

Veileder for landsomfattende tilsyn 2004

Tilsyn med helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

Godkjent av helsedirektøren 3. mars 2004

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmennenes gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	3
2. BAKGRUNN	3
2.1 Definisjoner	3
2.2 Beskrivelse av populasjonen	4
2.3 Bakgrunn for temavalg	5
3. AVGRENSING AV TILSYNET	6
4. VALGTE OMRÅDER OG LOVGRUNNLAG	8
4.1 Tuberkulosekontroll	9
4.2 Nødvendig helsehjelp og helseundersøkelse ved behov	12
4.3 Miljørettet helsevern; gjelder bare ved tilsyn i kommuner med asylmottak	18
5. GJENNOMFØRING	20

1. INNLEDNING

Målet med tilsynet er å etterse om kommunen gjennom sin organisering og planlegging sikrer at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente får nødvendig og forsvarlige helsetjenester i tråd med lov- og forskriftskravene på området herunder om kommunen ivaretar tilsyn med miljørettet helsevern i asylmottakene.

Veilederen skal bidra til å lette arbeidet med forberedelsen og gjennomføringen av det landsomfattende tilsynet med helsetjenester til asylsøkere i ordinære mottak, og flyktninger og familiegjenforente som bosetter seg direkte i kommunene, og samtidig medvirke til at det utøves mest mulig ensartet i alle landets fylker.

Statens helsetilsyn ga følgende føringer for dette tilsynet:

- tilsynet skal gjennomføres som en systemrevisjon etter gjeldende prosedyrer
- det skal føres tilsyn med fokus på (førstegangs) helseundersøkelse for asylsøkere og flyktninger

Under arbeidet med veilederen er det klargjort i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet at det ikke kan stilles krav til kommunene at de skal gjennomføre helseundersøkelse av alle asylsøkere og flyktninger. Det siste bollepunktet er derfor endret til:

- det skal føres tilsyn med at kommunene sikrer nødvendig helsehjelp til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente i perioden før de har fått tildelt fastlege

Veilederen tar for seg bakgrunn og målsetting og omtaler de vurderinger, valg og avgrensninger som er foretatt for dette landsomfattende tilsynet. Deretter gjennomgås og drøftes lovgrunnlaget for tilsynet.

Når det gjelder den generelle beskrivelsen av forberedelse, gjennomføring og rapportering, vises det til gjeldende prosedyre.

Veilederen er utarbeidet av Helsetilsynet i Nordland ved fylkeslege Odd Herder (til 01.10.03), assisterende fylkeslege Eli Løkken (fra 01.10.03), underdirektør Solveig Mollnes og fylkessykepleier Bente Westgaard, seniorrådgiver Heidi M. Rudi og seniorrådgiver Anne Solberg fra Statens helsetilsyn. Den avsluttende bearbeidelsen av dokumentet ble foretatt i Helsetilsynet. Veilederen ble endelig godkjent av helsedirektøren 3. mars 2004.

2. BAKGRUNN

Innledningsvis blir det gjort noen begrepsavklaringer og populasjonen blir beskrevet nærmere, før det redegjøres for valg av tema for dette landsomfattende tilsynet.

2.1 Definisjoner

Flyktninger

Begrepet omfatter *alle* som har kommet til Norge gjennom flukt; dvs. overføringsflyktninger og asylsøkere som har blitt innvilget flyktningstatus, samt familiemedlemmer som var med på flukten.

Overføringsflyktning (tidligere kvoteflyktning)

Flyktninger som kommer til Norge etter avtale med FNs Høykommissær for flyktninger. Overføringsflyktninger får permanent oppholdstillatelse før de kommer til landet. De flytter direkte til tildelt bolig i en kommune som har sagt seg villig til å ta i mot dem.

Asylsøker

Person som på egen hånd og uanmeldt ber myndighetene om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning. Personen blir kalt asylsøker inntil søknad er avgjort. En asylsøknad kan ha tre utfall: asyl blir innvilget og søkeren får status som flyktning. Asyl blir avslått, men personen får opphold på annet grunnlag. Asyl og opphold på annet grunnlag blir avslått og søkeren må reise tilbake til hjemlandet eller til landet der vedkommende først søkte om asyl.

Familiegjenforening

Nære familiemedlemmer til norske eller utenlandske statsborgere med lovlig opphold i Norge innvilges oppholdstillatelse, eventuelt også arbeidstillatelse.

Transittmottak

Midlertidig bosted for asylsøkere der de bl.a. intervjues av Utlendingsdirektoratet (UDI), og gjennomgår obligatorisk tuberkuloseundersøkelse. Hovedtransittmottaket i Norge er Tanum i Bærum kommune. I nærområdet rundt Tanum finnes flere avlastningstransitter.

Ordinære mottak/statlige mottak

Midlertidige botilbud for personer som søker asyl i Norge i påvente av at asylsøknaden avgjøres. Etter vedtak blir de normalt boende i mottaket enda en periode før bosetting eller utreise. Mottakene er spredt over hele landet.

2.2 Beskrivelse av populasjonen

Ved inngangen til 2003 utgjorde innvandrerbefolkningen i Norge 332 800 personer, dvs. 7,3 prosent av den totale befolkningen ¹. Innvandrere fra vestlige land utgjør til sammen 99 000 personer, dvs. ca. 30 prosent av alle innvandrere.

Noe under 1/3 av innvandrerbefolkningen i Norge har flyktningbakgrunn. Pr. 1. januar 2001 utgjorde disse til sammen 84 000 personer, dvs. 1,9 prosent av befolkningen. Gruppen omfatter personer som har kommet til Norge som overføringsflyktninger (1216 personer i 2002), asylsøkere som har blitt innvilget flyktningstatus (332 personer i 2002) samt familiemedlemmer som var med på flukten.

Nesten 60 prosent av flyktningene fra Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika er menn. Spesielt gjelder dette flyktninger fra Tyrkia, Irak, Iran og Sri Lanka. Kvinnene dominerer innvandrergruppene fra Thailand, Filippinene og Russland. Fordelingen av menn og kvinner er jevnere blant flyktninger fra østeuropeiske land fordi disse i hovedsak har kommet som familier. Halvparten av flyktningene er mellom 20 og 39 år. Bare 2 prosent er 67 år eller eldre.

I 2002 kom det 17 480 asylsøkere til Norge. 894 av disse meldte seg som enslige mindreårige asylsøkere, dvs. under 18 år. Ytterligere 3 674 barn under 18 år kom sammen med en eller flere voksne. Av behandlede asylsøknader i 2002 resulterte noe over 3 000 av søknadene i asyl eller oppholdstillatelse på annet grunnlag. Mer enn 14 000 asylsøkere fikk ikke innvilget opphold i Norge. Mange av dem oppholdt seg likevel såpass lenge i landet at de hadde behov

¹ Tallmateriale som brukes er i hovedsak fra statistikk som er presentert på hjemmesidene til Utlendingsdirektoratet www.udi.no og Statistisk sentralbyrå www.ssb.no

for helsetjenester. Av de 12 912 personene over 18 år som søkte om asyl, var kun 4 prosent over 50 år.

I 2002 ble det innvilget 14 200 tillatelser til familiegjenforening. Av disse var totalt 38 prosent av de familiegjenforente menn, og 62 prosent kvinner. Ser vi på kjønnsfordelingen for personer under 18 år, er 50 prosent menn og 50 prosent kvinner. For personer over 18 år utgjør kvinnene noe over 70 prosent av de familiegjenforente. Av de 14 200 personene som fikk innvilget familiegjenforening var 12 815 av personene fra land med høy forekomst av tuberkulose, og hvor det er krav om tuberkuloseundersøkelse ved ankomst til landet.

Pr. 3. desember 2003 var det 139 ordinære mottak i drift i Norge, med til sammen ca. 20 300 mottaksplasser. Det er mottak i alle fylker. Antallet mottak i hvert fylke varierer fra 2-3 til 20. Pr. 30. oktober 2003 oppholdt ca. 18 050 personer seg i norske mottak.

Felles for nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente er at omtrent 95 prosent er under 50 år og at det ofte er ressurssterke personer som har søkt seg ut av en vanskelig situasjon i hjemlandet. De kommer fra alle verdensdeler, har ulik bakgrunn og ulike motiver for å komme til Norge. Noen kommer fra krigsområder, andre kommer som konsekvens av mer individuell forfølgelse, og andre igjen kan sammenlignes med tradisjonelle arbeidsmigranter. Det kan variere hvor lang tid det har gått siden de reiste fra opprinnelseslandet og hva som eventuelt har skjedd på selve reisen.

Det er stor variasjon i helsetilstanden til de nyankomne. De kan være ved god helse, de kan ha fysisk og / eller psykisk sykdom eller helseplager, og det kan variere hvor lenge disse problemene har vedvart. Det kan være problemer fra tiden før de reiste fra opprinnelseslandet, problemer de har pådratt seg på reisen eller problemer som har meldt seg etter ankomst til Norge.

Undersøkelser viser at psykiske lidelser og infeksjonssykdommer (som tuberkulose, hiv, hepatitt B bærerskap) forekommer oftere hos asylsøkere og flyktninger enn ellers i befolkningen. I følge Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1022 regner man med at 5-30 prosent har vært utsatt for tortur, avhengig av opprinnelsesland og hvilken definisjon av tortur man bruker. En rekke nyere undersøkelser har vist at psykiske lidelser hos asylsøkere og flyktninger i stor grad henger sammen med påkjenninger i eksilsituasjonen og at dette har mer å si for den psykiske helsen enn påkjenninger før og under flukten.

Ved følgende infeksjonssykdommer antas mer enn 50 prosent av tilfellene diagnostisert i Norge å være smittet utenlands før ankomst til landet: tuberkulose (196 av 256), hepatitt B-bærerskap (333 av 537) og HIV-infeksjon (122 av 205) (referanse MSIS rapport for 2002).

Når det gjelder økonomiske forhold knyttet til helsetjenesten, vises det til vedlegg 4 i IS-1022².

2.3 Bakgrunn for temavalg

Statens helsetilsyn velger tema for landsomfattende tilsyn på bakgrunn av innspill fra Helsetilsynet i fylkene, fylkesmennene og andre. Disse innspillene vurderes i henhold til de kriterier for valg av tema som er anført i Ot.prp. nr.105 (2001-2002): områder med stor risiko for svikt, områder der det er mange klager, områder der det er mange lovpålagte meldinger

² www.shdir.no

om feil eller uhell, områder der annen informasjon indikerer at virksomheter drives i strid med lovgivningen, områder som har stor politisk oppmerksomhet og tjenester til særlig utsatte eller sårbare grupper.

Helsetjenester til flyktninger og asylsøkere var det temaet som var foreslått fra flest fylker for 2004. Det var også spilt inn som tema fra flere da valgene for 2002 og 2003 skulle gjøres. Temaet tilfredsstiller flere av de ovennevnte kriteriene som ligger til grunn for valg. Det dreier seg om en heterogen gruppe med mange ulike behov, men som har det felles at de er i en sårbar livssituasjon med lite innsikt i og kunnskap om det samfunnet de er blitt en del av, og der de har liten kontroll med sin egen situasjon. Noen av dem er traumatisert og mange kommer fra land med et helt annen sykdomsbilde enn i Norge. Vi ser stadig mediaoppslag som kan indikere at forholdene ikke er som ønsket, og det er stor politisk oppmerksomhet rundt mange problemstillinger knyttet til asylsøkeres og flyktningers situasjon. Mange etater og instanser er involvert i de ulike ordningene rundt disse menneskene. Oppgave- og ansvarsfordelingen er komplisert, og av erfaring fra andre områder vet vi at sannsynligheten for svikt øker der det er mange aktører på ulike nivåer og arenaer.

3. AVGRENsing AV TILSYNET

Som tema for det landsomfattende tilsynet med asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente er følgende områder valgt ut:

- Tuberkulosekontroll
 - av asylsøkere under opphold i ordinære asylmottak
 - av bosatte overføringsflyktninger og familiegjenforente fra land med høy forekomst av tuberkulose
- Nødvendig helsehjelp og helseundersøkelse ved behov
 - til asylsøkere under opphold i ordinære mottak
 - til bosatte overføringsflyktninger og samme gruppe familiegjenforente
- Tilsynet med miljørettet helsevern i asylmottak

Familiegjenforente fra land med høy forekomst av tuberkulose er inkludert i den utvalgte gruppen, da de vil ha mange av de samme behov for helsetjenester som flyktninger og asylsøkere. Det dreier seg om en relativt stor gruppe og den er ikke oversiktlig på samme måte som de som kommer til et ordinært mottak. Overføringsflyktninger og familiegjenforente bosettes direkte i kommunen uten å være innom et mottak. Videre i veilederen menes "familiegjenforente fra land med høy forekomst av tuberkulose" når det skrives "familiegjenforente".

Ad tuberkulosekontroll

Tuberkulosekontroll er den eneste undersøkelsen til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente som kommunen i egen forskrift er pålagt å gjennomføre, og hvor målgruppen er pliktig til å la seg fremstille til undersøkelse. Tuberkulose står dermed i en særstilling. Undersøkelser fra Oslo viser at en ikke har kunnskap om tuberkulosestatus til 20 prosent av de familiegjenforente i denne kommunen i 2002. Tuberkulose er en sykdom i fremmarsj og tuberkulosekontroll er derfor valgt som eget område ved tilsynet.

Ad nødvendig helsehjelp og helseundersøkelse ved behov inntil fastlege er tildelt

Tilbud om fastlege skal gis så snart som mulig etter bosetting i kommunen. Når flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente har fått D-nummer (fødselsnummerekvivalent), vil de få tildelt fastlege og motta helsetjenester som andre innbyggere i den aktuelle kommunen. Vanligvis skjer dette i løpet av maksimalt tre måneder. Det er imidlertid viktig at kommunen har etablert et system som gir mulighet til nødvendig helsehjelp før fastlege er tildelt. Fokus ved tilsynet vil derfor være på den første tiden etter ankomst. Det er grunnleggende for å kunne søke helsehjelp at man har kunnskap om helsetjenesten, hvordan den er oppbygd og dens tilgjengelighet. Informasjon vil derfor være et deltema ved tilsynet.

Videre er det, ut fra kjennskap til gruppens sykkelighet hva angår smittsomme sykdommer, valgt å se spesielt på om kommunen gir tilbud om nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelser og behandling ved smittsom sykdom.

Dessuten ønskes det at tilsynet avdekker om flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente tilbys nødvendig helsetjeneste ved graviditet og psykisk sykdom.

Ved å undersøke om personer med smittsom sykdom, gravide og psykisk syke får nødvendige helsetjenester før de er tildelt fastlege, vil man få indikasjoner på om kommunen har organisert et forsvarlig helsetjenestetilbud til gruppen nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente.

Ad miljørettet helsevern

Det har vært en del medieoppslag om uverdige hygieniske og sanitære forhold ved asylmottak, og også muntlige og skriftlige henvendelser til Helsetilsynet i fylkene om det samme. Både UDI, eier av mottak, driftsoperatør og kommunen har oppgaver og ansvar relatert til miljørettet helsevern i mottak, se veileder IS - 1022 s. 21. Det har ved noen anledninger fremkommet at ansvarsfordelingen på dette området ikke har vært godt nok kjent hos alle instanser som er tillagt oppgaver, hvilket lett kan føre til at miljørettet helsevern ikke blir ivaretatt slik forutsetningen er. Dette er bakgrunnen for at miljørettet helsevern er valgt som et tema ved tilsynet. Dette området vil bare gjelde kommuner hvor det er tilsyn med asylmottak.

Det er i tillegg gjort følgende generelle avgrensninger for tilsynet:

- Tilsynet skal ikke omhandle transittmottakene (ankomsttransitt eller avlastningstransitt). Situasjonen i disse mottakene er vesentlig forskjellig fra situasjonen i ordinære mottak og for personer som plasseres direkte i kommunene. I transittfasen blir søkerne registrert av politi og intervjuet av UDI. Helsetjenestens oppgaver er konsentrert om å fange opp umiddelbart behandlingstrengende sykdommer eller lidelser, forhold som krever hurtig avklaring og/eller oppfølging. Videre blir det vurdert om kjente helsemessige forhold tilsier spesielle hensyn ved plassering i ordinært mottak. Personer som har behov for hyppig medisinsk oppfølging, eventuelt hyppige kontroller i sykehus, søkes overført til mottak der det ligger til rette for slik oppfølging. For det meste handler helsetjenestens oppgaver i transittfasen om å gjennomføre den lovpålagte tuberkulosekontrollen dvs. pirquet og skjermbildekontroll. Transittmottakene er plassert i fylkene Akershus, Østfold og Oslo og er ikke aktuelle for landsomfattende tilsyn.
- Det er kjent at asylsøkere og flyktninger ofte har tannproblemer. Tilsynet vil imidlertid ikke omhandle tannhelsetjenesten til asylsøkere og flyktninger ettersom denne helsetjenesten er et fylkeskommunalt ansvar.

4. VALGTE OMRÅDER OG LOVGRUNNLAG

Det er ved tilsynet viktig å få frem sammenhengen mellom primærkrav og kravet om å ha internkontroll. Primærkrav er her å forstå som myndighetskrav i helselovgivningen utover tilsynslovens bestemmelser, for eksempel bestemmelser i pasientrettighetsloven eller tuberkuloseforskriften. Ik-systemet er et system for å ivareta primærkrav. Det er altså tale om et lovpålagt styringssystem.

Helsetilsynet ønsker at etaten etter disse revisjonene skal ha oversikt over om det er etablert et styringssystem på de områdene som skal revideres og om dette systemet sørger for at tjenesten drives i henhold til gitte krav og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at svikt forebygges.

Internkontrollplikten er hjemlet i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3: *Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.*

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten.

Denne bestemmelsen bør ses i sammenheng med krav til organisering i helsepersonelloven § 16.: *Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.* Dessuten pålegges kommunen i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 å *planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.*

Kommunene kan organisere sitt helsetjenestetilbud til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente slik de finner hensiktsmessig innenfor rammen av kommunehelsetjenesteloven. I en del kommuner har man egen helsesøster og ev. egen "tilsynslege" for mottaket og tilbudet er organisert som egen deltjeneste. Noen steder har kommunen og asylmottak i fellesskap ansatt helsesøster eller sykepleier som arbeider på mottaket. I andre kommuner gis tilbudet gjennom den ordinære helsetjenesten, dvs. tuberkulosekontroll på helsestasjonen, øvrig helseundersøkelse der eller på legekantor osv.

Det skal revideres med utgangspunkt i de primærkrav som finnes på det aktuelle området. Dersom observasjonene gir grunnlag for ett eller flere avvik fra ett eller flere primærkrav, skal dette listes først under hjemmelsgrunnlaget. I tillegg omtales den aktuelle bestemmelsen i ik-forskriften, hvis slik finnes. Sjekk flere av styringselementene. Dersom man finner avvik fra primærkrav, vil man ikke ha et fungerende styrings-/ ik-system. Ved formulering av avvik skal det i tillegg til hjemlingen i kommunehelsetjenesteloven/smittevernloven vises til de deler av internkontrollforskriften § 4 som ikke anses overholdt – og som underbygges av observasjonene. Under konstatering av avvik og merknader senere i veilederen er det på noen punkter antydning hvilken bokstav i § 4 i forskriften som kan være aktuell.

Man kan imidlertid unntaksvis forestille seg det motsatte: Primærkravene etterleves takket være dyktige enkeltpersoner, men virksomheten har ikke et styringssystem. Man vil da være i den situasjon at det kun er avvik fra § 3 i tilsynsloven og ev. ik-forskriften. Dette anses bare aktuelt ved betydelige mangler ved internkontrollen. Ved vurdering av om det er avvik skal det legges vekt på hvor sårbar tjenesten blir ved systemmangelen

Internkontrollforskriften § 5 omhandler dokumentasjon: *Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter,*

risikoforhold og størrelse. Det er ved tilsynet ikke en hovedsak å "sjekke permer", jf. forrige avsnitt.

Som et grunnkrav til helsetjenesten ligger forsvarlighetskravet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1, 1.ledd, jfr § 6-3 3.ledd. Dersom tilsynet avdekker graverende mangler ved tjenesten på flere områder, må det vurderes om det vil det være aktuelt å konkludere med avvik fra forsvarlighetskravet.

4.1 Tuberkulosekontroll

I henhold til utlendingsforskriften § 51 er politiet pålagt å gjøre utlending som skal være i landet mer enn 3 måneder kjent med plikten til å fremstille seg for tuberkulosekontroll i henhold til smittevernloven. Politiet er i samme bestemmelse også pålagt å varsle kommunelegen, eventuelt annet personell innen kommunehelsetjenesten om utlendingens navn og adresse. Det forutsettes at kommunelegen tar kontakt med personer som ikke innen rimelig tid møter til tuberkuloseundersøkelse på eget initiativ.

I følge UDI får nærmeste politikammer alle vedtak om innvilgelse av søknad om familiegjenforening og beskjed om alle overføringsflyktninger til sitt distrikt.

Det kan være ulike rutiner for hvordan melding om nyankomne overføringsflyktninger og familiegjenforente formidles fra politi til den kommunale helsetjeneste i hvert politidistrikt. En hensiktsmessig praksis vil måtte tilpasses lokale forhold.

Asylsøkere som kommer fra transittmottak til ordinære mottak har gjennomgått tuberkuloseundersøkelse i transittmottak. Vanlig praksis er at hver enkelt asylsøker selv får med seg et helsekort (egendokumentasjon) fra transittmottaket. På dette helsekortet er det bilde av søker, navn og nummer samt resultat fra skjerm bilde (røntgen thorax) og resultat av pirquet- undersøkelser. I tillegg til helsekortet som asylsøker får, sender transittmottaket journal med eventuelle andre helseopplysninger og kopi av ovennevnte helsekort (egendokumentasjonen) til helsetjenesten i den kommunen som mottar asylsøkeren.

Helsetjenesten ved transittmottaket benytter datajournal "winmed asyl" på alle asylsøkere. Det er papirkopien av denne datajournalen som oversendes kommunens helsetjeneste når asylsøker flytter til ordinært mottak. Normale rutiner er at helsetjenesten ved transittmottaket noterer i sin datajournal hvilken kommune journalen oversendes til ved flytting. Der helsetjenesten ved transittmottaket har fått oppgitt en konkret adresse fra kommunen sendes journalen denne adressen. Der helsetjenesten ved transittmottaket ikke har opplysninger om hvordan helsetjenesten er organisert sendes journalen til kommunelege I.

Tilsynet skal avdekke:

- Om kommunen sikrer at asylsøkere og flyktninger fra land med høy forekomst av tuberkulose får eller har fått tuberkuloseundersøkelse innen 14 dager etter ankomst til landet
- Om kommunen sikrer at familiegjenforente fra land med høy forekomst av tuberkulose får gjennomført tuberkuloseundersøkelse snarest mulig etter bosetting i kommunen
- Om kommunehelsetjenesten har et system som sikrer at funnene ved tuberkuloseundersøkelsen til personer fra land med høy forekomst av tuberkulose vurderes, og at de følges opp med henvisning til spesialisthelsetjenesten der det er mistanke om tuberkulose

Myndighetskrav og drøfting av disse

Kommunen har i henhold til tuberkulosekontrollforskriften § 4-1³ ansvar for at tuberkulosekontrollprogrammet etableres, iverksettes og vedlikeholdes som en del av kommunens internkontrollsystem og at tjenestene i tuberkuloseprogrammet etableres og gjennomføres som planlagt.

Kommunen skal sørge for at de personer som er pliktig til å la seg tuberkuloseundersøke, jf forskrift om tuberkulosekontroll § 3-1, blir undersøkt. Tuberkuloseundersøkelsen omfatter her tuberkulintesting av alle og røntgenundersøkelse av personer som har fylt 15 år.

Undersøkelse av personer som er nevnt i § 3-1 skal gjennomføres så snart som mulig. Flyktninger og asylsøkere skal undersøkes innen fjorten dager etter innreise, jf forskrift om tuberkulosekontroll § 3-2.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i henhold til forskrift om tuberkulosekontroll § 4-5 angi hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose. Per 26. juli 2003 er dette alle land utenfor Vest-Europa, USA, Canada, Australia, New Zealand og Japan. Personer i målgruppen skal undersøkes så snart som mulig jf. forskrift om tuberkulosekontroll § 3-2. Den tidligere fristen på tre måneder etter innreise er ikke videreført i ny forskrift, og dette er å forstå som et skjerpet krav til når undersøkelsen skal være foretatt. For flyktninger og asylsøkere er det en absolutt frist på 14 dager for når tuberkulinundersøkelsen skal være gjennomført jf forskrift om tuberkulosekontroll § 3-2 andre ledd, mens kravet for de familiegjennforente er snarest mulig.

Formålet med tuberkuloseundersøkelsen av personer fra land med høy forekomst av tuberkulose er å diagnostisere pasienter med tuberkulose slik at de kan få korrekt behandling og unngå å smitte andre. *Ved mistanke om smittsom lungetuberkulose skal utredning igangsettes umiddelbart, jf. forskrift om tuberkulosekontroll § 3-3. Utredning betyr her at dersom det ved tuberkuloseundersøkelse oppdages symptomer eller tegn som kan bety tuberkuløs sykdom, skal vedkommende henvises til diagnosestasjon, barneavdeling, lungemedisinsk eller infeksjonsmedisinsk poliklinikk for nærmere vurdering og supplerende undersøkelser.*

I henhold til forskrift om tuberkulosekontroll § 2-1 skal alle kommuner ha et tuberkulosekontrollprogram som skal:

- *utgjøre en del av de smittevernplaner kommunen og det regionale helseforetaket er pålagt å ha etter smittevernloven § 7-1 og § 7-3*
- *tilpasses forholdene i kommunen og helseregionen med henblikk på personer som er aktuelle i kontrollsammenheng jf § 3-1*
- *angi hvem som har det faglige og organisatoriske ansvar for de tiltak programmene omfatter.*

I følge merknader til forskrift om tuberkulosekontroll skal programmet skreddersys den enkelte kommune og inneholde rutiner som sikrer adekvate undersøkelser av risikogrupper.

³ Smittevern 7. Forebygging og kontroll av tuberkulose. En veileder utgitt av Folkehelseinstituttet. ISSN 1500-8479

Dersom kommunen har asylmottak eller mottar flyktninger/familiegjenforente, skal det fremgå av kommunens tuberkulosekontrollprogram hvordan denne gruppen blir ivaretatt.

Det forventes at helsetjenesten til enhver tid har oversikt over asylsøkere og flyktninger/familiegjenforente som ankommer kommunen, spesielt grupper som kan tenkes ha særlige behov. I forskrift om tuberkulosekontroll § 2-3 fremgår det at tuberkuloseprogrammet skal inneholde rutiner og tiltak for å oppdage personer som er nevnte i forskriftens § 3-1, jf. internkontrollforskriften § 4a. Kommunelegen er avhengig av gode melderutiner fra politi og flyktningkontor på hvem som til en hver tid oppholder seg i kommunen. Det vises her til merknader til tuberkulosekontrollforskriften § 4-2 hvor det fremgår at kommunelegen må sørge for at kontakten med politiet fungerer. I henhold til smittevernloven § 7-1 tredje ledd skal helsetjenesten i kommunen samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene. Det forutsettes at kommunelegen, eventuelt annet personell i kommunehelsetjenesten, tar kontakt med personer som ikke innen rimelig tid møter fram på eget initiativ til tuberkulosekontroll. Begrepet "rimelig tid" er å forstå som 14 dager når det gjelder asylsøkere og flyktninger og innen tre måneder for gruppen familiegjenforente etter at de ankom landet.

Asylsøker som kommer gjennom transittmottakene skal ha gjennomgått tuberkuloseundersøkelse før de kommer til ordinært mottak. Det er viktig at kommunelegen i den kommunen hvor personen skal bosettes får informasjon om resultatet av tuberkuloseundersøkelsen ved ankomst. Hvis ikke må undersøkelsen gjøres på ny.

I henhold til tuberkuloseforskriften § 4-2 har kommunelegen i fraflyttingskommunen ansvar for å *oversende resultat av tuberkulinundersøkelsen og journal til kommunelege i ny bopelskommune ved flytting av personer jf § 3-1 nr.1*. For å sikre at helsetjenesten i ny bopelskommune umiddelbart blir orientert om helsetilstanden til personen, skal tuberkulosekontrollprogrammet inneholde rutiner for oversendelse av resultat av tuberkuloseundersøkelsen og journal på personer som ikke har fått tildelt fastlege. Med resultat menes også tilbakemelding på at intet tegn på tuberkulose er funnet, jf. forskrift om tuberkulosekontroll § 2-3 og internkontrollforskriften § 4 andre ledd f) og g).

Tilsynet skal etterse hvilke rutiner helsetjenesten i vertskommunen for ordinært mottak har for å motta og videreforsende journaler ved ny videreflytting innlands for asylsøkere.

Tilsynet skal etterse hvilke rutiner den kommunale helsetjeneste har i den første fasen, før fastlege er tildelt, på oversendelse av journalopplysninger for overføringsflyktninger og familiegjenforente ved ny videreflytting innlands.

Det påhviler kommunen å sørge for å ha tilstrekkelig personell med nødvendige kvalifikasjoner slik at tuberkulosekontrollen kan gjennomføres forsvarlig og til rett tidspunkt jf. forskrift om tuberkulosekontroll § 2-5 og internkontrollforskriften § 4 andre ledd c).

Verifikasjoner ved asylmottak

20 journaler for asylsøkere som bor på asylmottaket skal gjennomgås.

- Det skal her sjekkes om tuberkuloseundersøkelsen er gjennomført innen 14 dager. Dersom det ved tuberkuloseundersøkelsen har vært tegn til tuberkuløs sykdom, skal det sjekkes om personen har blitt henvist til nødvendig oppfølging.

- Det skal undersøkes hvordan resultatene fra tuberkuloseundersøkelsen ved transittmottakene blir mottatt og registrert i kommunehelsetjenesten der det ordinære mottaket ligger.

Journalene til de 10 siste personer som er flyttet fra mottaket til annen kommune.

- Det skal sjekkes om det foreligger dokumentasjon på oversendelse av resultat fra tuberkuloseundersøkelsen.

Sjekk også om det er skrevet avviksmeldinger hvis fristene ikke er overholdt og hvordan disse ev. er fulgt opp av virksomheten.

Verifikasjoner ved bosetting direkte i kommunen

Journaler på de 10 siste overføringsflyktingene som er bosatt i kommunen for mer enn 14 dager siden og på de siste 20 personene som er kommet gjennom familiegjenforening fra høyendemiske land for mer enn tre måneder siden.

- Det skal her sjekkes om tuberkuloseundersøkelsen er gjennomført innen 14 dager på flyktinger
- Det skal her sjekkes om tuberkuloseundersøkelsen er gjennomført innen 3 måneder etter ankomst på de familiegjenforente.
- Dersom det ved tuberkuloseundersøkelsen av ovennevnte grupper har vært tegn til tuberkuløs sykdom skal det sjekkes om personen har blitt henvist til nødvendig oppfølging.

Sjekk også om det er skrevet avviksmeldinger hvis fristene ikke er overholdt og hvordan disse ev. er fulgt opp av virksomheten.

Konstatering av avvik og merknader

Dersom kommunen ikke sørger for at helseopplysninger fra transittmottak til ordinært mottak blir mottatt og fulgt opp av helsepersonell, vil dette være et avvik fra forskrift om tuberkulosekontroll § 2-3, første strekpunkt og § 4-1, jf internkontrollforskriften § 4 andre ledd a),f) og g).

Det vil være avvik fra forskrift om tuberkulosekontroll § 3-2 dersom flyktinger (og asylsøkere som ikke er undersøkt i transittmottak) fra land med høy forekomst av tuberkulose ikke er undersøkt for tuberkulose (tuberkulosekontroll) innen 14 dager.

Dersom kommunen ikke har undersøker familiegjenforente fra land med høy forekomst av tuberkulose for tuberkulose (tuberkuloseundersøkelse) så snart som mulig etter ankomst til kommunen, vil det være et avvik fra forskrift om tuberkulosekontroll § 3-2, jf. § 2-3.

Dersom kommunelegen ikke sikrer at journal med resultat av tuberkuloseundersøkelsen blir oversendt kommunelege i ny bopelskommune dersom personer som er nevnt i § 3-1 nr.1 flytter, vil det være et avvik fra forskrift om tuberkulosekontroll § 4-2 pk. 3, jf. § 2-3, jf. internkontrollforskriften § 4 andre ledd a).

Det vil være avvik dersom kommunen ikke har etablert tuberkulosekontrollprogram som en del av smittevernplan jf. smittevernloven § 7-1 og forskrift om tuberkulose § 2-1.

4.2 Nødvendig helsehjelp og helseundersøkelse ved behov før tildeling av fastlege

Tilsynet skal avdekke:

- Om kommunen sørger for at flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente får informasjon om helsetjenesten snarest mulig etter ankomst
- Om kommunen sikrer flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente nødvendige forebyggende tiltak, individuelle undersøkelser og behandling i forhold til smittsom sykdom
- Om kommunen tilbyr nødvendig helsehjelp ved behov i perioden før det er tildelt fastlege til
 - gravide asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente sikres tilbud om svangerskapsomsorg
 - flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente med psykisk sykdom sikres nødvendig helsetjeneste
- Om kommunen tilbyr individuelle samtaler med asylsøkere og flyktninger kort etter ankomst for å gi informasjon om helsetjenesten og foreta en første vurdering av generell helsetilstand og behov for helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente til flyktninger snarest mulig etter ankomst.

Myndighetskrav og drøfting av disse

Ad informasjon

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen ... - kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd. Det følger av § 1-3 første ledd bokstav d at kommunen skal organisere opplysningsvirksomhet. I tillegg til krav om generell helseopplysning forutsettes det at det opplyses om tjenestetilbudet (ref Ot.prp 66 (1981-82) s 28-29).

De fleste flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente som kommer til Norge, kommer til et for dem ukjent samfunn. De har dermed heller ingen kunnskap om norsk helsevesen; verken om hvordan det er organisert, hvilke typer tjenester det er snakk om, hvordan disse er dimensjonert eller hvordan helsetjenesten kontaktes. En forutsetning for at den aktuelle gruppen skal kunne få ivaretatt sin rett til nødvendig helsehjelp, er derfor at kommunen gir informasjon om tjenestetilbudet. Informasjonen kan gis på gruppenivå eller individuelt, alt etter hva som anses hensiktsmessig. Det er imidlertid viktig å legge til rette for at informasjonen blir forstått; ved at den gis muntlig i tillegg til ev. skriftlig og ved at det ved behov benyttes tolk.

Sosial- og helsedirektoratet skriver i brev av 16.02.04 "For at den enkelte skal kunne få nødvendig helsehjelp, må kommunen som et minimum gi asylsøkere og flyktninger mv. generell informasjon om helsetjenestens tilgjengelighet, besøksadresse, generelle oppgaver mv. Kommunen har ansvar for at denne informasjonen gis på en slik måte at den lett kan oppfattes av den enkelte. "I veilederen IS-1022 fremgår følgende "snarest mulig etter asylsøkers ankomst til ordinært mottak i kommunen skal helsepersonell opprette kontakt". Sosial- og helsedirektoratet har i e-post av 30.10.03 konkretisert begrepet "snarest mulig" til å

bety at det bør opprettes kontakt mellom helsepersonell og asylsøker i løpet av første uke etter ankomst i ordinært mottak.

Ad smittsom sykdom

Tuberkulosekontroll er obligatorisk for personer som kommer fra høyendemiske områder. Øvrige undersøkelser med hensyn til smittsom sykdom er kun et tilbud til, ikke en plikt for, flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente.

Smittevernlovens formål (§ 1-1) er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

I henhold til smittevernloven § 7-1 første ledd skal kommunen *sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie.* Etter smittevernloven § 7-1 andre ledd, første strekpunkt, skal kommunen *skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen.* Andre strekpunkt omhandler kommunens plikt til å gi opplysninger, råd og veiledning. I Ot.prp. nr 91 (1992-93) om lov om vern mot smittsomme sykdommer heter det på side 169: "En forutsetning for at kommunen skal kunne tilby kommunens befolkning nødvendige forebyggende tjenester og tiltak, for eksempel vaksinasjon, er at kommunen løpende skaffer seg opplysninger om alle som oppholder seg der. Spesielt gjelder dette alle som har flyttet inn i kommunen, herunder innvandrere, asylsøkere m.fl. og deres familier."

Den enkeltes rett til smittevernhjelp er omtalt i § 6-1 i smittevernloven: *Enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første og annet ledd. Den som det etter en faglig vurdering er grunn til å anta er i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp. En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling, pleie og annen nødvendig smittevernhjelp.....* I Ik-8/95 Smittevernloven - Veileder - En generell innføring side 16 heter det at farekravet ikke skal tolkes strengt. Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer lister opp hvilke sykdommer det er som er definert som allmennfarlige smittsomme. Forskriften oppdateres kontinuerlig.

Det er utarbeidet en veileder om førstegangsundersøkelse, forbyggende infeksjonsmedisinsk arbeid ved førstegangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere, IK-2595. Den går gjennom hvilke undersøkelser de bør tilbys. Dette er en indikasjon på hvor viktig det anses at nettopp denne gruppen blir undersøkt med hensyn til smittsom sykdom. Det vises også til IS-1022, som bl.a. erstatter retningslinjer for helsetjenestetilbud til innvandrere og asylsøkere IK-9/93 og tilbud om hiv-test til asylsøkere og innvandrere IK-27/93 o.fl. Det er utarbeidet et godt sikkerhetsnett som skal avdekke ev. smittsom sykdom hos asylsøkere hvis de oppsøker helsetjenesten i kommunen. Spørsmålet blir hvilke plikter kommunen i henhold til smittevernloven (bl.a. § 7-1, jf formålsbestemmelsen § 1-1) har til aktivitet for å få asylsøkere m.fl. til å bruke dette sikkerhetsnettet.

Kommunen skal sørge for nødvendige forebyggende tiltak. Den skal skaffe seg oversikt over art og omfang av smittsomme sykdommer i kommunen (§ 7-1) og tilby smittevernhjelp til personer er, eller står i fare for å bli, smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom (§6-1). De fleste i den aktuelle gruppen kommer fra områder som er høyendemiske for flere, herunder allmennfarlige, smittsomme sykdommer. Det er en svak gruppe fordi den ikke kjenner norsk språk, kultur, helsevesen, regelverk, rettigheter og plikter. Det er i tråd med lovens intensjon (formål) og det viktige tema den omhandler at kommunen ut fra § 6-1 og § 7-1 m.fl. har plikt til å ha større aktivitet i forhold til denne gruppen enn i forhold til befolkningen for øvrig, en aktivitet som fører til at man får oversikt over en gruppe man vet er risikogruppe. Blant asylanter/ flyktninger er for eksempel prevalensen av HIV 0,4 % (ca. 50 ganger høyere enn heteroseksuelt smittede i den norske befolkningen). Insidensen av hepatitt-B-bærertilstand er i gruppen ca. 1,5% (8-900 ganger høyere enn i den norske befolkningen). Serologiske undersøkelser har vist en prevalens av hepatitt C på 5-10% i Nord- og Sentralafrika og Sørøst-Asia (ca. 20 ganger høyere enn i den generelle befolkningen i Norge).

Kommunen har plikt til å tilby flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente fra høyendemiske områder en undersøkelse med tanke på å avdekke smittsom sykdom og bærertilstander. Undersøkelsen bør være målrettet, da prevalensen for de forskjellige sykdommene er variabel (også mellom land som er definert som høyendemiske områder i tuberkulosesammenheng). Dette innebærer at alle asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente skal tilbys individuell kontakt med helsetjenesten, for eksempel ved at de innkalles til konsultasjon. Undersøkelsen må gjennomføres innen den tid som anses faglig forsvarlig.

Det er videre viktig å få klarlagt om kommunen har etablert et system som sikrer forsvarlig oppfølging av patologiske funn m.h.t smittsom sykdom hos pasienter som ikke har fått tildelt fastlege, jf. retten til nødvendig smittevernhjelp. Dessuten kan det være aktuelt med smitteoppsporing. Vaksinasjon av uvaksinerte voksne kan være aktuelt, når de er i fare for å bli smittet.

Barn skal få tilbud om å få gjennomført barnevaksinasjonsprogrammet, jf. forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 3-1.

Ad nødvendig helsehjelp før tildeling av fastlege. (utover undersøkelse m.h.t. smittsom sykdom)

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen ... - kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd og Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg - kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd.

På bakgrunn av de formuleringer som brukes i veileder IS-1022 når det gjelder generell helseundersøkelse av alle asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente ba Helsetilsynet i Nordland Sosial- og helsedirektoratet avklare om kommunene har plikt til å gjennomføre generell helseundersøkelse av alle. Denne veilederen er forsinket fordi det har tatt noe tid å bringe klarhet i dette. I brev av 16. februar d.å. (vedlagt) avklarer Shdir dette spørsmålet og skriver at "...ikke følger av kommunehelsetjenesteloven at kommunen har plikt til uten videre å gjennomføre individuelle samtaler" og videre at direktoratet "... ikke ser at kommunehelsetjenesteloven hjemler plikt for kommunen til uavhengig av om asylsøkeren eller flyktningen ber om det, å gjøre en første vurdering av helsetilstand og behov for

helsetjenester ...”

En del flyktninger/ asylsøkere/ familieegjenforente har sykdomstilstander som vil kunne oppdages ved en helseundersøkelse. De fleste er imidlertid unge, fysisk og psykisk friske mennesker. En generell helseundersøkelse av alle i gruppen kan derfor ikke defineres som nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven.

De fleste kommuner tilbyr allikevel en generell helseundersøkelse, hvilket er i tråd med anbefalingene i veilederen IS-1022. I brevet av 16. februar understreker Sosial- og helsedirektoratet at det ”vil kunne være en god rutine å gjennomføre individuelle samtaler med asylsøkere og flyktninger kort etter ankomst for å gi informasjon om helsetjenesten og foreta en første vurdering av generell helsetilstand og behov for helsetjenester.”

Alle i gruppen vil ha individuell kontakt med helsetjenesten i forbindelse med undersøkelser i forhold til mulig (allmennfarlig) smittsom sykdom. Det vil da være kunne være en god rutine å vurdere hvilke øvrige behov for helsehjelp som finnes hos den enkelte ved å spørre om tidligere og nåværende helseproblemer. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot graviditet og psykisk sykdom. Hvilke spørsmål som skal stilles og hvilke undersøkelser det er adekvat å foreta, må bero på en individuell vurdering. I IS-1022 finnes vedlagt et forslag til skjema for helseundersøkelse.

Det fremgår av veileder IS-1022 at en del kvinner som kommer til mottakene er kommet langt i svangerskapet uten noen gang å ha vært til svangerskapskontroll. Kommunen må ha et forsvarlig system som sikrer at gravide i den utvalgte gruppen får et snarlig tilbud om svangerskapskontroll. I henhold til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-3 jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3, plikter kommunen å ha tilrettelagt et tilbud til gravide. Svangerskapskontrollen bør bestå av besøk hos jordmor og lege etter avtalt fordeling og nærmere individuell vurdering. Dette tilsynet er avgrenset til å etterse at kommunen har etablert et forsvarlig system som sikrer at gravide asylsøkere/flyktninger/ familieegjenforente tilbys svangerskapskontroll på helsestasjon og/ eller hos lege også i perioden før de har fått tildelt fastlege. Innholdet i svangerskapskontrollen skal ikke vurderes.

Det råder usikkerhet vedrørende forekomsten av psykisk sykdom blant flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente. Begrepene psykososiale problemer, psykiske problemer, psykiske symptomer og psykisk sykdom eller lidelse brukes om hverandre. Noen undersøkelser har vist overhyppighet av psykiske symptomer og lidelser. Andre har konkludert med at gruppen har sykkelighet på linje med gjennomsnittsbefolkningen i Norge. Mange flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente har uansett vært utsatt for betydelige påkjenninger som kan tenkes å disponere for psykisk sykdom. Man bør ved helsesamtalen være oppmerksom på dette og foreta en kartlegging, for eksempel ved hjelp av helseundersøkelsesskjemaet som er vedlagt IS-1022.

Dersom psykisk sykdom påvises, for eksempel i forbindelse med samtale eller ved at flyktningen m.v. oppsøker helsetjenesten, plikter kommunen å yte helsehjelp, dersom tilstanden er av en slik alvorlighetsgrad at det dreier seg om nødvendig helsetjeneste/-hjelp etter kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1. Dette innebærer bl.a. at kommunen må ha organisert helsetjenesten slik at flyktninger mv., på samme nivå og av samme omfang som befolkningen for øvrig, sikres tilgang til for eksempel lege også i perioden før de har fått tildelt fastlege, også utover ren øyeblikkelig hjelp (legevakt).

Når det gjelder overføringsflyktninger, vil det ofte foreligge helseopplysninger fra UNHCR (Høykommisæren for flyktninger) allerede før flyktningen kommer til kommunen. Disse må gjennomgås av relevant helsepersonell.

Tilfredsstillende helsetjenester til den utvalgte gruppen forutsetter at helsepersonellet i tjenesten har nødvendig kompetanse. Hvem arbeider i tjenesten og hvilket omfang har den? Er det gitt ekstra opplæring relatert til pasientgruppen? Det vises til kommunehelsetjenesteloven § 6-2 og internkontrollforskriften § 4 c).

En forutsetning for adekvat helsehjelp er også korrekt formidling av informasjon mellom pasient og helsepersonell. Det er viktig å sikre at informasjon som gis blir forstått. Ansvaret for dette ligger hos tjenesteyterne og hos dem som organiserer tjenestene. I hvilken grad benytter helsetjenesten tolk? Brukes det profesjonell tolketjeneste (person, telefontolk eller skjermtolk) eller er det familiemedlemmer og andre (venner og bekjente) som tolker? Utgangspunktet bør være at tjenesten bestiller profesjonell tolk.

Pasienten har også en spesifikk rett til informasjon etter pasientrettighetsloven § 3-2, og i § 3-5 heter det at *informasjonen skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn*. Helsepersonelloven § 10 om helsepersonells plikter korresponderer med bestemmelsene om rett til informasjon i pasientrettighetsloven. Dette tilsynet retter seg imidlertid mot system og ikke mot enkelthelsepersonells virksomhet. Kommunen er pliktsubjektet, og kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a pålegger kommunen å *planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift*.

En del flyktninger kommer fra kulturer der kvinner ikke omgås andre menn enn nære slektninger. Det kan være nødvendig å legge forholdene særskilt til rette for at kvinner skal kunne motta nødvendig helsehjelp. I hvilken grad imøtekommer kommunen disse kvinnene dersom de kun ønsker å ha kontakt med kvinnelig helsepersonell og kvinnelige tolk (dersom tolken er fysisk til stede)?

Forslag til verifikasjoner (ved tilsyn i kommuner med mottak og i kommuner med direkte bosetting)

Gjennomgå journal på de 20 sist ankomne/ sist bosatte. Disse finner man gjennom tuberkulosekontrollen.

- Undersøke om de er tilbudt/ har fått gjennomført undersøkelse og ev. behandling av smittsom sykdom.
- Undersøke om det er gjennomført individuelle samtaler og vurdert behov for helsetjenester
- Undersøke om målrettet helseundersøkelse er tilbudt, ev. gjennomført. (?)
- Undersøke om det er dokumentert bruk av tolk (journalforskriften § 8, siste ledd)

Konstatering av avvik og merknader

Hvis kommunen ikke sørger for at flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente får informasjon om helsetjenesten snarest mulig etter ankomst, vil det være et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd, jf. § 1-3 første ledd bokstav d. Også her kan det vises til internkontrollforskriften § 4, andre ledd.

Hvis kommunen ikke sørger for relevante forebyggende tiltak og undersøkelser med tanke på smittsom sykdom til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente ved å invitere til individuell undersøkelse, vil det være et avvik fra smittevernloven §§ 6-1 og 7-1

Hvis kommunen ikke sørger for at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente med allmennfarlig smittsom sykdom får nødvendig behandling, vil det være et avvik fra smittevernloven §§ 6-1 og 7-1.

Hvis kommunen ikke tilbyr individuell samtale for å gi informasjon om helsetjenesten og foreta en første vurdering av generell helsetilstand og behov for tjenester utover smittevern, vil det være en merknad.

Dersom kommunen ikke tilbyr gravide asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente svangerskapsomsorg, vil det være et avvik fra forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-3 og kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd.

Dersom kommunen ikke sørger for nødvendig helsetjeneste til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente med psykisk sykdom, vil det være et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd.

Dersom kommunen ikke sørger for at ansatt personell får påkrevet videre- og etterutdanning, vil det være avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 6-2, jf internkontrollforskriften § 4, andre ledd c). Medfører dette at ansatt helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse til å utføre arbeidet forsvarlig, vil det være et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 1-1, jfr § 6-3.

Dersom kommunene ikke sørger for tolk ved behov vil det kunne medføre at helsetjenesten drives uforsvarlig og det vil være avvik fra kommunehelsetjenesteloven §1-1, jfr § 6-3.

4.3 Miljørettet helsevern; gjelder bare ved tilsyn i kommuner med asylmottak

Dette tilsynsystemet skiller seg fra de to andre ved at Helsetilsynet i fylkene her skal føre tilsyn med kommunen som tilsynsmyndighet, og ikke som ansvarlig tjenesteyter/driver av tjenester. Det er viktig å være oppmerksom på at kommunen står fritt til å organisere og drive sitt tilsyn med det miljørettede helsevernet slik den finner hensiktsmessig (jfr Helsetilsynet innenfor vårt ansvarsområde).

I vurderingene må det også tas i betraktning at asylmottak bare representerer en liten del av det miljørettede helsevernet som kommunen har tilsynsansvar for og at det er asylmottakene selv som har ansvar for å etterleve regelverket.

Tilsynet skal avdekke:

- om kommunen ivaretar sitt tilsynsansvar med miljørettet helsevern i asylmottak, herunder spesielt:
 - om det er klart hvem som har ansvaret og oppgaven med å føre tilsyn med miljørettet helsevern i asylmottak

- om kommunen har sikret at henvendelser vedrørende miljørettet helsevern ved asylmottak blir formidlet til den/de som har tilsynsansvaret

Myndighetskrav og drøfting av disse

Miljørettet helsevern er definert i kommunehelsetjenesteloven § 4a-1, første ledd: *Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.*

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 4a-2 skal kommunestyret: *ha tilsyn med de faktorer som er nevnt i lovens § 4a-1, første ledd.* Kommunens tilsynsaktivitet med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven kap. 4 a, er en del av kommunens helsetjeneste. Det vises til IK-12/98 "Rundskriv om kommunenes tilsyn med virksomheter som etter kommunehelsetjenesteloven kap. 4a plikter å føre internkontroll".

Forskrift av 25. april 2003 nr. 586 om miljørettet helsevern beskriver nærmere kommunens plikter på dette området. I § 6 heter det: *Kommunen skal føre tilsyn med at denne forskriften overholdes.* Asylmottak er i merknader til § 2 i forskriften nevnt som et av mange eksempler på virksomhet som omfattes av forskriften. Private og offentlige asylmottak omfattes således av kommunens tilsynsoppgave og ansvar.

Helsetilsynet i fylkene skal føre tilsyn med at kommunen ivaretar sin tilsynsplikt overfor asylmottak etter forskrift om miljørettet helsevern, jf. forskriften § 6 første ledd. Tilsynet skal ved denne systemrevisjonen avgrenses til å etterse om kommunen organisatorisk har lagt til rette for et forsvarlig tilsyn med miljørettet helsevern i asylmottak.

Det ønskes bl.a. klarlagt om kommunen kjenner til sitt tilsynsansvar overfor det miljørettede helsevern i asylmottak og om kommunen har oversikt over de aktuelle tilsynsobjektene. I henhold til kommunelovens regler kan kommunestyret delegerer sin myndighet og/eller oppgaver, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-3. Vanligvis vil tilsynsmyndigheten være delegert til administrasjonssjefen i kommunen som oftest videredelegerer den til helsesjefen/kommunelegen. Hvem som er tillagt ansvar og oppgaver vil ha betydning for utvelgelse av intervjuobjekt. Opplysninger om dette bør derfor innhentes før tilsynet. Det blir viktig å avdekke hvorvidt det i kommunen er en klar plassering av ansvar og oppgaver, herunder om dette er kjent i organisasjonen og om den/de som er delegert ansvaret og oppgaven vet om det og hva det innebærer. Dersom tilsynsmyndigheten ikke er delegert betyr det at den fortsatt ligger i kommunestyret. Det kan da være spørsmål om saker blir forsvarlig utredet av administrasjonen og eventuelt fremlagt kommunestyret med spørsmål om vedtak etter khtl. kap 4a.

I merknaden til § 6 i forskrift om miljørettet helsevern heter det at kommunen skal gjennomføre tilsyn etter fastsatt plan. Dette innebærer ikke nødvendigvis at planen må være skriftlig. Kommunen må imidlertid ved planlegging av tilsynsaktivitet på området miljørettet helsevern også vurdere tilsyn med mottak. Det er ikke mulig å anslå tilsynsfrekvens, noe det heller ikke er gitt føringer om i forskrift eller veileder. Det kan være grunn til å tilse nyetablerte asylmottak etter en tid, og på samme måten mottak hvor det er lenge siden det er gjort tilsyn. Hvorvidt tilsyn skal gjennomføres vil ofte måtte baseres på en konkret vurdering. Generelt kan man si at tilsyn bør være basert på risikovurderinger, og at det innenfor

rammene er opp til kommunen å beslutte hvilke forhold den vil prioritere å føre tilsyn med og hvordan de vil utføre tilsynet.

Det vil derfor være viktig å klarlegge om kommunen har etablert et system som sikrer at relevant informasjon blir videreformidlet til den/de som er tillagt tilsynsansvar. Det vil for eksempel kunne gjelde melding om oppstart av asylmottak og melding fra asylmottaket som meldepliktig virksomhet, jf. forskrift om miljørettet helsevern § 14, henvendelser til kommunen vedrørende mangler ved miljørettet helsevern i virksomheter (her: mottak), klager fra brukere, medieoppslag etc.

I Veileder i miljørettet helsevern IS-1104 s. 26, utgitt 08/2003, er systemrevisjon fremhevet som en aktuell tilsynsmetode. Kommunen står imidlertid fritt i metodevalg. Det må likevel forventes at det legges fram dokumentasjon fra ev. tilsyn som er gjennomført.

Verifikasjoner

Jf. dokumentasjon innhentet på forhånd.

Konstatering av avvik og merknader

Det vil være et avvik dersom kommunen ikke kjenner til sitt tilsynsansvar overfor asylmottaks regeletterlevelse av miljø og helsekrav i medhold av kommunehelsetjenesteloven. Avvik fra forskrift om miljørettet helsevern § 6, første ledd, jf. § 2 og kommunehelsetjenesteloven § 4a-2 og internkontrollforskriften § 4 andre ledd.

Det vil være avvik dersom ansvaret og oppgaven med å føre tilsyn med asylmottaks regeletterlevelse på dette området ikke er klart plassert. Avvik fra forskrift om miljørettet helsevern § 6, første ledd, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-2 og internkontrollforskriften § 4 andre ledd.

Det vil være avvik dersom den/de som innehar tilsynsansvaret og oppgaven ikke blir gjort kjent med henvendelser/informasjon kommunen får vedrørende svikt i det miljørettede helsevernet i asylmottak. Avvik fra forskrift om miljørettet helsevern § 6, første ledd, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-2 og internkontrollforskriften § 4 andre ledd.

5. GJENNOMFØRING

Tilsynet skal gjennomføres i minimum to kommuner i hvert fylke: ett tilsyn skal være med helsetjenesten i en kommune som har ordinært mottak og ett tilsyn skal gjennomføres i en større kommune med helsetjenesten for bosatte flyktninger/familiegjenforente. Bakgrunnen for at det foreslås at et tilsyn skal være i en bykommune, er at det stilles større krav til et godt system og gode rutiner for å ivareta tilbudet til aktuelle grupper i en bykommune enn i en mindre kommune hvor forholdene er mer oversiktlige. Hvert av tilsynene forutsettes gjennomført på en dag.

På adressen <http://www.udi.no/templates/Page.aspx?id=3779> ligger en oversikt over samtlige asylmottak i Norge. Listene er sortert etter regioner og type mottak.

På adressen <http://www.udi.no/templates/OversiktssidePerAar.aspx?id=3589> finnes oversikt over antall bosatte flyktninger og familiegjenforente med flyktninger i hvert fylke og hver kommune per måned og år. Bosatte flyktninger omfatter her både overføringsflyktninger og asylsøkere som

er innvilget asyl eller har fått opphold på humanitært grunnlag. Familiegjennforente omfatter på denne oversikten bare de personer som er familiegjennforent med flyktning.

Tilsynene forutsettes gjennomført innen 1. oktober 2004, slik at Helsetilsynet kan få utarbeidet og fremlagt felles rapport for det landsomfattende tilsynet samme år som tilsynene gjennomføres.

Dersom helsetilsynene i den enkelte region anser det hensiktsmessig, kan felles revisjonsteam benyttes eller én person fra annet fylke kan delta som revisor eller observatør. Slikt samarbeid kan være nyttig både for å harmonisere vurderinger og for rasjonell gjennomføring av tilsynet.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon. Revisjonsmetodikken som er beskrevet i "prosedyre for systemrevisjon" skal benyttes.

Revisjonsvarsel sendes i følge gjeldende prosedyre, men se utdypende kommentarer nedenfor.

Følgende dokumentasjon anbefales innhentet

- De eventuelle skriftlige deler av helsetjenestens ik-system/ styringssystem som angår helsetjenesten til asylsøkere/ flyktninger/ familiegjennforente. Det kan for eksempel være organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, prosedyrer vedr. tuberkulosekontroll, maler for gjennomføring av den første helseundersøkelsen
- Smittevernplan, herunder tuberkulosekontrollprogrammet
- Psykiatriplan (hvis denne inneholder spesiell omtale av den aktuelle gruppen)
- Oversikt over helsepersonell med oppgaver relatert til reviderte områder
- Eventuelle årsplan 2003 og årsrapport 2002 for helsetjenesten til flyktninger og asylsøkere
- Delegasjonsvedtak om ansvars- og oppgavefordeling innen miljørettet helsevern i kommunen
- Kommunens plan for tilsyn med miljørettet helsevern med asylmottak
- Tilsynsrapporter etter revisjoner med asylmottak
- Eventuelle enkeltvedtak kommunen har truffet med hjemmel i khl kap. 4 a, overfor asylmottak

Valg av intervjuobjekter vil bl.a. være avhengig av ansvars- og myndighetsplassering slik dette fremgår av organisasjonskart og/ eller stillingsbeskrivelser. For å belyse og sikre et rett bilde av om det gis nødvendig helsehjelp skal det anmodes om en samtale med lederen ved asylmottaket og med kommunens flyktningekonsulent (i den utvalgte kommunen der tjenesten til direktebosatte skal undersøkes).

Spørsmålene som skal belyses i samtalene er avgrenset til om det gis nødvendig helsehjelp, og er de samme som helsetilsynet i fylket vil ta opp med intervjuobjektene i revisjonen.

Leder ved mottaket og kommunes flyktningekonsulent er ikke forpliktet til å snakke med helsetilsynet i fylket. Kommunen skal i revisjonsvarslet orienteres om at helsetilsynet i fylket ønsker å ta kontakt med flyktningekonsulenten og anmode om en samtale i tilknytning til revisjonen. Ved gjenpart av varslet skal også leder ved asylmottaket orienteres om at man ønsker en samtale med han/henne.

Det anbefales at den muntlige informasjonen fra disse innhentes tidlig under revisjonen slik at den kan benyttes i samtalene med personell fra helsetjenesten. Samtalene kan gjennomføres i tilknytning til besøket.

Dersom helsetilsynet i fylket anser det mer hensiktsmessig kan samtalene også gjennomføres i forkant av besøket.

Informasjonen fra leder ved asylmottaket og flyktningekonsulent kan inngå som observasjoner i rapportene hvis de fyller kravene for å være revisjonsbevis

4-6 personer bør intervjues ved hver revisjon.

Forslag til intervjuobjekter i den valgte kommunen med asylmottak: sykepleier(e) og helsesøster/ helsesøstre, lege, ev. administrativ leder av helsetjenesten til den aktuelle gruppen, administrativ leder for kommunens helsetjeneste, smittevernlegen, kommunelege I, rådmann.

Forslag til intervjuobjekter i den valgte kommunen med bosatte (flyktningehelsetjenesten/ familiegjenforening): sykepleier(e), helsesøster/ helsesøstre, lege, smittevernlegen, administrativ leder for kommunens helsetjeneste, rådmann

Vedrørende rapportering vises det til prosedyre for systemrevisjon og mal for tilsynsrapport som ble sendt fylkeslegene vedlagt brev av 10. mai 2000.

Rapportmalen er under revisjon. Gjeldende rapportmal skal benyttes. Vi ber om at sammendraget i rapporten gir svar på hovedspørsmålene (kap.4). Rapporten skal gjøre rede for hva man har sett på, og skal inneholde de observasjonene som gir grunnlag for merknad og avvik. Rapporten skrives til den reviderte, men må også kunne forstås av allmennheten.

Kopi av rapporten og oversendelsesbrevet, varslingsbrevet og andre dokumenter som er nødvendige for å få oversikt over hele revisjonsprosessen skal sendes til Helsetilsynet. Tilsynsrapporten skal samtidig sendes Helsetilsynet til e-postadresse lm@helsetilsynet.no for å bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider på internett og på Losen, etatens intranett. Helsetilsynet i fylkene har ansvar for å følge opp de påpekte avvik.