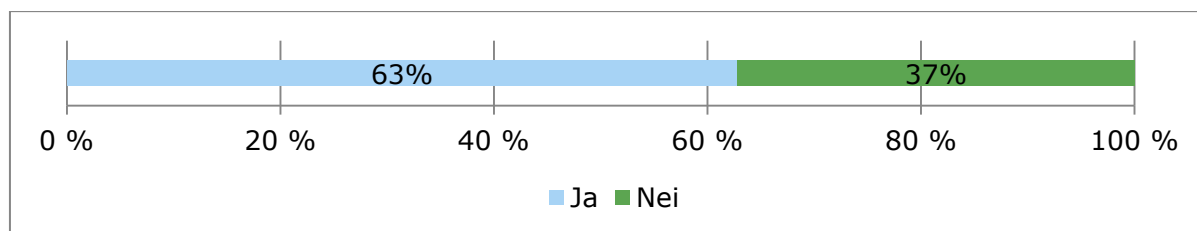
Kommunestørrelse	Antall mottak	Gjennomsnitt per kommune
Totalt (n=92)	137	1,5
Under 10 000 innbyggere (n=51)	66	1,3
10 000 til 39 999 innbyggere (n=25)	44	1,8
40 000 til 79 999 innbyggere (n=10)	17	1,7
Over 80 000 innbyggere (n=2)	4	2

Totalt opplyser 92 kommuner at de har 137 mottak, noe som tilsvarer et gjennomsnitt på 1,5 mottak per kommune. Tabell 0.1 viser videre opplysninger fra kommunene fordelt på kommunestørrelse. Mens kommuner med under 10 000 innbygger i snitt har nærmere ett mottak per kommune, har kommuner med over 80 000 innbyggere 2 mottak i gjennomsnitt. Vi minner igjen om få respondenter og medfølgende, manglende mulighet til å generalisere.

0.1 Desentraliserte mottak

Kommunene ble også bedt om å opplyse om mottakene er desentralisert. 63 prosent av kommunene oppgir at mottakene er desentralisert. Resterende 37 opplyser at de ikke er det, jf. figur 0.1.

Figur 0.1 Er det desentralisert mottak?

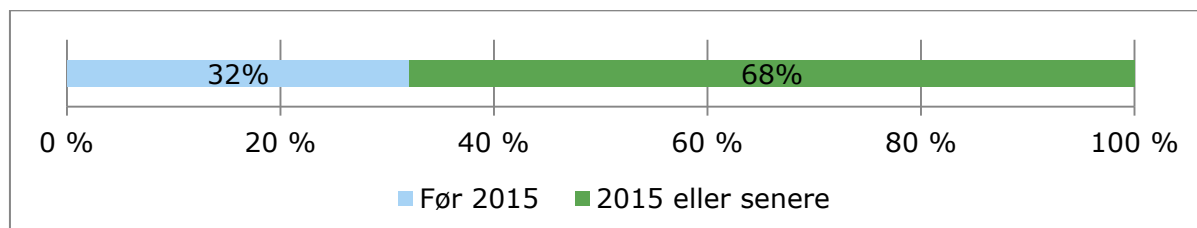


n=86 kommuner

0.2 Når ble mottak/omsorgssentre etablert?

Kommunene ble videre bedt om å opplyse om når mottak/omsorgssentre for enslig mindreårige asylsøkere (EMA) ble etablert. Opplysningene fremkommer av figur 0.2. 68 prosent av kommunene oppgir at mottak/omsorgssentre for EMA ble etablert i 2015 eller senere. Resterende 32 prosent av kommunen hadde etablert mottak omsorgssentre før 2015.

Figur 0.2 Når ble mottak/omsorgssentre etablert (EMA)?



n=81 kommuner

