



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Vår ref.
11/382/STST

Deres ref.
201003873-/HEGS

Dato:
24.02.2011

SVAR PÅ HØRING ENDRING AV PRIORITERINGSFORSKRIFTEN

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo har sammen med Røde Kors Oslo tatt initiativet til å opprette og drive Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo. Vi takker for muligheten til å respondere på forslaget til endring av prioriteringsforskriften, og tufter dette høringssvaret i stor grad på de erfaringene vi har gjort på Helsesenteret siden oppstart.

Det er positivt at det er sterkere, mer nyansert og konstruktiv politisk oppmerksomhet rundt dette spørsmålet, og at Departementet gjennom forskriftsendringen har til formål å klargjøre hvilke rettigheter som gjelder for personer som ikke har gyldig oppholdsstatus i Norge. Det er avgjørende at ikke helsepersonell unnlater å yte nødvendig helsehjelp til personer på grunn av deres oppholdsstatus. Som det framgår i det følgende, mener vi imidlertid at rettighetsbekreftelsen på en rekke felt ikke er tydelig og omfattende nok, og at den er utilstrekkelig så lenge den ikke også følges opp med egnede finansieringsordninger.

Genrelle betraktninger om manglende finansieringsordning

Dette kommer fram allerede i innledningen punkt 1. hvor det står: "...Forslaget innebærer ingen endring i bestemmelsene i gjeldene rett om at pasienter som ikke har fast opphold i riket og som ikke er trygdet etter folketrygdloven eller stønadberettiget i henhold til gjensidig trygdeavtale med annen stat, selv skal dekke kostnadene ved behandlingen..." Etter vårt syn vil eventuelle klareringer eller utvidelse av helserettigheter ikke ha noen reell praktisk betydning for personer uten lovlig opphold, grunnet følgende: De fleste av pasientene på Helsesenteret har svært liten betalingsevne og har ikke råd til å betale for medisiner til 50 – 100,- kroner. Pasienter som har vært innlagt for øyeblikkelig hjelp (for eksempel på akuttpsykiatrik, akutt nødvendige operasjoner og etter medisinsk behandling av for eksempel diabetes) blir henvist til oss fra sykehus etter utskrivning. Flere av disse har behov for medisiner som insulin, smertestillende og antipsykotika i lang tid - medisiner de som de ikke har råd til å betale selv etter å ha fått resept av utskrivende lege.

At en refusjonsordning må følge rettighetene kan eksemplifiseres for eksempel i retten til abort som blir foreslått i punkt 6.5. Helsesenteret har i 2010 blitt besøkt av mange kvinner, flere trolig utsatt for menneskehandel og tvangsarbeid, med uønsket graviditet. Vi har henvist kvinnene til sykehus som utfører svangerskapsavbrudd. Etter forundersøkelse hos lege får kvinnene faktura på flere hundre kroner og beskjed om at de må dekke aborten selv på 4-5000 kr. Kvinnene med svært liten betalingsevne som er utsatt for dårlige arbeidsvilkår og økonomisk utbytting får da det umulige valget mellom å sette seg i (større) gjeld, oppgi falsk adresse, utføre aborten på annet vis eller ta imot et uønsket barn i en vanskelig situasjon. Kvinnene får ikke satt opp time til svangerskapsavbrudd før de har betalt ~~egen andel~~ forundersøkelsen. De henvender seg Helsesenteret med bekymring og for å få råd. Sykehusene på sin side hevder sin rett til å ta betalt av tjenestene de utfører. Etter vårt syn er det uansvarlig av myndighetene å basere et nasjonalt system på at pasienter må opptre uredelig for å få sin rett, eller på sykehusene sine manglende puringer av faktura.

Problemstillingen knyttet til manglende finansiering er også relevant når det gjelder forslaget i punkt 6.1 som omhandler rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke kan vente "som omfatter tilstander som er slik at hvis ikke pasienten får hurtig hjelp, vil tilstanden i løpet av kort tid eskalere til en øyeblikkelig hjelp situasjon". I utgangspunktet er det vanskelig å se forskjell på omfanget av hjelp i de to begrepene, og

vi stiller oss tvilende til at å innføre et nytt begrep fører til den ønskelige klargjøring av hvilke rettigheter gruppen skal ha. I og med at behandlende institusjon i praksis må dekke kostnadene (siden pasientene har svært liten betalingsevne) er det naturlig å tenke seg at dette kan føre til en streng praksis når det gjelder vurderingen av hva som "ikke kan vente." Pasienten vil dermed i praksis kunne bli rettsløs og vil ikke kunne forfølge saken dersom institusjonen avviser pasienten - selv om han / hun har rett på behandling, nettopp fordi vurderingen til syvende og sist være et skjønns spørsmål. Ved å ikke ha en refusjonsordning vil det også virke urettferdig og belastende på regioner hvor sykehus, legekantor og helsestasjoner som har en større antall pasienter med denne problemstillingen enn andre, som for eksempel Oslo og Bergen.

I punkt 6.7 grunngir Departementet en manglende refusjonsordning med at dette vil stride mot den allmenne rettsfølelse. Dette mener vi må sees i et større perspektiv. Det vil trolig ikke stride mot den allmenne rettsfølelse å gi grunnleggende helse rettigheter til alle mennesker uavhengig av betalingsevne, og derfor sikre finansieringsordninger som inkluderer mennesker med minimal betalingsevne og som i tillegg har høy risiko for å bli utnyttet på det svarte arbeidsmarkedet.

Forslag om endringer i prioriteringsforskriften.

I forslaget legger departementet til grunn at pasienten forutsettes å forlate landet snarest mulig etter endelig avslag, og det vurderes at en rimelig avgrensning er på 2-3 uker. Dette er urealistisk. Helse senteret registrerte ca 430 nye pasienter i 2010. Median oppholdstid i Norge var rundt 3 år med variasjon på 1 måned til 17 år. Oppholdstid må sees i lys av at mange personer uten oppholdstillatelse ønsker å bli i Norge trass uverdige bo og arbeidsforhold, og myndighetene har begrenset mulighet til å tvangsreturnere personer til visse land, avhengig av avtaler og sikkerhetssituasjon etc. i det enkelte land. Det skal ikke være helsepersonells oppgave å vurdere hvilken helsehjelp som skal gis på bakgrunn av en ønsket situasjon fra myndighetene der personer reiser innen 3 uker etter endelig avslag. En vurdering av hvilken helsehjelp som skal gis må tas på bakgrunn av det medisinske behovet. I forhold til å ikke starte langtids behandling er det interessant å bemerke at utlendingsforskrift i Norge vedtatt 15.10.09, § 17-14 *Fastsettelse av utreisefrist mv sier "Utlendinger som er under utredning eller behandling for tuberkuløs sykdom, skal ikke pålegges å forlate riket før mistanke om tuberkuløs sykdom er avkrefte, eller behandlingen er fullført. Unntak kan gjøres i enkelttilfeller dersom det ut fra muligheten for videre behandling er helsefaglig forsvarlig, eller dersom særlige grunner taler for det."* For tuberkulose kan behandling vare opp til 2 år. Denne praksisen bør videreføres også til andre sykdommer der det er viktig å fullføre behandling eller andre hensyn bør tas.

Ubehandlet sykdom vil ofte forverres over tid, og behandlingsutsiktene bli dårligere dersom man venter til den "ikke kan vente lenger". Det er i tillegg uetisk å ikke behandle pasienter i mange tilfeller der sykdommen ikke eskalerer til øyeblikkelig hjelp, men er svært plagsom. Det kan dreie seg om psykiske tilstander der barn er pårørende, eller revmatisk sykdom med smertetilstander.

Det er samfunnsøkonomisk å behandle sykdommer på et så lavt nivå som mulig og så raskt som mulig før de utvikler seg. Det vil derfor også være hensiktsmessig at personer uten lovlig opphold får tilgang til forebyggende helsetjenester, som for eksempel informasjon og tilbud om prevensjon, for å få ned antallet uønskede svangerskap og aborter som i praksis dekkes av staten.

For at helsemyndighetene skal ha oversikt over smittsomme sykdommer og eventuelle andre folkehelse risiki, som departementet anfører i punkt 6.4, må personer uten lovlig opphold med helsemessige plager ha praktisk tilgang til lege for å få medisinsk vurdering. Denne tilgangen er ikke til stede i dag. Det hjelper ikke folkehelsen at alle har rett på behandling, dersom de ikke blir fanget opp av helsevesenet. Helse senteret hadde i 2010 pasienter fra 50 ulike nasjoner der de store gruppene kommer fra land som Afghanistan, Iran, Irak Etiopia, Mongolia, Romania, Russland og Somalia, land med dårligere vaksinasjonsdekning og større forekomst av smittsomme sykdommer som tuberkulose og hiv. I tillegg har personer fra disse landene og med migrasjonshistorie sannsynligvis større sykkelighet og helsebehov enn befolkningen ellers. Det er derfor nødvendig med utstrakt tilgang til nødvendig helsehjelp i kommunen de oppholder seg i.

I høringsforslaget tolker Departementet gjeldene rett. I punkt 4.1.2 hevder Departementet: "For retten til øyeblikkelig hjelp følger det bl.a. av menneskerettighetene at den må omfattes av alle. For rett til

nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten stiller det seg annerledes.” Dette er etter vår oppfatning feil. Det er ikke noe skille mellom øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp i menneskerettighetene. Menneskerettighetene (FN konvensjonen av 16. desember 1966 om økonomiske, kulturelle og sosiale rettigheter) presiserer derimot at alle har rett til høyest oppnåelig helsestandard både fysisk og psykisk. For å innrette seg etter den konvensjonen er en naturlig følge at alle har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

I denne sammenhengen er det interessant at høringsnotatet ser på rettstilstanden i andre land som Sverige. FNs spesialrapportør Paul Hunt på dette feltet kritiserte i 2007 nettopp Sverige, som har relativ lik lovgivning med Norge, og uttalte blant annet *“...the special rapporteur encourages the government to reconsider its’ position with a view to offering all asylumseekers and undocumented persons the same health care, on the same basis, as Swedish residents. By doing so Sweden will bring itself into conformity with its international human rights obligations.”* Spesialrapportøren sier altså at det er bare dersom svenske myndigheter revurderer sin posisjon ved å gi alle asylsøkere og udokumenterte personer den samme helsehjelpen, på de samme premissene, som svenske borgere får, at Sverige handler i tråd med sine internasjonale menneskerettslige forpliktelser. Det er på denne bakgrunn etter vårt syn uakseptabelt at høringsnotatet går inn for en innsnevring av retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten.

Helsesenteret utførte rundt 1200 pasientkonsultasjoner i 2010, et år preget av oppstart, informasjonsformidling til gruppen om tilbudet og opprettelse av nettverk. Dette indikerer at det er et stort og udekket behov for primærhelsetjenester hos personer uten gyldig oppholdsstatus. Helsesenterets innsats er ikke tilstrekkelig. Helsesenteret sendte i 2010 177 henvisninger til spesialisthelsetjenesten, 67 av disse gjaldt undersøkelser som røntgen eller ultralyd. I 110 tilfeller henviste leger ved Helsesenteret til spesialist ved et sykehus. Dette antallet hadde sannsynligvis vært høyere fra et fastlegekontor eller legevakt, da Helsesenteret er bemannet med flere spesialister som nevrolog, gynekolog og psykologer i første linje.

Om barns rettigheter

I kraft av Barnekonvensjonen skal barn og gravide uten lovlig opphold ha disse rettighet til nødvendig helsehjelp allerede i dag. Det er sånn sett positivt at disse rettighetene blir fastslått i norsk lov. Helsesenteret opplever at gravide og foreldre med syke barn kommer til oss. Dette gjør de etter å ha blitt avvist andre steder; i frykt for å bli angitt andre steder; de er uvitende om sine eller sine barns rettigheter; de har blitt avvist andre steder før og klarer ikke å skille på når de eller deres barn har rettighet eller ikke; og fordi de har hørt at det er gratis konsultasjoner og medisiner. Helsemyndighetene har slik vi ser det et stort ansvar i å informere pasientene, eller deres foresatte og helsepersonell om barn og gravides rettigheter og om helsepersonells taushetsplikt for at tilgangen skal være reell. For at barnet skal få tilnærmede like rettigheter bør barn også få fastlege for å få forsvarlig oppfølging av sine sykdommer. Legevakt er ikke en egnet plass for barn med for eksempel kronisk sykdom som trenger oppfølging og tillit.

Barn kommer som regel til Helsesenteret i følge med foreldre. Det er derfor beklagelig at departementet tar det samme urealistiske utgangspunktet i forhold til tid som ved voksne. Denne faktoren bør ikke ha verdi dersom ikke foreldrene forteller en dato de sikkert skal forlate landet. Det er like uholdbart etter vår mening at departementet gir friske gravide rett til svangerskapsomsorg betinget av at de legger til grunn at de vil reise innen 2-3 uker. Vi mener at et slikt tidsgrunnlag ikke bør telle med i vurdering om helsehjelp skal gis.

Psykisk helse

Det er nedslående at Departementet ikke er villig til å gi psykisk syke den behandlingen de trenger med mindre de er til fare for andre eller seg selv. Psykisk syke har liten kapasitet til å planlegge og å ta gode valg for livet sitt. Det er svært urovekkende at Departementet kun går inn for å gi psykisk helsehjelp til ustabile personer som kan utgjøre en fare for seg selv eller andre, og dermed ekskluderer mange alvorlig syke behandlingstrengende mennesker. Blant våre pasienter er det mange alvorlige syke med psykiske lidelser som tilsynelatende ikke er til fare for seg selv eller andre, men som like fullt har behov for behandling på lik linje med en som defineres som ”farlig for seg selv eller samfunnet rundt.” Dette er særlig betenkelig med tanke på at flere alvorlig syke hos oss har omsorg for barn. Det er i tillegg fare for at psykisk syke personer som ikke har rettigheter kan opptre irrasjonelt og føle seg tvunget til å gjøre truende handlinger for å få behandling.

En fjerdedel av konsultasjonene på Helsesenteret gjaldt psykisk helse i 2010. I tillegg er det grunn til å tro at en betydelig del av de somatiske problemstillingene hadde sammenheng med psykisk helse. Diagnoser som gjaldt psykiske lidelser utgjorde en av de 3 største diagnosegruppene sammen med muskel- og skjelettproblemer og problemer i fordøyelsessystemet. De fleste av våre pasienter kommer fra krigsherjede og fattige land. Mange bærer på traumatiske hendelser fra hjemlandet og flukten, som å se familiemedlemmer bli drept, utsatt for voldtekt eller vold eller flukt fra menneskehandlere. Samtidig er de i en svært stressende livssituasjon. Selv når mennesker befinner seg i en situasjon som samfunnet mener er selvdestruktiv, mener vi at helsevesenet har en etisk og helsefaglig forpliktelse til å hjelpe.

Helsesenteret har i 2010 fått lagt inn 1 psykisk syk person til øyeblikkelig hjelp. Noen få er lagt inn gjennom legevakt, og blir skrevet ut etter få dager, ofte med beskjed om å komme til helsesenteret for oppfølging. Vi har henvist 10 av de dårligste pasientene med psykiske lidelser til distriktpsykiatrien (ulike DPS'er i Oslo) fordi de trengte tettere oppfølging enn det vi kan gi, og med en fast behandler. Pasientene hadde lidelser som alvorlig depresjon, PTSD, psykoser og suicidet. Alle henvisningene ble avslått. Dette er svært bekymringsverdig med tanke på de menneskelige lidelsene pasientene må leve med, og med tanke på at sykdomsbildet forverres – noe vi har sett hos flere av de 10 pasientene som ble avvist i løpet av året.

Helsesenteret har flere rusavhengige pasienter med psykiske problemer. Disse personene står uten rettigheter til behandling og uten mulighet selv til å komme ut av et nedbrytende liv. Vi har pasienter som er diagnostisert med PTSD og rusavhengighet, med flere suicidforsøk bak seg og som ikke kan sendes tilbake til hjemlandet. Disse får ikke behandling fordi det ikke er øyeblikkelig hjelp. De lever i et vakuum i samfunnet, og vi anser derfor at det kan være betydelig risiko for at de kan begå kriminelle handlinger i sammenheng med sin rusavhengighet.

Oppsummering

I punkt 7 skriver Departementet at forslaget ikke antas å utvide retten til helsehjelp i særlig grad. Vi mener det er meget beklagelig at det betyr at for eksempel personer utsatt for menneskehandel, tidligere asylsøkere som ikke kan returneres, og i særlig grad barn skal fortsette å stå uten reell tilgang til helsetjenester i Norge.

Helsesenteret har siden vi åpnet i oktober 2009 registrert et stort behov for helsehjelp blant papirløse migranter, og at dette behovet ikke blir dekket.

Vi foreslår følgende:

- Personer uten gyldig oppholdsstatus får rett til nødvendig helsehjelp i både kommune- og spesialisthelsetjeneste
- En refusjonsordning for dekning av egenandel for gruppen opprettes, samt refusjonsordning slik at behandlende institusjon / behandler får dekket utgifter for behandling
- Barn uten regulært opphold får rett til fastlege
- Informasjonskampanje rettet mot helsepersonell om utvidede helserettigheter til gruppen og allerede eksisterende rettigheter (som barns rettigheter)
- Informasjon til målgruppen selv om rettigheter og helsepersonells absolutte taushetsplikt, slik at de tør oppsøke hjelp

Med vennlig hilsen
Kirkens Bymisjon Oslo

Sturla J. Stålsett
Generalsekretær