

Justisdepartementet  
Innvandringsavdelingen  
Postboks 8005 Dep  
0030 Oslo

postmottak@jd.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 11/3765

Dato: 15.12.2011

## **Høringssak: NOU 2011:10 I velferdsstatens venterom, om mottakstilbudet for asylsøkere**

Vi viser til departementets høringsbrev av 4. juli 2011 med oversendelse av NOU 2011:10 I velferdsstatens venterom, om mottakstilbudet for asylsøkere.

Legeforeningen ønsker å kommentere kapittel 25 om "Asylsøkere og helsetjenester" og støtter i utgangspunktet de anbefalinger utvalget gir i dette kapitlet. Det henvises i kapittel 25 i stor grad til kapittel 24 om "Identifisering av sårbare grupper", og Legeforeningens høringsuttalelse vil derfor også berøre noen av de temaer som tas opp i dette kapitlet. Når det spesielt gjelder helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet (etter endelig avslag på beskyttelse) så vises det til Legeforeningens høringsuttalelse av 16. februar d.å. til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende endringer av prioriteringsforskriften.

Høringsnotatet har vært sendt til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen med anmodning om kommentarer til kapittel 25 om asylsøkere og helsetjenester. Denne delen av høringsnotatet, og innspill fra de relevante organisasjonsledd, er også behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

### Tilpasset tilbud

Legeforeningen er enig i utvalgets vurdering av at det er viktig å fokusere på mottakenes muligheter til å gi et tilpasset tilbud til beboere med spesielle behov. Legeforeningen støtter utvalgets forslag om at informasjon om det enkelte mottak og om vertskommunenes tjenestetilbud i større grad enn i dag bør systematiseres med sikte på å kunne gi personer med spesielle behov et tilrettelagt tilbud. Det er viktig å sikre et differensiert mottakstilbud (fra hybelhus til omsorgsboliger) som kan imøtekomme ulike grader av behov for tilrettelegging og oppfølging.

Legeforeningen ønsker å presisere at utvalgets anbefaling om tilpasset tilbud også bør omfatte asylbarn, og at utredningen generelt har et for svakt fokus på barn av asylsøkere. Asylbarn er i stor grad selvstendig lidende og medlidende til foreldrenes/ de foresattes lidelser og har i større grad enn norske barn fysiske og psykiske helseplager. Asylsøkere med barn bør få særskilt hjelp med helsetjenester. Da psykiske lidelser og behandling for dette kulturelt sett ofte er svært stigmatiserende, bør tilbudet fra spesialisthelsetjenesten også omfatte oppsøkende virksomhet til mottaket for veiledning, konsultasjon og behandling i samarbeid med helsetjenesten på mottaket.

### Utvidet helseundersøkelse i transittmottak

Utvalget anbefaler en utvidelse av helseundersøkelsen i ankomstfasen blant annet med sikte på å avdekke behov for helseoppfølging og behov for tilrettelegging i mottak. Det anbefales også at informasjon som framkommer om sårbarhet og spesielle behov i forbindelse med helseundersøkelsen må systematiseres og videreformidles til dem som er ansvarlige for å finne et egnet mottak.

Selv om det påpekes at det systematisk må innhentes samtykke fra asylsøkeren før informasjon om sårbarhet og spesielle behov videreformidles av hensyn til videre mottaksplassering, er Legeforeningen bekymret for at personsensitive opplysninger om helse- og sykdomsforhold ved dette kan spres på en uheldig måte.

Den videre oppfølgingen av forhold som fremkommer ved en slik mer intensiv og omfattende helseundersøkelse, må nødvendigvis foregå på et annet sted og av annet helsepersonell ettersom asylsøkere kun oppholder seg kort tid i transittmottak. Legeforeningen mener det er uheldige og problematiske sider ved å legge opp til en mer omfattende kartlegging og ”identifisering av sårbarhet” under det kortvarige oppholdet i transittmottak, noe som i liten grad drøftes av utvalget.

Generelt er det er alltid grunn til å være varsom med å legge opp til å avdekke sårbarhetsforhold uten at det på forhånd er klarlagt hvordan disse kan bli fulgt opp videre behandlingsmessig. Kartlegging av sensitive personopplysninger bør først og fremst foregå i en kontekst der de også kan følges opp. Slik sett er transittmottak et lite egnet sted.

Legeforeningen vil også peke på at dersom man ønsker å identifisere sårbare personer/ grupper tidlig så trengs det en generell kompetanseoppbygging når det gjelder komplisert traumatisering, transkulturelle forhold og flukt/ eksil-problematikk. Det samme gjelder for slik identifisering i ordinære mottak.

Legeforeningen savner også en nærmere gjennomgang av det formelle grunnlaget for kartlegging/identifisering av sårbarhet hos asylsøkere i transittmottak og den forsterkningen av denne aktiviteten som utvalget legger opp til. At det er mest hensiktsmessig at helsetjenestetilbudet til asylsøkere i transittmottak forankres i kommunehelsetjenesten, er Legeforeningen enig i. Men i den forbindelse savner vi en drøfting av hvilken plikt kommunehelsetjenesten har, uavhengig av om asylsøkeren ber om det, til å gjøre vurderinger av asylsøkeres helsetilstand og behov for helsetjenester. Når det legges opp til at helseundersøkelser i transittmottak skal gjennomføres av kommunehelsetjenesten, er det viktig at det gis klare signaler om hva som er hjemmelsgrunnlaget for de tjenestene det forventes at kommunen leverer.

I utformingen av avtaler med den aktuelle kommunen om driften av denne helsetjenesten vil det være svært viktig å involvere kommuneoverlege. Det er også viktig at avtalene avklarer hvilke oppgaver som skal inngå i helsetjenestetilbudet og forholdet til kommunens øvrige helsetjeneste, ansvar for nødvendig opplæring og opprettholdelse av faglig kompetanse og hvem som har ansvar for å følge opp at tjenesten fungerer etter sin hensikt.

### Helsetjenestetilbudet til asylsøkere i ordinære mottak

Det er i utredningens punkt 25.5.4.3 vist til at Helsedirektoratet ikke anbefaler at asylmottakene ansetter helsepersonell fordi det vil kunne bidra til å utydeliggjøre sektoransvaret. Utvalget har understreket forskjellen mellom å ha helsepersonell ansatt i mottak og å ha ansatte med helsefaglig kompetanse, og at det er viktig med personell med helsefaglig kompetanse i asylmottakene.

Legeforeningen anser det uklart hva utvalget mener med å ha ansatt personell i mottaket ”med helsefaglig kompetanse”. Etter Legeforeningens syn legges det her opp til uklarhet i rolleutøvelse hos mottakets personell som asylsøkerne ikke er tjent med, og som også kan medføre at asylsøkere ikke søker nødvendig profesjonell hjelp og at det kan skapes urealistiske forventninger. At ansatte på

mottakene må ha kjennskap til det kommunale tjenesteapparatet slik at de ved behov kan veilede asylsøkerne når det gjelder å få kontakt med for eksempel fastlege og andre deler av helsetjenesten, er selvsagt.

Det kan virke noe uklart hva slags oppgave en person med helsefaglig kompetanse skal ha. Det er mulig man kan tenke seg en modell med asylmottakslege/sykepleier, som kan ha noe samme funksjon og ansettelsesforhold som ansatte i fengselshelsetjenesten, enten bare med koordineringsansvar eller også som behandler.

Legeforeningen har erfaring for at det er meget viktig at den kommunale helsetjeneste involveres på et så tidlig stadium som mulig ved etablering av mottak, og dette burde kommet tydeligere frem i utredningen. Det har vært eksempler på at ganske store mottak er blitt etablert på relativt små steder, og at både helsestasjonstjenesten og psykiatriske sykepleiere i kommunen har fått mangedoblet antall brukere, uten at kommunen har fått forberedt seg på slike endringer. Dette er svært uheldig og bør unngås.

#### Mottakenes rolle – psykisk helse og andre forhold

Legeforeningen er enig i utvalgets anbefalinger av tiltak som kan bidra til å forebygge psykiske helseproblemer hos beboerne i asylmottak, jf. punkt 25.5.3 i utredningen. Som utvalget selv påpeker er den viktigste faktoren at oppholdstiden i mottak blir så kort som overhodet mulig.

Legeforeningen vil spesielt påpeke nødvendigheten av at mottakene organiseres slik at de bidrar til å vedlikeholde/fremme beboernes egen mestringsevne. Det betyr mulighet til aktiviteter og tilpassede tiltak. Om ikke disse forhold ivaretas viser erfaring at oppholdet i mottaket kan bli unødig sykdomsfremkallende. I forhold til asylbarn er det viktig at de har daglige aktiviteter som skole og barnehage. Fritidstilbud bør gis uten begrensninger av reiseavstand og økonomi, noe som er vanskelig når mottak ligger isolert til, slik som for eksempel Dale mottak.

Det bør, etter Legeforeningens syn, være personale tilstede eller tilgjengelig på mottak hele døgnet, ikke bare på dagtid.

#### Sosiale tjenester

Legeforeningen slutter seg til forslaget i kapittel 25.5.8 og 25.5.9 om at asylsøkere gis rett til sosiale tjenester etter § 4-2 i sosialtjenesteloven og at retten til tilsvarende tjenester videreføres i ny kommunal helse- og omsorgslov.

#### Asylsøkere og fastlegeordningen

Legeforeningen mener at asylsøkeres behov for allmennlegetjenester i utgangspunktet skal ivaretas gjennom fastlegeordningen. At det i 2011 fortsatt er problemer knyttet til tildeling av D-nummer, noe som i henhold til kapittel 25.2.5 i utredningen innebærer at asylsøkere må vente 6-8 uker før de kan knyttes til en fastlege, er etter Legeforeningens syn svært uheldig.

De problemer som omtales i kapittel 25.5.5 når det gjelder fastlegeordningen, mener Legeforeningen det vil kunne være mulig å få til en bedring av blant annet gjennom allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg. Kommuneoverlegen har her en viktig rolle. Det er av betydning å få til en konstruktiv debatt også i fagmiljøene med fokus på at det for eksempel pr i dag er mangelfull kunnskap og bevissthet hos fastleger om bruk av tolk og ansvarsforhold i den forbindelse. Den bebudede veilederen for bruk av tolk i helsevesenet som er under utarbeidelse fra Helsedirektoratet vil også ha betydning, særlig hvis den følges opp med gode implementeringsaktiviteter fra myndighetenes side.

Legeforeningen mener det er viktig at det kommer klarere frem i regelverket at all bruk av tolk i kommunehelsetjenesten skal dekkes av kommunen. Den taksten legen får for bruk av tolk er for merarbeidet med å gjennomføre konsultasjonen med tolk. Det samme bør gjelde der det skal betales for oppmøte for tolken selv om pasienten har uteblitt.

Det bør også lages et system for at asylsøkere lett kan få hjelp til å bestille seg time hos fastlege. Som nevnt i utredningen er det ikke enkelt å sette seg inn i det norske systemet, og det kan da være vanskelig å få bestilt time hos lege. Dette er i seg selv en helserisiko. Erfaring viser at asylsøkere ofte kommer rett til legekantoret (uten å ha bestilt timer) og prøver å kontakte med lege. Dette kan medføre vanskelige praktiske utfordringer og føre til at asylsøkere opplever seg avvist. Ved et mer strukturert samarbeid mellom legekantoret og asylmottak kan slike misforståelser unngås.

Legeforeningen mener imidlertid at myndighetene også bør vurdere om det, i kommuner hvor det ligger til rette for det, bør velges andre løsninger enn fastlege for pasienten så lenge de ikke har fått varig opphold og er plassert i bostedskommunen. Dette forutsetter at kommunen er av en viss størrelse og kan rekruttere leger med kompetanse og interesse for dette spesielle allmennlegearbeidet. Som begrunnelse for forslaget pekes det blant annet på at antall personer som oppholder seg i mottak har variert veldig i perioder, og det er derfor ikke hensiktsmessig å dimensjonere fastlegetilbudet i kommunene på bakgrunn av en slik varierende størrelse. Videre nevnes at det ikke er kontinuitet i forholdet mellom asylsøker og fastlege på samme måte som i de fleste andre fastlege-pasientforhold; inntil personen får D-nummer vil de ikke kunne få velge seg fastlege og når de har fått varig avslag vil de ikke ha rettigheter til annet enn ø-hjelps legetjenester, noe som fastlegen ikke vil kunne ha oversikt over. Viktig i denne sammenheng er det også at asylsøkere ofte vil ha andre helseutfordringer enn befolkningen for øvrig. Dette gjør at det sannsynligvis vil kunne gis et mer tilpasset helsetilbud for asylsøkerne som ikke har fått varig opphold, i kommuner hvor det ligger til rette for det, hvis dette organiseres utenfor selve fastlegeordningen.

Med vennlig hilsen  
Den norske legeforening



Geir Riise  
Generalsekretær



Anne Kjersti Befring  
direktør

Saksbehandler: Elisabeth Huitfeldt