

23 JAN 2012

Justis- og politidepartementet  
Postboks 8005 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Saksbehandler: SJU  
Vår ref.: 11/5272  
Dato: 17.01.2012

## Høringsbrev av 04072011 med vedlegg - NOU 2011:10 I velfrdsstatens venterom - Om mottakstilbudet for asylsøkere

### NOU 2011: 10 I velferdsstatens venterom: Høringssvar fra Helsedirektoratet

Rapporten er basert på det oppnevnte utvalgets gjennomgang av mottakstilbudet for asylsøkere, og foreslår både organisering av mottaksapparatet og innholdet i tilbudet. I tillegg legger utvalget frem et forslag til lovregulering av mottakstilbudet. Høringsinstansene bes komme med innspill til utvalgets analyser, vurderinger og forslag, samt vurdere eventuelle justeringer og / eller nye forslag til organiseringen av og innholdet i tilbudet. Det bes om at det i merknadene refereres til kapitler og avsnitt.

Helsedirektoratet uttaler seg her om helse og helsetjenester. Helse og helsetilstand påvirker og påvirkes av livssituasjon, funksjon, forventinger fra individet selv og samfunnet rundt. Vi ser det som heldig at utvalget har vurdert ulike sider ved helsetilstand og helserelaterte spørsmål helhetlig sammen andre innvandrings- og velferdspolitiske aspekter. Vi legger i vår uttalelse til grunn en vid forståelse av begrepet helse som omfatter medisinske, sosiale og relasjonelle forhold.

Vi vil i vår uttalelse ta utgangspunkt i utredningens sentrale vurderinger og anbefalinger i kapittel 3. Vi viser i våre innspill og kommentarer til utredningens øvrige avsnitt (i parentes) der disse har relevans.

### **UTVALGETS SENTRALE VURDERINGER OG ANBEFALINGER**

#### Saksbehandlingstid, botid og bostandard

Helsedirektoratet er enig i at nedkorting av saksbehandlingstid er avgjørende for den enkelte beboers helse- og livssituasjon, og at LEAN-metodikken og andre effektiviseringstiltak som utlendingsforvaltningen har iverksatt er positivt. Samtidig er vi enig i utvalgets forslag om bedre tilrettelegging for personer med lang botid. (3.2.; 7.2.; 16.; 20.; 21.; 22.)

#### Driftsoperatører og mottak

Helsedirektoratet ser det som hensiktsmessig å videreføre praksisen med en kombinasjon av ulike driftsoperatører som samlet gir fleksibilitet og mulighet til tilpasning til forskjellige

**Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester**

Avd. minoritetshelse og rehab  
Siri Jung, tlf.: 24 16 38 46

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

behov. En differensiering i henhold til bemanning, behov og botilbud vil kunne ivareta sårbare personer med behov for tilrettelegging og økt sikkerhet, familieenheter, enheter for enslige, langtidsbeboere, døgnbemannede FA-avdelinger, osv. Vi mener samtidig det vil være udelt positivt dersom dagens løsning suppleres med en mottakstype som utvalget kaller basismottak, da det vil skape kontinuitet, og kompetanse og erfaring som samles kan benyttes av andre aktører.

Uavhengig av type mottak og driftsoperatør er det avgjørende at mottakspersonell innehar kompetanse som bidrar til å ivareta beboeres rettigheter og velferd. Selv om sektoransvarsprinsippet legges til grunn og det skilles mellom helse- og mottakspersonell, er det viktig at mottakspersonell evner å fange opp beboeres behov og eventuelle sårbarhet, særlig gjelder dette psykisk helse og rus.

Såkalt basismottak vil gi større forutsigbarhet for planlegging, og systematikk i videreformidling av kompetanse og gode samhandlingsrutiner. Basismottak kan tilpasses lokale forhold, og gi fleksibilitet og mobilitet. Det er avgjørende at alle mottak følger tilsvarende krav til kvalitet og forsvarlige tjenester, slik at alle mottak er normerte og gir likeverdige tjenester i tråd med forpliktelser i gjeldende lov- og regelverk. Nasjonal normering vil bidra til å ivareta gruppens verdighet og rettssikkerhet.

Selv om basismottak vil gi bedre vilkår for kontinuitet, langsiktig planlegging og fagutvikling, støtter Helsedirektoratet utvalget i at plassering av driftsansvar for transittmottak bør tillegges utlendingsmyndighetene og at det er mest hensiktsmessig og legge ansvar for helsetjenestetilbud til kommunale helsetjenester i kommunen, da asylsøkere omfattes av den nasjonale målsettingen om likeverdige helsetjenester som tar hensyn til den enkeltes ulike forutsetninger og behov. Når det gjelder faser av mottaksoppholdet er vi enig med utvalgets vurdering at innkvarteringsstandard bør justeres i forhold til botid. (3.2.; 3.4.; 7.5.; 16.; 17.; 20.; 21.; 22.)

#### Vurderingen av kontrollhensyn VS velferdshensyn

Helsedirektoratet tar ikke stilling vurderinger av innvandringspolitiske hensyn eller immigrasjonskontroll, men mener sosiale, velferds- og helsemessige forhold må vurderes i henhold til menneskerettslige og andre juridiske forpliktelser, ikke i forhold til regulering og kontroll. Vi ser det dermed som hensiktsmessig dersom en todeling av mottakssystemet bidrar til å øke den enkelte beboers velferd og trygghet. (3.2.; 12.; 20.; 21., 22.)

#### Enslige mindreårige og barn medfølgende familie

Utvalget mener bo- og omsorgstilbudet for enslige mindreårige over 15 bør styrkes bemanningsmessig. Helsedirektoratet mener det er nødvendig med en forbedring av levekår for denne gruppen slik at forholdene tilsvarer andre barns oppvekstforhold. Barn er først og fremst barn og de har rett til å være barn, dernest er de asylsøkere. Bemanning og annen barnefaglig kapasitet og kompetanse er en viktig forutsetning for barns psykiske helse, helbred og utvikling. I dag er det slik at barnefaglig ansvarlig ofte har forlatt mottaket når barn kommer fra skolen, og det er åpenbart behov for fagpersonell som er tilgjengelig for barn i mottak.

Vi ønsker å understreke betydningen av å utvikle kravspesifikasjon tilpasset omsorgstilbud for barn, der ansvars plassering og faglig forsvarlighet tydeliggjøres. Det bør også foretas rutinemessige evalueringer, samt være under tilsyn (se punkt "lovgivning og tilsyn" under).

Utvalgets flertall anbefaler rett til barnehageplass og videregående opplæring, hvilket vi bifaller. Opplæring er en av flere faktorer som er positivt for psykisk helse, det medfører normalisering og kontinuitet i barns hverdag, og gir økt mestringsevne og resiliens. Vi ser det imidlertid som nødvendig at vertskommunetilskuddet økes ved tilføring av nye oppgaver, jamfør også punkt "utfordringer for kommuner" under.

Helsedirektoratet ønsker i denne forbindelse å tilføye aspektet rusproblematikk, som utvalget ikke har berørt i sin utredning. Vi ser psykisk helse og rusmiddel(mis)bruk i sammenheng, og påpeker at kunnskap tydelig viser at enslige mindreårige asylsøkere er en utsatt gruppe. Majoriteten er gutter, og en del opplever at dette skyldes et begrenset aktivitetstilbud og ensomhet. I tillegg er andelen voksne unge (18-24) økt, samtidig som nye typer rusmidler utover alkohol er avdekket (Bergengen, 2008). Barnehage og skole er i tillegg sentrale aktører når det gjelder identifisering av sårbare personer med spesielle oppfølgingsbehov, jamfør punkt "identifisering av sårbare personer og taushetsplikt" under. (26.; 29.; 3.2.; 3.4.; 1.9.; 20.; 21.; 22.; 26. ;27.)

#### Utfordringer for kommuner ved etablering

Utvalget foreslår blant annet at det bevilges midler til vertskommune for planlegging av tjenestetilbudet til mottaksbeboere. Helsedirektoratet mener øremerkete midler og tilstrekkelig med tid til forberedelser vil være gunstig i forhold til kommunens mulighet til å gi kvalifisert og tilpasset tjenestetilbud fra første stund. Utvalget foreslår videre at Utlendingsdirektoratet (UDI) bør systematisere erfaringer fra kommunal tjenesteproduksjon og ivareta kommunenes og lokalbefolkningens behov for informasjon. Videre foreslås en nærmere utredning av kommunenes utgifter og oppgaver i forbindelse med mottak. I tillegg anbefaler det at vertskommunetilskuddet utbetales i noe lenger tidsrom enn mottakets driftsperiode.

Helsedirektoratet mener dette er fornuftige grep, da det bør være et rimelig forhold mellom vertskommunetilskudd og reelle kommunale utgifter tilknyttet mottaksbeboere. Vi ser også at det er nødvendig med planleggingstilskudd, ikke minst for å tilrettelegge for godt samarbeid mellom sektorer for å yte forsvarlige og koordinerte tjenester. (3.2.; 7.3.; 14.11.; 16.5.)

#### Lovgivning og tilsyn

Utvalget mener det er behov for en lovfesting av mottakstilbudet i en egen lov. Vi slutter oss til utvalgets vurdering om at regelfesting på relevant nivå vil bidra til å sikre at beboere gis velferdstjenester i tråd med nasjonal normering. Samtidig må lov- og regelfesting avveies med hensyn til forvaltning og faglig forsvarlighet, og for å bevare fleksibilitet. Vi mener et mer uavhengig tilsyn uten potensielle lojalitetskonflikter eller andre bindinger vil kunne bidra til økt reell likhet. Helsedirektoratet bifaller derfor forslaget om en mer uavhengig tilsynsordning som vil være mer effektiv og nøytral. Utvalget mener det er fordelaktig av hensyn til kompetanse, kvalitet og effektivitet å legge oppgaven til ett fylkesmannsembete med et nasjonalt ansvar. Vi mener dette er en løsning som bør utredes nærmere, særlig med tanke på eventuell lovhjemling.

Helsedirektoratet går ikke inn i utvalgets lovforslag, men har generelle kommentarer. Vi støtter all klargjøring som kan sikre likeverdig behandling og større grad av forutsigbarhet og tilgjengelighet for bruker og tjenesteyter. Tydelig regelverk gir bedre grunnlag for ensartet tolking og forsvarlig ytelse av tjenester, og personuavhengighet kan gi økt rettssikkerhet.

Rettssikkerhet og informasjon henger tett sammen. Helsemyndighetene erkjenner at vi må tilrettelegge bedre for å sikre en reell likeverdig tilgjengelighet og behandling av gruppen asylsøkere i befolkningen. Vi vet eksempelvis at språklig tilrettelegging ved bruk av kvalifisert tolk i mange sammenhenger er mangelfull. Videre vet vi at enkelte opplever dårligere kvalitet i tjenestetilbudet sammenliknet med befolkningen for øvrig. Hvorvidt dette skyldes manglende informasjon om tjenestetilbudet eller om det har andre årsaker er ikke dokumentert. Imidlertid er vi enig med utvalgets vurdering i at tilpasset informasjon om rettigheter og plikter for den enkelte er betydningsfullt.

Rettighetsfesting i form av lov eller forskrift synes å være en god løsning for blant annet å beskytte mot vilkårlighet, og dermed ivareta den enkeltes menneskeverd. Det viktig for oss med et regelverk som er normgivende for likebehandling og faglig forsvarlighet. Rettighetsfesting vil som styringsmiddel for politiske myndigheter og redskap for forvaltningen antas å bidra til standardisering av tilbud, transparens, rettssikkerhet, likebehandling og rasjonell forvaltning. Formalisering og oppgradering av regelverket antas dermed å bidra til økt kvalitet i tilbudet. Likeverd som verdigrunnlag er et grunnleggende prinsipp for helsemyndighetene, og helsetjenesten skal - slik utvalget legger til grunn - uansett tilfredsstillende anbefalingene i Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flykninger og familiegjenforente IS-1022 (2010). Vi antar at rettighetsfesting gir økt tilgjengelighet og dermed mulighet for koordinering mellom sektorer.

Et helhetlig perspektiv og å se de ulike sektorer i sammenheng er nødvendig, kombinert med en vid forståelse av helse, som omfatter relasjonelle, sosiale og medisinske forhold. Imidlertid bør rettighetsfesting i form av lov eller forskrift veies mot at faglig skjønn ved lovfesting kan bindes. En egen lov for regulering av mottakstilbudet for asylsøkere bør vise varsomhet både når det gjelder hva som rettighetsfestes og i hvilken spesifikasjonsgrad. Vi støtter rettighetsfesting på relevant nivå såfremt fleksibilitet, rettssikkerhet, intensjon og verdighet ivaretas. (3.2.; 7.7.; 10.6.; 10.9.; 10.9.; 10.9.12.5.; 14.8.; 19.; 20.3.; 23.; 28.; 31.; 32)

#### Privat innkvartering og alternativ mottaksplass

Helsedirektoratet mener det er heldig at det legges tilrette for økt bruk av alternativ mottaksplassering og privat innkvartering dersom dette bidrar til økt livskvalitet for den enkelte. Dette vil også medføre en avlastning for mottakene, slik at de frigjorte ressursene benyttes til beboeroppfølging slik utvalget skisserer.

Privat innkvartering med oppfølging kan i tillegg til å være hensiktsmessig for den enkelte asylsøker også gi geografisk fleksibilitet. Imidlertid forutsettes avklaring av type oppfølging og ansvars plassering, samt en økonomisk kompensasjonsordning som ikke er for ressurskrevende å håndtere. Kompensasjonsordningen bør tilrettelegges for god koordinering mellom tjenesteytere. Personer som eventuelt belaster andre beboere kan flyttes, psykisk syke som trenger skjerming og andre sårbare beboere kan tilbys tilrettelagt boenhet. Alternativ

mottaksplassering vil slik representere et godt supplement til de tre eksisterende modellene, og henholdsvis desentraliserte og sentraliserte mottak. (3.2; 3.3.; 3.4.; 20.; 21.; 22.; 21.)

### Sosiale tjenester

Helsedirektoratet er enig i at velferdshensyn tilsier at beboere bør være omfattet av kommunale sosiale tjenester, i likhet med andre velferdstjenester som er omfattet av sektoransvaret. Utvalget påpeker at tilbudet i dag kan ha et improvisert preg, og vi mener derfor at beboere bør sikres et likeverdig tilbud gjennom å omfattes av sosiale velferdstjenester. (3.2.; 25.4.; 25.5.; 26.; 27.)

### Retursentre

Såkalte retursentre vil ifølge pressemelding fra UDI likevel ikke realiseres grunnet økonomiske hensyn. Helsedirektoratet er i likhet med utvalget av den oppfatning at dette uansett finansiering vil være en lite hensiktsmessig løsning. Dette skyldes blant annet at konsekvenser av flytting og oppbrudd i en forøvrig presset livssituasjon kan være til dels svært negative, kombinert med konsentrasjon av fortvilte personer med uforutsigbar fremtid; og det potensialet det innebærer med tanke på uro (jmfør ventemottakene).

Retursenter-midlene skal ifølge UDI brukes til kvalifisering for beboere. Vi ser positivt på kompetanseheving i form av kursing, aktiviteter eller opplæring av beboere, da dette hindrer passivisering og slik virker positivt på helsetilstanden. Samvær og samarbeid kan også stimulere fellesskapsfølelse og forbygge uro og potensielle konflikter. Tanken om økt bemanning og tiltak støttes uavhengig av type mottak. Vi er positive til personell som psykiatrisk sykepleier og helsesøster, da vi vet at mange beboere i alle faser (ankomst, vente, utreise) ofte har behov for tjenester som mottakspersonell alene ikke kan yte, men krever helsefaglig personell. I denne sammenhengen nevner vi at særlig barn som venter på utreise bør skånes fra flytting. (3.2.; 3.3.; 20.; 21.; 22.; 26.; 27.)

### Arbeid, aktivitet, kvalifisering og beboermedvirkning

Beboermedvirkning og -deltakelse gir beboere innflytelse på egen livssituasjon og anledning til å utføre praktiske oppgaver. Dette er positivt for den enkeltes helsetilstand (sitat): "gir den enkelte beboer muligheter for selvrepresentasjon og gjenerobring av egen identitet, anledning til å tilegne seg ny sosial og faglig kompetanse, samt en meningsfylt hverdag under ventetiden." (23.6.3.)

Helsedirektoratet viser til at aktivitets- og arbeidslivstilknytning er viktig for helsetilstand, både psykisk og fysisk. Forutsatt at ansvars plassering er klargjort mellom rollen som beboer og personell vil beboeraktivitet gi mestringsfølelse og bedre psykisk helse. Den enkeltes funksjonsevne må hensyntas, og det bør gjøres risikoanalyser og grundige vurderinger for å forebygge potensielle konflikter mellom beboere og mellom beboer og personell. Potensielle konflikter bør ses i lys av eventuelle sanksjoner / byrder og status/ goder som knyttes til oppgavefordeling.

Helseplager bør behandles parallelt med hel eller delvis deltakelse. I den forlengelse støtter vi utvalget i at enkelte oppgaver bør være obligatoriske og medføre trekk ved ugyldig fravær. Vi forutsetter at vedkommende får reell vurdering av fysisk og psykisk helse, da mange har

svekket helsetilstand. Vedrørende utvalgets forslag om belønning, bør dette ses i lys av at det kan skape konflikter dersom dette resulterer i ulikhet i levekår.

Vi mener at ulike sider ved helsetilstand og helserelevante samfunnsproblemer må ses i sammenheng med andre arbeids- og velferdsrelaterte vurderinger. Vi vet at deltakelse i samfunn og fellesskap og aktivitets- og arbeidslivstilknytning er viktig for helsetilstand, både psykisk og fysisk. Helsedirektoratet påpeker at dette gjelder alle grupper i samfunnet, uavhengig av tilknytning til riket. Vi ser det som positivt dersom gruppen som har asylsøkerstatus får arbeidstillatelse, uavhengig av hvorvidt dette blir del av et kvalifiseringsløp for videre yrkeskarriere her i landet eller i utlandet.

Vi støtter utvalgets anbefaling om at kvalifisering bør være et tilbud til alle beboere i mottak – uavhengig av eventuell opprettelse av nye mottakstyper tilsvarende ventemottak eller retursentre. Dette vil ha stor betydning i både forebyggende og helsefremmende perspektiv. (3.2.; 3.4.; 7.2.; 7.4.; 10.9.; 23.; 26.; 27.; 28.; 29.; 30.)

### Økonomi

Nivået på den økonomiske stønad bør, slik utvalget foreslår, gjennomgå slik at asylsøkere ikke lever i fattigdom. Særs viktig er at økonomiske hensyn gjør det umulig for barn å delta i fritidsaktiviteter og annet sosialt fellesskap. I denne sammenheng nevner vi at barn har rett til å være barn uavhengig av deres foreldres situasjon, eventuell status som dubliner, oa. (3.4.; 13.3.; 23.7.)

### Identifisering av sårbare personer og taushetsplikt

Utvalget mener transittfasen er helt avgjørende i forbindelse med avdekking av sårbare asylsøkere, og foreslår økte ressurser i ankomstfasen. Utvalget fastslår videre at mange former for sårbarhet er helserelevante, og foreslår følgelig økt fokus på helse i transittfasen. Vi ser at sårbarhet ofte er helserelevante, og støtter utvalget i at mottak gis en styrket kapasitet for å identifisere sårbare personer med spesielle behov, herunder personer med psykiske lidelser, personer med fysiske skader etter tortur og andre overgrep, eller annen form for sårbarhet. Likefullt fastslår nevnte rapport (ISF, 2010) at sårbarhet gjerne avdekkes i fasen etter transitt (i.e. to uker som inkluderer den første helseundersøkelsen) i dagligdagse omgivelser, da åpenhet om sårbarhet ofte krever trygghet, tillit og ikke minst tid. Vi mener derfor at samarbeid mellom sektorer i alle mottaksfaser er av større betydning, og en forutsetning for systematisk å kunne fange opp sårbare. Eksempelvis vil det kunne ha store konsekvenser for asylsøkers saksbehandlingsprosess dersom mottakspersonell oppdager helserelevante opplysninger, som kan endre vedtak. Beboer må informeres om at det kan være viktig å gi beskjed til helsepersonell og til utlendingsmyndighetene. Særs viktig er det at avdekking av tortur dokumenteres, slik at denne dokumentasjonen kan benyttes dersom beboer selv samtykker i å informere utlendingsmyndighetene eller i ettertid vil ansvarliggjøre de(n) som har utført handlingene.

Videreformidling av helseopplysninger til de som er ansvarlige for oppfølging / tilrettelegging, forutsetter samtykke (evt annen lovhjemmel), og det er positivt at samtykke innhentes automatisk slik at viktige opplysninger gis videre. Det er avgjørende at asylsøkeren er trygg på at de som får opplysningene ikke har opplysningsplikt til utlendingsmyndighetene.

Dokumentasjon av tortur og andre overgrep, har betydning blant annet i utlendingsmyndighetenes vurdering av beskyttelsesbehov.

Vi har i vår nevnte veileder henvist til Istanbul-protokollen for rettledning i tillegg til nasjonalt regelverk, samtidig som vi vil påpeke behovet for oppmerksomhet også i forhold til sårbarhet som ikke skyldes tortur eller andre overgrep. Vi mener at ofre for menneskehandel og personer med rus- og psykiske helseproblemer bør inkluderes i listen over sårbare.

Vi mener i likhet med utvalget at både kapasitet og kompetanse er viktig i denne sammenheng, og understreker at det vil være nødvendig med en proaktiv innsats i forhold til informasjon og tilstedeværelse / tilgjengelighet, men en noe mer tilbakeholden/ avventende holdning med tanke på "å overtale" til å dele opplysninger med andre. Personell må ha kompetanse på avdekking, henvisning og ha samarbeids- og dokumentasjonsrutiner. Vi påpeker betydningen av kunnskap om taushetsplikt og samtykke i tråd med helse- og forvaltningslovgivning.

Ad utvalgets anbefaling (sitat): "Taushetsplikten til de mottaksansatte bør reguleres av forvaltningsloven uavhengig av om driftsoperatøren er kommunal, privat eller en ideell organisasjon. Taushetsplikten bør gjelde også overfor utlendingsforvaltningen." (18.4.7.) Helsepersonell som er ansatt ved mottak i egenskap av helsepersonell vil ha taushetsplikt etter helselovgivningen. De vil i utgangspunktet ikke ha adgang til å gi helseopplysninger om asylsøkeren til utlendingsmyndighetene uten samtykke fra asylsøkeren. Unntak fra taushetsplikten kan være hjemlet i lov.

Dersom helsepersonell skal kunne pålegges å utlevere helseopplysninger trengs en klar hjemmel der "helseopplysninger" eksplisitt er nevnt. Før unntaksbestemmelser innføres, bør dette vurderes nøye. Når det gjelder mottaksansatte som ikke er helsepersonell, støtter vi at de skal ha taushetsplikt om personlige forhold (i hvert fall helseopplysninger), uavhengig av om mottaket er kommunalt, privat eller driftet av ideell organisasjon.

Transittfasen er beregnet til en kort periode, og vi tror, begrunnet i ovennevnte rapport, at kun enkelte typer sårbarhet vil kunne avdekkes og følges opp i denne fasen. En innledende vurdering av type mottaksplassering vil foretas, men sårbarhet er mangesidig og krever, i tillegg til kompetanse, tid. Sårbarhet som kan avdekkes i første fase kan være synlig funksjonsnedsettelse, psykisk helse og rus, tuberkulose (TB), dublinsaker, familier, 24-timers-prosedyrer, FA-mottak, enslige, osv.

Asylintervjuet er sentralt i identifiseringen av sårbare personer, og det er i denne sammenheng viktig at rusmiddelbruk /-erfaringer tas opp. Vi ønsker å påpeke betydningen av tidlig å identifisere personer med rusmiddelproblematikk, og mener det eksplisitt bør nevnes sammen psykisk helse. Det bør arbeides systematisk slik at helsetjenesten/ barnevern/ sosialtjeneste i NAV følger opp med en russamtale etter flytting til ordinært mottak. Snarere enn å innrette mottakssystemet på å skulle avdekke sårbarhet i transittfasen, bør det åpnes for en større fleksibilitet med hensyn til flytting av beboere og tilrettelegging av fasiliteter løpende i mottaksforløpet. (3.2.; 3.3.; 3.4.; 10.9.; 12.5.; 18.4.; 20.; 21.; 22.; 24.; 26.; 27.; 28.; 31.; 32.)

### Økonomiske og administrative konsekvenser

Vi støtter flere forslag fra utvalget som vil innebære økonomiske og administrative konsekvenser, blant annet rett til barnehageplass, og styrket tilbud til enslige mindreårige asylsøkere, generelt styrket kompetanseheving av aktører som yter tjenester til asylsøkere i ankomstfasen, så vel som i oppfølging i kommunene. Økte oppgaver er kostnadskreven, mens forutsigbarhet og langsiktig planlegging og kontinuitet er kostnadsbesparende.

### Helsedirektoratets vurderinger

Vi støtter i all hovedsak utvalgets ovennevnte begrunnede forslag og vurderinger. Vi mener forslagene samlet sett bidrar til en bedre tilrettelegging for å nå de spesifikke mål og hensyn tilknyttet tjenestetilbudet til asylsøkere (sitat):

- ”1: Legge til rette for rask bosetting, integrering og inkludering hvis søknaden innvilges
- 2: motivere og legge til rette for retur til og reintegrering i hjemlandet hvis søknaden avslås
- 3: Kostnadseffektivitet
- 4: Sikre den enkeltes verdighet og funksjonsevne” (7.1.)

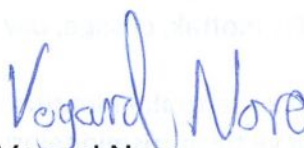
Videre mener vi at rask effektivering av vedtak, i kombinasjon med tilrettelegging for en tilpasset prosess videre for den enkelte uavhengig av søknadsvedtak er helsemessig gunstig. Vi har i ovennevnte kommentarer enkelte merknader til utvalgets analyser og forslag der vi påpeker aspekter vi mener bør inkluderes og forhold som bør hensyntas, samtidig som vi slutter oss til hovedlinjene og de overordnede målsettinger.

Særsilt støtter vi utvalgets fremheving av menneskerettslige forpliktelser, helse og verdighet. I denne forlengelse stiller vi oss bak utvalgets forslag om å skille klarere mellom velferdshensyn og humane prinsipper versus kontroll og innvandringsregulering. Vi gjentar at såkalt basismottak synes å være en god løsning for å bevare, systematisere og videreutvikle faglig kompetanse og erfaring, samt videreformidle kunnskapen.

Endelig støtter Helsedirektoratet en rettighetsfesting i form av lov eller forskrift på relevant nivå, i den grad det faglige skjønn ikke bindes, og det bidrar til (sitat): ”For å tydeliggjøre velferdssidene av innkvarteringstilbudet. Dette vil også motvirke det utvalget oppfatter som et økende press på at asylmottakene skal være en del av innvandringskontrollen.” (12.9)

Vennlig hilsen

Toril Lahnstein e.f.  
divisjonsdirektør

  
Vegard Nore  
fung avd dir

*Dokumentet er godkjent elektronisk*