

Jan-Paul Brekke, Nora Sveaass og  
Vigdís Vevstad

## Sårbare asylsøkere i Norge og EU

Identifisering, organisering og håndtering

Jan-Paul Brekke, Nora Sveaass og  
Vigdis Vevstad

---

## Sårbare asylsøkere i Norge og EU

Identifisering, organisering og håndtering

---

Institutt for samfunnsforskning

Oslo 2010

© ISF 2010  
Rapport 2010:14

Institutt for samfunnsforskning  
Munthes gate 31  
Postboks 3233 Elisenberg  
0208 Oslo  
[www.samfunnsforskning.no](http://www.samfunnsforskning.no)

ISBN (trykt): 978-85-7763-351-0  
ISBN (pdf): 978-85-7763-352-7

ISSN: 0333-3671

Studien er finansiert av Utlendingsdirektoratet

---

# Innhold

Forord .....	5
1. Sårbare asylsøkere i Norge og EU.....	7
Problemstillinger.....	8
Bakgrunn .....	9
Eksisterende kunnskap om helsemessige forhold.....	10
Metodisk tilnærming.....	13
2. Nasjonale og internasjonale rammer.....	15
Norsk lovgivning og tilnærming.....	15
Internasjonale rammer .....	23
3. Hvem er sårbare? .....	29
Begrepet «sårbar» .....	29
Hvem er sårbare? .....	31
4. Identifisering av sårbare asylsøkere.....	33
Metoder og fremgangsmåter for identifisering.....	34
Identifisering i praksis .....	38
Identifisering av sårbare asylsøkere i Norge.....	38
Identifisering av sårbare asylsøkere i andre land.....	45
Sårbarhet og tortur – helse og beskyttelse .....	53
5. Opplevelse av sårbarhet.....	55
Intervju med asylsøkere.....	56
Om undersøkelsen .....	57
Erfaringer om overgrep.....	57
Presentasjon av sårbarhet og spesielle behov .....	59
Drøfting og refleksjon .....	64

6. Diskusjon og funn.....	67
Lovgivning om mottak og sårbarhet .....	68
Identifisering i Norge .....	69
Kommunikasjon av sårbarhet og spesielle behov .....	75
Norge vs. EU – status for den norske ordningen .....	78
7. Anbefalinger .....	81
Anbefalinger fra EU-studien .....	81
Anbefalinger fra den norske studien .....	83
Litteratur .....	87
Sammendrag/abstract .....	93
Appendiks 1. Paragraf 17 fra Mottaksdirektivet.....	95
Appendiks 2. Intervjuguide.....	97

---

## Forord

Denne rapporten handler om hvordan sårbare asylsøkere identifiseres og følges opp i Norge og et knippe EU-land. Hvordan kartlegger man for eksempel om noen har vært utsatt for tortur eller andre traumatiske hendelser før de søkte om beskyttelse? Og hva skjer med denne type informasjon? Får den betydning for hvordan den enkelte søker behandles videre? Denne studien utgjør en del av en bred europeisk undersøkelse. En serie forbedringspunkter blir tydeliggjort gjennom intervjuer med asylsøkere og offentlige ansatte som arbeider med mottaksfeltet og helsespørsmål til daglig.

Det er to styrker ved denne studien. Den ene er at erfaringene fra Norge settes opp mot forholdene i 6 EU-land. Her belyses både lovgrunnlag og praksis. Den andre styrken har vært forskerteamets faglige bredde. Med bakgrunn fra psykologi, jus og sosiologi, bringer vi inn ulike perspektiver på mottaks- og asylfeltet.

EUs Mottaksdirektiv pålegger medlemslandene å identifisere sårbare asylsøkere og tilby den omsorg, behandling og oppfølging som disse kan trenge. Denne studien viser at det kan være god grunn for Norge å la seg inspirere av EUs direktiv og debatten som har fulgt i forbindelse med revisjonen av dette.

Vi vil takke beboerne ved mottakene som stilte opp og fortalte om sine asylhistorier og erfaringer med det norske systemet. Her var også helsetjenesten ved mottakene til stor hjelp, både som informanter og som kontaktpunkt overfor asylsøkerne. En takk også til Utlendingsdirektoratet der Lars Steinar Hansen, Ruth Meyer, Rolf Angelsen, Berit Øverland og Kathleen Chapman har bidratt til gode drøftinger underveis.

Oslo, november 2010

Jan-Paul Brekke, Nora Sveaass og Vigdis Vevstad



---

## Sårbare asylsøkere i Norge og EU

Hvordan tar man i mot og håndterer sårbare asylsøkere i Norge og Europa? Med utgangspunkt i lovverk og praksis i Norge viser denne rapporten hvordan et knippe andre land har løst utfordringene knyttet til personer som søker beskyttelse og som kan ha spesielle behov. Fokus ligger på søkere fra de fremmer sin søknad til de får opphold eller forlater landet.

De siste ti årene har man arbeidet målrettet i EU for å komme frem til felles standarder på asyl- og flyktningfeltet. Ett resultat er det såkalte Mottaksdirektivet som setter rammer for landenes håndtering av asylsøkere mens deres søknader blir behandlet (Rådsdirektiv 2003/9/EC av 27. januar 2003, heretter referert til som Mottaksdirektivet). Parallelt med at dette regelsettet fra 2003 er blitt innlemmet i medlemsstatenes lovverk og praksis, har enkelte svakheter ved direktivet blitt tydelige. En av svakhetene gjelder identifiseringen og håndteringen av sårbare asylsøkere.

Hva det innebærer å være sårbar, eller ha spesielle behov, er et viktig tema i denne rapporten. Hvem som omfattes er viktig hvis det knyttes særrettigheter til en slik status. Barn og enslige mindreårige faller naturlig innunder en slik merkelapp. Disse gruppene har imidlertid blitt omfattet av tidligere studier og vil dermed ikke være en del av denne studien. Listen over kjennetegn og grupper som skal betegnes som sårbare er gjenstand for diskusjon. Samtidig er det en diskusjon om hvorvidt en skal legge spesielle grupper til grunn for sårbarhet eller heller ta utgangspunkt i funksjonsnivå eller andre kriterier. I Mottaksdirektivet settes det opp noen eksempler på grupper, som funksjonshemmede, eldre, gravide kvinner, enslige foreldre med mindreårige barn, samt personer som har vært utsatt for tortur, voldtekt eller andre former for alvorlig psykisk, fysisk eller seksualisert vold (Mottaksdirektivet artikkel 17). Listen er likevel ikke ment å være ufullende.

En evaluering av Mottaksdirektivet i 2007 avslørte store mangler i medlemslandenes håndtering av sårbare asylsøkere. Den ble gjennomført av forskernettverket Odysseus på oppdrag fra EU-kommisjonen. Kommisjonen bekreftet den manglende implementeringen (COM (2007) 745 final). To år senere fikk Odysseus-forskerne i oppdrag å se nærmere på situasjonen for sårbare



asylsøkere i et knippe medlemsland. Denne gangen var målsettingen å finne løsninger på hvordan sårbare grupper best kan identifiseres og håndteres.

En gruppe norske forskere ble invitert med i studien sammen med forskere i seks medlemsstater. Her skulle man se på både lovgivning og praksis. De EU-landene ble valgt ut fordi de hadde gjort en spesiell innsats for å følge oppfordringene i Mottaksdirektivet om at sårbare asylsøkere skulle identifiseres og være omfattet av spesielle rettigheter. I denne rapporten sammenlignes derfor Norge med noen av de bedre landene i Europa når det gjelder dette arbeidet.

Materialet som er blitt samlet inn fra de seks medlemsstatene (Finland, Malta, Polen, Spania, Belgia og Nederland) danner et godt utgangspunkt for å kaste lys på hvordan Norge forholder seg til disse temaene sammenlignet med det øvrige Europa. Studien ble støttet av Det Europeiske Flyktningfondet (ERF). Den norske delen av studien er finansiert av Utlendingsdirektoratet. Det er utarbeidet en felles komparativ utgivelse som forventes publisert i 2011. Den foreliggende rapporten har et norsk utgangspunkt, men har likevel med mange komponenter hentet fra den bredere europeiske studien.

## Problemstillinger

I Norge foreligger det ikke noen studier som kartlegger og sammenligner hvordan sårbare asylsøkere identifiseres, mottas og følges opp. Det er derfor viktig å få beskrevet hvordan dette skjer/ikke skjer og stille den norske praksisen opp mot de andre landenes.

1. Hvordan arbeides det med å avdekke og følge opp sårbare grupper blant asylsøkere i Norge i dag?
2. Hvordan har implementeringen av Mottaksdirektivets bestemmelser og de nye endringene om sårbare grupper gitt seg utslag i EU medlemslands lovverk og praksis?
3. Hvordan står denne utviklingen i forhold til norsk lovgivning og praksis?

De tre problemstillingene blir gjennomgått i de videre kapitlene under overskrifter som «rammer» (2), «hvem er sårbare?» (3), «identifisering» (4), «opplevelse av sårbarhet» (5). I kapittel 6 diskuteres blant annet hvordan kommunikasjon om sårbarhet foregår i Norge. Her settes også funnene fra Norge opp mot situasjon i de andre landene som deltok i undersøkelsen. I det siste kapitlet (7) gis en serie anbefalinger til norske myndigheter. Disse stammer dels fra den europeiske komparative studien og dels fra den norske under-

søkelsen. Som et grunnlag for disse mer inngående analysene er det behov for noen ord om bakgrunnen for studien samt om den metodiske tilnærmingen.

## Bakgrunn

Arbeidet med å skape et felles asylsystem i EU er nå inne i en intensiveringsfase. Målsettingen er å ha de delene som angår asylpolitikken på plass i 2012. Norge er nært knyttet til denne utviklingen gjennom Dublin- og Schengen-samarbeidet. Som en konsekvens av dette må vi også ta hensyn til øvrig regelutvikling i Unionen. I tillegg utgjør endringene i regelverkene og praksis i EU rammene for hva man kan foreta seg på feltet. Relevansen av utviklingen for Norge kom tydelig til uttrykk i de norske kommentarene til EUs «Grønnbok» høsten 2007 og Stortingsmelding om «Norsk flyktning- og migrasjonspolitikk i et europeisk perspektiv» som ble lagt frem i 2010 (nr. 9, 2009-2010). Relevansen viser seg dessuten i forhold til den nye utlendingsloven og utlendingsforskriften som begge trådte i kraft i januar 2010 (Vevstad 2010). Den nye utlendingsloven er i stor grad påvirket av EUs regler på asylfeltet og det er derfor av stor betydning å følge utviklingen i EU nøye på dette feltet.

I et forberedende dokument, den såkalte «grønnboken», skrev Kommisjonen allerede i 2007 at

«All first instruments underline that it is imperative to take account of the special needs of vulnerable people. However, it appears that serious inadequacies exist with regards to the definition and procedures applied by Member States for the identification of more vulnerable asylum seekers and that member States lack the necessary resources, capacities and expertise to provide appropriate response to such needs».

EU-kommisjonen har etter dette foretatt en kritisk evaluering av Mottaksdirektivet (som omhandler minimumsstandarder for asylmottak medlemslandene er forpliktet til å følge mht bolig, helse, skole, arbeid mv.). Etter evalueringsrunden ble forslag til endringer og styrking av Mottaksdirektivet lagt frem av Kommisjonen i desember 2008 (COM (2008) 815 final) (Edstrøm 2004). Forslagene behandles nå av Rådet og EU Parlamentet. Blant de funn som er gjort i forbindelse med evalueringen av EU medlemslandenes implementering av Mottaksdirektivet (Odysseus nettverket (2006), Kommisjonen (2007)), fremgår det med stor tydelighet at reglene som omfatter sårbare asylsøkere ikke har vært implementert på en tilfredsstillende måte i EU. Det gjelder både medlemslandenes lovgivning og praksis (Vevstad 2006).

Tilsvarende funn ser man på norsk side i rapporten «Reception conditions for asylum seekers in Norway and the EU» ISF Rapport 2007:4) hvor Brekke og Vevstad gjorde en sammenliknende studie av regelverk og praktisering i

EU og Norge. Et hovedfunn var at Norge på flere områder ligger akterut i forhold til EUs Mottaksdirektiv, som selv med sine mangler er et mer dekkende regelverk enn det norske. Brekke og Vevstad påviste for eksempel at norsk lovgivning og praksis i forhold til sårbare grupper er preget av svakheter og tilfeldigheter. Det gjelder både i forhold til identifisering av personer med særlige behov, utredning av eventuelle torturskader og videre oppfølging og behandling. Dette er et område av stor generell samfunnsmessig betydning samtidig som det har stor betydning for den enkelte asylsøker.

Vi mener derfor at disse spørsmålene bør få økt fokus i Norge, noe denne rapporten er et bidrag til. Forskning i forbindelse med kvinner i mottak peker i samme retning (Skogøy 2008). Den foreliggende undersøkelsen omfatter også kvinner i mottak, men vil favne bredere og omfatte de gruppene som spesielt er vist til i Mottaksdirektivets bestemmelser, nemlig torturerte, andre voldsofre, eldre, gravide, osv.

EU-kommisjonen og medlemslandene har vært spesielt opptatt av å avdekke hvilke asylsøkere som tilhører sårbare grupper. Det er tre vektige grunner til det. For det første vil en slik identifisering være viktig for å nå et riktig utfall av den enkeltes søknadsprosess. Dernest vil det sikre at den enkelte kan få dokumentert skader etter tortur og overgrep, og følgelig også nødvendig skjerming, oppfølging og behandling. Til sist vil en slik prosess kunne øke sannsynligheten for å identifisere personer som kan representere en fare for seg selv og andre.

## Eksisterende kunnskap om helsemessige forhold

Nyankomne flyktninger og asylsøkeres helsesituasjon, særlig med tanke på deres psykiske helse, er et forskningsfelt hvor det foreligger en del studier, både norske og internasjonalt. Det finnes imidlertid få studier som tematiserer den somatiske helsesituasjonen (somatiske lidelser, funksjonshemming, tuberkulose, AIDS osv) og helsetilbud for nyankomne flyktninger og innvandrere. Et unntak her er Brunvatne (2006).

Forskning viser at psykiske vansker forekommer oftere hos flyktninger enn ellers i befolkningen (se f.eks. Lavik, Hauff, Skrondal & Solberg 1996; Silove 1999; Lie 2004, Varvin, Dalgard og Sveaass 2009). Nygård og Malterud (1995) finner at andelen med posttraumatisk stresslidelse økte i løpet av de tre første månedene etter ankomst, og at den steg fra 45 til 60 prosent blant menn, og fra 60 til 80 prosent blant kvinner. Lignende undersøkelser er gjennomført også i Nederland (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & de Jong 2004). Dette er av interesse for vår undersøkelse fordi det antyder at sårbarhet kan oppstå også etter at asylsøkeren har kommet til mottakerlandet.

Tidligere studier har vist til at en vesentlig andel flyktninger har vært utsatt for tortur og forfølgelse (se f.eks. Elsass 1995, Hauff & Vaglum 1995, Montgomery og Foldsprang 2001; De Jong, van Ommeren, Masri, Araya, Khaled, de Put & Somasundaram, 2001; Sveaass 2007). Det finnes ikke noen entydige tall på hvor stor andel av asylsøkere som kommer til Norge som har vært utsatt for denne typen overgrep. En indikasjon kan man likevel få ved å se på de få studiene som er gjennomført med tanke på å dokumentere ekstreme belastninger blant ikke-kliniske grupper. Osloundersøkelsen viste for eksempel at 11 prosent av menn med innvandrerbakgrunn, altså ikke spesielt flyktninger, hadde vært utsatt for tortur (Hauff 2005).

Jakobsen, Sveaass, Johansen og Skogøy (2007), som i sin undersøkelse utelukkende intervjuet asylsøkere, fant at over halvparten av de intervjuede søkerne hadde vært utsatt for livstruende situasjoner, voldtekt og eller tortur. Lie (2003) undersøkte nylig bosatte flyktninger over en periode på to år. Intervjuene ble foretatt før det var blitt gjort noen helsemessig vurdering eller tatt stilling til eventuell henvisning til lege osv. I denne gruppen, som i hovedsak besto av krigsflyktninger, var andelen torturerte på 15 prosent, 14 prosent hadde vært fengslet, mens 74 prosent hadde vært eksponert for krig og 79 prosent hadde vært i livsfare. I alt 54 prosent rapporterte at de hadde vært utsatt for en eller annen form for ekstrem opplevelse. En undersøkelse av 294 irakiske asylsøkere i Nederland viste at vel 30 prosent hadde vært utsatt for tortur forut for flukten (Laban et al. 2004). En gjennomgang av litteraturen antyder at mellom 20 og 30 prosent av dem som søker om asyl i et annet land, har vært utsatt for overgrep i form av grove menneskerettighetsbrudd (Elsass, 2003).

De fleste studier som foreligger i dag med hensyn på flyktninger og ekstreme belastninger er gjennomført på utgangspunkt i kliniske studier. For eksempel viste en gjennomgang av 504 saker som hadde vært henvist og behandlet ved tidligere Psykososialt senter for flyktninger (PSSF) ved UiO, at 57 prosent var blitt torturert, 58 prosent vært fengslet, og 15 prosent hatt opphold i konsentrasjonsleir (Lie, Sveaass & Eilertsen 2004). En undersøkelse av Dahl, Sandvik og Hauff (2005) basert på intervjuer av tidligere pasienter ved PSSF (n = 72), viste at 75 prosent av disse hadde vært torturert og 79 prosent hadde vært i en eller annen form for fangenskap, de fleste (69 prosent) i fengsel.

Studier viser at overgrep mot ulike flyktninggrupper er omfattende og at det ofte dreier seg om mange og sammensatte traumatiske erfaringer (Marshall, Schnell, Elliot, Berthold & Chun 2005; se også Sveaass & Hauff 1997).

Van der Veer (1994) fant i en studie av flyktnings eksponering for traumatiske hendelser at man kunne dele inn deres belastninger i tre ulike kategorier: Traumatiske hendelser knyttet til politisk undertrykkelse og forfølgelse i hjemlandet forut for flukt; alvorlige traumatiske hendelser under flukt; og livssituasjonen i eksil. Den siste omtales ofte som en spesiell form for traume-

opplevelse, der personen kan være preget av skyldfølelse, sorg og sinne kombinert med følelsen av avmakt og mangel på kontroll (Sveaass 2000, Varvin 2008).

Når det gjelder virkningene av traumer, først og fremst posttraumatiske stresslidelser, angst og depresjon finnes det flere innsiktsfulle forskningsarbeider basert på kliniske populasjoner. Disse belyser de sosiale og kulturelle kontekstene for forfølgelse, vold, overgrep og traumatiserende hendelser før og under flukt, og hvordan eksiltilværelsen kan virke inn som en ytterligere belastning (Ahlberg 2000, Lavik et. al 1996a, 1996b, Sveaass 2000, Varvin 2003, van der Veer 1994). Denne forskningen baserer seg på terapeutisk arbeid som i de fleste tilfeller er gjennomført etter bosetning. Vi tar imidlertid med denne litteraturen fordi den er relevant for å forstå helsesituasjonen også i ankomstperioden.

Av studier som er gjort på helse i mottak er det rimelig å trekke frem studien fra 2007 der asylsøkere fra land i Midtøsten og Nord-Afrika ble intervjuet med flere måneders mellomrom (Jakobsen, Sveaass, Johansen & Skogøy 2007) og der man fant at andelen personer med tortur og overgrepserfaringer var høy. Der kom det også frem at en stor andel av de intervjuede hadde psykiske problemer i form depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse. Blant de psykiatriske lidelsene som er beskrevet i utvalg av flyktninger er det angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse som oftest er kartlagt, men forekomsten varierer sterkt fra studie til studie, noe som er forståelig ettersom omstendigheter og kvaliteten på forskningsmetoder varierer (Fazel, Wheeler & Danesh 2005). I tillegg kommer det at en har med en meget sammensatt gruppe å gjøre. Disse befinner seg ofte i en vanskelig livssituasjon, der både tiden forut for ankomst og tid i venting og senere bosetting utgjør kontinuerlige belastninger og utfordringer (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar 1997; Steel, Silove, Bird, Mc Gorry & Mohan, 1999).

Det er naturlig å se sårbarhet hos asylsøkere i sammenheng med denne kunnskapen om konsekvenser av ekstreme belastninger på helse. I Mottaksdirektivet nevnes da også spesifikt personer som har vært utsatt for tortur og voldtekt og andre grove menneskerettsbrudd.

Blant de øvrige gruppene som nevnes i Mottaksdirektivet inngår: funksjonshemmede, eldre, gravide kvinner, samt enslige foreldre med mindreårige barn. Situasjonen for barn i mottak i Norge har som nevnt vært gjenstand for flere studier (Seeberg 2009, Berg 2006, Kommunal- og regionaldepartementet 2005) og skal altså ikke diskuteres videre her.

## Metodisk tilnærming

Vi har valgt å belyse det norske arbeidet med sårbare asylsøkere fra tre perspektiver: Nasjonal organisering, andre lands løsninger og individuelle opplevelser. Til disse hører to sett med data.

Det første settet med data består av to omfattende spørreskjemaer som ble sendt ut til forskere i deltakerlandene. Disse var utarbeidet av det europeiske forskernettverket Odysseus som har base i Brussel. Det ene skjemaet omhandlet de nasjonale juridiske rammeverkene, mens det andre var relatert til praksis. Disse ble fylt inn av eksperter i de syv deltakerlandene, inkludert Norge. Dette ble gjort ved at forskere med god kjennskap til mottaksfeltet supplerte egne opplysninger med innspill fra andre involverte på feltet. I Norge var Vigdis Vevstad ansvarlig for den juridiske datainnsamlingen, mens Nora Sveaass og Jan-Paul Brekke besvarte spørsmålene om hvordan arbeidet med sårbare asylsøkere så ut i praksis. Kunnskapen om praksis ble supplert med intervjuer med ansatte i Utlendingsdirektoratet sentralt og på regionskontorer. I tillegg ble helsetjenesten ved transittmottaket på Tanum intervjuet og fungerte som samtalepartnere ved flere anledninger.

Det norske forskerteamet hadde tett kontakt med de europeiske kollegene (jurister, samfunnsvitere, psykologer og praktikere) blant annet gjennom møtevirksomhet og felles fagkonferanser.

Det andre datasettet består av kvalitative intervjuer med asylsøkere som har hatt erfaring fra det norske mottakssystemet. Her var det en målsetting å intervju personer som ut fra sin bakgrunn og tidligere opplevelser kunne oppfattes som sårbare. Hva denne termen innebærer, og følgelig hvem som vil være en del av denne gruppen, er et av temaene vi vil gå dypere inn i senere i rapporten (kapittel 3). De fleste av intervjuene ble gjennomført i den første fasen etter ankomst. Informantene ble valgt ut i samarbeid med helsetjenesten ved mottakene. De ble opplyst om undersøkelsen men måtte aktivt melde fra at de ønsket å bli intervjuet. Prinsippet om full frivillighet ble fulgt og det ble lagt vekt på et informert samtykke fra informantene. Deltakerne ble også gjort oppmerksomme på at de kunne trekke seg underveis. De nødvendige godkjenninger for gjennomføring av intervjuene forelå.

Alle intervjuene av asylsøkere ble gjennomført av Nora Sveaass som har lang erfaring med denne typen intervjuer om sensitive temaer med mennesker i en utsatt situasjon (Sveaass 2001, Jakobsen et al. 2007). I alt ble 13 personer intervjuet om sin opplevelse av mottaksprosessen og oppfølging frem til det punktet de befant seg i saksbehandlingen. Presentasjonen av denne delen av undersøkelsen, samt resultater og drøfting er viet et eget kapittel i rapporten (5).



---

## Nasjonale og internasjonale rammer

### Norsk lovgivning og tilnærming

Lovutvalget som la frem forslag om ny utlendingslov i 2004 (NOU 2004:20) oppfylte sitt mandat om å se hen til internasjonal rettsutvikling på utlendingsfeltets område. Man lot seg inspirere av utviklingen av det felles europeiske asylsystem i form av Statusdirektivet (om hvem som er å anse som flyktning etter Flyktningkonvensjonen av 1951) og Dublin-forordningen (om hvilket land som skal ha ansvaret for å behandle en asylsøknad). Til denne siste hadde Norge dessuten allerede inngått en særskilt samarbeidsavtale slik at den gamle loven naturlig ble videreført med hensyn til dette samarbeidet. Prosedyredirektivet ble ikke gjenstand for aktiv kopiering i det norske lovforslaget og heller ikke Mottaksdirektivet, som altså inneholder minimumsstandarder i forbindelse med bolig, helse, skole og arbeid, osv for asylsøkere. Heller ikke det ansvarlige departementet (den gang Arbeids- og inkluderingsdepartementet) fulgte opp med en slik tilnærming i sin proposisjon (ot.prp.nr.75 (2006-2007) om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her). Resultatet var at den nye utlendingsloven og dens forskrift som begge trådte i kraft 1. Januar 2010, i liten grad reflekterer europeisk utvikling på mottaksfeltet (Vevstad 2005b).

Av Stortingsmeldingen om Norsk flyktning- og migrasjonspolitik i et europeisk perspektiv (nr. 9 (2009-2010)), fremgår det at regjeringen anser det som viktig at Norge fortløpende følger med på utviklingen i Unionen med sikte på ytterligere harmonisering. Med dette bekreftes regjeringens tidligere signaliserte intensjon, om at Norge skal bevege seg i retning av harmonisering med EU-landene på asylfeltet. Når det gjelder mottaksforhold spesifikt, viser Stortingsmeldingen til en rapport fra Institutt for samfunnsforskning som anbefaler at enkelte deler av det norske mottakssystemet forbedres for å samsvare med Mottaksdirektivet (Brekke og Vevstad 2007). Dette gjaldt blant annet påpekningen av at lovgivningen på dette området er fragmentert og at deler av mottaksarbeidet med hell kan formaliseres. Rapporten viser til at mottakstil-



budet i stor grad er regulert gjennom retningslinjer og andre styringsdokumenter og den konstaterer at særlige behov hos sårbare grupper ikke blir tilstrekkelig ivaretatt i det norske mottakssystemet. Norge mangler rutiner som kan sikre systematisk kunnskap om særlige behov og oppfølging av asylsøkere. Også dette trekkes frem i nevnte stortingsmeldingen, noe som muligens kan tolkes dit hen at dette er et viktig område å se nærmere på fremover. Denne aktuelle rapporten er et bidrag til å belyse disse problemområdene. Den tar for seg både det nasjonale og internasjonale rammeverk og praksis på området og gir råd om nasjonal videreutvikling. I dette kapitlet vies lovgivningen oppmerksomhet.

I tillegg til en synliggjøring av nasjonal lovgivningsmessig status på området, gis det i det følgende også en presentasjon av gjeldende Mottaksdirektivs bestemmelser og av Kommisjonens forslag til endringer. Her er et av de viktigste endringsforslagene å etablere rutiner for å identifisere sårbare søkere med spesielle behov. I tillegg foreslås det å gi begrenset adgang til å fengsle asylsøkere og at det skal gis rett til arbeid etter å ha oppholdt seg i et land i mer enn seks måneder.

Mottaksdirektivet slik det nå står, ved utgangen av 2010, forutsetter i artikkel 17 at sårbare personer identifiseres. Men, evalueringsrunden som er foretatt i EU i forbindelse med det som kalles «førstegenerasjonsreglene» i det felles europeiske asylsystemet, har vist at i praksis er dette langt fra tilfelle i medlemslandene. Det nye forslaget artikkel 21 går derfor forsøksvis lenger i å presisere nødvendigheten av identifisering av sårbare personer og forsøker også tentativt å forklare nærmere hvem man skal anse som «sårbar». Dette redegjøres det for nedenfor, men først om det nasjonale systemet.

### Utlendingslovens bestemmelser

Det er naturlig å ta utgangspunkt i gjeldende utlendingslov og forskrift. Men ettersom disse inneholder lite med hensyn til mottakssituasjon, og så godt som ingenting om sårbare asylsøkere spesielt, må norsk lovgivning og policy illustreres også ved hjelp av andre lov- og forskriftsbestemmelser. I tillegg må vi se på instruksjer av forskjellig karakter som kan være av betydning for behandlingen av sårbare asylsøkere i mottak. Oppramsingen av kilder som vi kommer med nedenfor er ikke uttømmende, men illustrerende for en fortsatt fragmentarisk norsk utlendingslovgivning når det gjelder sårbare asylsøkere. Dette ble også påpekt i ISF-rapporten om mottaksforhold i Norge og EU i 2007 (Brekke og Vevstad 2007). Selv om ny utlendingslov har trådt i kraft siden den gang (1 januar 2010), er situasjonen i all hovedsak den samme i dag som for tre år siden.

Selve Utlendingsloven inneholder noen ganske få bestemmelser som berører sårbare asylsøkere i søknadsprosessen, som for eksempel § 28, tredje ledd.

Etter denne skal man i vurderingen av om en utlending skal anerkjennes som flyktning, ta hensyn til om søkeren er barn. Og § 38 om adgang til opphold på grunn av sterke menneskelige hensyn, refererer til «tvingende helsemessige forhold» som kriterium som kan medføre at det gis oppholdstillatelse til personer som ikke nødvendigvis trenger internasjonal beskyttelse, men hjelp og opphold av andre grunner. Det er også tankegangen om sårbarhet som begrunner utlendingsloven § 46 som hjemler adgang til å gi oppholdstillatelse til en enslig mor eller far med barn over 18 år i Norge. Forutsetningen for innvilgelse er da at forelderen er over 60 år og uten ektefelle, samboer eller slektninger i opp- eller nedstigende linje i hjemlandet. Med andre ord, det er herboende som det må forventes at gir omsorg fordi forelderen har behov for det som eldre.

Når det gjelder spesifikke bestemmelser om mottaksforhold og sårbarhet, er utlendingsloven svært sparsom. I lovens kapittel 11 om saksbehandlingsregler, sikrer § 81 utlendingers rett til å uttale seg i saker som gjelder bortvisning, utvisning eller tilbakekall av tillatelse. Myndighetene skal sørge for at utlendingen får mulighet til å fremlegge sine synspunkter på et språk utlendingen kan kommunisere forsvarlig på. Og videre står det: «*Det skal legges til rette for utlendinger med spesielle behov*». I følge lovens forarbeider (ot.prp. s. 439-440) siktes det for eksempel til at kvinnelige asylsøkere ønsker kvinnelig tolk, noe som, ifølge forarbeidene bør respekteres så langt det er praktisk mulig.

Det samme fremkommer av utlendingsforskriften § 17-2. Et annet eksempel kan være en asylsøker som er traumatisert og som ikke nødvendigvis oppfatter hva som er i ferd med å skje og hvor det må sørges for at informasjonen gis på en måte ut over det som ellers er normalt. Paragraf 81 annet ledd legger forholdene til rette for at også barn kan bli hørt ved at det utformes nærmere forskrift om dette. Forarbeidene presiserer at de skisserte hensynene må ivaretas i tide slik at asylsøker får uttalt seg og beslutningstakeren kan få tatt søkerens uttalelser med i vurderingen før vedtak treffes. Man kan for eksempel tenke seg retur etter Dublin-forordningen, i tråd med utlendingsloven § 32. En asylsøker må kunne uttale seg om bortvisningen til en annet Dublin-land til asylsaksbehandling der. Myndighetene må legge til rette for at en asylsøker med spesielle behov kan få kommunisert eventuelle helsemessige eller andre innvendinger før uttransportering vedtas. De siste årene har det for eksempel vært fremmet gode grunner til at barn eller andre med særskilte behov ikke returneres til Hellas. Mottaksforholdene for asylsøkere har her vært ansett for å være under EUs gjeldende minstestandarder både i henhold til Statusdirektiv, Prosedyredirektiv og Mottaksdirektiv. Paragraf 81 i tilsier at myndighetene skal være ekstra aktpågivende slik at sårbare personer høres.

Også § 93 som omhandler særskilte regler for søknader om beskyttelse (asylsaker) og opplysning av saken, kan være av interesse i forbindelse med sårbare asylsøkere og deres evner og muligheter til å bidra til at saken blir

opplyst så godt som mulig. Det påligger etter loven søker å gjøre sitt beste for å fremlegge nødvendig dokumentasjon og medvirke til innhenting av nødvendige opplysninger. Samtidig påligger det utlendingsmyndighetene «...*et selvstendig ansvar for å innhente nødvendige og tilgjengelige opplysninger før avgjørelsen blir truffet, jf. Forvaltningslovens § 17 første ledd*». Omfanget av søkerens plikt til å fremskaffe opplysninger vil bero på hva som med rimelighet kan forventes etter de konkrete forhold i hver sak (ot.prp. s. 444). Her vil for eksempel det at søker er i en sårbar situasjon kunne medvirke til at han eller hun ikke er i stand til å ivareta slike forpliktelser godt nok etter loven. Slik departementet antyder, må det derfor foretas en konkret vurdering av søkerens evner og muligheter, herunder må en beslutningstaker være klar over at en asylsøker eventuelt ikke evner å bidra bedre, noe som ikke bør slå negativt ut i vedkommendes sak. Tvert imot påligger det myndighetene et eget ansvar å for eksempel klargjøre at søker ikke kan bidra, noe som bør lede tanken mot årsaker som i visse tilfelle kan bekrefte et beskyttelsesbehov.

Paragraf 95 omhandler innkvartering ved søknad om beskyttelse og viderefører tidligere lovs tilsvarende bestemmelse. Men heller ikke § 95 inneholder noen referanse til boforhold relatert i personer med særskilte behov. Ikke desto mindre, etter § 95 annet ledd, kan det fastsettes nærmere bestemmelser om innkvarteringsordninger i forskrift. Her gir med andre ord utlendingsloven en åpning for nærmere regulering av mottaksforholdene og herunder vil man kunne fastsette regler av betydning for asylsøkere med særskilte behov i bo situasjonen. Men dette er ikke en generell forskriftshjemmel som naturlig gir mulighet til å regulere alle andre forhold relatert til sårbare gruppers behov. Det er for eksempel ikke innlysende at denne forskriftshjemmelen gir mulighet til også å fastsette krav om at det skal foretas identifisering av sårbare søkere for å sikre at deres behov ivaretas.

### Eksempler på annen lovgivning

Andre bestemmelser i lovverk og offentlige instruksjoner er av betydning for emnet asylsøker og sårbarhetssituasjoner. I de eksemplene som følger (hvor listen ikke er uttømmende), er det tenkt på situasjoner hvor asylsøkere kommer i berøring med offentlige etater, det være seg politi, mottaksansatte, helsepersonell eller lignende, hvor sårbarhet og særskilt omsorgsbehov kan komme for en dag. Dette kan, slik denne rapporten viser, skje på ulike tidspunkt i asylsøkerfasen, fra ankomst til asylsaksavslutning. Eksemplene er derfor ikke kun relatert til mottakssituasjonen. Ledetråden er snarere at det finns bevissthet og beredskap om sårbarhet i ulike situasjoner reflektert i ulike lover og instruksjoner. Men den samme utfordring som tidligere vedvarer (Brekke og Vevstad 2007), at alle tiltenkte hensyn i de ulike fasene ikke sees i sammenheng og at det ikke finns noen etablert prosedyre tidlig etter ankomst, som

sørger for at sårbarhet nødvendigvis identifiseres og tas hensyn til. Eksempel-listen er som nevnt ikke uttømmende.

Politiloven av 1995 gjelder alle som befinner seg i riket, også asylsøkere. Politiet vil normalt være første offentlige etat en asylsøker kommer i berøring med når han eller hun ankommer landet og søker asyl. Det er derfor verd å merke seg at politiet, ifølge § 12 i politiloven, har plikt til å sørge for hjelp til syke personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, når ingen pårørende eller andre ansvarlige er til stede og kan ta seg av dem.

Et annet eksempel kan hentes fra forskriften om politiets utlendingsinternat (2009) hvor politiet pålegges å ta hensyn til flere grupper sårbare med generell henvisning til at menneskerettighetene skal respekteres.

I Utleidningsforskriften § 8-3 gis hjemmel refleksjonsperiode m.v. for ofre for menneskehandel. Utlendingsdirektoratets rundskriv om oppholdstillatelse for utlendinger som antas å være utsatt for menneskehandel (UDI RS 2010-141) gir nærmere retningslinjer for å innvilge 6-måneders refleksjonsperiode og midlertidig oppholdstillatelse på et år som kan fornyes, til antatte ofre for menneskehandel. Det dreier seg om utnyttelse av andre enten i prostitusjon eller for andre seksuelle formål, i tvangsarbeid eller tvangstjeneste, herunder tugging, i krigstjeneste i fremmed land, eller ved fjerning av vedkommendes organer – ved hjelp av vold, trusler, misbruk av en sårbar situasjon eller annen utilbørlig atferd, se Palermoprotokollen, (UN Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime, 2000). Arbeids- og inkluderingsdepartementets retningslinjer om kjønnsrelatert forfølgelse (AI-2009-105) til Utlendingsdirektoratet med virkning fra 1. Januar 2010, inneholder detaljerte retningslinjer for å avgjøre om det foreligger kjønnsrelaterte grunner (inklusive kjønnslemlestelse) for å avgjøre flyktningstatus eller alternativ beskyttelse mot forfølgelse.

Rundskriv (RS 2004-050, sist endret 7. april 2006)(Vevstad 2005a), Tiltak mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap - innhenting av egenerklæring, fra Utlendingsdirektoratet til Politiets utlendingsenhet (PU) har som formål å sikre at informasjon om det norske lovforbudet mot henholdsvis tvangsekteskap og kjønnslemlestelse formidles til asylsøkere på et så tidlig tidspunkt som mulig etter at de er kommet til landet. Asylsøkere over 18 år skal undertegne på egenerklæringskjema at de har mottatt slik informasjon og politiet skal registrere at dette er gjort i datasystemet for utlendings- og flyktningssaker (DUF). Hensikten med dette er bevisstgjøring omkring spørsmål knyttet til tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

I rutiner for hurtigprosedyre for utvisning på grunn av grov vold og vold i nære relasjoner (RS 2010-010) fra UDI til Politimestrene, redegjøres det for hurtigprosedyre for å utvise én gruppe utlendinger bl.a. for å beskytte en annen gruppe utlendinger som søker asyl. Det vises bl.a. til at det må tas mer hensyn til slike krenkedes behov.

I Rundskriv A-60/2009, angir Justisdepartementet hvilke retningslinjer som skal følges for innkvartering av personer med avslag på søknad om beskyttelse, jf utlendingsloven § 95 første ledd. Etter dette skal det sørges for særlige innkvarteringsforhold for blant annet enkelte «sårbare» grupper, som barnefamilier, enslige mindreårige og personer som kan dokumentere nedsatt helse-tilstand. Særlige behov må vurderes separat for hver person, og det må benyttes dertil særlig kompetent og trent personale til å vurdere å ta disse avgjørelserne. Personer som er syke skal få tilbud om opphold i asylmottak dersom vedkommende har en akutt eller kronisk sykdom eller helsetilstanden for øvrig tilsier at han eller hun ikke bør miste botilbudet. Det skal også vurderes om flytting i seg selv kan føre til vesentlig svekkelse av personens helsetilstand. Blant eksemplene som nevnes særskilt er graviditet, psykiske lidelser og somatisk sykdom. Tilsvarende hensyn gjelder i mottak rent generelt.

Reglement for drift av statlige mottak (Driftsreglementet, RS 2010-083) fra UDI til driftsoperatører for statlige mottak, inneholder regler om å ta hensyn til sårbare grupper og andre personer med særlige behov. Ordinære mottak skal bidra til at beboerne kan ivareta sin egen livssituasjon under mottaksoppholdet, samt forberede dem på bosetting eller retur til hjemlandet. Mottakene skal differensieres slik at de gir ulike boløsninger, bo- og omsorgstilbud for enslige mindreårige og forsterkede avdelinger for personer med særskilte hjelpebehov. De skal være et mest mulig normalt bosted for personer i en unormal livssituasjon, samt ivareta, og gi vekstmuligheter for deres individualitet, tilhørighet og mestringsevne og ha et beboerrettet arbeid med tiltak som er differensiert i forhold til beboernes behov. Kravene er noe løsere for transitt- og ventemottak, og sier bl.a. (for transittmottak) at mottakene skal differensieres i forhold til forventet oppholdstid i transitt og utfall av asylsaksbehandlingen for ulike grupper. Krav til innkvarteringstilbud i ordinære statlige mottak (kravspesifikasjonen) (RS 2008-031, sist endret 16. April 2010) fra UDI til driftsoperatører for statlige mottak, påpeker at beboere med særskilte behov skal, så langt som mulig, ha en tilpasset boløsning. Det samme gjelder for transitt- og ventemottak.

Når det gjelder dekning av kostnader til ekstraordinære tiltak i mottak (RS 2010-187) angir listen over tiltak det kan søkes dekning for en rekke områder hvor særlige behov skal ivaretas (listen tas inn i sin helhet for å tydeliggjøre rammen for tiltak for å etterkomme særlige behov):

- a) Vakthold og særskilte tiltak for beboere med voldelig og utagerende adferd, inkludert bruk av private bo- og omsorgsløsninger i henhold til UDIs rammeavtale
- b) Forsterket bemanning, som for eksempel miljøarbeider
- c) Skjermet bolig (innleie av bolig utenfor mottaket knyttet til enkeltpersoner med behov for skjerming)

- d) Bo- og omsorgsløsninger for funksjonshemmede, som for eksempel institusjonsplass eller ombygging/tilrettelegging av eksisterende bolig
- e) Ekstrabemannning og særskilte tiltak rundt beboere i avdelinger for enslige mindreårige
- f) Tiltak og oppfølging av personer som kan være utsatt for menneskehandel
- g) Helseutgifter som ikke omfattes av folketrygden eller RS 2008-035 Reglement for økonomiske ytelser til beboere i statlig mottak
- h) Forebyggende tiltak for å hindre negativ utvikling eller eskalering. Her inngår blant annet støttekontakt, SFO og avlastning
- i) Diverse kostnader som følge av uforutsette hendelser som for eksempel brann, trusselsituasjoner og hærverk. UDIs reglement for økonomiske ytelser til beboere i statlig mottak (pengereglementet) (RS 2008-035V1) fra UDI til driftsoperatører for statlige mottak, fastsetter særlige pengerater for personer med særlige behov

Justis- og politidepartementets instruks om vurdering av identitet i saker etter utlendingsloven (AI 103/09), stiller krav om dokumentert og sannsynliggjort identitet i saker etter loven. Instruksjonen skal sikre at det foretas en grundig vurdering av en utlendings identitet før første gangs tillatelse innvilges. I saker etter utlendingsloven § 38, som gjelder adgang til opphold på grunn av sterke menneskelige hensyn eller særlig tilknytning til riket, må det, etter instruksjonen, i en viss grad aksepteres at det er tvil om søkerens identitet dersom det ikke er mulig å fremskaffe dokumentasjon. Instruksjonen tillater derfor at oppholdstillatelse innvilges etter § 38 selv i tilfeller hvor identiteten ikke er dokumentert og/eller oppgitt identitet fremstår ikke som mest sannsynlig. Her må det foretas en *konkret helhetsvurdering* i forhold til de ulike asylsøkergrupper og i forhold til den enkelte søker. Og i noen tilfeller kan sterke menneskelige hensyn tale for at en tillatelse gis uansett, blant annet på grunn av særlig alvorlige helseproblemer, hensyn til barn eller lignende. Ellers er det særlig innen helse- og sosialsektoren at sårbare grupper og vern om personer med særlige behov omtales. Det følger av alminnelige rettsregler at utlendinger også omfattes av disse reglene med mindre det foreligger unntak. Men noen av disse bestemmelsene gjelder spesielt for utlendinger som søker beskyttelse, og spesielt for sårbare grupper og personer med særlige behov.

En veileder som beskriver helsetilbudet til flyktninger og asylsøkere er nylig revidert og utgitt «Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» (Sosial og helsedirektoratet 2010). Denne inneholder interne retningslinjer fra sosial- og helsedirektoratet til alle som har med innvandrings- og helse spørsmål å gjøre, med særlig vekt på psykososiale forhold og ofre for traumatiske erfaringer. guiden inneholder mange referanser til sosiallovgivningen i Norge og påpeker at disse også dekker asylsøkere, og spesielt

sårbare grupper, med mindre det finnes særlige unntak. Det vises til kapittel 4 for nærmere omtale av veilederen.

Hvis man kun ser på dette regelverket er det lett å konkludere med at offentlige instanser er opptatt av å identifisere og legge forholdene til rette for sårbare grupper og personer med særlige behov. Det som mangler er at retningslinjene/instruksene løftes til et høyere plan og inkorporeres i utlendingslov og/eller forskriftform. Det ville ivareta hensynet til bedre koordinering mellom instanser og den informasjon som kommer for en dag med hensyn til sårbare asylsøkere, for eksempel i relasjon til både asylsaksbehandling og helsetilbud. Lovs form ville dessuten sikre nødvendig formalitet og forpliktelse til etterlevelse. Videre ville det muliggjøre tilgjengelighet (transparens) og ansvarliggjøring med hensyn til hva som skal gjøres av mottaksansvarlige og andre som er i berøring med asylsøkere. For asylsøkere ville det klargjøre deres rettigheter og bidra til større sikkerhet for at deres spesielle behov belyses og tilrettelegges for.

Betydningen av å styrke identifiseringen av særskilte behov i asylsaksbehandlingen er viktig for mottaksfasen, men det er også viktig av hensyn til asylprosessen. Dette illustreres blant annet av UDIs interne memorandum om kvalitetsstandard for asylenhetene, asylintervjurapporten (2010), som inneholder en sjekklister for asylintervjuet. Dette memorandum inneholder lite om sårbare grupper eller personer med særlige behov, bortsett fra helsebehov hvilket inkluderer psykologiske behov, som kan bli brukt som grunnlag for opphold (jf utlendingsloven § 38). Men også for vurderingen av utlendingsloven § 28 om beskyttelse, bør man ha sikret at det finns konkrete definisjoner av og fremgangsmåter for å identifisere sårbare grupper som har særlige behov, helst i forkant av asylintervjuet. Mangel på dette er nok et svakt ledd i beskyttelsen av sårbare grupper i Norge. Det må være et mål å saken blir best mulig opplyst. Kunnskap om overgrep og annen form for sårbarhet bør avdekkes så tidlig som mulig slik at aktiv informasjonsinnhenting kan finne sted også før selve asylintervjuet. Dessuten vil også asylintervjuet være avgjørende for identifisering av søkers tidligere opplevelser og dermed, i visse tilfeller, og i forhold til mulig fremtidige opplevelser som tilsier at han eller hun beskyttes. Det er derfor viktig at det saksbehandler har den nødvendige kompetanse til å foreta asylintervju tilpasset mennesker med ekstreme erfaringer og andre personer med særlige behov. Uavhengig av hvilken sammenheng og tidspunkt identifisering av slike forhold skjer, for eksempel tortur og annen form for vold, vil det at slik informasjon fanges opp være helt vesentlig som beslutningsgrunnlag for saken og videre oppfølging av søker. Formålet med slik identifisering vil være å avdekke menneskerettighetsbrudd, fange opp personer med særlige behov, sikre at slik informasjon legges til grunn ved asylvurderingen og sørge for adekvate tiltak. Disse spørsmål blir nærmere drøftet under kapittel 4 og 5 hvor det blant annet fremgår at personer som har vært utsatt for, for eksempel tortur, ikke gis nødvendig mulighet verken når det

gjelder nærmere utredning og dokumentasjon for bruk i asylsaken, eller hel-  
semessig tiltak når slike er nødvendige. Videreutvikling og forbedring av disse forhold vil forutsette samhandling og samarbeid mellom de berørte instansene – asylbehandlingen, helsesystemet og mottakssystemet.

## Internasjonale rammer

Norge, så vel som EU-landene, er bundet av Flyktningkonvensjonen av 1951 som, i tillegg til flyktningdefinisjonen i artikkel 1A, inneholder en del bestemmelser som sier at personer som faller innenfor konvensjonskriteriene har rettigheter knyttet til identitetsdokumenter, fri bevegelse, osv. I konvensjonens tilleggsdeklarasjon C vedtok statene dessuten at flyktninger skal ha en del «welfare services». Konvensjonen og dens tilleggsdokumenter spesifiserer ikke nærmere hva slags forhold som skal være tilstede i mottaksperioden. Men det kan naturligvis være avgjørende for vurderingen og utfallet av en asylsak at forhold som knytter seg til asylsøkeres tidligere og nåværende psykiske og fysiske tilstand blir identifisert. Det er derfor avgjørende at det etableres gode og sikre rutiner for identifisering så vel som informasjonsformidling mellom de ulike involverte instanser (asylsøkere, mottaksansvarlige, beslutningstakere i asylsaken, helsepersonell). Eksempelvis kan det vises til betydning av at torturskader identifiseres og dokumenteres, både med henblikk på nødvendig behandling og som understøttende informasjon i asylsaken.

Heller ikke andre menneskerettighetsinstrumenter, verken de universelle rettighetene (FN konvensjonene om sivile og politiske rettigheter og om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (1966)) eller den europeiske menneskerettighetskonvensjonen av 1950 (EMK) eller spesialkonvensjoner som barnekonvensjonen (1989) gjelder spesifikt for asylsøkerperioden, det vil si fra søker ankommer og søker asyl til avgjørelse i saken er fattet.

Gjennom Amsterdam-traktaten vedtok EU i 1997 (i kraft 1999) et juridisk rammeverk for etablering av et felles europeisk asylsystem med felles regler:

1. Statusdirektiv om tolkningen av 1951 konvensjonen og hvem som ellers skal ha internasjonal beskyttelse i EU (subsidiær beskyttelse);
2. Prosedyredirektiv om felles asylprosedyreregler;
3. Dublin-forordning om hvilket land som er ansvarlig for behandlingen av en asylsøknad; og
4. Mottaksdirektiv om felles standarder for mottak av asylsøkere (bolig, helse, skolegang, arbeid, osv). Etableringen av dette normative rammeverket representerer et stort skritt i retning av felles, regionale asylregler med det formål for øye at det ikke skal spille noen rolle hvilket land en asylsøker kommer til idet behandlingen skal i prinsippet være lik. Virkeligheten viser foreløpig at så ikke er tilfelle, og EU-landene arbeider derfor for å styrke harmoniseringen av regelforståelsen, blant annet med opprettelsen av et koordineringskontor (European Asylum Support



Office (EASO) i 2010, hvor også Norge blir med, slik at asylsøkere ikke skal ha noe insitament for å reise videre fra ett europeisk land til et annet og søke asyl (asyl-shopping etter beste vilkår).

Med bakgrunn i norsk deltakelse i Schengen-samarbeidet om felles ytergrensekontroll, felles visumregler, etc. ble Norge også deltaker i Dublin-samarbeidet. Og derfor ble det også for Norges del viktig å ha kunnskap om, og å tilnærme seg europeisk praksis også på områder av asylpolitikken Norge ikke er formelt bundet av jf. Meld. St. nr. 9 (2009-2010). Selv om Mottaksdirektivet ikke kan sies på noen måte å være reflektert i norsk utlendingslovgivning pr. i dag, er det derfor mye som taler for at dette, særlig med de forbedringer man nå må kunne forvente kommer, bør kunne være et eksempel til etterfølgelse. Evalueringen av direktivet har påvist en del problemområder og mangler og Kommisjonen har derfor foreslått endringer og presiseringer som nå diskuteres av medlemsstatene. Norges eventuelle inspirasjon vil derfor kunne hentes fra et nytt og forbedret direktiv. En avklaring fra rådet i umiddelbar fremtid er ikke forventet idet det rapporteres man der prioriterer revisjonen av Statusdirektivet og Dublin-forordningen først i inneværende periode (høsten 2010 under belgisk formannskap).

Herunder følger en redegjørelse av Mottaksdirektivets artikkel 17 som omhandler nåværende regler om sårbare grupper med eksemplifisering fra de aktuelle land denne studien omfatter og beskrivelse av det aktuelle endringsforslaget til Mottaksdirektivet (COM (2008)815 final, artikkel 21) og betydningen av dette (Handoll 2004).

### Mottaksdirektivet

Mottaksdirektivet er EUs eneste «første generasjons» asyldirektiv som inneholder bestemmelser om sårbare grupper. I forslag til nye «annen generasjonsregler» er det tatt inn bestemmelser om sårbare personer også i de nye Dublin-reglene og de nye asylprosedyreregler. Dagens handlingsprogram for justissaker i EU, Stockholms-programmet, retter dessuten også søkelys mot at visse asylsøkere er sårbare eller befinner seg i en sårbar situasjon og trenger særskilt behandling. Med andre ord; trenden i EU i dag er at man både på det normative og det politiske plan, retter fokus mot sårbare personer i asylsøker-situasjonen.

Mottaksdirektivets nå gjeldende generelle bestemmelse om sårbarhet, artikkel 17, står i kapittel IV, «Provisions for Persons with Special Needs». Kapitlet har også spesielle bestemmelser om både mindreårige og torturofre. Artikkel 17 har følgende ordlyd:

1. Member States **shall** take into account the specific situation of **vulnerable persons such as** minors, unaccompanied minors, disabled people, elderly people, pregnant women, single parents with minor children and persons who

have been subjected to torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence, in the national legislation implementing the provisions of Chapter II relating to material reception conditions and health care.

2. Paragraph 1 shall apply only to persons found to have **special needs** after an individual evaluation of their situation.

Da Odysseus-nettverket i 2007 evaluerte Mottaksdirektivet, viste det seg at et anselig antall stater ikke hadde etablert noen prosedyre for å identifisere sårbare personer. Dette har ført til at sårbare asylsøkere i EU-området, til tross for Mottaksdirektivet, ikke er blitt identifisert og verken har fått eller får den type pleie og behandling de har behov for i tråd med direktivets intensjon. Mangelfull implementering mente man knyttet seg til at artikkel 17 ikke eksplisitt sier at en identifiseringsmekanisme skal etableres selv om alle andre bestemmelser med hensyn til spesialbehandling for sårbare asylsøkere blir meningsløse med mindre en slik mekanisme er på plass. Dette ble påpekt av Kommisjonen i rapport av 26. november 2007 (COM [2007] 745 final). I den neste Odysseus rapporten (2009/2010), som ligger til grunn for den foreliggende studien, «Identification of Vulnerable Asylum Seekers with Special Needs: Comparative Study and recommendations for Law and Practice», presentert for Kommisjonen i februar 2010, fremgår det at det likevel finns en god del «good practices» i medlemslandene og at slike bør kunne inspirere til bedre mottaksforhold for sårbare grupper.

### Nærmere om identifiseringsmekanismer

I den komparative juridiske delen av 2010-rapporten, erkjenner man en del problemstillinger som det kan være viktig å ta med i en videre norsk diskusjon. For det første er det slik at visse typer sårbarhet, ofte situasjonsbetinget, lett lar seg identifisere (en høygravid kvinne, et barn, en mann med ett ben). Andre typer sårbarhet kan derimot være vanskeligere å oppdage, slik som for eksempel skader forårsaket av tortur eller andre former for fysisk, psykisk og seksualisert vold, fordi denne type overgrep etterlater ikke alltid spor (se kapittel 4). Dette underbygger behovet for identifisering som går lenger enn det rent umiddelbare og synlige. En første erkjennelse er derfor behovet for å få på plass en identifiseringsprosedyre. Begge Odysseus-studier viser at med mindre det sies eksplisitt at en slik prosedyre skal etableres, skjer det ikke.

Belgia er det landet som har etablert en formalisert eksplisitt prosedyre. Etter belgisk lov skal den enkelte asylsøker i mottak undersøkes innen 30 dager med hensyn til om det foreligger individualiserte særlige behov. Det understrekes at man i denne sammenheng også skal gjøre undersøkelser for å identifisere om det foreligger tegn på mulig sårbarhet som ikke er lett synlige, som for eksempel personer som har blitt utsatt for tortur eller andre former for alvorlige fysiske, psykiske eller seksualiserte overgrep. Videre presiserer bel-

gisk lov at denne type evaluering skal fortsette så lenge søker befinner seg i en mottakssituasjon. I Spania er det ikke etablert en formalisert prosedyre. I Polen knyttes identifisering opp mot asylsaken og de medisinske og psykiske undersøkelsene gjøres i forbindelse med denne slik at asylsaken er så godt opplyst som mulig.

Uten å se bort fra betydningen av at identifiseringsmekanismer etableres, var det flere av praktikerne i forskerteamet som insisterte på betydningen av at også andre, mer uformelle måter å identifisere sårbarhet på ble tatt i bruk. Særlig mottaksansatte, ikke minst personale med erfaring og ekspertise ville være i stand til å følge personer og for eksempel legge merke til endringer i adferd, osv. over tid, i gitte omgivelser. En annen observasjonsmulighet finns i sammenhenger hvor man inndeler beboere i gruppevirksomhet (for eksempel med kunst, eller mødre med barn og lignende) som også vil bidra til nærmere kunnskap om personene enn i det daglige livet på mottak. For mottaksansatte er dessuten, ifølge studien, det å etablere smågrupper med aktiviteter av forskjellig slag, også en måte å bli bedre kjent med beboerne og deres behov, kunnskap som kan vise seg svært betydningsfullt for å avdekke om det finns særlige behov som bør tilgodeses.

På bakgrunn av praksis i landene som omfattes av studien, ble det tydeliggjort at sykepleier eller sosialarbeider ved et mottakssenter er de nærmest til å få tilgang på kunnskap om individuelle forhold knyttet til beboerne og deres eventuelle sårbarhet. Særlig ble dette fremhevet fra finsk side, men også belgisk og spansk praksis viser tilsvarende. Samtidig, ble betydningen av hele mottakstemaets engasjement understreket slik at alle medarbeidere melder fra til sykepleier eller sosialarbeider dersom de observerer noe som kan være av betydning i forbindelse med sårbarhet.

I Spania anser man det som særlig viktig at selv om identifiseringsprosedyren ikke er formalisert og ingen ansatt har hovedansvar for å identifisere sårbare asylsøkere, så deltar hele teamet (sosialarbeidere, psykologer, sosiokulturelle medhjelpere, direktør for mottaket, osv.) i identifiseringsarbeidet. Dersom én i arbeidsteamet oppdager sårbarhet hos noen av beboerne, vil dette bli tatt opp med de andre kollegene, hvilket gjør det mulig å dele synspunkter hvor alle er til stede med hensyn til både identifisering og oppfølging. Det er mangelfullt at den formelle delen ikke er på plass i spansk praksis, men måten mottaksteamet arbeider på er likevel nyttig som eksempel. I Finland og Belgia avholdes fellesmøter, noe som oppleves som nyttig også der. Blant annet også av hensyn til de som arbeider i teamet idet det noen ganger kan være vanskelige vurderinger som skal gjøres og fellesskap også for de som arbeider med problemstillingene er et positivt element i arbeidet.

### Nærmere om begrepet «sårbare grupper»

En annen viktig erkjennelse med hensyn til sårbarhetsbestemmelsen i Mottaksdirektivet, knytter seg til forståelsen av selve begrepet «sårbare personer». Det gjelder i forhold til oppramsingen av forskjellige typer sårbarhet i bestemmelsen og tolkningen av dette og det gjelder selve sårbarhetsbegrepet som sådan.

Når det gjelder oppramsingen med eksempler i artikkel 17, er det på det rene at denne ikke er ment å være uttømmende, jf. ordlyden «such as» foran oppramsingen, hvilket indikerer at typer sårbarhet som nevnes er ment som eksempler. Det betyr at andre kategorier enn de nevnte kan innfortolkes under sårbarhetsbegrepet, som for eksempel i belgisk lovgivning hvor også ofre for menneskehandel er nevnt. I nasjonaldefinisjonene i de seks medlemslandene vi sammenlikner oss med, har de fleste kopiert oppramsingen i artikkel 17. Noen inkluderer alle alternativene mens andre har plukket ut visse kategorier.

Etter formuleringen i artikkel 17 vil ethvert individ i prinsippet kunne omfattes av ordlyden av artikkel 17, 1. pkt. Men det er likevel en kjensgjerning at enhver gravid kvinne eller eldre person ikke nødvendigvis er «sårbar» til enhver tid og i enhver situasjon med behov for særbehandling. I forhold til en person med fysisk funksjonshemming vil det være likedan. En mann med ett ben vil, for eksempel, kunne være hjulpet dersom han får nødvendige hjelpemidler, for eksempel krykker og dermed forblir han ikke nødvendigvis i en situasjon som sårbar. Begrepsforståelsen av «sårbare personer» i pkt 1 må derfor knyttes an til en nødvendig sammenheng med hensyn til hvem artikkel 17 retter seg mot. En nærmere presisering fremgår av pkt 2 som viser til at pkt. 1 kun gjelder personer med «special needs». Artikkel 17 presiserer også at de forhold som skal reguleres i nasjonal lovgivning i forhold til sårbare personer med særskilte behov gjelder materielle mottaksbetingelser og helseforhold (artikkel 17, pkt 1 jf artikkel 2j). For nærmere komparativ gjennomgang av sårbarhetsbegrepet i nasjonallovgivningen i de land vi her sammenlikner oss med, se kapittel 3.

For å bøte på dagens problem med medlemsland som mener de ikke har plikt til å etablere en identifiseringsprosedyre, har Kommisjonen og EU parlamentet fremmet forslag til nytt Mottaksdirektiv som i klartekst sier at medlemslandene har plikt til å etablere en identifiseringsprosedyre. En identifiseringsprosedyre er ment å sikre transparens og juridisk sikkerhet for asylsøkere. Ut over dette er det fundamentalt viktig også å sikre at asylsøkere med særlige behov faktisk blir gitt særbehandling i praksis, ikke bare identifisert som sådanne. Det gjelder for eksempel torturofre. Hensikten med at disse identifiseres er at de gis nødvendig medisinsk og psykologisk oppfølging. Mens situasjonen i de langt fleste medlemsland er i dag at dette ikke skjer (Odysseus rapport, 2007). Rene juridiske avklaringer og etablering av en identifiseringsprosedyre er med andre ord ikke tilstrekkelig selv om det er et nødvendig første skritt. «Særlige behov» må ivaretas i praksis.

Selv om forslaget til endring klargjør statenes plikt til å etablere en identifiseringsprosedyre er det likevel et problem med hensyn til nye forslag å bestemme hvilke asylsøkere som skal ha spesielle mottaksforhold og hvilke spesielle behov som skal dekkes. Tolkningsspørsmålet er forflyttet fra tolkning av begrepet i dagens artikkel 17 «vulnerable persons» til de nye forslagene hvor «special needs» står i fokus. Kausalitetskravet mellom artikkel 17, pkt 1 og 2 er borte. Det kan bli vanskeligere å bestemme hva spesielle behov omfatter når det ikke lenger knyttes opp mot sårbarhet.

Men det må være klart at man her ikke har som målsetting å tilfredsstille ethvert individuelt ønske eller behov en asylsøker måtte ha. Bestemmelsen er satt inn i et kapittel med *lex specialis* og formålet må nødvendigvis tas i betraktning ved tolkningen. Man kan merke seg at belgisk lovgivning i dag viser til «special needs» uten tilknytning til sårbarhetsbegrepet. Med andre ord divergerer det fra Mottaksdirektivets artikkel 17 men likner på nye forslag fra Kommisjonen og Parlamentet. I Belgia medfører dette at saker om mottak føres for belgiske domstoler. Mye kan derfor tale for at man beholder en kausalitet i lovverket mellom sårbarhet og særlige behov slik dagens artikkel 17 er formulert også i en fremtidig direktivbestemmelse. Det gjenstår å se hva medlemslandene anser mest opportunt.

I relasjon til «annen generasjons» EU-lovgivning på asylfeltet vil det være viktig å se alle regelverkene i sammenheng. Forholdet mellom Mottaksdirektivet og Dublin-forordningen er viktig i så måte. Som nevnt, har Kommisjonen i forslag til ny Dublin-forordning, som også behandles i rådet nå, ivaretatt hensynet til sårbare grupper asylsøkere i større grad enn tilfellet er i eksisterende Dublin-forordning. Men også dette forslaget har forbedringspotensial. For eksempel vil det være av betydning i forbindelse med anvendelse av Dublin-reglene at man har identifisert om det er snakk om sårbare personer slik at dette blir et viktig vurderingstema med hensyn til om en asylsøker bør returneres tilbake til et annet Dublin land eller ikke. Både mottaksforholdene i det landet det er snakk om å returnere en asylsøker til og spørsmålet om hvorvidt vedkommende kan tåle en transport, er momenter som bør tas med i vurderingen. Dette innebærer at en identifiseringsprosedyre for å kartlegge sårbarhet bør gjøres så tidlig som mulig i en asylsøkersituasjon, tidlig nok til at også en sårbar Dublin-søker fanges opp av denne sikkerhetsventilen.

En foreløpig konklusjon i forhold til om Norge bør la seg inspirere av EUs Mottaksdirektiv må være at det etableres særskilte lovregler for håndteringen av mottaksforhold i Norge med særlige bestemmelser om sårbare asylsøkere. Det bør lovreguleres at det skal etableres en identifiseringsprosedyre som gjøres så tidlig som mulig, men hvor muligheten til også senere å kunne komme frem med særskilte behov er tilstede under hele saksbehandlingstiden. Definisjonen av hvem som skal omfattes må også avklares nærmere og Norge vil kunne ha mye å hente ved å følge EU-debatten om emnet slik denne nå føres. Samtidig er det også mye å hente fra egne, norske erfaringer som kan videreføres og videreutvikles i lovs form.

---

## Hvem er sårbare?

Hvem er det mottakerlandenes myndigheter skal ta spesielle hensyn til? Med andre ord, hvem er de sårbare? Og hvem har spesielle behov? Denne studien viser at det er overensstemmelse mellom forståelsen i Norge og i EU-landene om enkelte grupper som helt klart faller innenfor forståelsen av begrepet «sårbar». Spørsmålet er hvordan disse skal omtales og hvordan gruppen sårbare skal avgrenses.

Mottaksdirektivets artikkel 17 inneholder, som allerede nevnt, en oppramsing av grupper søkere som skal betraktes som sårbare. Men listen er ikke uttømmende. De som nevnes som eksempler på sårbare grupper er funksjonshemmede, eldre, gravide kvinner, enslige foreldre med mindreårige barn, og personer som har vært utsatt for tortur, voldtekt eller andre former for alvorlig psykisk, fysisk eller seksualisert vold (EU Commission 2003, art 17). I det norske regelverket finner vi igjen de fleste av disse typene sårbarhet. Men først noen ord om hvordan gruppen som helhet skal omtales.

### Begrepet «sårbar»

I Norge har myndighetene ikke innført begrepet «sårbare asylsøkere» som formalisert standard i mottaksforhold, slik Mottaksdirektivet pålegger medlemsstatene å gjøre. I det norske regelverket benyttes «sårbare» sammen med og synonymt med uttrykk som: Personer med spesielle behov (UDI 2006), personer som ikke kan ta vare på seg selv, eller det påpekes at forholdene skal tilpasses den enkeltes behov. Et eksempel kan hentes fra listen over krav som Utlendingsdirektoratet stiller til mottaksoperatørene: «Beboere med særskilte behov skal så langt som mulig ha en tilpasset boløsning» (UDI 2008, Kravspesifikasjonen til driftsreglementet). En annen variant brukes også i samme skriv, der såkalte forsterkede avdelinger som man finner ved enkelte mottak, er beregnet på «beboere med særskilte hjelpebehov».

Det refereres også til «enkelte grupper» og deres «særlige behov» (UDI 2008). Blant ansatte i Utlendingsdirektoratet og på mottakene er det vanlig å

referere til «personer/grupper med spesielle eller særskilte behov». Se nærmere om dette i kapittel 2).

I EUs Mottaksdirektiv er det begrepet «vulnerable persons» eller sårbare personer som brukes som i tillegg må ha «special needs».

De seks medlemslandene som deltok i studien var alle forpliktet av direktivet. Belgia, Nederland, Spania og Malta omtalte sårbare asylsøkere/personer i sin lovgivning, ved hjelp av eksempler. Alle benyttet åpne lister lik den som ble brukt i direktivet. Det varierte likevel hvilke eksempler på sårbare grupper landene brukte. Ingen av landene hadde definisjoner av hva det ville si å være sårbar utover å vise til listene.

I finsk lovgivning bruker man ikke ordet «sårbare», men omtaler i stedet «personer med spesielle behov» som en følge av søkerens alder, utsatte situasjon samt fysisk og mental tilstand. I praksis ble disse asylsøkerne likevel omtalt som «sårbare».

I Polen brukes verken «sårbar» eller «spesielle behov» i lovgivning ei heller i praksis. I stedet snakker man der om «utlendinger hvis psykologiske tilstand gjør at man kan anta at de har vært ofre for overgrep, samt personer med fysiske funksjonshemminger» (Odysseus 2010). For videre gjennomgang av det enkelte land se kapittel 4.

I forbindelse med evalueringen av Mottaksdirektivet har begrepsbruken vært gjenstand for diskusjon i EU-fora. En del av denne debatten har dreiet seg om sammenhengen mellom å være «sårbar» og det å ha «spesielle behov». Blant de europeiske forskerne som har deltatt i prosjektet har det vært enighet om at en person kan være sårbar uten å ha spesielle behov, og en person kan ha spesielle behov uten nødvendigvis å være sårbar. En asylsøker med skadet ben vil være sårbar i den forstand at vedkommende har helt spesielle og konkrete behov, kanskje i en avgrenset tidsperiode. Gravide kvinner i gitte situasjoner vil være å betrakte som tilhørende en sårbar gruppe. Denne type sårbarhet vil være tidsbegrenset. Andre med kroniske lidelser og problemer, som enten skyldes sykdom eller skader i tilknytning til påførte overgrep, vil kunne være å betrakte som både tilhørende en sårbar gruppe og ha spesielle behov. Barn og unge, særlig de enslige asylsøkerne, vil i de fleste situasjoner være å anse som sårbare, eller potensielt sårbare.

På dette punktet konkluderte den komparative Odysseus-studien med å anbefale at Kommissjonen endret ordlyden i direktivet til «sårbare grupper med spesielle behov» for å sikre sammenhengen mellom sårbarhetsbegrepet og behovene som følger av eventuell sårbarhet (Odysseus, 2010).

En annen del av diskusjonen i tilknytning til hvem som skal oppfattes som sårbare gjaldt oppramsingen med eksempler på utsatte grupper (jfr. Direktivets art. 17). Bør oppramsingen forbli åpen (dvs. non-exhaustive) og hvor mange grupper skal man eventuelt inkludere?

## Hvem er sårbare?

Landene som inngår i studien har ikke en legal definisjon av hva det vil si å være sårbar asylsøker. I stedet benytter man seg av eksempler på utsatthet. Unntaket var Nederland, der man hadde tatt inn begrepet om sårbare asylsøkere. I lovgivningen opererte man her heller ikke med noen liste, mens det i praksis ble nevnt ulike kategorier,

I Belgia, Malta og Spania inngikk de fleste av eksemplene som blir brukt i EUs Mottaksdirektiv. Malteserne hadde ikke med eldre og enslige foreldre på sin liste. I Belgia var ofre for voldtekt ikke tatt med i landets lovgivning, men disse var dekket under kategorien seksuell vold. Den belgiske listen hadde imidlertid tatt med ofre for menneskehandel i tillegg til EU-listen

I Finland og Polen opererer man med brede formuleringer når grupper med spesielle behov skal avgrenses. Det finske regelverket viser til fire årsaker som kan forårsake spesielle behov; alder (ung, gammel), ubeskyttet situasjon (funksjonshemmede, enslige kvinner, ofre for menneskehandel), fysisk tilstand (for eksempel ofre for vold og voldtekt), samt mental problemer. Kategoriene i Polen ligner i det de er formulert bredt. I følge den polske rapportøren ligger det imidlertid også her en åpning for å inkludere alle gruppene som nevnes i Mottaksdirektivet (Odysseus, 2010).

I det norske regelverket foreligger som nevnt ikke noen samlet liste over hvem som skal oppfattes som sårbare asylsøkere. I rundskriv og forskjellige instruksjoner, se kapittel 2, var likevel mange av de kategoriene nevnt som man også finner i EUs Mottaksdirektiv. Blant disse er ulike kategorier kvinner nevnt, slik som gravide, ofre for vold, for voldtekt, kjønnslemlestelse, seksuelt misbruk, menneskehandel og tvangsekteskap. Noen av disse kategoriene kan også inneholde menn, selv om det i tekstene fremkommer at kvinner vil utgjøre hovedgruppene. Utover disse nevnes ofre for tortur, barn, eldre og mentalt og fysisk syke. Disse kategoriene er ikke samlet på ett sted i det norske regelverket og i følge våre informanter operer de ansatte i mottakene heller ikke med noen definert liste over sårbare grupper. I stedet vurderer man behovet for spesielle tilpasninger fra sak til sak.

Som vi ser kan en rekke ulike tilstander og situasjoner gjøre at en person er å anse som potensielt sårbar. Hvis vi ser på de ulike kategoriene som det vises til av rapportørene i de syv deltakerlandenes samlede regelverk og i EUs Mottaksdirektiv og forslag til endringer av dette, får vi en omfattende liste.

- Eldre mennesker
- Barn/enslige mindreårige
- Psykisk funksjonshemming
- Fysisk funksjonshemming
- Mentalt syke
- Kronisk fysisk syke



- Gravide kvinner
- Aleneforeldre med små barn
- Par med små barn
- Ofre for grov vold
- Ofre for voldtekt
- Ofre for seksuell vold
- Ofre for psykologisk vold
- Ofre for tortur
- Ofre for menneskehandel
- Ofre for tvangsgifte
- Ofre for kjønnslemlestelse
- Personer i en ubeskyttet situasjon
- Seksuell legning

Formuleringen i Mottaksdirektivet indikerer at man opererer med en åpen liste. Landenes plikt til å særbehandle dem som har spesielle behov er dermed ikke begrenset til de kategoriene som nevnes. Personer i lignende situasjoner og med lignende behov vil også kvalifisere ut fra artikkel 17 slik den er formulert.

I forbindelse med evalueringen av Mottaksdirektivet og de senere forslagene til endring har ulike tillegg blitt diskutert. En mulighet er å utvide listen, for eksempel til å omfatte også ofre for menneskehandel, eller andre spesialgrupper. En annen er å lukke listen og formulere det slik at kun grupper på listen skal omfattes.

Mot det første forslaget, en lengre eksempelliste, har det blitt argumentert at det vil få den til å fremstå som uttømmende, og dermed ekskludere sårbare personer som ikke nevnes eksplisitt. Den samme innvendingen har blitt brukt mot tanken om en lukket liste. Samtidig har det i forskergruppen som har utarbeidet denne studien vært pekt på faren med å ha en kort eksempelliste. Det kan gi medlemslandene en mulighet til å kun holde seg til de kategoriene som nevnes og risikere at tolkningen blir for snever.

---

## Identifisering av sårbare asylsøkere

Hvordan man skal gå frem for å identifisere sårbare asylsøkere er knyttet til hvordan sårbarhet defineres, hvilket formål identifiseringen har samt hvilken kompetanse og metoder en har til rådighet. Formål med identifiseringen av sårbarhet i forbindelse med mennesker som søker om beskyttelse i et land, kan knyttes til følgende hovedkategorier:

- Registrere antall personer som befinner seg i en spesiell situasjon, helsemessig eller på annen måte, altså en kartlegging med henblikk på forekomst eller omfang av sykdom eller helseproblemer
- Identifisere personer som er i behov av spesifikke tiltak eller hjelp med henblikk på iverksettelse av disse
- Skaffe til veie informasjon som vil kunne ha betydning for selve asylprosessen
- Kartlegge og dokumentere skader etter overgrep/ tortur, informasjon som kan benyttes enten til å underbygge en historie eller som grunnlag for senere erstatningskrav
- Identifisere personer som kan være en fare for seg selv eller andre

Gjennomføring av identifisering av sårbarhet eller spesielle behov vil langt på vei henge sammen med hvilken av disse målsettingene en har, om det er omfangskartlegging, informasjon for å utvikle og iverksette tiltak, om det er for å fremskaffe informasjon som kan være viktig i forbindelse med en asylsøknad eller om det er for å dokumentere og utrede skader etter tortur/overgrep. Når det gjelder asylsøkere i Norge og sårbarhet synes de siste tre grunnene å være de viktigste nemlig identifisere og utrede med tanke på nødvendig behandling, fremskaffe informasjon om sårbarhet i tilknytning til asylprosessen, og dokumentasjon av overgrep og vurdering av skadevirkninger etter tortur med tanke både på asylprosessen og beskyttelsesbehov, og med tanke på senere erstatning og/eller prosess mot de ansvarlige for påførte tap og menneskerettighetsbrudd.

## Metoder og fremgangsmåter for identifisering

En form for identifisering av sårbarhet er bruk av *screening metoder* der alle eller mange i en befolkningsgruppe gjennomgår en undersøkelse eller kartlegging med sikte på å finne et spesielt fenomen eller sykdom. En annen måte vil være i form av mer *selektive identifiseringsprosedyrer* der personer eller grupper undersøkes nærmere på grunnlag av visse kriterier. Slike kriterier kan være knyttet til bestemte forhold eller karakteristika som vil være mer eller mindre tydelig, som for eksempel som alder (grovt sett), fysisk funksjonshemming osv., og det vil være forhold der det foreligger informasjon eller observasjoner som tilsier videre utredning med sikte på sårbarhet og/eller spesielle behov. Med utgangspunkt i listen over mulige sårbare grupper i denne rapporten fremgår det både at det dreier seg om ulike former for sårbarhet, eller rettere, forhold ved den enkelte som kan bidra til sårbarhet og identifisering av dette vil kreve ulik strategi.

Mens noen av disse forholdene vil være synlige (slik som fysiske funksjonshemninger og i noen tilfeller også psykisk funksjonshemming) eller registrerbar på bakgrunn av enkle opplysninger. Andre vil kreve mer direkte men forholdsvis enkle tiltak for identifisering (for eksempel graviditet, TB, og enkelte former for kroniske sykdommer). Derimot vil forhold som angår sosial sårbarhet, slik som at de mindreårige er alene, personer under trussel på grunn av menneskehandel osv., være eksempler på sårbarhet som krever noe mer kartlegging for å fastslå, inkludert intervju. Det vanskeligste vil dreie seg om identifisering av forhold som kan være forbundet med fare, skam, ydmykelse, sterk smerte, ekstreme og vanskelig beskrivbare hendelser som kan ha ført til traumerelaterte reaksjoner og problemer. Blant slike sårbarhetsaspekter er det naturlig å ta med ofre for tortur, annen grov vold, voldtekt og ulike former for seksuell vold, mentale lidelser, ofre for menneskehandel, kjønnslemlestelse og tvangsgifte. Seksuell legning vil i noen tilfelle kunne regnes som en sårbarhets kategori, som kan være både lett og vanskelig å identifisere.

Med andre ord, det dreier seg om å utvikle metoder og systemer både for å fange opp sårbarhet og for å håndtere dette på måter som er etisk og menneskelig sett riktig. Det vil dreie seg om ulike metoder for å identifisere ulike personer med tilstander som krever eller gjør det ønskelig å foreta videre utredning, diagnostisering og eventuelt behandling eller tiltak.

## Screening av asylsøkere i Norge

Den eneste systematiske screening undersøkelsen som gjennomføres på alle asylsøkere i Norge er den lovpålagte tuberkulosekontrollen (TB) av alle ny-ankomne, med påfølgende obligatorisk behandling hvis nødvendig. Her følger man prinsippet om «DOT» behandling (directly observed treatment). Norge er ett av de få landene i verden som gjennomfører denne kontrollen og som også yter og gjennomfører behandling av personer som testes positivt for tuberkulose.

Vanligvis anbefales ikke gjennomføring av screening undersøkelser av hele grupper dersom det ikke fører til tiltak eller handling (Guldbrandsen, Garratt, Linnestad, Lie, Sveaass, Meyer & Schanche 2004). Obligatoriske screening undersøkelser som gjennomføres utelukkende for å registrere forekomst av et problem, og der problemet er av en slik art at det ikke er helt påkrevd med tiltak, eller det ikke foreligger midler til gjennomføring av slike tiltak, kan sees på som lite etisk og er derfor ikke anbefalt (Guldbrandsen et al., 2004). Som folkehelseiltak gjennomføres det derimot en del frivillige helseundersøkelser eller screening undersøkelser, slik som for eksempel mammo-grafi.

Spørsmål om undersøkelser av alle med henblikk på å avdekke psykiske helseproblemer er blitt vurdert ved flere anledninger. I 2004 gjennomførte Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten en utredning på oppdrag av Sosial- og Helsedirektoratet vedrørende kartlegging psykiske lidelser og psykososiale problemer hos asylsøkere i norske mottak. Målet for prosjektet var å vurdere muligheten for å gjennomføre en systematisk identifisering av asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp. Oppdraget ble formulert slik: «Er det mulig i en populasjon av voksne asylsøkere, på et egnet tidspunkt, å identifisere dem som har behov for psykiatrisk hjelp, ved hjelp av en enkel metode?» Rapporten ble ferdigstilt i november 2004 (Guldbrandsen mfl. 2004).

I rapporten legges det til grunn at: «Vi må forutsette at når man ønsker utredet en form for test for å finne asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp, er det fordi man tenker seg at mange av disse ikke har søkt hjelp. (...) Med andre ord står vi prinsipielt overfor en screeningsituasjon» (Guldbrandsen mfl. 2004:16). I rapporten ble det drøftet hvorvidt psykiske lidelser hos asylsøkere er en tilstand av tilstrekkelig høy alvorlighetsgrad til å forsvare en oppsøkende undersøkelse av personer som ikke selv ber om hjelp. Det konkluderes imidlertid med at en screening av asylsøkere ved hjelp av eksisterende instrumenter til å fange opp psykiske problemer hos personer som har vært utsatt for sterke belastninger ikke har tilstrekkelig forskningsbasert fundament. Videre ble det vist til at en ytterligere identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp må anses som etisk uforvarlig med mindre kapasiteten til å yte hjelp bedres betydelig (Guldbrandsen mfl. 2004).

I rapporten fra 2004 ble det anbefalt at nye undersøkelser fortrinnsvis burde utformes som forskningsprosjekter for å utvikle og validere kartleggingsin-

strumenter, samtidig som den enkelte asylsøkers behov for helsetjenester ble ivarettatt (Jakobsen, Sveaass, Johansen og Skogøy, 2007). En slik undersøkelse ble gjennomført i regi av Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress også på oppdrag fra Helse og Sosialdirektoratet (Jakobsen mfl. 2007). Konklusjonen i den studien var at foreliggende instrumenter, og særlig de som baserer seg på selvutfylling, i liten grad er egnet til å fange opp de psykiske helseproblemene som mange av asylsøkerne har ved ankomst. For noen av gruppene var det et særlig stor avstand mellom informasjon som fremkom gjennom selvutfyllingsskjemaer og det som kom frem gjennom diagnostisk intervju. En av konklusjonene i rapporten var derfor at slike instrumenter ville fange opp veldig ulikt i de ulike gruppene og ville dermed, som et generelt kartleggingsinstrument, ikke være tilfredsstillende. Derimot ble det understreket betydningen av å fange opp psykiske problemer og behov for helsehjelp blant asylsøkere blant annet for å forebygge kronifisering. «Det er derfor nødvendig å utvikle og bedre dette arbeidet så mye som mulig, både når det gjelder gode rutiner for undersøkelser/vurderinger, viderehenvisning og oppfølging» (Jakobsen mfl. 2007:74).

Ett av forslagene i rapporten var å utvide tid i transitt mottak, styrke personalet både med hensyn på antall og kompetanse, for gjennom dette å kunne observere og identifisere mennesker som «bør tilbys en eller flere samtaler med psykiatrisk skolert helsepersonell, om ønskelig supplert med et diagnostisk intervju. Med kvalifisert personale i transittmottakene, som gis muligheter til gjennomføre observasjoner i miljøet over noe lengre tid enn hva som er tilfelle i dag, kan utsatte enkeltpersoner identifiseres. Dette kan i neste omgang gi grunnlag for å si noe om videre behov og nødvendige tiltak, også uten systematisk bruk av kartleggingsinstrumenter» (Jakobsen mfl. 2007:74). Videre pekte rapporten på en utvidelse av helsekontrollen blant annet med tanke på å kunne registrere og eventuelt dokumentere torturskader. En slik utvidelse og styrking både av personalet i transitt og en utvidelse av den faste helseundersøkelsen, ville styrke mulighet for identifisering av asylsøkere med spesielle behov. Det ville også innen rammen av dette være mulig å benytte noen av de standardiserte instrumentene, men da som en del av en større undersøkelse og observasjon, og som grunnlag for videre henvisning og undersøkelser.

### Selektive undersøkelser

Et alternativ til å gjennomføre standardiserte undersøkelser av alle, utover den som i dag er obligatorisk, er aktivt å benytte de eksisterende helseundersøkelsene som grunnlag for mer selektive undersøkelser og benytte observasjon og samtale i løpet av mottakstiden som grunnlag for identifisering av sårbarhet. I tillegg er det viktig å gjøre bruk av, og eventuelt etterspørre informasjon som medbringes av den enkelte asylsøker, og legge vekt på deres egen rapportering av forhold som bør utredes videre og observasjon av den enkelte i miljøet. Det betyr en større bevissthet omkring identifisering og registrering av spesielle behov eller sårbarhet, basert på rutinemessige kontroller, der noen spørsmål om sårbarhet kan inngå, samt samtaler og tid. En slik tilnærming til identifisering av sårbarhet innebærer at de ulike instansene som er engasjert i arbeid med asylsøkere er oppmerksomme på det som kan fremkomme om mulig sårbarhet, både i forbindelse med intervjuene, helseundersøkelser og daglige aktiviteter. Det kan dreie seg om å fange opp tegn eller forhold som bør utredes nærmere, ta imot eller spørre etter dokumenter slik som tidligere legeerklæringer eller annet om overgrep som allerede har vært rapportert.

I de fleste tilfeller vil det være behov for videre utredning når en eller annen form for sårbarhet er registrert. Utredningen vil igjen være styrt av hensikten med identifiseringen. Her er det en serie spørsmål man kan stille: Skal videre utredning kunne utløse noen form for tiltak eller hjelp? Skal informasjonen anvendes i forbindelse med spesiell tilrettelegging i mottak, skal det gjennomføres kartlegging med sikte på dokumentasjon av skader, eventuelt rettsmedisinske undersøkelser? Og, skal opplysningene anvendes i asylvurderingen, eller brukes som dokumentasjon ved senere erstatningskrav, for eksempel i forbindelse med rettsoppgjør i hjemlandet?

Det vil altså være mange ulike formål med identifisering av sårbarhet, og for videre utredning av denne. Det som er avgjørende er at det utvikles rutiner og metoder, ikke bare for å fange opp eventuelle spesielle behov eller tegn på sårbarhet, men for å sikre at det foreligger klare retningslinjer for ansvar, oppfølging, iverksetting og videreformidling av informasjonen mellom de ulike nivåene, i de situasjoner der dette kan være viktig og nødvendig både for helse- og asylsaken.

## Identifisering i praksis

Gjennom det arbeidet som er gjort i forbindelse med studien har det vært mulig å få en god oversikt over ulike praksis og prosedyrer når det gjelder identifisering av sårbarhet i de deltakende landene og av ulike lovregulering på dette punktet. På noen områder er det mange felles trekk, på andre er det større ulikheter. De spørsmålene som de ulike gruppene skulle forholde seg til og drøfte, var følgende:

- Hvordan definerer det enkelte lands lovverk begrepet sårbarhet og finnes det noen lovpålagt prosedyre for identifisering av dette? (se også eget kapittel om lovverket)
- Dersom identifisering ikke er forankret i lovverket, hvilke prosedyrer har det enkelte land utviklet for å gjennomføre identifisering, hvor formalisert og strukturert skjer dette og hvem er ansvarlig for at det gjøres?
- Hvem er det som i praksis gjennomfører identifiseringen, og hvor fleksibelt er systemet med tanke på å motta informasjon fra flere hold?
- Når i prosessen skjer identifisering, og er det rom for at dette kan skje over en lengre tidsperiode?
- Hvilke muligheter har den enkelte asylsøker til selv å be om å bli vurdert som sårbar?
- Hva skjer når en asylsøker identifiseres som sårbar eller med spesielle behov? Er det tiltak og tjenester som utløses, videre utredning, spesialister etc.?
- Hvilken rolle har sårbarhet i asylprosessen?

I det følgende blir materialet gjennomgått med henblikk på disse spørsmålene eller kategoriene. Først blir praksis på dette området i Norge beskrevet særskilt, og deretter praksis fra de ulike landene ut fra hvordan de løser/håndterer hvert av disse spørsmålene.

## Identifisering av sårbare asylsøkere i Norge

Det foreligger ikke noen spesiell eller lovbestemt prosedyre i Norge med det formål å identifisere sårbare asylsøkere, bortsett fra den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen (TB-screening) som finner sted i transittmottak og der resultatet følges opp i ordinært mottak. Også overføringsflyktninger som kommer direkte til kommuner er underlagt kravet om en TB-kontroll. I forskriften om tuberkulosekontroll i Norge (av 20.06.2002 § 3-3) er det videre pålagt at alle

medikamenter som gis for behandling av tuberkulose skal gis under direkte observasjon, og at dette omfatter alle pasienter og hele behandlingsperioden, såkalt obligatorisk og overvåket medikamentbehandling (Directly Observed Treatment).

Ansvar for helsetjenester til asylsøkere følger av kommunehelsetjenesteloven. Det innebærer at kommunene skal sørge for nødvendige helsetjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunene, og at kommunene har det primære ansvaret for at asylsøkere i statlige mottak får de helsetjenestene de har krav på i henhold til lov. Behovet for spesialisthelsetjenester for personer med oppholdssted i helseregionen skal dekkes av de regionale helseforetakene, i henhold til spesialisthelsetjenesteloven.

### Sentrale dokumenter og revidert veileder

Det er utarbeidet egne rundskriv og veiledere som presiserer helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger. En veileder, «Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger» (IS-1022) utkom i 2003. Denne erstattet IK-09/93. I 2004 kom et nytt rundskriv «Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – faglige råd og en påminning om gjeldende lov- og regelverk – med særlig vekt på psykisk helse». En revisjon av veilederen er nå ferdigstilt, «Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» (IS-1022, 2010) og er tilgjengelig på Sosial og Helsedirektoratets nettside ([helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no)) (Denne vil i det følgende bli omtalt som Veilederen - enten 2003 eller den reviderte 2010). I tillegg gjennomfører Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med helsetjenesten til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente.

Det finnes altså pr i dag ingen standardisert eller fastlagt prosedyre for avdekking av sårbarhet, men i tilknytning til hele asylprosessen finnes det en rekke anledninger der slik identifisering muliggjøres i praksis. Her er særlig de eksisterende retningslinjene og veilederen vedrørende helsetjenester for asylsøkere av stor betydning. Her angis hvilke helsekontroller som skal finne sted, hvilke som er lovpålagt, hvilke som er anbefalt, når de kan finne sted og hva disse skal inneholde. Bortsett fra den lovpålagte tuberkulosekontrollen er de øvrige undersøkelsen anbefalt men ikke obligatoriske. I den reviderte veilederen, som ble publisert i juli 2010, foreslås en tydeliggjøring av hvordan dette med «skal og bør» kan forstås. Her heter det blant annet at der det vises til «bør» anbefalinger, forutsettes det at det må være god faglig begrunnelse for ikke å følge slike anbefalinger. Det vises videre til at kommunen står fritt i organiseringen av helsetjenestene innenfor rammen av helsetjenesteloven og kommuneloven, men at den bør ta hensyn til følgende problemstillinger (Veilederen, s. 13):



- Mennesker kan ha vært utsatt for tortur og/eller annen alvorlig psykisk eller fysisk traumatisering
- Noen kan ha vært vitne til at andre er blitt torturert eller drept
- Enkelte kan ha vært utsatt for voldtekt og/eller annen seksualisert vold
- Noen kan ha vært utsatt for menneskehandel
- Mange kommer fra områder hvor det er høy risiko for bestemte infeksjonssykdommer
- Mange mangler sosiale nettverk
- Gravide kan trenge spesiell oppfølging
- Enslige mindreårige asylsøkere (EMA) og barn av asylsøkere og flyktninger utgjør en spesielt utsatt gruppe og kan trenge spesiell oppfølging

Denne listen kan leses som en liste over sårbarhet og særlige forhold som krever oppmerksomhet og oppfølging. Det er en meget viktig tydeliggjøring av sårbarhet og av behovet for oppmerksomhet rundt slike forhold. Det som blir den store utfordringen i forbindelse med vedtak og innarbeiding av disse viktige prinsippene, er hvordan dette følges opp med innskjerpede rutiner vedrørende identifisering og videre tiltak.

Det er i denne sammenhengen av en viss interesse at Stortingsmelding nr 17 (2000-2001) inneholdt en beskrivelse av hva en tidlig undersøkelse når det gjaldt helse kunne omfatte:

«I transittmottak skal det organiserast eit tilbod om ei førstegongs helseundersøking. Denne undersøkinga skal gjennomførast av sjukepleiar og lege. Formålet med undersøkinga er å gjennomføre obligatorisk turberkolosekontroll, kartleggje sjukdom som treng behandling, og vurdere om helsemessige forhold tilseier spesielle omsyn ved plassering i ordinært mottak. Det skal vere egne helsekontor ved transittmottaka. Statens helsetilsyn tilrår at ein sjukepleier er tilstades på mottaka på dagtid for å fange opp akutte problem. På bakgrunn av eit eigenmeldingskjema skal det gjennomførast ein kort familiesamtale, ein somatisk helsesjekk og ei førebels vurdering av den psykiske helsa. Informasjon om smitte og smittevern i forhold til sjukdommar som hepatitt B, HIV og andre seksuelt overførbare sjukdommar skal vere ein del av den første undersøkinga». St. m. 17 (2000-2001), s. 52.

Til dette står det å lese i veilederen fra 2003 at «utprøving av en tidligere utgave av veilederen har synliggjort behovet for å redusere omfanget av den første helseundersøkelsen i transittmottaket (slik den bl.a. var skissert i Stortingsmeldingen), slik at den begrenses til obligatorisk turberkuloseundersøkelse og akutt helsehjelp. Ytterligere helseundersøkelser vil bli tilbudt

når asylsøkeren kom i ordinært mottak og etter bosetting i en kommune» (Veileder, 2003, s. 1).

Det som i dag blir gjennomført når det gjelder helseundersøkelse er den obligatoriske tuberkulosekontrollen, en helseundersøkelse som gir anledning til å gå videre på problemer som reiser, og at det er tilgang på legetjeneste ved behov og til helsepersonell, helsesøster/ sykepleier, på transitt mottakene på dagtid.

Den nye veilederen legger opp til en styrking av retningslinjene når det gjelder identifisering av sårbarhet og oppfølging av spesielle behov. Dette er veldig viktig. Blant annet heter det under avsnittet om «Umiddelbart behandlingstrengende sykdommer og lidelser (2.1.2) » at «Ved akutte tegn på nylig gjennomgått traumatisering eller tortur tilbys legeundersøkelse og oppfølging», ibid. s. 21. Det vises videre til at «Personer med de alvorligste skadene er de som har vært utsatt for systematisk tortur. Voldtekt og annen form for seksuelle overgrep på kvinner og menn vil som oftest gi dyptgripende psykiske følger» (s. 28). Veilederen peker på viktigheten av oppmerksomhet i tilknytning til skader på tenner og munnhule som kan være forårsaket av tortur og lignende. Under avsnittet om «Følger av tortur og/eller annen alvorlig traumatisering (3.5.2) », heter det at «Fysiske skader etter tortur kan være vanskelig å oppdage. Ved funn av skader eller alvorlige posttraumatiske reaksjoner bør det raskt henvises til spesialisthelsetjenesten.

Ved dokumentasjon av torturskader er det viktig at *retningslinjer for helseattester* følges» (s. 36). Det henvises her til Rundskriv IS-9/2006 Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende, kap. 7, Attester/helseerklæringer og lignende til bruk i utlendingssaker. Her angis punkter som bør være dekket i helseerklæringer i utlendingssaker, blant annet beskrivelse av fysiske og psykiske lidelser/skader, dokumentasjon med fotografi osv. (Sosial og helsedirektoratet, 2006).

Samtidig understrekes det i Veilederen at

Torturofre er lite tilbøyelige til å presentere sine skader i sammenheng med torturopplevelsene (5), men samtidig at «Dokumentasjon av torturskader er viktig og tilrettelagt behandling en internasjonal forpliktelse. Videre vil tidlig kartlegging av behov for tilrettelagte tiltak være av betydning ved en eventuell fremtidig bosetting og søknad om ekstratilskudd fra IMDi» (Sosial- og helsedirektoratet, 2010, s. 37). Det tenkes her på at mennesker med tortur skader og psykiske og fysiske skader etter dette vil kunne komme inn under ordninger for «Bosetting av flyktninger med ressurskrevende helseproblemer (4.1.3)» beskrevet på side 35 i den reviderte veilederen.

Det dreier seg med andre ord om en økt bevissthet omkring sårbarhet slik beskrevet overfor, og i særdeleshet knyttet til tortur og de helsemessige og psykososiale konsekvensene dette har. Dette krever igjen at det tilrettelegges forhold som på en best mulig måte kan gjøre det mulig for hjelpere å spørre

og asylsøkere selv å fremme temaer knyttet til erfarte overgrep og ønsker om hjelp og eventuell behandling.

Veilederen fremstår som tydelig med hensyn til kravet om oppfølging av torturerte med hensyn til viderehenvisning, vurdering og tiltak. Dette er meget viktig og betyr en styrking av deres rettigheter og muligheter for hjelp. Det er viktig at dette følges opp videre med ytterligere presisering og konkrete planer for gjennomføring, slik at personer med tortur erfaringer, slik dette fremkommer i asylintervju og gjennom helseundersøkelsen, gis mulighet til, og herunder, gis informasjon om at dette er en mulighet. Det vil si at det er mulighet for å få eventuell skade utredet og dokumentert, slik det legges opp til i den såkalte Istanbul protokollen (UNHCHR, 2001: The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment).

Det er også viktig å minne om at det at et menneske har vært utsatt for tortur er en hendelse det er av betydning å få brakt på det rene, og et forhold som må tas med i enhver helhetlig vurdering av asylgrunnet. Mennesker som har vært utsatt for tortur må vurderes med tanke på om de ville risikere tortur ved tilbakesending. Det å returnere mennesker til tortur er å anse som et alvorlig brudd på torturkonvensjonen (se UN convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. United Nations High Commissioner for Human Rights, 1984).

### Punkter for identifisering av sårbarhet

I det følgende oppsummeres praktiske erfaringer, muligheter og rutiner i tilknytning til identifisering av sårbarhet, slik dette kom til uttrykk gjennom den kartleggingen som forskerteamet gjennomførte. Vi vil særlig legge vekt på de mange og ulike punktene underveis i asylprosessen som muliggjør at sårbarhet oppdages. I drøftingen senere i rapporten blir spørsmålet reist om hvorvidt rutineene omkring koordinering, kommunikasjon og oppfølging av sårbarhet og spesielle behov er tilfredsstillende sett i forhold til de mange anledninger som faktisk og i prinsippet er til stede for å registrere og fange opp dette blant asylsøkere i Norge.

Mulig sårbarhet hos asylsøkere som kommer til Norge kan altså faktisk og i prinsippet fanges opp i flere ulike faser og sammenhenger. Helt sentrale her er intervjuene, samtalene og registreringen som gjennomføres, selvrapporingene som finner sted (ikke alltid), selve helseundersøkelsene og fortløpende kontakt med ansatte i mottak og andre, for eksempel fra frivillige organisasjoner.

Første anledning til å registrere særlige problemer er ved politiregistreringen, der enkelte somatiske forhold kan bli oppdaget, men utover det er dette en lite aktuell anledning for identifisering grunnet både tidspress og hensikten med intervjuet. Deretter registreres asylsøkeren på ankomst/transitt mottak.

tak. Kort etter dette tilbys den nyankomne en helsejekk, der den obligatoriske TB kontrollen finner sted. Det er deretter anledning for informasjonssamtale med Norsk Organisasjon for Asylsøkere. Det er først etter dette at asylsøkeren går videre til asylintervjuet hos UDI, og det kan variere noe i tid fra få til flere dager før det skjer. Når asylintervjuet er gjennomført kan personen bli registrert på et annet transitt mottak eller overført til en ordinært mottak.

Fra et helsemessig synspunkt er den helseundersøkelsen som alle asylsøkere i Norge gjennomgår tidlig etter ankomst, av særlig betydning. Alle asylsøkere blir undersøkt for tuberkulose, men undersøkelsen skal i prinsippet også kunne fange opp andre tilstander som krever akutt oppfølging, og informasjon om helsemessige forhold av mulig betydning for videre plassering. Det er altså rom for undersøkelse utover TB kontrollen, og asylsøkeren kan selv presentere behov eller spesielle forhold de ønsker å undersøke nærmere. Videre kan helsepersonell aktivt spørre om det er noe vedkommende selv ønsker å presentere. Åpenbare forhold, slik som for eksempel graviditet vil kunne observeres og eventuelt følges opp med utforskning av behov. Spørsmål vedrørende helseproblemer i tilknytning til eventuelle traumatiske hendelser kan stilles ved første eller senere helseundersøkelser. Sosial- og helsedirektoratets veileder om helsetjenester rommer forslag til spørsmål hentet fra større traumekartleggings instrumenter som kan benyttes enten ved første møte eller ved senere helseundersøkelser. Det foreligger intet pålegg om å gjennomføre denne formen for kartlegging eller identifisering av mulig sårbarhet, men siste utgave av veilederen viser til at det «ved akutte tegn på nylig gjennomgått traumatisering eller tortur tilbys legeundersøkelse og oppfølging» (SH-dir, 2010, s. 21). Det er for øvrig interessant at ingen av de øvrige landene hadde et slikt samlet dokument som beskriver helsetiltak på ulike faser, og hva de ulike undersøkelsene og mulige tiltakene bør inneholde.

De som enten trenger TB-oppfølging eller har psykiske problemer, dog uten å behøve innleggelse, kunne overføres til egne transitt mottak som er sterkere rustet for å møte slike problemer. (Ett av de mottakene som har hatt en slik funksjon, Løren mottak, skal nå visstnok nedlegges).

Der alvorlig psykiatriske problemer avdekkes, også tidlig i mottaksfasen, slik som transitt, er det anledning til å hospitalisere pasienten. Gjennom hele prosessen kan for øvrig asylsøkeren henvises til spesialisthelsetjenesten for psykisk helse. Det kan riktignok være vanskelig å komme til både av kapasitetsgrunner, men også fordi det er usikkerhet omkring hvordan man fra spesialisthelsetjenesten best mulig hjelper mennesker i en asylsøkerfase. Derfor blir mange avvist og vises tilbake til primærhelsetjenesten, først og fremst fastlegen. Fastlegen har en vesentlig rolle i oppfølging og koordinering av den enkeltes helse og oppfølgingsbehov og tilbud (Berg et al. 2005; Den norske legeforening, 2008).

Etter den obligatoriske helseundersøkelsen gjennomføres selve asylintervjuet som vil være en viktig kilde til mye ulik informasjon. Intervjuene er

grundige, foregår med tolk når nødvendig, og går over flere timer. Det er avklaring av beskyttelsesbehovet, som er det helt sentrale i disse intervjuene. Derfor vil det naturlig nok kunne fremkomme historier om direkte overgrep og trusler, slik som tortur, seksuelle overgrep og andre former for menneskerettighetsbrudd. Disse vil når det presenteres bli registrert og notert i intervjuet, selv om det også kan være vanskelig å få tak i dette allerede i løpet av en første samtale. Vi skal komme tilbake til dette senere.

Det har lenge vært praksis at den enkelte asylsøker fyller ut en rapport (en egenerklæring<sup>1</sup>). Denne kan være en viktig kilde til historier om overgrep, samt særlige sårbarhetsforhold eller spesielle behov. Det som fremkommer er at egenerklæringen synes å være bortfalt for de fleste, og det har vært vanskelig å få klar oversikt over hvorvidt denne stadig er i bruk eller om det ikke lenger er aktuelt å gjennomføre dette. Som det vil fremgå i neste kapittel er det asylsøkere som har opplevd det å skrive egenerklæring som viktig og nyttig.

En mulighet for oppfangning av sårbarhet er også knyttet til asylsøkernes tilbud om informasjon gjennom frivillige organisasjoner. NOAS har i mange år hatt en slik rolle der organisasjonen på oppdrag fra utlendingsdirektoratet gjennomfører informasjon og veiledningsmøter for nyankomne asylsøkere. Under de individuelle samtalene kan de fremkomme opplysninger som kan danne grunnlag for «bekymringsmelding» fra NOAS til helsekontoret. Eventuelt kan NOAS oppfordre asylsøkeren til selv å fremlegge slike opplysninger for helsepersonellet. Enkelte mottak samarbeider med andre frivillige organisasjoner om samtalegrupper eller liknende, og ved slike anledninger har det også kunnet fremkomme informasjon om sårbarhet og spesielle behov, som mottaksansatte har kunnet fange opp å forholde seg til.

Noen transitt mottak organiserer møter og samtaler mellom nyankomne flyktninger og frivillige og gjennom slike gruppesamtaler er det vist til at problemer er blitt fanget opp som så er meldt videre i systemet. Transitt mottakene har også knyttet til seg faste leger som kan kontaktes i forbindelse med mer akutte helseproblem. Utover dette vil det stort sett bli vist til helseundersøkelsen som skal finne sted når asylsøkere kommer til ordinære mottak. Et tema som blir videre drøftet i denne rapport er knyttet til videreformidling av informasjon om spesielle behov og eventuelt sårbarhet ved overføring fra ett mottak til et annet.

Etter ankomst til ordinært mottak skal asylsøkeren til ny helseundersøkelse med formål å vurdere helsetilstand og behov for behandling eller oppfølging, og i følge veilederen skal det gjøres både en somatisk og en foreløpig vurdering av psykiske helse. Igjen er det anledning til å benytte forslagene til

---

1. Vedrørende egenerklæring i asylsaker. Det gjøres oppmerksom på at fra og med 1. juni 2010 får ingen asylsøkere lenger tilbud om å skrive egenerklæring.

spørsmål vedrørende traumatiske hendelser, slik som tortur, seksuelle overgrep og lignende som det vises til i veilederen. I mottakene foregår en fortløpende vurdering og observasjon, men denne er i hovedsak knyttet til daglige aktiviteter og har ikke eksplisitt fokus på å fange opp sårbarhet.

Et viktig poeng med praksisen i Norge er allikevel at sårbarhet og spesielle behov kan fanges opp på ulike tidspunkt og at flere faggrupper inngår blant dem som kan registrere at det er spesielle behov eller problem som eventuelt bør sees nærmere på. Siden det er lite eksplisitt fokus på dette og det ikke er klare retningslinjer for hva som bør gjøres utover å gi nødvendig helsehjelp, er det muligheter for at personer med skader etter tortur, voldtekt og andre erfaringer som tilsier sårbarhet og eventuelt spesielle behov ikke blir fanget opp i løpet av asylfasen. Også dette drøftes nærmere i rapporten.

Et annet viktig moment er tilgangen på tolk og at når personer selv ønsker dette så kan de få time med tolk, enten oppmøte tolk eller telefontolk, og anledning til å presentere spesielle behov. Det er også opprettet tilbud om forsterkede mottak som gir mottaket anledning til å vurdere den enkeltes behov for oppfølging og hjelp og beslutte å tilby dette. Styrken ved forsterkede mottak er at de skal ligge nær andre helsemessige tilbud som kan være aktuelle for asylsøkeren.

## Identifisering av sårbare asylsøkere i andre land

Håndtering av begrepet sårbarhet varierte i de forskjellige landenes lovverk. Til spørsmålet om hvorvidt landene har et lovfestet krav om at identifisering skal gjennomføres, eventuelt også innarbeidet retningslinjer eller prosedyrer for dette, var det også ulikt. Mens Malta har et begrep om sårbarhet i lovverket, riktignok et snevert et der kun familier med mindreårige barn og gravide kvinner omfattes, er det ingen lovfestede prosedyrer for hvordan identifiseringen skal skje. Derimot er det utviklet en omfattende praksis på dette området. Det belgiske lovverk inneholder både referanser til sårbarhet og til spesifikke prosedyrer for identifisering av sårbarhet. Også i Polen og Finland finnes det lovregulerte prosedyrer for identifisering, selv om disse i praksis krever kvalifisering og utdyping.

Fra alle landene i undersøkelsen kunne det gjøres rede for et omfattende sett av metoder for identifisering av sårbarhet, dog med store forskjeller med henblikk på systematikk og grad av eksplisitt fokus på sårbarhet. Det var også forskjeller med hensyn til hvem som er involvert i arbeidet, når identifisering kunne skje og hensikten med prosessen.

Felles for de fleste landene var at de definerte sine systemer som fleksibelt, med rom for å ta imot vurderinger og informasjon fra ulike hold, og på ulike tidspunkter og faser i prosessen. Finland, Nederland og Belgia er eksempler

på dette. Derimot kan det synes som om Malta, Polen og Spania har noe strengere oppbygd system men som allikevel rommer en viss fleksibilitet. Det er også Malta og Polen som peker på at prinsippet om å fange opp sårbarhet er knyttet til krav og prosedyrer i eget lovverk, og er ikke først og fremst noe som gjennomføres som følge av EUs Mottaksdirektiv.

Praksis i de ulike landene med tanke på hvordan identifisering skjer, når det skjer og av hvem, vil bli gjennomgått i det følgende:

## Finland

Finland har ikke noe lovfestet begrep om sårbarhet, og heller ingen lovbestemt praksis for identifisering og registrering. Systemet beskrives som uformelt og fleksibelt. Alle asylsøkere intervjues av sosial arbeider og sykepleier på mottaket kort etter ankomst i mottak, første intervju gjerne i løpet av første uka. Først gjennomføres et kort intervju, så et langt intervju i løpet av 2-3 uker. Det er sykepleier som kartlegger den individuelle helse, og det gjennomføres frivillige screening tester slik som TB, HIV, Hepatitt og Cardiolipne. I tillegg kan personer med ulike former for spesielle behov identifiseres av andre mottaksansatte gjennom observasjon i de daglige aktivitetene.

Det finnes ingen formelle eller konkrete retningslinjer for observasjoner, eller hva det spesielt skal sees etter. Informasjon om sårbarhet eller spesielle behov viderefremmes til sykepleier som er knyttet til mottakene. Om nødvendig kan det gjennomføres utredninger så vel som tiltak andre steder – for eksempel helse senter, poliklinikker, sykehusavdelinger. Personer kan selv si fra om sine behov, eller sårbarhet og de kan be om time og ytre ønske om å bli vurdert av sykepleier eller sosial arbeider – og videre henvises hvis nødvendig. I prinsippet kan sårbarhet identifiseres gjennom hele prosessen. Det tas høyde for at mange nyankomne er usikre og ikke tør spørre eller på annen måte fortelle om særlige behov eller sårbarhet før det er gått noe tid. Systemet fremstår som fleksibelt og mye av ansvaret for avdekking ligger hos de mottaksansatte, og der fremgangsmåten defineres som uformell i betydningen ikke strukturert eller manualisert. Et problem det vises til er at når mottakene blir for fulle kan det være vanskelig å få til gode samarbeidsrutiner for å fange opp og drøfte spesielle behov hos asylsøkerne.

Når det gjelder rapport om helsetilstand og dokumentasjon av tortur skader kan asyladvokaten be om helsevurdering og en uttalelse som sendes til migrasjonsmyndigheter. Det fremgår ingen opplysninger om at det rutinemessig gjennomføres kartlegging med sikte på dokumentasjon av torturskader, i tråd med retningslinjene beskrevet i Istanbul protokollen.

## Belgia

I Belgia er sårbarhet definert i loven og det inkluderer først og fremst de gruppene som det refereres til i Mottaksdirektivet. Men i loven vises det også til en åpen liste, dvs. det gir lovfestet anledning til å se på grupper utover de nevnte som sårbare, og at det skal tas spesielle hensyn til dem. I dette er blant annet ofre for menneskehandel inkludert. Det er også lovregulerte prosedyrer for gjennomføring av identifisering av sårbarhet. I Belgia er det en sosial arbeider ved mottaket som har det definerte ansvaret for å forestå identifisering, men denne personen har anledning til å innhente konsultasjon fra ekstern ekspert eller ressursperson hvis nødvendig, slik som psykiater, annet psykisk helsepersonell, organisasjoner som arbeider med utsatte grupper osv. I tillegg gjennomføres også en medisinsk screening av alle de nyankomne for å avdekke spesielle medisinske problemer eller behov. Det er også mulighet for at identifisering av sårbarhet kan skje gjennomgående under hele asylprosessen.

I Belgia er prosessen med identifisering av sårbare asylsøkere ikke knyttet til selve asylprosedyren, slik den for eksempel er i Polen. Identifiseringen er utelukkende gjennomført for å kunne finne frem til de rette mottaksbetingelsene og eventuelt foreta nødvendige tilpasninger med utgangspunkt i den enkeltes spesielle behov. I løpet av de første 30 dagene etter asylsøkerens ankomst på asylmottaket er den enkelte asylsøker vurdert med henblikk på om forholdene tilfredsstillende vedkommendes eventuelle spesielle behov. Denne undersøkelsen skal ha særlig fokus på sårbarhet som ikke umiddelbart er synlig. Rapporten med evaluering eller vurdering må formaliseres til en skriftlig rapport. Vurderingen må inneholde minst ett intervju foretatt av sosial arbeideren før rapporten avsluttes og videreformidles. I tillegg må rapporten valideres av en overordnet på mottaket. Dette pekes på som et absolutt krav. Etter dette skal det gjennomføres en vurdering med påfølgende rapport hver 6 måned.

## Malta

Malta skiller seg på enkelte måter fra øvrige land, blant annet på grunn av en meget streng praksis med å internere asylsøkere i lukkede sentra og at identifisering av sårbarhet først og fremst dreier seg om vurderinger i tilknytning til dette. Det lovfestede prinsippet om sårbarhet og identifisering er i praksis utvidet til å gjelde både presisering av begrepet og rutiner for å fange opp sårbarhet. Det er utviklet et system med relativt klart definerte prosedyrer for gjennomføring. I utgangspunktet blir følgende grupper ansett som potensielt sårbare: familier med mindreårige barn og gravide kvinner. Øvrige grupper, slik som eldre og personer med funksjonshemninger, personen med psykiske problemer og med kroniske, eller alvorlige medisinske tilstander, inkludert personer som har vært utsatt for tortur og ulike former for seksuell vold, er



ikke å anse som sårbare i utgangspunktet. De som tilhører en av de øvrige gruppene av potensielt sårbare må gjennomgå en kartleggings undersøkelse før de kan bli klassifisert som sårbare. Personer, som for eksempel ofre for voldtekt, eller andre former for psykologisk, fysisk eller seksuell vold, kan bare bli vurdert som sårbare dersom de viser klare tegn på psykisk lidelse som følge av dette.

De fremgangsmåtene som er utviklet for å identifisere sårbarhet har nesten utelukkende som formål å fange opp sårbare personer eller personer med spesielle behov for å kunne oppheve deres status som beboere i lukket mottak. Målsettingen er altså at de gjennom en identifisering som tilhørende sårbar eller potensielt sårbar gruppe vil kunne slippes ut av lukket anstalt og overføres til steder der mottaks forhold, herunder muligheter for helsehjelp, er bedre og mer tilpasset enn i de lukkede sentrene. Bakgrunnen for praksisen med å identifisere sårbarhet knyttes til myndighetenes praktisering av mottaksregler, mer enn som konsekvens av Mottaksdirektivets artikkel 17.

Personer som er åpenbart sårbare identifiseres av politiet ved ankomst og overføres umiddelbart til Agency for the Welfare of Asylum Seekers, mens identifiseringen av de øvrige skjer i løpet av de første dagene både av ansatte som arbeider i de lukkede sentrene, inkludert ansatte i fengselsvesenet, og av personer som arbeider i frivillige organisasjoner og besøkspersoner. Voksne som da anses som mulig sårbare overføres til et eget kartleggings team for videre undersøkelser, der en sosial arbeider gjennomfører de første kartleggingen. Der det er unge og uledsagede unge, er det utarbeidet egen prosedyre for dette. Den første kartleggingen av voksne har som siktemål også å fange opp rapporter, vurderinger og eventuelle diagnostiske vurderinger fra annet helsepersonell, slik som leger og andre. Her er det også rom for vurderinger av psykisk helse hos asylsøkeren. For å få til best mulig systematikk i den kartleggingen som sosialarbeideren gjennomfører er det utviklet et offisielt instrument eller verktøy. Her blir personen i sin helhet vurdert, og også informasjon om sosial støtte, og eventuelle virkninger av det å leve på et lukket senter blir vurdert. Hvis nødvendig overføres personen til det VAAT (Vulnerable Adults Assessment Team) som fortsetter utredning. Her er det mulig også å presentere nye og andre problemer og det er først etter denne vurderingen at søknad om å slippe ut av lukket mottak presenteres. Ved overførsel til åpne sentra fortsetter vurderingen om behov og eventuelle tiltak. Det er de ordinære helsetiltakene som iverksettes dersom de er behov for ytterligere vurderinger eller tiltak. Kartleggingsteamene er utelukkende knyttet til vurderinger av plassering i åpent versus lukket senter.

Asylsøkere kan selv i løpet av prosessen henvende seg til ansatte og be om å bli vurdert med tanke på sårbarhet men stort sett er dette i første omgang knyttet til type mottak. Det er kun de som er åpenbart i behov for særskilte tiltak, som altså sees på som åpenbart sårbare, som ved ankomst plasseres i åpne mottak. De øvrige må vurderes før noe slikt kan skje. Selv om lovverket

er strengt med henblikk på definisjon av sårbarhet og hvem som faller inn under dette, synes praksis å være noe mer liberal, i den forstand at alvorlig og kronisk medisinske problem, mentale helseproblemer samt den spesielle situasjoner som ofre for menneskehandel befinner seg i, anses som grunner til å bli vurdert som sårbare. Det er også rom for at vurderinger om sårbarhet kan skje underveis i hele prosedyren, ikke bare den første tiden og at det vil kunne skje endringer i sårbarhet hos den enkelte. Videre er det kartleggingssystemet som er utviklet temmelig omfattende og krever et første lengre intervju og der muligheten er til stede for samarbeid med andre helsefaglige grupper så vel som representanter fra frivillige organisasjoner. Problemet med dette systemet er allikevel at selve identifiseringsprosessen knyttes til løslatelse fra lukket mottak, og ikke til behov for kartlegging med hensyn til tiltak og oppfølging. Dette medfører at asylsøkere fra andre grupper utover familier med små barn og gravide, ikke identifiseres som sårbare og det vil være vanskelig å gi dem noen form for særlige hensyn, også der de overføres til åpne sentra. Og siden det ikke finnes noen rutinemessig kartlegging for dem som ikke tilhører en åpenbart eller lovbestemt sårbar gruppe, vil mange forbli uoppdaget i lengre tid.

## Nederland

I Nederland finnes det en referanse til sårbare personer i lovverket men det er presisert at det dreier seg om særlig sårbare asylsøkere. Og blant disse er det særlig enslige umyndige asylsøkere som nevnes. Asylsøkere som i loven defineres som særlige sårbare har rett til det som omtales som «spesiell støtte».

I det praktiske arbeidet går vurderingene ut over det som angis i loven og alle personer som søker om asyl er i prinsippet personer som kan vise seg enten å være sårbare eller ha spesielle behov. Alt som er utviklet med hensyn til identifiserings prosedyrer er gjort i tilknytning til praksisfeltet, og det er ikke hjemlet i noen lov. Den eneste lovteksten som sier noe om prosedyre for identifisering er artikkel 9 (2) i Rva 2005, og den dreier seg ikke direkte om identifisering av sårbare asylsøkere men om asylsøkeres helsetilstand mer generelt, blant annet undersøkelse for tuberkulose. I følge denne teksten skal asylsøkere etter at de er blitt mottatt ved asylmottaket, gjennomgå sin første helseundersøkelse, men uten referanse eller mål om å fange opp sårbarhet. Dette tilbudet gjelder for øvrig ikke alle asylsøkere. De som befinner seg i midlertidige mottak, eller har fått avslått søknaden etter en kort behandlingstid (48 timer) unntas fra en slik helseundersøkelse i følge bestemmelsene, men i praksis blir også disse screenet for tuberkulose. Det finnes altså ikke noen bestemmelse som regulerer sårbarhets kartlegging mer generelt, men i praksis finnes det flere anledninger der dette kan kartlegges eller fanges opp.

Det ene er i forbindelse med intervjuet med IND (Immigration and Naturalisation Service of the Netherlands) som gjerne er et kort intervju tidlig i pro-

sessen der identitet og grunner for å søke asyl står i fokus. Selv om det også her kan spørres litt mer om folks situasjon generelt, blir ikke spørsmål om sårbarhet fulgt opp med mindre reaksjoner på at dette er tilstede, eller informasjon om dette utløses i løpet av samtalen. Hvis spesielle behov eller sårbarhet avdekkes, vil personen bli henvist til COA, som er ansvarlig for plassering i mottak. Asylsøknader i Nederland må fylles ut ved et av tre søker mottak, der de venter på å få tillatelse til å fremme søknaden. Dette kan gjerne ta fra 2 – 3 uker, men ofte også mer. Ved søknadsmottakene behandles søknaden i løpet av noen dager (48 arbeidstimer) og mange får avslag allerede da, og de som ikke blir avslått blir overført til andre vanlige mottak. Og det er først da tilbudet om helseundersøkelse (etter Rva 2005) finner sted.

Det finnes altså ikke lovregulerte rutiner for å identifisere sårbare asylsøkere men det er utviklet praksis rutiner for å fange opp dette gjennom ulike faser i prosessen. Blant annet vil alle nyankomne asylsøkere på mottaket treffe en lege, men det er liten kontakt mellom legen og sosialarbeidere ved mottaket. Det er opp til asylsøkeren selv å be om at informasjon kommer videre.

I løpet av prosessen foregår det en fortløpende vurdering av asylsøkerne selv om ikke avdekking av sårbarhet er nevnt som et eksplisitt mål for dette. Det er knyttet sosialarbeidere til mottakene og de ansatte beskrives som personer med god bakgrunn fra å kunne fange opp signaler for eksempel om at folk er redde og utsatte, gjerne i forbindelse med menneskehandel, diskriminering eller vold i nære relasjoner.

I det nederlandske systemet er det ikke mulig å vise til noen spesiell prosedyre for avdekking av sårbarhet eller spesielle behov. Et særlig hensyn som tas er til kvinner med langt fremkommet graviditet. De slipper å oppholde seg i de midlertidige mottakene utover en rask screening og deretter overføres de til vanlige mottak. I tillegg er det laget noen særordninger for spesielle grupper blant de enslige umyndige, basert på hvilket land de kommer fra, ut fra en vurdering at disse er særlig utsatte for menneskehandel.

Det er heller ingen sammenheng mellom status som sårbar asylsøker og avgjørelse vedrørende flyktningstatus.

## Polen

I Polen finnes det ikke noe lovfestet begrep om sårbarhet, men det er utviklet prosedyrer med henblikk på identifisering. De første tre leddene i denne prosedyren er definert i loven. Identifisering av sårbarhet og spesielle behov skjer på følgende måte: (1) Gjennom selve presentasjon av søknad der personen blant annet blir bedt om å fylle ut et skjema vedrørende helsesituasjon, konkretisere alvorlige sykdommer, operasjoner, psykiske lidelser eller funksjonshemming. Det tilbys både tolk og assistanse hvis behov. Skjema overleveres saksbehandler som vurderer dette, og dersom personen har svart positivt på spørsmålene blir sosialarbeideren ved mottaket orientert. Deretter blir helsete-

amet orientert og vedkommende får anledning til å utdype informasjon. (2) Den andre muligheten er når alle gjennomgår den obligatoriske time med lege ved ankomst til mottaket og også her stilles det spørsmål om psykisk og fysisk helse. Dette rapporteres i egen journal som er konfidensiell, men legen er forpliktet til å underrette mottaket eget helse personale om spesielle forhold slik som nødvendig behandling, råd når det gjelder helsetilstand osv. Også psykolog knyttet til mottaket skal informeres og dersom legen finner det nødvendig bes psykologen innkalle personen for gjennomføring av ytterligere undersøkelser. (3) Den tredje anledningen til å registrere spesielle behov er selve asylintervjuet som foretas litt senere. Det er da opp til den enkelte å informere om han eller hun har vært utsatt for tortur, annen form for vold eller på noen måte har en form for funksjonshemming. Hvis dette er tilfelle skal saksbehandler avslutte intervjuet – først og fremst fordi det ikke er noen psykolog tilstede i rommet – og personen blir fortalt om muligheten for videre medisinske og psykologiske utredninger. Saksbehandleren er forpliktet til å gi og sørge for at asylsøkeren forstår betydningen av at slike utredninger foretas og at de er mulig å gjøre. Denne tredje muligheten i prosessen er selve asylintervjuet. Samtlige tre faser er lovregulert i artikkel 68 i «Act on Protection».

Dette betyr ikke at det bare er personer som opplyser om problemer i forbindelse med skjema, intervju eller legetime som har sjanse til å bli registrert. Alle spesielle observasjoner blir drøftet og personene ved mottaket, som alle skal ha god bakgrunn for slike vurderinger, blir bedt om å rapportere videre slik at den ansatte sosialarbeideren ved mottaket kan følge opp slik informasjon. De viktigste tidspunktene der asylsøker selv kan rapportere om sårbarhet er i tilknytning til de tre fasene, nemlig ved utfyllingen av søknads-skjemaet med eget helseformular, ved medisinsk screening og ved selve asylintervjuet.

Den polske modellen for identifisering av sårbare asylsøkere er tett knyttet opp til vurderingen av flyktningstatus, og identifiseringen er derfor lagt til Ministry of Internal Affairs and Administration og det er ansatte her som er hovedansvarlige for selve identifiseringen. Det er to grupper saksbehandlere i denne prosessen. Den ene arbeider med selve søknadsprosessen, og dette inkluderer også sosialarbeidere. Den andre gruppen er medisinsk personell, først og fremst leger og psykologer, som yter tjenester på oppdrag fra myndighetene. Deres aktivitet er særlig knyttet til den delen av identifiseringen som er direkte lovregulert, nemlig utfyllingen av helseskjema i forbindelse med det første intervjuet. Det understrekes at til tross for at legene har denne tette tilknytningen til myndighetene fremstår de som uavhengige i sine vurderinger. Identifisering av sårbare fremstår dermed ikke som en egen prosedyre men er innarbeidet som en del av selve asylprosessen.

Helseerklæringer som skrives i forbindelse med prosessen er ikke å regne som dokumenter som kan prøves for retten. De er å betrakte som faglige råd som vil være utslagsgivende blant annet for mottaksforholdene for angjelden-

de person så lenge han/hun befinner seg i mottak. Og selv om sårbarhetsvurdering er knyttet tett opp til asylprosessen vil ikke sårbarhet ha noen direkte konsekvens i asylvurderingen. Men det legges vekt på å synliggjøre best mulig om for eksempel en funksjonshemming kan være konsekvens for eksempel av tortur, og dette er informasjon som tas inn i vurderingen av saken.

## Spania

Når det gjelder Spania er Mottaksdirektivet innarbeidet i nasjonal lov og dermed finnes det referanse til sårbarhet i lovverket, men det finnes ingen lovfestet prosedyre for identifisering. For å motvirke denne diskrepansen mellom lov og praksis på dette punktet vil retningslinjer for identifisering av asylsøkere med spesielle behov kunne innarbeides i en ny asyllib. Pr i dag anses det som fullt mulig at mennesker med spesielle behov ikke oppdages i den eksisterende praksis. Det er utarbeidet en slags prosedyre for identifisering ved asylmottakene. Det første er at det gis prioritet til opphold på asylmottakene dersom man faller inn under følgende kategorier – par med mindreårige barn, enslige foreldre med mindreårige barn, personer som er særlig utsatt på grunn av sosiopolitiske forhold i landene de kommer fra, personer med ikke-smittbare og kroniske sykdommer som ikke trenger spesiell medisinsk oppfølging og mennesker med psykisk helseproblemer, og person som befinner seg i en situasjon med store psykososiale risikofaktorer.

Utover dette finnes det ingen regler eller retningslinjer for hvordan sårbare skal fanges opp og regelverket har heller ingen definisjon knyttet til hvem som faller inn under sårbarhetsbegrepet. Derfor er alle måter å gjøre dette på utviklet på grunnlag av praktiske erfaringer og ofte med fare for at behov overses.

Den enkelte asylsøker fyller ut søknaden og der oppgir de om de har behov for sosiale tjenester. Dersom de har beskrevet et slikt behov skjer følgende: Asylsøker intervjues av sosial arbeider fra asylenheden og dette intervjuet skal i hovedsak legge til grunn vurdering av behov for økonomiske og sosiale støttetiltak. En annen metode er å henvise personen eller familien til et midlertidig mottak, i ca tre uker, der medisinsk screening finner sted. Dette gjennomføres av leger men har hovedfokus på blod prøver og kontroll for TBC. Et tredje alternativ er å henvise personen eller familien til et spesial mottak som er beregnet på personer som har behov for særlig beskyttelse. Dette kan være enslige mødre, funksjonshemmede, eldre og mennesker med psykiske og fysiske problemer.

I systemet finnes også multiprofesjonelle team som kan følge opp rapporter om sårbarhet og spesielle behov. På grunnlag av observasjoner kan personer viderehenvises til slike team og utredninger og rapporter både om psykisk og fysisk helsetilstand eller andre forhold som kan tilsi sårbarhet utredes. Sårbarhet kan fanges opp gjennom det ordinære asylintervjuet og det kan fanges

opp når de ankommer asylmottaket og blir intervjuet av ansvarlig person der. Oppholdet på mottak kan forlenges utover 6 måneders regelen dersom spesielle behov skulle tilsi dette. Utover disse intervjuene er det observasjon på mottak og kontakt i det daglige som er utgangspunktet for å fange opp sårbarhet. Det finnes ikke noe rom for at asylsøkeren selv kan be om å bli vurdert som sårbar, men i prinsippet kan personens spesielle behov eller sårbarhet fanges opp under hele prosessen. All informasjon som er innsamlet i løpet av prosessen vil bli samlet i vedkommende asylsøkers saksmappe.

Det ligger ikke i spansk regelverk å måtte foreta individuelle vurderinger av den enkelte asylsøknad. Dette står noe i motstrid til EUs Mottaksdirektiv. Men igjen, i praksis forsøkes det å utvikle rutiner som allikevel kan fange opp spesielle behov, og de flerfaglige teamene anses som særlig viktig her. Mangelen er at det ofte kan være vanskelig for lokalt personell å henvise videre, og at det ikke er tilstrekkelig kompetanse blant dem som arbeider i mottakene til å foreta vurderinger som lede opp til videre kartlegging. Det finnes innen konkrete retningslinjer å følge også på praksissiden og det anses som sannsynlig at det er svært mange mennesker med psykiske helseproblemer, og med erfaringer fra tortur, voldtekt, andre seksuelle overgrep og voldshandlinger som ikke blir fanget opp. Det finnes ingen psykiatrisk kompetanse knyttet til mottakene og det er meget vanskelig å komme til i det offentlige psykiske helsevesenet.

## Sårbarhet og tortur – helse og beskyttelse

Som det fremgår i teksten er det store forskjeller på landenes måter å utrede sårbarhet på, og det er i liten grad utarbeidet retningslinjer for identifisering og eventuell oppfølging når sårbarhet identifiseres. Flere av landene som deltok i undersøkelsen viste til listen fra artikkel 17 i Mottaksdirektivet, og de fleste viser også til en åpenhet for sårbarhet utover det som inngår i lista. Det var også ulike rutiner med henblikk på kommunikasjon og videreformidling i systemet når det gjaldt sårbarhet, og behov for helsemessig oppfølging. I prinsippet kan informasjon om dette bli fulgt opp at den ene delen av systemet, men i liten grad videreformidles til de øvrige og dermed få liten eller ingen betydning for asylprosessen for øvrig.

Dette ble særlig drøftet i tilknytning til sårbarhet i forbindelse med tortur, voldtekt og overgrep, og de skader mennesker med slike erfaringer sliter med. De ulike landene hadde ulike måter å forholde seg til historier om tortur og tortur skader. De fleste hadde et klart fokus på nødvendigheten av å få informasjon om dette for å kunne følge det opp helsemessig, men det var temmelig uklart hvordan informasjon om tortur og torturskader skulle inn i vurderingsgrunnlaget for asylsaken, og hvilke prosedyrer som måtte til for at en person som har vært utsatt for grove menneskerettighetsbrudd skulle kunne få dette

dokumentert og inkludert som understøttende bevis. Landene opererer med ulike informasjonskanaler og ofte begrenset utveksling, noe som medfører at sårbarhet og spesielle behov, inkludert tortur og torturskader, ofte ikke blir vidererapportert og behandlet, hverken i forbindelse med tiltak eller selve søknaden. Dette til tross for at ofre for tortur og voldtekt eksplisitt står på listen over sårbare grupper i artikkel 17 i Mottaksdirektivet.

I et par av landene, i særlig grad i Nederland, pågår det et viktig arbeid for å styrke muligheter for dokumentering av tortur skader i asylprosessen (Wijnkoop & Vloeberghs 2010) med målsetting å anvende manual for utredning og dokumentasjon av torturskader, den såkalte Istanbul protokollen som ledd i prosedyren.

Det ble dermed lagt frem få eksempler på erfaringer med bruk av helseattester og annen dokumentasjon i prosessen, og det fremkom få eksempler på at personer med åpenbare skader, angivelig etter tortur, ble henvist til ekspertutredning for nærmere dokumentasjon og vurdering, eller til de såkalte «medico-legal reports». I Nederland har det i lengre tid vært arbeidet fra profesjonelt hold for å få institusjonalisert dette, og det synes å være gjort viktig skritt på dette området, men dette har ikke nådd opp utover prosjektnivå foreløpig (Wijnkoop & Vloeberghs 2010). Derimot har land som ikke var med i denne studien, først og fremst Storbritannia, utviklet rutiner for dette arbeidet. Der blir asylsøkere der man oppdager under asylintervjuet at de har vært utsatt for alvorlige overgrep henvist til grundig medisinsk og juridisk vurdering, inkludert undersøkelse av psykiske og fysiske skader etter tortur (se Cohen og Jones 2006).

Fra undersøkelsen gjennomført i Norge fremkom det flere eksempler på at personer som i løpet av intervjuene, både i asylintervjuet og i helseundersøkelsen, hadde rapport om tortur, i etterkant var usikre på om dette var registrert, og om det ville bli tatt med som viktig informasjon i asylprosessen videre eller om de ville bli tilbudt noe mer oppfølging eller behandling av dette. Det er derfor viktig både å øke bevisstheten om viktigheten av slike rapporter både i mottak og ved asylintervjuer, og utvikle retningslinjer både i tilknytning til helsemessig viderehenvisninger, ekspertutredning og dokumentasjon av torturskader, samt sikre at slike erfaringer drøftes og legges til grunn i den videre behandlingen av asylsaken (se «the Care Full project to promote the use of medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures» Vloeberghs, 2007).

Det er med andre ord mange grunner til å avdekke tortur. Det ikke aktivt å forholde seg til rapporter om tortur i forbindelse med asylsaksbehandlingen, enten fordi dette ikke er utredet tilstrekkelig, eller opplysninger om dette ikke er blitt viderefremidlet eller blitt en del av vurderingsgrunnlaget, kan medføre at mennesker som potensielt står i fare for å utsettes for tortur, returneres til retur, noe som er et alvorlig brudd på FNs tortur konvensjon m.fl. (UN CAT 1984).

---

## Opplevelse av sårbarhet

En viktig stemme i drøftingen om sårbarhet og identifisering, er asylsøkernes egen. Det ble derfor, i samråd med oppdragsgiver, besluttet at det skulle gjennomføres en begrenset intervju undersøkelse med nyankomne asylsøkere der målet var å få et bilde av søkernes egen opplevelse av intervjusituasjonen og deres muligheter til å komme frem med og rapportere om plager, skader eller erfaringer som i prinsippet kunne gjøre dem til sårbare asylsøkere. Vi ønsket å vurdere hvilke muligheter den enkelte asylsøker opplevde at de hadde når det gjaldt å presentere sårbarhet, eller rettere, spesielle forhold eller behov som kunne tilsi at de befant seg i kategorien «sårbar» eller asylsøkere med «spesielle behov». Et intervju med gjennomgang av deres erfaringer med de ulike punktene i asylprosessen, slik som intervjuet med Politiets Utlendingsenhet, selve asyLintervjuet, egenerklæring, helsekontroll/undersøkelse og andre former for kontakt med ansatte i systemet, ble utviklet. Det ble sendt særskilt søknad til Utlendingsdirektoratet om å få tilgang til potensielt sårbare asylsøkere. Det var også en forutsetning at intervjuene skulle gjennomføres av I. amanuensis og psykologspesialist Nora Sveaass, på grunn av lang klinisk erfaring med asylsøkere med traume bakgrunn.

Det ble vurdert at den beste måten å rekruttere informanter på var gjennom helsepersonell knyttet til mottakene. Det ble utarbeidet et informasjonsskjema om prosjektet samt en samtykkeerklæring. Siden det ikke var planer om å lagre intervjuene med navn, ble samtykkeerklæring fremvist og tolket til informantens språk og muntlig godkjenning gitt. Et omfattende intervju-skjema ble utviklet og dette fungerte som stikkordsliste for samtalene med informantene (se vedlegg).

Prosjektet ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste i juli 2009. Tilråding om prosjekt 22317 «Identifisering av sårbare grupper blant asylsøkere i Norge og EU – en komparativ studie», forelå 10. august 2009. Det ble tatt kontakt med helsepersonell ved transitt mottak, og med helsepersonell engasjert i arbeid med asylsøkere også utenfor Oslo. Helsepersonell ble kontaktet med en forespørsel om å formidle informasjon om prosjektet til mulige informanter og bidra til at avtaler mellom informanter og intervjuer kunne gjøres. Siden prosjektet har sårbarhet som tema var det gitt munt-



lig beskjed til helsepersonell at det var ønske om å snakke med personer som kunne befinne seg i gruppen sårbare asylsøkere eller personer med spesielle behov. Det ble presisert at det var ønske om å komme i kontakt med personer som kunne ha erfaringer med tortur og/eller andre overgrep.

## Intervju med asylsøkere

To intervjuer ble foretatt før skriftlig tilråding forelå, men etter muntlig tilsagn var gitt fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). De øvrige ble gjennomført i perioden 15. august til 20. september. Det ble benyttet profesjonell tolk i 11 av de 13 intervjuene. To foregikk på engelsk.

I alt ble 13 personer intervjuet. Av disse var seks personer fra Afrika, tre fra Øst-Europa, tre fra Midtøsten og en fra Asia. Det var 4 kvinner og 9 menn i utvalget. Alle informanter, ble rekruttert gjennom samarbeid med helsepersonell knyttet til mottak, med unntak av to. Kontakten med dem ble etablert gjennom en frivillig organisasjon. Mens 10 av informantene var i en aktiv asylsøkende fase hadde tre av dem nylig fått opphold da de ble intervjuet. To av disse var blitt rekruttert gjennom helsepersonell som hadde hatt kontakt med dem fra den tiden de hadde vært i mottak og en gjennom frivillig organisasjon. To av de intervjuede hadde ennå ikke vært til asylintervju da forskningsintervjuet fant sted. De øvrige hadde vært både til politiintervju, asylintervju og helsekontroll. I alt var det tre av de intervjuede som ikke hadde levert egenerklæring. En av disse hadde fått beskjed om at det ikke var aktuelt på grunn av manglende skriveferdigheter, den andre sa at han ikke var blitt informert om at dette skulle skje, og den tredje skulle gjøre det.

Alle informantene ble presentert for prosjektets målsetting og ide, og det ble orientert kort om forskerens egen bakgrunn og interesse. Informantene ble spurt om de godtok tolken. Tolkeregler ble presentert i alle intervjuene, taushetsplikten ble understreket og det ble særlig vektlagt at denne informasjonen kun skulle brukes til å analysere og forstå deres opplevelse av asylprosessen, ikke oversendes videre til andre instanser, inkludert UDI. Retten til å trekke seg ble forklart og videre at det ikke dreide seg om noe behandlingssamtale, men at, dersom det viste seg nødvendig, kunne muligheter for nødvendig oppfølging etterpå tas opp på slutten av intervjuet. Informantene ble også forelagt erklæringen om samtykke. Denne ble lest opp av intervjuer og deretter tolket. Intervjuene varte fra ca 45 minutter til to timer.

## Om undersøkelsen

Data på grunnlag av intervjuemateriale med de 13 informantene vil bli presentert under ett, det vil si det lages ikke noe skille mellom informanter som stadig var asylsøkere og de som ikke lenger var det på det tidspunkt de ble intervjuet. Bakgrunnen for dette var at hovedinteressen i undersøkelsen var å få et innblikk i informantenes egne opplevelser av intervjuer og samtaler underveis i prosessen, med særlig fokus på deres muligheter til å rapportere om og eventuelt få undersøkt ulike former for problemer i tilknytning til mulig sårbarhet. Det ble presisert i intervjuene at det ikke først og fremst var de innholdsmessige historiene om hva de eventuelt hadde opplevd som var det primære, men deres vurderinger og erfaringer med henblikk på muligheter med å komme frem med informasjon om vanskelige erfaringer og spesielle behov, både under intervjuene og i tilknytning til helseundersøkelser. Det ble fremholdt at oppmerksomheten i intervjuene skulle knyttes til deres opplevelse av å bli møtt på en måte som gjorde det mulig eller vanskelig å fortelle også om sensitive temaer.

Materialet ble analysert med særlig henblikk på å tydeliggjøre ulikheter i overgrepserfaringer og andre sårbarhetsforhold, videre om informantene hadde med seg informasjon om sykdom eller overgrep ved ankomst til Norge, og/eller om de hadde fått presentert informasjon om sin opplevelse eller vurdering av sårbarhet eller spesielle behov ved de ulike intervjuene og den videre behandlingen. Viktig var også å få tak i hva slags forventninger informantene hadde til det som skulle skje videre og hva slags bekymringer de satt med. Presentasjonen sammenfatter og systematiserer det informantene faktisk forteller og det gjøres ingen vurderinger av sannsynlighet eller troverdighet.

## Erfaringer om overgrep

Av de 13 som ble intervjuet var det tre personer som ikke hadde vært utsatt for direkte overgrep, men alle hadde befunnet seg i sosialt vanskelige og utrygge situasjoner. Et par understreket at det vanskeligste var at de hadde følt seg temmelig alene og utsatt i verden. To av dem hadde flyktet fordi de fryktet forfølgelse, og den tredje hadde forlatt landet av andre grunner, men fryktet represalier ved eventuell retur. To av informantene ble intervjuet sammen etter eget ønske. Det dreide seg om et ektepar. I løpet av samtalen ble det stadig indirekte henvist til erfart overgrep i forbindelse med den ene av de to, og trusler vis av vis den andre. Men dette ble ikke utdypet i samtalen og de henviste til at de hadde fått sagt det de ønsket å si i asylintervjuet. Det var derfor ikke aktuelt å be om ytterligere informasjon. Det viktigste å få frem i intervjuet var nettopp knyttet til det at de opplevde at de hadde sagt det de ville si og at de hadde opplevd seg godt tatt i mot og møtt i hele mottaksfasen.

De 8 andre fortalte om ulike former for overgrepserfaringer, her presentert i 4 kategorier.

- Frihetsberøvelse og tortur
- Voldtekt og seksuell tortur over tid
- Krig og krigsskade
- Trusler og mishandling av en selv og nær familie, men uten frihetsberøvelse

Fire personer (alle menn) hadde vært fengslet og torturert i forbindelse med fangenskap. Av disse viste tre av dem til pågående, og til dels omfattende problemer som følge av tortur. To hadde oppsøkt helsepersonell forut for flukt og en hadde i sin besittelse legedokumentasjon på skade forut for å ha forlatt landet. Den fjerde beskrev problemer etter overgrepene men ikke i samme omfang som de andre.

To kvinner hadde vært utsatt for systematisk seksuell overgrep over lengre tid av personer i øvrighetsposisjon. De hadde begge vært utsatt for trusler og sterke begrensninger i sine liv på grunn av frykt, skader og manglende muligheter til å komme seg vekk. Det lyktes for begge til slutt å unnsnippe, men begge to, på ulike måter viste til omfattende skader både psykisk og fysisk, den ene i form av konstante smerter i kroppen, den andre i form av en medisinsk tilstand som senere var blitt diagnostisert i Norge.

Krigserfaringer og krigsskade ble beskrevet av en kvinne fra et land i Afrika. Hun hadde vært soldat i aktiv krigstjeneste over lengre tid med de erfaringer det medførte, både indirekte, og direkte i form av skudd skader osv. Hun viste til flere skuddskader på kroppen og vedvarende smertetilstand.

En mann med afrikansk bakgrunn fortalte om trusler mot seg selv og nær familie og erfaring med at nær familie var blitt bortført med trusler om at det var ham de var ute etter. Det var i forbindelse med denne saken han selv ble utsatt for slag og trusler, som medførte et stygt fall. Han beskrev skader etter dette i tillegg til den psykiske belastningen dette hadde vært, men han hadde aldri vært utsatt for frihetsberøvelse.

## Presentasjon av sårbarhet og spesielle behov

Av de 13 informantene så svarte 5 at de ikke hadde fortalt om sårbarhet eller andre former for behov i tilknytning til de intervjuene og undersøkelsen de hadde vært gjennom så langt. Av disse var det 3 som ikke hadde noe spesielt å berette innen denne kategorien, men det var også to som hadde grove overgrepshistorier. Begge disse ventet på selve asylintervjuet, men hadde vært til helseundersøkelse uten at de hadde vært i stand til eller funnet det naturlig å si noe om de plagene de hadde. To av informantene opplevde at de hadde fått sagt det de hadde behov for, men viste til at det ikke var så lett å fortelle alt, men at dette hadde med deres egen stolthet og kultur å gjøre. De hadde kunnet si noe dersom de hadde ønsket å si mer.

Det var altså åtte av informantene som beskrev omfattende erfaringer med overgrep, dvs. tortur over tid og seksuelle overgrep. Av disse var det fire som fortalte at de ikke hadde fått snakket om eller blitt spurt om slike erfaringer verken i intervjuene eller i forbindelse med helsekontrollene. Det var først på et senere tidspunkt i prosessen at de hadde fått anledning til å si noe om det de hadde vært utsatt for. Til tross for at tre av disse hadde fått opphold på intervju tidspunktet, forklarte de at de i lange perioder ikke var blitt fanget opp med de behovene de hadde. Den fjerde av disse ventet på svar på anke. For 3 av disse 4 gjaldt det at sårbarhet først var blitt utredet og dokumentert etter første avslag på asylsøknaden.

Tre informanter fortalte at de hadde vist til skader (krigsskader og slagskader) både under intervjuene og i løpet av helsekontroller men at det ikke var blitt fulgt opp med videre undersøkelser verken av medisinsk eller psykologisk art.

### Intervjuer hos politiet (PU)

Til spørsmålet om hvordan intervjuene ble opplevd, både hos politiet og senere i UDI, beskrev flere at de hadde opplevd politiintervjuet som problematisk. Oppholdet ved Politiets utlendingsenhet ble av mange beskrevet som vanskelig, og flere beskrev forhold som kan tolkes som dårlige behandling, både rent fysisk og i tilknytning til intervjuet.

«Den første fra politiet som intervjuet meg var dame, med fotball-t-skjorte. Hun var veldig aggressiv» (mannlig informant)

«Mitt første møte med norsk politi var et sjokk. Jeg hadde forventet noe helt annet da jeg kom til Norge. Han var i uniform. Jeg følte meg veldig dårlig behandlet. Men jeg klaget og så kom en annen etter en dag. Det var helt annerledes. Opplevde de to situasjonene veldig forskjellig, men tolken var den samme» (mannlig informant).

Andre pekte på mangelfulle sider ved selve oppholdet i forbindelse med venting, vanskelig å sove osv., men vurderte selve intervjuet som tilfredsstillende og respektfullt. Ingen av informantene beskrev at de hadde fått sagt noe på dette tidspunkt vedrørende sårbarhet eller spesielle behov.

### Asylintervjuet

Når det gjelder selve asylintervjuet mente de fleste at dette var en bedre situasjon, preget av tid og ro. Men et par mente at tolkene ofte kunne bli litt styrende med hensyn til samtalen og at det fremsto som en stressende faktor. Men i hovedsak ble selve intervjuet positivt beskrevet. Men av flere ble det påpekt at når de prøvde å komme inn på overgrepserfaringer ble dette i liten grad fulgt opp. To av informantene beskrev hvordan intervjuene hadde fokusert mye på detaljer og enkeltheter i historien, på bekostning av det de mente var viktig om deres egne erfaringer i tilknytning til overgrep osv. En av informantene fortalte at hun ikke ønsket å si noe om overgrep fordi hun ikke var sikker på om asyl intervjuet var konfidensielt eller om det skulle rapporteres tilbake til hjemlandet. Hun fikk senere anledning til å intervjues igjen.

Flere mente altså i ettertid at de hadde referert til overgrepserfaringer under asylintervjuet, hadde opplevelse av at det verken ble registrert eller fulgt opp med videre spørsmål. Ingen kunne erindre at de ble spurt om de slet med ettervirkninger av noen art etter overgrep og tortur.

«De spurte ikke etter tortur eller overgrepserfaringer, nei det var på mitt initiativ det skjedde. Og da jeg leste rapporten fant jeg at dette var beskrevet feil. De var mer opptatt av kristendommen og hvem jeg hadde kontakt med» (kvinnelig informant)

«Selv om jeg hadde med meg bilder og dokumenter på at jeg var blitt torturert spurte de ikke noe mer om dette» (mannlig informant)

Opplevelsen blant noen av informantene var at denne form for informasjon nok ble notert men gjennomgående at det var liten oppmerksomhet rundt slike hendelser, og lite oppfølging av tema i intervjuene. Men en av informantene berettet følgende:

«Jeg snakket mye om det jeg opplevde, og de spurte etter synlige og ytre skader, noe jeg ikke har. Jeg fortalte om de indre skadene og min bekymring, og også det at en lege fra hjemlandet har dokumentert skade på nyre og ødelagte virvler i ryggen. Da sa de at jeg burde ta kontakt med en frivillig organisasjon og søke hjelp til å få lege og legerapport» (mannlig informant)

«Jeg hadde god tid i løpet av intervjuet, ble møtt med respekt og fikk anledning til å bli hørt. Jeg fortalte om det politiet gjorde med meg i hjemlandet, men dette ble ikke fulgt opp noe etterpå» (mannlig informant)

De som hadde opplevelsen av at de hadde fått sagt noe, eller i hvert fall referert til, historier om overgrep, fortalte at det ikke kom frem forslag om videre utredning eller helsehjelp. Den gangen dette konkret ble foreslått så var det en konkret frivillig organisasjon som ble nevnt.

### Helseundersøkelsen

Alle informantene hadde veldig klart for seg at de hadde vært til helseundersøkelse i en tidlig fase. De refererte til røntgenbilde og blodprøve, og noen snakket om at de hadde fått vaksine. De aller fleste opplevde helsekontrollen som uproblematisk, og som en god situasjon som vitnet om ivaretagelse. Særlig dette med TB-kontroll og informasjon i tilknytning til dette virket positivt. Men mange viste til at undersøkelsen ble litt for kort og preget av liten tid. Flere refererte til at de synes det var vanskelig å bruke tid på problemer utover de spørsmålene som var i fokus. Noen var usikre på hvordan de skulle bruke en slik undersøkelse og andre refererte til at de av tidsmessige grunner ikke ønsket å belaste noen med sine historier eller plager. Gjennomgående ble undersøkelsen referert til som en god situasjon.

«Ja vi ble behandlet som vi var barna deres – veldig godt behandlet. Og på helsesjekken ble jeg i tillegg til røntgen av brystet spurt om funksjonslidelser, om sykdommer og om psykiske problemer».

Selv om mange beskrev slike positive erfaringer var det nok slik at de fleste opplevde det som vanskelig å bruke tid å gå i dybden på problemer. Noen viste til at de hadde nevnt plager ved første helsekontroll og en var blitt videre sendt til lege på grunn av skader, og var tatt imot til videre utredning der. Men det var ikke skrevet noe som eventuelt kunne beskrive eller dokumentere skader med utgangspunkt i disse legeundersøkelsene. En av informantene viste til at det hadde vært vanskelig å si noe om det hun opplevde som problematisk fordi hun opplevde tolken som utålmodig og styrende.

Noen av informantene fortalte at de selv hadde tatt opp problemer i forbindelse med helse etter tortur og overgrep. En beskrev at han var blitt lyttet til og fått råd og han hadde ikke hatt noen særlige behov utover dette. En annen beskrev at han hadde vist til flere omfattende skader etter tortur, men at dette ikke hadde ført til videre henvisning. Først etter en tid i mottak hadde lege henvist ham til spesialist på grunn av torturskader, men lite hadde skjedd etter dette. På intervju tidspunkt hadde han fått opphold men ennå ikke vært til videre undersøkelse for de skadene legen hadde sett på.

«Jeg fortalte om tannproblemene mine, og særlig kjeve smerten, videre at jeg har fått redusert hørsel og PTSD. Jeg hadde jo også med meg legeerklæringer om tortur fra hjemlandet og bilder. Ikke på noe tidspunkt ble jeg spurt noe mer om disse symptomene og traumatiske erfaringer. Og det ble ikke fulgt opp med lege før senere» (mannlig informant).

«Både til politiet og i intervjuet fortalte jeg om skadene jeg fikk i krigen. Jeg tok også opp dette på helsekontrollen og de henviste meg til lege. Der fikk jeg antibiotika» (kvinnelig informant).

Informanten hadde vært et par ganger hos legen for skadene men det var ikke skrevet noen rapport eller lignende som beskrev disse.

En annen forteller at han var til helseundersøkelse og synes det var greit nok, men ble ikke spurt om symptomer eller erfaringer i tilknytning til tortur.

«Jeg er mann, og jeg er stolt. Jeg ville ikke bruke den lille tiden på å begynne å klage og fortelle» (mannlig informant)

«Jeg hadde fortalt på intervju hva som hadde skjedd med meg men jeg ble ikke spurt om helseproblemer eller overgrepserfaringer da jeg var til undersøkelse» (mannlig informant)

### Egenerklæringen

Det varierte veldig hva informantene synes de hadde fått sagt i egenerklæringen. Flere av informantene hadde ikke skrevet den. En hadde sluppet på grunn av manglende lese- og skriveferdigheter, en hadde sagt at han ikke kunne skrive sitt morsmål og ønsket ikke å skrive på det skriftspråket han faktisk kunne, en hadde aldri blitt bedt om det, og en skulle gjøre det. Men av dem som hadde skrevet egenerklæring var det delte meninger både om hvordan disse var blitt brukt, hvordan de selv hadde opplevd de kunne bruke dem og hvordan de opplevde dette i ettertid.

To av informantene mente at de hadde gitt uttrykk for mye av det de hadde vært utsatt for i den skriftlige erklæringen, men at dette ikke var blitt fulgt opp i intervjuet. Det undret de seg over. En av dem viste til at den egenerklæringen han hadde skrevet og levert inn før intervjuet ikke var blitt lest. Han stusset over at den voldsomme historien han hadde beskrevet ikke ble referert til eller spurt om i intervjuet. Da han senere ble innkalt en gang til, var erklæringen lest men det var ingen interesse mente han, for det han hadde skrevet om overgrep og tortur.

En av kvinnene hadde unnlatt å skrive om det som var det mest problematiske og dette forklarte hun hadde å gjøre med at hun var redd for hvordan denne informasjonen ville bli brukt og at det var så skambelagt det hun hadde opplevd. En annen kvinnene som ikke kunne lese eller skrive hadde ikke

kommet frem med traumehistorien før det var gått lang tid, og da skjedde dette i samtale med psykolog. Men på grunnlag av dette fikk hun anledning til å komme til nytt asylintervju og ble tilbudt helsemessig oppfølging. En tredje kvinne skulle skrive egenmelding men hun var langt fra sikker om hun hadde mot til å skrive om de langvarige overgrepene hun hadde vært utsatt for. Det ville kanskje bli lettere hos helsetjenesten, mente hun.

## NOAS

De fleste viste til at de opplevde informasjonen fra NOAS som bra. De beskrev at de i forbindelse med samtalene med NOAS representanter hadde fått beskjed om at det var viktig at de fortalte så mye de kunne om hva de hadde opplevd. Noen viste til at de var usikre på om de klarte dette og andre følte at det ikke var tid og anledning til dette og andre igjen at det spilte ingen rolle fordi de opplevde at dette ikke ble registrert eller kommunisert videre. Med andre ord, de syntes ikke de orket å fortelle hvis det ikke ville få noen konsekvenser.

## Tiden i mottak

Flere beskrev at de ikke hadde klart å formidle viktig informasjon om sårbarhet, slik som overgrepserfaringer, psykiske problemer osv. før senere i prosessen. En kvinne som hadde slitt lenge med det hun hadde opplevd, hadde i en ny helseundersøkelse antydnet at hun var sterkt plaget, men uten å måtte fortelle alt. Da ble hun henvis til helsesøster ved et annet mottak og der gikk hun og snakket. Det var første gang hun hadde fortalt noe om det som var skjedd. Da hun ble flyttet et annet sted ble denne informasjonen om sårbarhet sannsynlig ikke videreført for det var først etter at avslaget kom at hun igjen ble henvist til helsepersonell og saken kom for dagen igjen, dvs. både hennes beskyttelsesbehov og hennes meget utsatte helsemessige situasjon. Hun ble innvilget opphold og tilbud om regelmessig psykologbistand.

Flere av informantene med fysiske skader etter tortur etterlyste undersøkelser, utredninger og oppfølginger. Tre av dem som hadde vært utsatt for tortur over tid beskrev hvordan de ved ulike anledninger var blitt møtt av helsepersonell og mye velvillighet i forhold til undersøkelse, smertelindring og videre oppfølging, men i flere av disse tilfellene skjedde det aldri noe mer. Og når de flyttet til annet mottak var det ofte som å begynne på nytt.

«Helsesøster på mottak sendte meg til legen slik at jeg kunne beskrive mine problemer med vannlating og smerte i nyrene. Jeg sa til legen at det var etter tortur men jeg fikk Paracet og ingenting mer skjedde» (mannlig informant)



En hadde beskrevet sine problemer ved flere anledninger og hadde vært hos lege hver gang han kom et nytt sted, men det skjedde ikke noe mer. Han beskrev at han hadde omfattende smerter som plaget ham meste parten av tiden.

«Til tross for at jeg sa at jeg var blitt torturert skjedde det ikke noe. Til slutt ble jeg henvist til spesialist, blant annet skulle jeg vært på CT på grunn av skader. Men det har jeg ikke hatt råd til, verken det eller flere legebesøk. Etter at jeg fikk opphold og flyttet til en kommune har jeg fått hjelp med å få mer regelmessig helsehjelp på plass». (mannlig informant)

Noen informanter fortalte at det var en stund både etter helseundersøkelse og etter intervjuene at de kunne fortelle om det som hadde skjedd. Personalet var gode å snakke med. I ett tilfelle var historier blitt presentert i forbindelse med gruppeaktiviteter som mottaket organiserte sammen med frivillige organisasjoner. Da forsto personalet det som var skjedd, men det var uklart hvordan slik informasjon ville bli håndtert videre.

Et par av informantene satt med problemer som de ennå ikke hadde snakket om med noen i Norge. I intervjuene var det to som valgte å snakke mer konkret om sine torturerfaringer. I de tilfellene drøftet jeg hvordan de kunne be om assistanse på mottaket, eventuelt om de ønsket mitt bidrag til å si fra.

## Drøfting og refleksjon

Det var gjennomgående forbausende uproblematisk å få tak i personer som ønsket å la seg bli intervjuet. De ble grundig informert både om at intervjuet var konfidensielt og at det ikke ville ha noen som helst innvirkning på selve asylprosessen. Blant annet var intervjuer tydelig på at det ikke ble oppbevart noen navn og at det derfor var ønske om muntlig samtykke. Alle ble oppfordret til å stille spørsmål om det var noe de lurte på når det gjaldt undersøkelsen, og de ble forvisset om at de når som helst kunne trekke seg. De fleste intervjuene ble foretatt med tolk og de fikk anledning til å godta eller avslå tolken.

Et hovedfunn fra undersøkelsen var at den enkelte asylsøker hadde opplevd tidspress og det de beskrev som stress i situasjonene både i intervju og i helseundersøkelsen. Selv om de beskrev behandlingen som respektfull og ordentlig ved begge disse anledninger var det flere som pekte på at det var vanskelig å forfølge vanskelige saker under intervjuet. Blant annet var det noen som hadde hatt noe de ønsket å vise, men ikke fått det til. Mens noen sa at de ikke ønsket å gå i detalj om vanskelige saker, spesielt hvis det ikke ble direkte spurt om det, sa andre at de følte at det var vanskelig å bringe det frem, selv om de hadde ønsket det.

Det er viktig å understreke at ingen følte seg «overkjørt» i asylintervjuet, mens flere beskrev dette fra intervjuet med PU, og mens de sitter med tanker

om å ha formidlet mye og viktige ting i asylintervjuet, var det stor usikkerhet med hensyn til hva de hadde fått sagt til politiet, selv om ikke alle opplevde dette som like vanskelig. Det er rimelig å trekke inn her at dette representerer det første møte med en helt ny situasjon, og der også de fysiske forholdene og rammevilkårene generelt kan bidra til usikkerhet i situasjonen.

Med hensyn til helsekontrollen ble altså denne beskrevet som bra og til-litsvekkende, men en situasjon som var preget av at noe skulle gjennomføres, nemlig TBC, og de opplevd lite ro og anledning til å si noe mer. Det var også noe usikkerhet knyttet til hvordan denne helsekontrollen kunne benyttes. Det var noen som refererte til at de hadde vist til andre problemer under helsekontrollen og ved et par anledninger var de blitt henvist videre. Men de fleste opplevde ikke at de fikk sagt så mye annet, og de fleste kunne ikke erindre at de var blitt spurt om det var problemer i tilknytning til ulike overgrep eller traumatiske erfaringer.

De fleste som hadde fått meldt fra om dette hadde snakket om slike problemer senere på mottaket, og noen hadde da vært tilbake til helseundersøkelser, mens andre hadde fått beskjed om å vente til de kom til ordinært mottak.

Disse erfaringene, selv om de er begrenset i antall og omfang, kan være en indikasjon på at noe kan gjøres bedre og mer systematisk. Det gjelder for det første muligheten til å dvele litt mer med overgrepserfaringer når dette kommer frem i asylintervjuet, og det direkte å kunne tilby videre utredninger av dette med tanke både på hjelp og på dokumentasjon. Også andre former for potensiell sårbarhet synes å kunne fortjene litt større plass i intervjuet, og muliggjøre oppfølging fra annet hold ved avslutningen. Til tross for at helseundersøkelsene ble opplevd som gode var nok også tidspresset en alvorlig hemsko her. All erfaring og kunnskap om mennesker med ulike former for traumeerfaringer, ikke minst der det også er knyttet til alvorlig krenkelse og skam, krever tid, ro og en visshet om at en kan fortsette å snakke senere, hvis behov (Varvin, 2003, 2008; Sveaass, 2000; Sveaass & Johansen, 2006).

Det virket som om at spørsmålene som er foreslått i Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2003 i liten grad ble benyttet. Her er det selvsagt en veldig stor avveining om hvorvidt en skal kartlegge traumatiske erfaringer hvis en ikke kan gå videre med hensyn til utredning og tiltak. Men den eksisterende veilederen inneholder også forslag til spørsmål vedrørende symptomer på stressbelastninger. Disse kan kanskje gjøre det lettere for folk å beskrive sin aktuelle helsesituasjon og eventuelle psykiske og fysiske symptomer på at de har vært utsatt for ekstreme belastninger. Det vil også kunne gi grunnlag for videre henvisning og utredning. Det betyr at en avklaring av symptomer og reaksjoner kan danne grunnlaget for videre vurdering av sårbarhet, dersom den enkelte samtykker.

De fleste opplevde også at de kunne komme med sine problemer til de ansatte på mottakene men at det ikke alltid var klart hva som videre ville skje. En del hadde vært hos lege, som tidligere beskrevet, men uten at det ble fore-

tatt utredninger av eventuelle skader. For de fleste ble det gitt beskjed om at de ville kunne få en bedre og grundigere utredning senere, enten i mottak eller ved eventuell bosetting.

Fra samtaler med ansatte ved mottak ble det også bekreftet at i perioder var helseundersøkelsen preget av tidsnød, og at personer som senere har fortalt om problemer unnlater ofte å gjøre det både ved første og eventuelt andre helseundersøkelse. Der problemer blir beskrevet, vil muligheten for videre oppfølging være veldig forskjellig. Mens alvorlig psykiske forstyrrelser og somatiske problemer relativt lett lar seg videre henviser, så synes en del andre, først og fremst ikke-psykotiske tilstander være langt vanskeligere. En styrke er at det finnes mottak, også i transitt som kan ta imot mennesker som er under spesielt behandlingsregime, og personer som trenger ekstra psykisk helse tilsyn. Men viderehenvisning til psykisk helsevern, for personer med depressive eller angstpregete tilstander, inkludert posttraumatisk stress forstyrrelse, ble gjennomgående beskrevet som meget vanskelig, til tross for at dette både var blitt godt observert og registrert i det enkelte mottak, også i transitt.

---

## Diskusjon og funn

Det er ingen enkel oppgave å identifisere, organisere og følge opp asylsøkere som er sårbare og har spesielle behov. Det gjøres allerede et utbredt arbeid med dette i Norge og i de andre landene i undersøkelsen. De nasjonale løsningene man har funnet er ulike. Et felles normativt rammeverk vil kunne føre EU-landene i samme retning. Dette bør kunne få konsekvenser for norsk utvikling på feltet. Slik den norske studien viser er norsk lovgivning på etter-skudd med hensyn til mottaksforhold, og i særdeleshet med henblikk på sårbarhetsvurderinger.

I arbeidet med å utforme og forbedre nasjonal praksis når det gjelder sårbare asylsøkere og asylsøkere med spesielle behov, er det en serie spørsmål som må drøftes og avklares. I dette kapitlet tar vi for oss følgende:

- Et første spørsmål gjelder lovgivning om mottaksforhold med særlig henblikk på sårbare asylsøkere.
- Et neste spørsmål gjelder gjennomføring i praksis av identifisering av sårbare asylsøkere, herunder at identifiseringen bør finne sted rimelig raskt, men at muligheten må være kontinuerlig.
- Et tredje spørsmål gjelder informasjonsutveksling om sårbare asylsøkere mellom dem som behandler asylsøknaden, mottaksansvarlige og helsevesenet.
- Et fjerde punkt gjelder spørsmålet om sårbarhetens rolle i asylsaksbehandlingen, med vekt på betydningen av helsedokumentasjon
- Avslutningsvis gis en oversikt over hvordan de norske løsningene står i forhold til de andre landene som er studert.

## Lovgivning om mottak og sårbarhet

I kapittel 2 er det gjort rede for at verken utlendingsloven eller andre lovbestemmelser gir adekvat styringsverktøy for mottaksforhold i asylsøkerperioden. Heller ikke mengden av andre retningslinjer, instruksjoner osv. ivaretar behovet for klarhet. Det betyr at når det gjelder sårbare asylsøkere som denne studien omhandler, er det store mangler. EUs Mottaksdirektiv og de endringer som med all sannsynlighet, vil komme vil kunne være viktige eksempler for norsk lovgivning på dette området. Norge har en unik mulighet til å lære av europeiske initiativ og ikke minst av de mangler som er blitt avdekket i evalueringsprosessen. Det vises her både til Odysseus studien fra 2007 og den som ferdigstilles i 2010.

Det er viktig å lovregulere at det skal etableres en identifiseringsprosedyre slik at sårbare asylsøkere så tidlig som mulig blir oppdaget, samtidig som muligheten til også senere å kunne komme frem med særskilte behov er tilstede. Definisjonen av hvem som skal omfattes må også avklares nærmere. Slik studien viser er det en rekke ulike faktorer som må tas hensyn til. Blant annet dreier sårbarhet seg om en rekke ulike former, eller rettere, forhold ved den enkelte som kan bidra til sårbarhet. Noen av disse forholdene vil være synlige (slik som fysiske funksjonshemninger og i noen tilfeller også psykisk funksjonshemming) eller registrerbar på bakgrunn av enkle opplysninger (slik som alder). Andre vil kreve noe mer direkte men forholdsvis enkle tiltak for identifisering (for eksempel graviditet, TB, og enkelte former for kroniske sykdommer). Derimot vil forhold som angår sosial sårbarhet, slik som at de mindreårige er alene, personer under trussel på grunn av menneskehandel osv., være eksempler på sårbarhet som krever noe mer kartlegging for å fastslå, inkludert intervju. Det vanskeligste vil dreie seg om identifisering av forhold som kan være forbundet med fare, skam, ydmykelse, sterk smerte, ekstreme og vanskelig beskrivbare hendelser som kan ha ført til traumerelaterte reaksjoner og problemer. Blant slike sårbarhetsaspekter er det naturlig å ta med ofre for tortur, annen grov vold, voldtekt og ulike former for seksuell vold, mentale lidelser, ofre for menneskehandel, kjønnslemlestelse og tvangsgifte. Seksuell legning vil i noen tilfelle kunne regnes som en sårbarhets kategori, som kan være både lett og vanskelig å identifisere.

## Identifisering i Norge

Det finnes mange anledninger til å oppdage sårbarhet og spesielle behov hos asylsøkere i Norge, men som beskrevet i det foregående finnes det ingen systematiske retningslinjer for hvordan identifisering skal gjennomføres, hvem som skal identifiseres eller hvilke følger dette skal ha for helsemessig oppfølging så vel som for selve asylsaken. I praksis betyr dette, som undersøkelsen viser til, at det foreligger store muligheter for at personer som kan beskrives som sårbare, ikke fanges opp av systemet, eventuelt at de først fanges opp på et senere tidspunkt. Det vil særlig kunne gjelde den form for sårbarhet som kan være vanskelig å oppdage, for eksempel skader forårsaket av tortur eller andre former for fysisk, psykisk og seksualisert vold. Tidlig identifisering av slike forhold vil kunne ha betydning for videre muligheter til å utrede og dokumentere slike skader. Det gjelder både for psykiske og fysiske følgetilstander.

I undersøkelsen fremgikk det blant annet at flere av de intervjuede asylsøkerne ikke var blitt spurt om eller gitt anledning til å formidle erfaringer av traumatisk karakter. For et par gjaldt det også at helsemessig utredning av følger av tortur og overgrep først hadde funnet sted i forbindelse med ankesaken. Også på bakgrunn av informasjon fra helsepersonell knyttet til mottak og helsetjenesten generelt ble det rapportert at personer ofte ikke får tilstrekkelig anledning til å presentere eller bli fulgt opp når det gjelder sårbarhet, i særdeleshet skader og plager i tilknytning til overgrep og tortur. Det synes også å være veldig forskjellig praksis hva angår bruken av spørsmål eller punkter til samtaler vedrørende traumer og overgrep slik disse foreligger i Veilederen om helsetjenester (Sosial- og Helsedirektoratet 2010). Videre blir det vist til at selv der dette faktisk fanges opp, er mulighetene for videre utredning, for eksempel rettsmedisinske undersøkelser, meget begrenset og vanskelig tilgjengelig. Og sist men ikke minst, også der slike helseopplysninger finnes er det uklart hvordan disse kommuniseres videre i systemet og hvilke konsekvenser disse vil kunne ha for videre saksbehandling av asylsøknaden.

Samtidig må det også understrekes at dette ofte dreier seg om meget sensitive temaer der det fra den enkeltes asylsøkers side vil være temaer det er vanskelig å snakke med noen om, kombinert med redsel for at slik informasjon kommer på avveie.

På grunnlag av undersøkelsen vil vi vise til viktigheten av å hente inspirasjon fra de øvrige landene som inngår i dette prosjektet, samt foreslå at Istanbul protokollen (UN Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, UNHCHR 2001, Vloeberg 2007) om dokumentasjon av skader etter tortur og umenneskelig behandling innarbeides i rutinene, slik dette fremkommer Norges rapport til Menneskerettighetsrådet (Utenriksdepartementet, september 2009:22), med spesiell referanse til innarbeiding av Istanbul protokollen, samt

i anbefalinger fra NOAS (2010) og i forslag til endringer i tilleggsbestemmelsene i EUs prosedyredirektiv. Disse punktene vil bli diskutert i de senere avsnittene.

### Utvikling og styrking

Veilederen for helsetjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2010) er og vil med den nye utgaven fortsette å være en sentral ressurs når det gjelder retningslinjer for ytelse og rettigheter, samtidig som den styrker oppmerksomheten på sårbarhet og spesielle behov. Det betyr at det i prinsippet er mange sammenhenger der identifisering er mulig, og den er også mulig over tid.

Problemene synes å være knyttet både til uklare retningslinjer om hva det skal sees etter og legges merke til og deretter til hva som skal og kan gjøres og om det faktisk finnes muligheter for oppfølging, enten dette er knyttet til videre utredning eller tiltak. Observasjonene som gjøres gjennom de ulike møtene er ofte generelle og det er ingen klare rutiner på hvordan inf. Helsekontrollene skal romme de obligatoriske og lovpålagte undersøkelsene, nemlig TB-kontrollen, men utover dette foreligger det ikke klare retningslinjer for videre undersøkelser, og det er da opp til den enkelte asylsøker og den enkelte helsearbeider å utvide observasjons- og informasjonsgrunnlaget. Mange steder gjøres dette, mange steder blir det veldig avkortet den tiden som finnes til undersøkelse. Det innebærer at den enkelte ikke spørres aktivt, uklare meldinger fra asylsøkeren blir ikke nødvendigvis utforsket videre og noen opplever at tidspresset gjør det vanskelig å komme frem med informasjon.

Det foreligger altså ikke noe tilstrekkelig klart mandat når det gjelder aktivt å fange opp slike problemer og dermed vil det ofte bero på tilfeldigheter at noe legges merke til, fremmes, og så beskrives. Det neste er at det er usikkert hva som skal og kan skje videre når sårbarhet fanges opp. Det er for eksempel lite system rundt undersøkelse og dokumentasjon av skader på kroppen som kanskje kan settes i sammenheng med tortur. Der slike fremvises blir det ofte vist til videre undersøkelser som kan finne sted i ordinære mottak. Her ville ekspert kunnskap vært meget nyttig for å kunne gjøre en god rettsmedisinsk utredning og gjerne på et tidlig tidspunkt. Dette innebærer også at en risikerer å miste viktig informasjon til selve asylsaken.

Mye av det som registreres som sårbarhetskriterier er knyttet til opplevelser som sees på som skambelagte eller også som truende i den forstand at andre kan settes i fare hvis en forteller. Dette gjelder særlig personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, og som vegrer seg når det gjelder å fortelle om dette, selv om det i mange tilfeller ville vært nyttig med videre undersøkelser av mennesker med slike erfaringer.

Ett viktig ledd i prosessen som kan utvikles videre er håndteringen av informasjon om overgrep i asylintervjuet. Som det ble beskrevet fra Polen stopper intervjuet opp når en kommer til slike beskrivelser og det sikres at perso-

nen får tilgang til å snakke med helsepersonell om dette kort etter. Det betyr at det legges inn tid i intervjuet til å snakke om dette for videre oppfølging. Dette krever at det er et system til å gjøre dette, og at det skjer kort etter intervjuet. Videre er det mange asylsøkere som opplever at de får kommet frem med eller at det ikke blir spurt om erklæringer eller annen informasjon som de bringer med seg. Noen har helseattester fra behandling etter tortur og mishandling allerede i hjemlandet. Andre ønsker utredning i Norge med tanke på å underbygge sine historier. Det er av stor betydning at spørsmålet i intervjuet om man har vært utsatt for tortur, gis tid og oppmerksomhet, at personen får anledning til å si noe om dette og at intervjuer ikke beveger seg for fort videre til neste tema.

### Legge til rette for identifisering

Det er ingen tvil om at det er både fordeler og ulemper ved den norske modellen. Det er fleksibilitet i systemet, og det er åpenhet for å fortelle om problemer på et senere tidspunkt da tillit og ro kan være noe bedre etablert. Men det mangler en god del på bevissthet og kanskje også kompetanse når det gjelder systematisk bruk av eksisterende retningslinjer, slik som for eksempel den allerede omtalte veileder i helsetjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2010).

Tidligere i rapporten har det vært vist til metoder for kartlegging. Det har mange ganger vært stilt spørsmål om hvorvidt alle asylsøkere skal gjennomgå en screening med tanke på psykisk helse og det utvalget som ble nedsatt i 2004 for å drøfte mulige screeningsinstrumenter konkluderte klart at «det ikke er etisk forsvarlig å avdekke lidelser ved en screeningprosedyre dersom det ikke er tilstrekkelig med behandlingstilbud» (Gulbrandsen et al., 2004). I rapporten heter det videre: «i dag foretas ingen systematisk kartlegging av psykisk helse hos asylsøkere, og det er usikkert hvor stort behov de har for psykiatrisk hjelp. Imidlertid har flere hendelser den siste tiden vist at det ikke fins tilstrekkelig tilbud for asylsøkere som har et erkjent behov for psykiatrisk hjelp» (op.cit.). Fagteamet som sto bak rapporten la også til grunn at det heller ikke finnes egnede screening metoder til å avdekke psykisk lidelser i denne gruppen.

En senere undersøkelse fulgte opp noe av arbeidet fra arbeidsgruppen og valgte systematisk å prøve noen av de mest kjente instrumentene for å fange opp traumatiske erfaringer og psykiske lidelse hos en gruppe asylsøkere (Jakobsen et al., 2007). I alt 83 asylsøkere, fra Midtøsten og Nord Afrika ble undersøkt med standardiserte instrumenter, og i tillegg fulgt opp med et strukturert klinisk intervju kort tid etter. Det viste seg at instrumentene ikke i tilfredsstillende grad fanget opp de problemene som var mulig å beskrive gjennom et aktivt klinisk intervju med erfarne klinikere som intervjuere. Og videre, det var store forskjeller mellom gruppene i den forstand at det var større samsvar mellom standardiserte instrumenter og diagnose i noen grupper, og



meget lite samsvar for andre grupper. I praksis ville det bety at mange problemer ville bli ikke registrert hos noen grupper, og registrert hos andre.

Forsker gruppen konkluderte blant annet med at «instrumentene som er testet i denne undersøkelsen fanger ikke i tilstrekkelig grad opp psykiske lidelser. En slik systematisk kartlegging krever dessuten tid, kunnskap, kultursensitivitet og kvalifisert personell. På bakgrunn av både denne og tidligere undersøkelser kan det være grunn til å foreslå å utvikle strukturerte kliniske samtaler bestående av standardiserte kjernespmåsmål som kan fange opp alvorlige psykiske symptomer og egenopplevd behov for helsehjelp». «Andre former for kartlegging kan også være aktuelle: observasjoner i miljøet tidlig i asylfasen og kartlegging av eventuelle torturskader» (Jakobsen et al., 2007 s. 74). Det pekes også på spesiell kompetanse som en «nødvendig forutsetning for enhver kartlegging av psykisk helse blant asylsøkere, enten det tar form av samtaler, observasjon, spørreskjema eller klinisk intervju» (s. 75). I tillegg pekes det på betydningen av kvalifiserte tolker (som) generelt sett helt avgjørende for å få til en god praksis på alle nivåer når det gjelder flyktninger og asylsøkere.

Med utgangspunkt i disse vurderingene må det settes lovpålagt krav om utvikling av et system for identifisering, og at denne identifiseringen både kan være fleksibel og gå over en viss tid, men at en sikrer seg gjennomføring. Videre må det utvikles standarder for oppfølging slik at en sikrer seg at informasjon om sårbarhet og spesielle behov ikke blir borte i prosessen og ikke blir et tema som overlates til den enkelte asylsøker alene. Med oppfølging her tenkes både på videre utredning og behandling/tiltak.

Vi har tidligere drøftet styrken i det norske systemet gjennom det at det foreligger flere ulike anledninger gjennom de ulike fasene, til å fange opp sårbarhet og spesielle behov. Vi har referert til det viktigste, først og fremst den obligatoriske helseundersøkelsen, tiden i mottak med mulighet for observasjon, videre helseundersøkelser osv., og selve asylintervjuet. Det er viktig at det utarbeides retningslinjer til hvordan sårbarhet og/eller spesielle behov kan identifiseres ulikt på de ulike punktene i prosessen, og om hvordan dette kommuniseres og følges opp videre. Følgende punkter synes å være sentrale i videreutvikling av rutiner og metoder i forbindelse med identifisering av sårbarhet:

- **Asylintervju:** Intervjuets konfidensielle karakter må formidles klart. Viktig at informasjon om tortur og liknende sårbarhet blir registrert og beskrevet og at det avklares hvordan slik informasjon eventuelt kan dokumenteres eller utredes og hvordan dette kan anvendes videre i prosessen, både i forhold til helse- og asylmyndigheter.

- **Helseundersøkelse:** Viktig med tilstrekkelig tid til å etablere tillit og bekrefte samtalens konfidensielle karakter. Være oppmerksom på skjult sårbarhet. Spørsmål om psykiske reaksjoner, muligvis traume-relaterte symptomer og reaksjoner, bør stilles basert på spørsmål fra veilederen (IS-2022), samt se etter tegn eller antydninger til tortur, overgrep. Fokus bør være på symptomer og tegn, ikke nødvendigvis på omfattende beskrivelser av hendelser i første omgang. Samtidig viktig å avklare hvordan eventuell informasjon om sårbarhet kan dokumenteres eller utredes videre og hvordan dette kan eller bør anvendes videre i prosessen, både i forhold til helse- og asylmyndigheter. Gi anledning til at personer kan komme tilbake og lav terskel til å få snakket med helsepersonell knyttet til mottak både i transitt og i ordi-nært.
- **Egenerklæring:** Det bør klargjøres om hvorvidt systemet med egen-erklæringer skal fortsette og i så fall en drøfting av hva som skal til for at en slik erklæring kan fremstå som viktig virkemiddel i arbeidet med å få frem informasjon som kan gi grunnlag for å identifisere sår-barhet og spesielle behov.
- **Observasjon i mottaket:** Det bør være personer ved mottaket som spesielt er forberedt på og innstilt på å fange opp sårbarhet der dette synes å foreligge, og at identifiseringen her er knyttet til forbedring av situasjon på mottaket, altså tilpassete forhold, oppfølging av nød-vendig helsehjelp eller tilbud om videre dokumentasjon. Alt dette for-utsetter kommunikasjon i systemet

En forutsetning for at identifisering kan finnes sted er tydeliggjøring av ruti-ner og metoder, ikke bare for å fange opp eventuelle spesielle behov eller tegn på sårbarhet, men for å sikre klarhet med henblikk på ansvar, oppfølging, iverksetting og videreformidling av informasjonen mellom de ulike nivåene. Alle deler av vil være involvert i dette. Rapporter for eksempel om tortur ba-sert på asylintervju må følges opp med nærmere helsemessig samtale og un-dersøkelse, eventuelt for å dokumentere skader. Historier om overgrep frem-kommet i helseundersøkelse må meldes inn i asylsaken med tillatelse fra ved-kommende asylsøker og kanskje forsterket med tilleggsundersøkelser. Doku-menter og bilde, eventuelt legeattester som fremlegges for mottaksansatte eller andre i systemet må på samme måte, og med vedkommendes tillatelse bringes inn i saken slik at det bidrar til å foreta vurdering av sårbarhet og sårbarhets betydning og rolle i saken. I svært mange av disse sakene bør også fastlegen kunne spille en viktig rolle, ikke minst når det gjelder å sikre at nødvendig helsetiltak vurderes og følges opp, og at viktig helsedokumentasjon av betyde-

ning for videre behandling også av asylsaken, faktisk foreligger som del av saken.

### Helseerklæringer – gjennomføring og bruk

Målsettingen i arbeidet må være både å utvikle metoder og fremgangsmåter som er tilstrekkelig gode til å fange opp og identifisere sårbare personer, og der nødvendig, også utløser tiltak og oppfølging og å sikre at rutiner og retningslinjer følges opp i praksis gjennom god tilrettelegging, herunder opplæring.

Dette vil også kreve en bedre avklaring av hvilken rolle informasjon om sårbarhet og spesielle behov skal ha i prosessen, og konkret hvem skal ta initiativ til at videre undersøkelser, utredninger og dokumentasjoner gjennomføres og hvilke konsekvenser dette skal ha i praksis.

Når det gjelder helseerklæringer i asylsaker har dette lenge vært et uklart felt, der ansvar for iverksetting, betaling av slike tjenester, gjennomføring av undersøkelse og rapportskrivning og til sist anvendelse av informasjon, særlig i asylsaker har vært udefinert.

I veilederen om helsetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforerte fra Helsedirektoratet (2010) henvises det som tidligere nevnt til rundskriv IS-9/2006 (Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende, kapittel. 7, Attester/helseerklæringer og lignende til bruk i utlendingssaker). Men dette kommer i de fleste tilfeller først til anvendelse etter at personen selv har bedt om helseattest i forbindelse med asylsaken. Det betyr at denne typen dokumentasjon på helseproblemer og skader etter tortur og andre overgrep oftest etterspørres senere i prosessen. I de fleste tilfeller er det ikke klart hvem som har ansvaret for at slike utredninger gjennomføres, eller hvordan disse skal finansieres. Herved understrekes betydningen av at det etableres ordninger som også innebærer aktiv bruk av rettsmedisinsk kompetanse og rapporter (se også NOAS, 2010 «Fakta på bordet»).

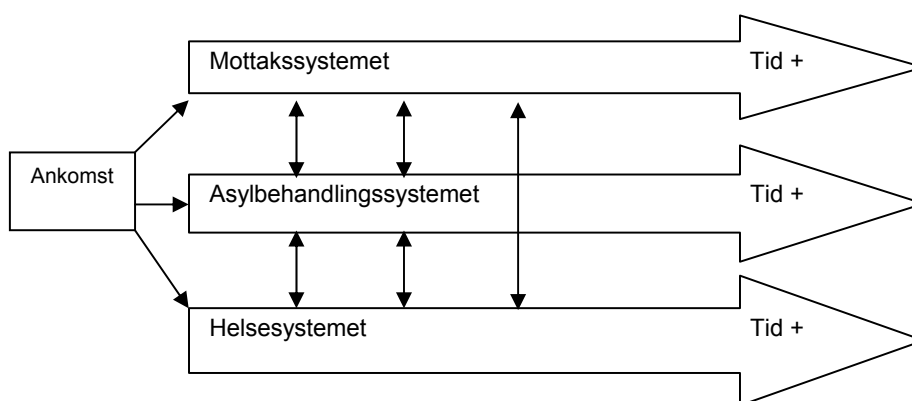
Det bør med andre ord utarbeides planer for hvordan internasjonalt vedtatte retningslinjer for dokumentasjon, særlig av torturskader tidlig i asylprosessen kan implementeres både for å fremskaffe understøttende bevis for historien som fortelles, for at forhold knyttet til erfart tortur og konsekvenser kan trekkes inn og belyse saken, for å ha et dokument om eventuelle skader for senere bruk ved rettsoppgjør, og til slutt som grunnlag for videre helsemessig behandling. Det vises i denne sammenheng også til Norges rapport til Menneskerettighetsrådet i desember 2009 (Utenriksdepartement, 2009, s. 22), der det henvises til at Helsdirektoratet vil innarbeide eller legge til grunn den såkalte Istanbul protokollen (UN Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) i det materialet som gjøres tilgjengelig for ansatte i mottak. Eu-

ropakkomisjonens forslag til endringer i EUs prosedyredirektiv viser eksplisitt til Istanbul protokollen og en rekke initiativ, både i regi av Pharos og Amnesty International (The Careful Project) og International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) har argumentert for innarbeiding og aktiv bruk av Istanbul protokollen i asylprosedyrer (Vloeberg, 2007).

## Kommunikasjon av sårbarhet og spesielle behov

Intervjuene og analysen av hvordan norske myndigheter håndterer sårbare asylsøkeres gjorde det tydelig at personene er i kontakt med tre separate systemer. En del av utfordringene knyttet til sårbarhet kan etter vår mening forstås som behovet for kommunikasjon mellom disse tre systemene. I figuren nedenfor fremgår disse.

Figur 1. De tre systemene



I figuren ser vi at hver asylsøker vil komme i kontakt med mottakssystemet, fra ankomsten i transitt til ordinære eller spesialiserte mottak. Her vil mottaksansatte og Utlendingsdirektoratet være involverte aktører. Samtidig vil vedkommende komme i kontakt med helsesystemet gjennom de to sjekke- og samtalene i transittmottak, eventuelt spesialiserte tjenester og siden komme inn i det kommunale helsevesen. Umiddelbart etter ankomst blir asylsøkerne også en del av det systemet som håndterer selve asylsaken. Her vil ansatte i Politiets utlendingsenhet, i Utlendingsdirektoratet og i Utlendingsnemda være involvert.

Sårbarhet kan bli oppdaget i alle disse tre systemene. For individet og for omgivelsene rundt kan det som nevnt være av stor viktighet at spesielle behov fanges opp og blir håndtert av riktig institusjon. For at det skal skje må de ansatte i de tre systemene formidle informasjon om sårbarhet seg imellom.

Når en person med spesielle behov identifiseres kan det medføre at det må tas særlig hensyn i mottakene, utløse helsemessig oppfølging og det kan få konsekvenser for hvordan man ser på vedkommendes asylsak.

La oss si at det avdekkes at en person har vært utsatt for tortur. Dette vil kunne ha konsekvenser for hvordan denne personen skal håndteres i helse-, mottaks- og asylsystemet. Som vi har sett er det en rekke anledninger der dette kan oppdages underveis i kontakten med de tre systemene. Likevel finnes det kun beskjedent med rutiner for formidling av slik informasjon.

Hvis tortur for eksempel oppdages under de første to kontaktene med helsesystemet i transitt, så er det ikke noen gjeldende instruks om hvordan denne informasjon skal formidles videre til de som behandler asylsaken eller legger til rette i mottakene. Denne typen informasjon må dessuten dokumenteres profesjonelt for å få ha full status i behandlingen av asylsaken.

Hvis et torturoffer oppdages i mottakene er det også uklart hvordan informasjonen skal kommuniseres til helse- og asylsystemet. Våre informanter mente at det ofte var tilfeldig om kontakt ble tatt med asyldivisjonen i Utlendingsdirektoratet, og dermed om disse potensielt viktige opplysningene endte opp som grunnlag for behandlingen av saken. Ville de mottaksansatte ta kontakt med helsevesenet i et slikt tilfelle? Våre informanter var usikre på det. En tenkelig utvei ville være at de ansatte ba personen selv om å kontakte helsepersonell.

Også mellom asylsystemet og de to andre var det i følge våre informanter tilfeldig hvordan informasjonen om søkerens sårbarhet og medfølgende spesielle behov ble håndtert. Opplysninger som kom fram i asylintervjuene ble ikke alltid formidlet videre til mottaks- og helsesystemet, til tross for at personene hadde behov for tilrettelegging og behandling.

På dette punktet fantes det imidlertid en rutine. I tilfeller der det etter asylintervjuet var klart at en person burde plasseres i en såkalt «forsterket avdeling», skulle dette legges ved saken og være avgjørende for senere mottaksplassering. Vi har ikke kartlagt om denne instruksjonen ble fulgt opp. Noen be-

skjed til helsevesenet, eller oppfordring om videre kartlegging og dokumentasjon av eventuelle skader var det ikke rutiner for.

I den grad helsevesenet oppdager skader eller traumer som ikke er synlige for de mottaksansatte eller kommer frem under asylintervjuet, er det ikke klart hvorvidt dette formidles videre til de to andre systemene. Taushetsplikten vil her kunne hindre at informasjon, for eksempel om tortur, flyter videre til de som behandler asylsaken eller som legger til rette på mottakene. Dette kan i siste instans føre til at søkerens asylhistorie ikke belyses og belegges fullt ut og til at tiltak ikke blir truffet i mottakene.

I EU-landene som deltok i undersøkelsen var det ulik praksis for utveksling av informasjon. Uten at dette ble kartlagt spesielt, kom det frem i diskusjonene mellom de nasjonale ekspertene at det i mange av landene var streng praktisering av taushetsplikt og at det ikke var lagt opp til å fremme flyten av informasjon om sårbarhet mellom mottaks-, asyl- og helsesystemet.

Diskusjonene kom raskt inn på spørsmålet om hvem det er som eier sårbarheten. Tar vi dette et skritt videre kan vi spørre hvem som eier informasjonen om sårbarheten og hvem som skal ha kontroll over tilgangen til denne. Andre steder har vi nevnt eksempelet med mannen som ikke ønsket at opplysninger skulle komme ut om at han var homofil.

Arbeidet med en gjennomgang av informasjon og informasjonsutveksling bør ha stor prioritet. Denne bør som allerede beskrevet kunne ut i rutiner som sikrer at viktig helsemessig informasjon ikke blir borte mellom de ulike ledene og i prosessen der personer flyttes fra ett sted til et annet. Samtidig må hensikten med informasjonsutveksling tydeliggjøres og det må fremkomme hvordan enkelt saker bør følges opp i praksis. Dette vil blant annet sikre at løfter om videre og kanskje nødvendige helseutredninger eller behandling som er blitt fremsatt ett sted, ikke følges opp ved flytting. Og videre at dokumentasjon som personen selv er i besittelse av eller som fremkommer i forbindelse med undersøkelser underveis i prosessen, når frem til riktig instans, både når det gjelder asylsaken og videre oppfølging i forhold til tiltak. Hele tiden gjelder det at hensynet til vedkommende asylsøker står sentralt, at taushetsplikten overholdes og at vedkommende informeres og gir sin tillatelse til at slik informasjon videresendes. For de fleste gjelder det at dersom de har klar forståelse av hvorfor slik informasjonsformidling kan være viktig og hvordan det eventuelt kan bidra til å kaste lys over saken, vil det være fullt ut både akseptabelt og ønskelig at dette skjer.

På bakgrunn av denne rapporten foreslås en oppfølging med henblikk på informasjonsutveksling og kommunikasjon om sårbarhet med siktemål å bedre rutiner og samarbeid. Det må legges særlig vekt på de mange etiske aspektene som er involvert i et arbeid som ikke bare krever tverrfaglighet men som innebærer samarbeid mellom ulike systemer. Det dreier seg om ulike systemer som hver har sine forskjellige og eksplisitte mandater i forbindelse med ivaretagelse av asylsøker, dvs. rettigheter ved asylsaken, til rettigheter og mottaks-

forhold og rettigheter til helse og nødvendig oppfølging. Og særlig tydelig blir viktigheten av informasjonsutveksling og håndtering av slik informasjon i saker der nettopp konsekvenser av tidligere menneskerettighetsbrudd, utgjør både grunn til asylsøknad og grunn til alvorlige helseproblemer/skade/sårbarhet/spesielle behov, og disse forhold verken kan eller bør sees atskilt.

## Norge vs. EU – status for den norske ordningen

Hvordan står så Norges arbeid med sårbare asylsøkere i forhold til de EU-landene som er med i denne undersøkelsen? Hovedinntrykket fra hele studien, også for Norge, er preget av for lite formalisering og systematikk når det gjelder identifisering og oppfølging av sårbare asylsøkere. Et fellestrekk for alle landene er riktignok at identifisering i prinsippet kan skje under hele mottaksperioden. Felles for alle er dessuten at det foreligger få retningslinjer for hvordan det skal samarbeides på tvers av asylbehandling, mottaksapparatet og helse.

I Norge reguleres forholdene rundt sårbare asylsøkere i all hovedsak av et sett instruksjer fra Utlendingsdirektoratet til mottaksoperatørene. Et eksempel på dette er den nevnte Kravspesifikasjonen, som ble oppdatert i 2010 og inneholder nå en bredere omtale av utsatte grupper. Sammenlignet med EU-landene holdes den norske reguleringen i større grad utenfor lov og forskrift når det gjelder mottaksforhold. Medlemsstatene som var med i denne undersøkelsen forholdt seg aktivt til EUs Mottaksdirektiv og alle hadde implementert direktivet i nasjonal lovgivning, men gjennomføringen i praksis varierte.

På bakgrunn av data som er presentert tidligere kan vi også oppsummere den norske situasjonen med de andre deltakerlandene når det gjelder begrepsbruk, hvem som oppfattes som sårbare og rutiner for identifisering.

I Norge brukes ikke begrepet «sårbar» (vulnerable) annet enn unntaksvis. I stedet er det «spesielle behov» som markeres. Det gis eksempler eller lister av grupper med slike behov. Fem av de seks EU-landene som var med i denne undersøkelsen hadde innført begrepet «vulnerable» (sårbar) i sine regelverk. Unntaket var Polen, der verken ordet «sårbar» eller noen liste over spesielle behov var i tatt inn.

Begrepsbruken var nært koplet til hvilke personer og grupper som omhandles som sårbare, eller anses å ha spesielle behov. I Norge finner man ikke listene over personer med spesielle behov i utlendingsloven eller i forskriften. I Kravspesifikasjonen nevnes enslige mindreårige, barn, eldre, kvinner og psykisk/fysisk syke. Tortur nevnes ikke spesielt. I Nederland bruker myndighetene en uttømmende liste, dvs. de som nevnes omfattes. Grupper som ikke er på listen skal ikke omfattes av de spesielle rettighetene som følger med

sårbarheten. En åpen liste brukes i Malta og Spania. Belgia har importert listen fra direktivet, som også er åpen. I Polen og Finland viser man til «spesielle behov».

I Norge har man som vi har sett ingen fast prosedyre myntet spesielt på identifisering av sårbarhet. Når spesielle behov avdekkes, skal det handles. Dette ser i første omgang ut til å være annerledes i de seks medlemslandene i undersøkelsen. Det eksisterer prosedyrer i ulike former i alle deltakerlandene, men i streng forstand kun i Belgia. Det var særegne krav myntet på slik identifisering og oppfølging knyttet til intervjuer, standardformularer som måtte fylles ut, ekstern evaluering, oppmerksomhet på spesielle behov og oppfølging hver sjette måned. Når det gjelder identifisering ligner opplegget i flere av medlemslandene Norges modell. Belgia er nevnt som unntak. Og vi har også pekt på den helt avgjørende rollen identifisering av sårbarhet spiller på Malta. Her får sårbarhet direkte effekt ved at de som blir identifisert slipper ut av fengsel.

Slik situasjonen er i dag vil man derfor kunne si at på norsk side er lovgivningen mangelfull og usystematisk. På EU-siden sørger Mottaksdirektivet for at medlemslandene har plikt til å gjennomføre dette i nasjonal lovgivning, noe som også har skjedd selv om det viser seg at den kan forbedres. Tilsvarende i praksis; norsk oppfølging synes ad hoc preget og på EU-siden er heller ikke situasjonen så god som man kunne forvente. Selv i Belgia, som tilsynelatende har best oppfølging av Direktivet, har mottakssystemet ikke klart å absorbere alle asylsøkere som etter lovgivningen har krav på oppfølging. Det innbefatter etter all sannsynlighet også sårbare grupper.

Når dette er sagt, ligger mulighetene åpne for forbedringer både på EU-siden og i Norge. På bakgrunn av erfaringer EU-landene har gjort i tråd med Mottaksdirektivet og dets gjennomføring i medlemslandene, har Kommisjonen fremmet forslag til forbedringer av Direktivet, blant annet hva angår sårbare asylsøkere/asylsøkere med særskilte behov. Debatten om nye forslag til Mottaksdirektiv pågår nå i Rådet og EU-parlamentet. Norge vil kunne dra nytte av eksempler fra EUs arbeid med Mottaksdirektivet og de forbedringer man må anta kommer.





## Anbefalinger

Denne studien har vært gjennomført i to faser. Den første besto i et komparativt arbeid ledet av Odysseus-nettverket i Brussel. Her ble seks EU land og Norge sammenlignet når det gjaldt arbeidet med identifisering og oppfølging av sårbare asylsøkere. Utgangspunktet var uklarhet rundt normene for dette arbeidet, slik de var nedfelt i Mottaksdirektivet. Dette er til revurdering i EU i 2009-2010. EU studien er levert EU-kommisjonen og kan bidra in den pågående diskusjon om forbedringer av Direktivet. Studien forventes publisert våren 2011.

Neste fase foregikk i Norge ledet av forskerteamet bak denne rapporten. Målet her var å se arbeidet med denne gruppen asylsøkere fra et norsk perspektiv, men med blick videre til de seks EU-landene som deltok i den første studien. I dette kapitlet gjengir vi først kort anbefalingene fra EU-studien og siden anbefalingene på grunnlag av den norske delstudien.

### Anbefalinger fra EU-studien

I Odysseus-nettverkets rapport blir det trukket en serie konklusjoner fulgt av et sett med anbefalinger. Vi presenterer disse punktvis med noen oppklarende ord i etterkant:

#### 1. Lovregulering av prosedyrer for identifisering

Nærmere lovregulering vil sikre asylsøkerne tilgang til en identifiseringsprosedyre og rettigheter knyttet til status som «personer med særskilte behov» når det gjelder tilrettelegging og videre oppfølging.

## 2. Forholdet mellom sårbarhet og spesielle behov

Viktig at linken mellom «sårbarhet» og «spesielle behov» opprettholdes i alle tekster fra EU Kommisjonen. Dette er av juridisk tekniske grunner, slik at det ikke utvikles to nivåer av rettigheter.

## 3. Individuell vurdering av alle søkere

Alle asylsøkere må vurderes individuelt. I noen stater foretas det ikke en individuell vurdering med siktemål å fange opp spesielle behov. I Norge gjøres heller ikke slik identifisering systematisk.

## 4. Individuelle spesielle behov må følges opp

Når behov avdekkes må det finnes retningslinjer for hvilke rettigheter som utløses og hvordan oppfølging skal skje. Grensesetting er et nøkkelord her for stater som skal bestemme rekkevidden av tilbud til personer som kan hende skal være i landet midlertidig. Som vi har nevnt kan det være behov for oppfølging i asylbehandlingen, samt i helse- og mottakssystemet.

## 5. Flere enn én person må delta i evalueringen

Identifisering kan ikke overlates til en person alene. Det anbefales at en annen person, gjerne en ekstern evaluator, trekkes inn i vurderingen av personer med spesielle behov.

## 6. Opplæring av personer i kontakt med asylsøkere

Ansatte som kommer i kontakt med asylsøkere må gis opplæring om identifisering og oppfølging av søkere med spesielle behov. Utveksling av erfaringer blant ansatte vil kunne bidra til øket varhet for sårbarhet.

## 7. Sikre tilgang til informasjon

Asylsøkere må gis informasjon om hvordan identifisering og oppfølging av spesielle behov foregår i mottakerlandet. Det bør arbeides med informasjon som gjør at asylsøkerne blir hørt og gis anledning til å melde sine behov overfor dem som kan ta ansvar for å handle.

## 8. Søkerne må involveres i identifiseringsprosessen

Søkerne må involveres. I flere land har gruppeaktiviteter på mottak vist seg å være nyttige for å identifisere og følge opp sårbarhet.

## 9. Sikring av tilgang til tolk i identifiseringsprosedyren

God tolking er viktig. En trygg situasjon må skapes for at enkelte typer sårbarhet skal kunne komme frem. Språklig fortrolighet vil være et sentralt element her.

## 10. Tilpasset helsetilbud til ofre for tortur, overgrep og vold

Statene må sikre at ofre for tortur og andre typer overgrep sikres helsemessig oppfølging. Det samme gjelder mindreårige som har vært utsatt for vold, mishandling, utnyttelse, tortur, inhuman behandling eller væpnede konflikter.

## Anbefalinger fra den norske studien

Det norske arbeidet og reguleringen når det gjelder identifisering og håndtering av sårbare grupper er gjennomgått i denne rapporten. Sårbarhet er ikke noe lett avgrensbart tema og identifisering av sårbarhet må følgelig skje på ulike måter avhengig av hva slags type sårbarhet det kan være snakk om. Det må stilles krav til metoder for identifisering, først og fremst at de er etisk forsvarlige, fleksible og gjennomførbare. I tillegg må det stilles krav til at prosessen kan være trinnvis, det vil si at undersøkelser kan bygge på hverandre, at den kan foretas over en tidsperiode, og at identifisering er tett koblet til oppfølging.

Arbeidet med identifisering involverer ansatte, både antall og kompetanse, og rammer for helse, asyl og mottaksarbeid. Anbefalingene som vi gir på bakgrunn av den norske studien må ses i sammenheng med dem som kom ut av den samlede europeiske sammenlignende studien. Våre punkter er knyttet til kommunikasjon av sårbarhet, identifisering og oppfølging.

### 1. Lovregulere mottaksforhold og sårbarhet/spesielle behov

Mottaksforhold for asylsøkere, og sårbare grupper med spesielle behov må lovreguleres. Studien viser at håndteringen av asylsøkere med spesielle behov i Norge i all hovedsak er regulert i rundskriv, instruksjer og retningslinjer. Vi anbefaler en gjennomgang av disse med tanke på koordinering av innhold slik at hovedprinsippene tas inn i lov og forskrift og at andre instruksjer koordineres der det er behov utfyllende retningslinjer til lov og forskrift. En gjennom-

gang av andre erfaringer på feltet, inkludert utviklingen i EU bør benyttes som grunnlag for nærmere å fastsette innholdet i ny lov/forskrift. Formalisering bør være et prioritert mål. Inntil en lov er vedtatt er det viktig at allerede eksisterende retningslinjer blir fulgt til beste for sårbare asylsøkere.

## 2. Identifisere sårbarhet, også i Dublin-saker

Lovgivning om mottaksforhold og sårbarhet må også inneholde nærmere spesifiserte regler om anvendelse av Dublin-regelverket. Sårbarhet og spesielle behov må vurderes i forbindelse med om overføringer av sårbare personer er forsvarlig ut fra fysisk og psykisk helsetilstand, om uttransportering er forsvarlig og om forholdene i et eventuelt nytt mottaksland er forsvarlig. En formalisert identifiseringsmekanisme må derfor også omfatte Dublin-saker. Videre må regelverket omfatte hensyn til sårbarhet i en eventuell interneringssituasjon.

## 3. Utarbeide identifiseringsmekanisme

Som første del av lovregulering og spesiallovgivning må det stilles krav til etablering av en identifiseringsmekanisme for å sikre at sårbare asylsøkere identifiseres. Nærmere retningslinjer for dette må utarbeides. Bestemmelsene må inneholde rammer for når, hvordan, og hvem som skal ha ansvaret for blant annet at utredning finner sted, inkludert for finansiering av slik utredning, samt for at nødvendig oppfølging gjennomføres. Nødvendig fleksibilitet i prosedyrene må sikres, herunder at sårbarhet kan identifiseres over et lengre tidsrom (under hele asylsøkerprosessen). Ulike former for sårbarhet vil, av ulike årsaker, kunne være vanskelig å presentere tidlig i prosessen.

## 4. Etablere en definisjon av sårbarhet

Begrepet «sårbarhet» må gis en definisjon som inneholder en angivelse av hvem som omfattes av begrepet sårbarhet og personer med spesielle behov, og der sammenhengen mellom disse forhold sikres.

## 5. Etablere rettigheter til identifiserte sårbare asylsøkere

Det må etableres klare retningslinjer til hvilke rettigheter som utløses av ulik type sårbarhet, og hvordan en kan sikre at disse rettigheter innfris i praksis. Slike rettigheter vil blant annet omfatte helsemessige ytelser, spesielt tilrettelagte forhold, materielle ytelser samt psykososiale tiltak.

## 6. Etablere rutiner for kommunikasjon

Det bør utarbeides en gjennomgang av rutinene for kommunikasjon mellom de tre systemene: Mottaks-, asylbehandlings- og helsesystemet. Dette bør inneholde retningslinjer med hensyn til hva slags informasjon som skal formidles, hvordan behov for videre utredninger skal følges opp, og hvilke følger slik informasjon skal ha både for helserelaterte tiltak og for selve asylsaksbehandlingen. Det vil kunne bidra til en bevisstgjøring knyttet til informasjonsutveksling, samtidig som det kan sikre at viktig informasjon ikke blir borte i systemet. Samtidig må det sikres at hensynet til individenes anonymitet og eierskap til sårbarheten står sentralt i gjennomgangen. Disse spørsmål bør undergis en egen utdypende studie hvor alle nevnte aspekter og deres relasjoner vurderes ytterligere.

## 7. Øke oppmerksomheten om EUs arbeid på feltet

Studien viser at det arbeides systematisk med å innføre felles standarder i regelverk og praksis på asylfeltet i EU og forbedringer til regelverket etter evalueringen EU har foretatt kan gi eksempel til etterfølgelse på norsk side. Ny oppmerksomhet og varhet i relasjon til sårbare asylsøkere og systemene de møter i EUs asylregelverk er et eksempel på dette. Ved å følge med den videre utviklingen vil Norge dessuten ha en mulighet til å oppnå policylikhet, noe som kan være gunstig fra både et rettighets- og et reguleringsståsted. «Good practices» på en rekke områder er definert og disse kan inspirere til ny lovgivning og nye rutiner også i Norge.

## 8. Styrke kompetanse og ansvar

En trinnvis og fleksibel metode for identifisering over tid og av ulike deler av systemet (mottak, helse, politi, UDI osv) krever styrking av kompetanse og tydeliggjøring av ansvar. Følgende synes å være prioriterte oppgaver: Øke kunnskap om sårbarhet og bevissthet om spesielle behov og ulike tegn til sårbarhet; øke kompetansen om og tilgjengeligheten for oppfølging i tilfelle sårbarhet; styrke kompetanse om Helse- og sosialdirektoratets veileder (2010) og de retningslinjer som den setter, samt å sørge for at rammene for gjennomføring er tilstrekkelig. Det betyr at det må finnes personer med nødvendig kompetanse som er tilgjengelig både for identifisering, oppfølging og videre evaluering.

Dette innebærer også behov for klare retningslinjer for økonomisk dekning både av nødvendige utredninger og nødvendige tiltak.

### 9. Avklare betydning av sårbarhet i asylprosedyren

Det er viktig å avklare sårbarhetens rolle i asylsaksbehandlingen og sikre nødvendig informasjon og dokumentasjon som kan være av betydning for utfall av asylsaksbehandlingen hvilket understreker betydningen av gode kommunikasjonsrutiner mellom mottaks-, asylbehandlings- og helsesystemet (jf anbefaling nr 6).

### 10. Sikre dokumentasjon av tortur

Følge opp intensjonene om styrket fokus på ulike former for sårbarhet, i særdeleshet for tortur og torturskader, slik dette er pekt på i Helse- og sosialdirektoratets veileder (2010), med vekt på dokumentasjon, utredning og oppfølging (se norske anbefalinger, UD 2009). Slik dokumentasjon og utredning om tortur, og andre former for sårbarhet er viktig for å kunne belyse en sak i sin helhet. En forutsetning for å skaffe slik medisinsk/helsemessig dokumentasjon er at medisinsk og psykologisk spesialkompetanse for gjennomføring av slike utredninger tilgjengelig og at det foreligger ordninger både for iverksettelse og økonomisk dekning av dette.

### 11. Etablere klarere retningslinjer for helseutredninger/tiltak

Det bør utarbeides gode rutiner for henvisning til videre utredning og behandling når det fremkommer sårbarhet, inkludert finansieringsordninger. Dette gjelder særlig der det er behov for spesialiserte undersøkelser som den enkelte asylsøker ikke vil kunne dekke.

Videre er det i dag store forskjeller med hensyn til det kommunale helsetilbudet. Dette vil ha konsekvenser for oppfølging. De helsemessige ytelsene i mottaksperiode bør defineres enda tydeligere for å unngå disse ulikhetene. Retningslinjer, ansvarsområder og økonomisk dekning må avklares ytterligere og bør inngå i den eksisterende, reviderte og sentrale Veilederen for helsetjenester.

---

## Litteratur

- Ahlberg, Nora (2000), *No five fingers are alike. What Exiled Kurdish Women in Therapy Told Me*. Oslo: Solum Forlag.
- Arbeids- og Inkluderingsdepartementet, (AI-2009-105) til UDI med virkning fra 1. januar 2010, *Retningslinjer om kjønnsrelatert forfølgelse*.
- Baldaccini, Anneliese (2005), *A practitioner's guide to the EU Reception Directive*. Justice publication, 2005.
- Berg, Berit (2006), «Jeg glemmer å være trist». *Evaluering av et gruppebehandlingsprosjekt for barn og foreldre i mottak*. IFIM rapport, Trondheim: SINTEF.
- Berit Berg, Nora Sveaass, Kirsten Lauritsen, Melinda A. Meyer, Sissel M. Neumayer, Laila Tingvold (2005), «Det hainle om å leve... ». *Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak*. Trondheim: SINTEF IFIM.
- Brekke, Jan-Paul (2004), *While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden*. ISF-rapport 2004:10
- Brekke, Jan-Paul og Vigdis Vevstad (2007), *Reception conditions for asylum seekers in Norway and the EU*. ISF-rapport: 2007:3.
- Brunvatne, Reidun (2006), *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Burnett A & Michael Peel (2001), «Asylum Seekers and Refugees in Britain. The Health of Survivors of Torture and Organised Violence». *British Medical Journal*, 322 (7286): 606-609.
- Cohen J. & D.R. Jones (2006), *Commission of the European Communities (2008). Proposal for a Directive of the European Parliament and the Council laying down minimum standards for the reception of asylumseekers*. 3.12.2009, COM (2008) 815 final.
- Dahl, Solveig, Carl-Ivar Dahl, Leif Sandvik & Edvard Hauff (2005), *Problems of attrition in follow-up studies of traumatized refugee patients: Practical and methodological issues*. Manuscript submitted.
- De Bauche, Laurence (2010), «Asylum seekers with special needs», Ministerial Conference *Quality and Efficiency in the Asylum Process*, 13-14 September 2010.
- De Jong, Joop, I. H. Komproe, Marc Van Ommeren, M.E: Masri, M. Araya, N. Khaled, W. van de Put, & D. Somasundaram (2001), «Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings». *The Journal of the American Medical Association*, 286 (5): 555-562.
- Den Norske Legeforening (2008), *Likeverdige helsetjenester?* Rapport, Den Norske Legeforening.
- ECRE (2003), «Laying down Minimum Standards for the Reception of Asylum Seekers» ECRE Information Note on the Council Directive 2003/9/EC of 27. January 2003.
- ECRE (2005), «Summary report on the application of the Dublin Regulation in Europe, March 2006; The EC Directive on the Reception of Asylum Seekers: Are asylum seekers in Europe receiving material support and access to employment in accordance with European legislation?» (AD3/11/2005/EXT/SH).



- ECRE (2005), «Are asylum seekers in Europe receiving material support and access to employment in accordance with European legislation?» The EC Directive on the Reception of Asylum Seekers.
- Edström, Ö. (2004), *The Reception Conditions of Asylum Seekers: A Comment. In The Emergence of a European Asylum Policy*. Brussels: Bruylant.
- Einarsen, Terje (2000), *Retten til vern som flyktning*. Bergen: Cicero Publisher
- Elsass, Peter (1995), *Torturoverleveren*. København: Gyldendal.
- Elsass, Peter (2003), *Kultur psykologi. Et fag på tværs*. København: Gyldendal.
- European Council Directive (2001), *2001/55/EC of 20 July 2001 on minimum standards for giving temporary protection in the event of a mass influx of displaced persons and on measures promoting a balance of efforts between Member States in receiving such persons and bearing the consequences thereof*.
- European Council Directive (2003), *2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers*.
- European Council Directive (2004), *2004/83/EC of 29 April 2004 on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content of the protection granted*.
- European Council Decision (2004), *2004/904/EC of 2 December 2004 Establishing the European Refugee Fund for the period 2005 to 2010*.
- European Council Directive (2005), *2005/85/EC of 1 December 2005 on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing refugee status*.
- European Council Regulation (2003), *EC 343/2003 of 18 February 2003 establishing the criteria and mechanisms for determining the Member State responsible for examining an asylum application lodged in one of the Member States by a third country national, (Dublin II)*.
- European Council, *The Stockholm Programme – An open and secure Europe serving and protecting the citizens*, Doc 17024/09 of 2 December 2009.
- European Commission (EC) (2006), *Implementing the Hague Program: the way forward*, Communication COM (2006) 331 final 28 June 2006.
- European Commission, *Report from the Commission to the Council and to the European Parliament on the application of directive 2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers COM (2007) 745 of 26 November 2007*.
- European Commission, COM (2009) 554 of 21 October 2009, *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on minimum standards on procedures in member States for granting and withdrawing international protection*.
- European Commission, COM (2009) 251 of 21 October 2009, *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection and the content of the protection granted*.
- European Commission, COM (2008) 815 final of 3 December 2008, *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council laying down minimum standards on the reception of asylum seekers*.
- European Commission (2005), *2005/85/EC, 1 December 2005 on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing refugee status*.
- European Commission (2004), *2004/83/EC av 29 April 2004 on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content of the protection granted*, L 304/12, 30 September 2004.

- European Migration Network (2006), «Reception Systems, their Capacities and the Social Situation of Asylum Applicants within the Reception System in the EU Member States». *A synthesis report*. Doc 83.
- Fazel, M., J. Wheeler, & J. Danesh (2005), «Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review». *The Lancet*, 365 (9467): 1309-1314.
- Guldbransen, P., Garratt, A., Linnestad, K., Lie, B., Sveaass, N., Meyer, M., et al. (2004), *Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; Rapport 2004-10.
- Hollifield, M., T.D. Warner & N. Lian (2002), «Measuring trauma and health status in refugees: A critical review». *The Journal of the American Medical Association*, 288 (5): 611-621.
- Jakobsen Marianne, Nora Sveaass, Lars Erik E. Johansen, Elin Skogøy (2007). *Psykisk helse i mottak: utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; Rapport 2007:4.
- Handoll, J. (2004), *Reception Conditions, In The Emergence of a European Asylum Policy, Odysseus Academic Network*. Brussels: Bruylant.
- Hauff, Edvard. & Per Vaglum (1995), «Organized violence and the stress of exile: Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees 3 years after resettlement». *British Journal of Psychiatry*, 166 (3): 360-367.
- Hauff, Edvard (2005). *Oslo undersøkelsen*. Oslo: Forelesning ved UiO.
- Justis- og politidepartementet, Rundskriv (A-60/2009), *Retningslinjer for innkvartering av personer med avslag på søknad om beskyttelse jf. utlendingsloven § 95 første ledd*.
- Justis- og politidepartementet, (AI 103/09), *Instruks om vurdering av identitet i saker etter utlendingsloven*.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2005), *Psykisk helse for barn i asylmottak: anbefalinger fra en interdepartemental arbeidsgruppe*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A. & De Jong, J. V. M. (2004). «Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (12): 843-851.
- Lavik, Nils Johan, Edvard Hauff, Atle Skrondal & Øivind Solberg (1996), (a). «Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population». *British Journal of Psychiatry* 169 (6): 726-732.
- Lavik, Nils Johan, Helen J. Christie, Øivind Solberg og Sverre Varvin (1996), (b). «A Refugee Protest in a Host Country: Possibilities and Limitations of an Intervention by a Mental Health Unit». *Journal of Refugee Studies*, 9 (1): 73-88.
- Lie, Birgit (2004), «The psychological and social situation of repatriated and exiled refugees: a longitudinal, comparative study». *Sc. J. Public Health* 32 (3): 179-187.
- Lie, Birgit., Nora Sveaass & Dag Erik Eilertsen (2004), «Family, activity and posttraumatic reactions in exile». *Community, Work & Family*, 7 (3): 327-351.
- Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen. Kommunchelsetjenesteloven.
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M. & Chuun, C. A. (2005). «Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States». *Journal of American Medical Association*, 294 (5): 571-579.
- Melding til Stortinget om «Norsk flyktning- og migrasjonspolitikk i et europeisk perspektiv» som ble lagt frem i 2010 (St meld. nr. 9, 2009-2010).
- Ministry of Education and Research (1998), *Eksamensrettet grunnskoleopplæring for innvandrere i alderen 16-20 år*. Rundskriv F-039-98.

- Montgomery, Edith og Anders Foldsprang (2001), «Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East». *European Journal of Public Health* 11 (1): 18-22.
- NOAS (2010), *Fakta på bordet. NOAS' anbefalinger for bedre opplysning av asylsaker i første instanse*. NOAS: 2010.
- Norwegian Board of Health Supervision, Oppland (2005), *Tilbakemelding på hvordan Veileder for helsetjenester til flyktninger og asylsøkere er tatt i bruk i kommunene (Response to the use of the «Guide for Health Services for Refugees and Asylum seekers» in the municipalities)*. Brev datert 15.03.2005 til Sosial- og helsedirektoratet.
- NOU 2004:20 Ny Utlendingslov.
- Nygård, Mette og Kirsti Malterud (1995), «Enkel kartlegging av posttraumatisk stressforstyrrelser hos bosniske flyktninger i Norge». *Tidsskrift for norsk lægeforening* 115, 1971-1974.
- Odysseus Academic Network (2010), «Identification of Vulnerable Asylum Seekers with Special Needs: Comparative Study and recommendations for Law and Practice». *Studie finansiert av the European Refugee Fund (ERF)*, (publiseres 2011).
- Odysseus Academic Network (2007), *Comparative overview of the implementation of the Directive 2003/9 of 27 January, 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers in the EU Member States*. Reception Conditions Synthesis Report, Study done for the DG JLS of the European Commission during the year 2007, contract JLS/B4/2006/03.
- Odysseus Academic Network (2005), *Immigration and Asylum Law of the EU: Current Debates, Supervised by Jean-Yves Carlier og Philippe De Bruycker*. Brussels: Bruylant.
- Odysseus Academic Network (2005), *The European Immigration and Asylum Policy: Critical Assessment Five Years After the Amsterdam Treaty, Supervised by Francois Julien-Laferrière, Henry LaBayle og Örjan Edström*. Brussels: Bruylant.
- Odysseus Academic Network for Legal Studies on Immigration and Asylum in Europe (2004), *The Emergence of a European Asylum Policy, supervised by Constanca Dias Urbanos og Philippe De Bruycker*. Brussels: Bruylant.
- Ot.prp. nr. 75 (2006-2007), *Om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven)*.
- Seeberg, M. L. & C.M. Bagge & T.A. Enger (2009), «No Place: Small Children in Norwegian Asylum-Seeker Reception Centres» *Childhood* 16 (3): 395-411.
- Silove Derek, I. Sinnerbrink, A. Field, V. Manicavasagar et al (1997), «Anxiety, Depression and PTSD in Asylum-Seekers: Associations with Pre-Migration Trauma and Post-Migration Stressors». *The British Journal of Psychiatry*, 170 (4): 351-7.
- Silove, Derek (1999), «The psychological effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma. Toward an integrated conceptual framework». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (4): 200-207.
- Skogøy, Elin (2008), *Rapport om Vold mot kvinner i asylmottak*. Oslo: Amnesty International Norge.
- Sosial- og helsedirektoratet (2010), *Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familie-gjenforente (IS-1022)*.  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/helsetjenestetilbudet\\_til\\_asyls\\_kere\\_flyktninger\\_og\\_familiegjenforente\\_2757](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/helsetjenestetilbudet_til_asyls_kere_flyktninger_og_familiegjenforente_2757)). Lesedato 1.9.2010.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006), Rundskriv IS-9/2006. *Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004), *Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere – Faglige råd og påminnelse om gjeldende lov- og regelverk – med særlig vekt på psykisk helse*. Rundskriv IS 22/2004.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003), *Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*. IS-1022. Oslo: SH-dir.

- Steel Z, D. Silove, K. Bird, P. McGorry, P. Mohan (1999), «Pathways from War Trauma to Posttraumatic Stress Symptoms Among Tamil Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants». *Journal of Traumatic Stress*, 12 (3): 421-35.
- Stortingsmelding nr. 17, (2000-2001), *Asyl- og flyktningspolitikken i Noreg*. Oslo: Det kongelige kommunal- og regionaldepartementet.
- Sveaass, Nora (2007), «Torture – a crime against humanity. I Ellen Alexandre, Margareth Daniel, May Snipstad & Nora Sveaass (red.), *Strength in Broken Places*. 179-196. Oslo: Unipub.
- Sveaass, Nora og Lar Erik E. Johansen (2006), «Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktingers møte med psykologisk behandling». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43 (12): 1282-1291.
- Sveaass, Nora (2005), «Med frykt og forventninger i bagasjen». *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 2 (3): 222-238.
- Sveaass, Nora (2005), «Asylsøkeres psykiske helse. Tidligere forskning». I Berg, Berit, Kirsten Lauritsen, Melinda A. Meyer, Sissel M. Neumayer, Laila Tingvold, Nora Sveaass, «*Det hainnle om å leve...*» *Tiltak for bedre psykisk helse blant beboere i asylmottak*. Sintef Ifim. Trondheim.
- Sveaass, Nora (2001), *Restructuring meaning after uprooting and violence. Psychosocial interventions in refugee receiving and in post-conflict societies. Dissertation for the degree of Dr. Psychol. Faculty of Social Science*. Oslo: University of Oslo.
- Sveaass, Nora og Edvard Hauff (red.) (1997), *Flukt og fremtid: psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- UNHCHR (2001), *The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, The Istanbul Protocol, OHCHR.
- UNHCR (2006), Comments on The European Commission Proposal for a Council Directive laying down Minimum Standards on the Reception of Applicants for Asylum in Member States (COM (2001) 181 final) July.
- UN Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime (2000), Palermo protokollen.
- The UN convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. United Nations High Commissioner for Human Rights (1984). <http://www.ohchr.org/english/law/cat.htm>. Lesedato 1.12.2006.
- Utenriksdepartementet (2009), *Universal Periodic Review, National Report submitted in accordance with paragraph 15 (a) of the annex to Human Rights Council Resolution 5/1*. September 2009.
- Utlendingsdirektoratet (2010), *Intern Memorandum om kvalitetsstandard for asylenhetene – asylintervjurapporten*.
- Utlendingsdirektoratet, *Rundskriv (RS 2010-187) om kostnader til ekstraordinære tiltak i mottak*.
- Utlendingsdirektoratet, *Rundskriv (UDI RS 2010-141) om oppholdstillatelse for utlendinger som antas å være utsatt for menneskehandel*.
- Utlendingsdirektoratet, *Rundskriv (RS 2010-010) til Politimestrene, Hurtigprosedyre - rutiner for utvisning på grunn av grov vold og vold i nære relasjoner*.
- Utlendingsdirektoratet, *Rundskriv (RS 2010-083) Reglement til driftsoperatører for statlige mottak, for drift av statlige mottak (Driftsreglementet)*.
- Utlendingsdirektoratet, *Rundskriv (RS 2010-151), Krav til bemanning og kompetanse i statlige transittmottak*.
- Utlendingsdirektoratet, *Rundskriv (RS 2008-031, sist endret 16. april 2010) til driftsoperatører for statlige mottak, Krav til innkvarteringsstilbud i ordinære statlige mottak (kravspesifikasjonen)*.

- Utlendingsdirektoratet, (RS 2008-035V1) til driftsoperatører for statlige mottak, *Rutiner og satser for økonomiske ytelser til beboere i statlige mottak (pengereglementet)*.
- Utlendingsdirektoratet, Rundskriv (RS 2004-050, sist endret 7. april 2006), *Tiltak mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap - innhenting av egenerklæring (fra Utlendingsdirektoratet til Politiets utlendingsenhet [PU])*.
- Varvin, Sverre, Odd Steffen Dalgard & Nora Sveaass (2009). *Psykisk helse. I Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk*. Sosial og Helsedirektoratet.
- Varvin, Sverre (2008). *Flyktningpasienten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin, Sverre (2003). *Flukt og eksil: traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Veer, Guus van der (1994) *Rådgivning og terapi med flyktninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vevstad, Vigdis (red.) (2010) *Utlendingsloven Kommentartutgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vevstad, Vigdis (2006). *Utvikling av et felles europeisk asylsystem. Jus og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vevstad, Vigdis (2005) (a). «Norwegian proposal to clarify refugee status», *Forced Migration Review*, 23 May 2005.
- Vevstad, Vigdis (2005) (b) «Supplementary Information on the Implementation of Directives, In Immigration and Asylum Law of the EU: Current Debates, Bruylant, 2005».
- Vloeberg, Eric (red.) (2007). *Care Full. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures*. Amsterdam/Utrecht: Amnesty International, Dutch section, the Dutch Council. Refugees and Pharos, Knowledge Centre on Refugees and Health.
- Wijnkoop, M. & E. Vloeberghs (2010). «Traumatized asylum seekers - a vulnerable group asylum seekers with special needs in the asylum process». *Quality and Efficiency in the Asylum Process* – Brussels, 13-14 September 2010.

# Institutt for samfunnsforskning

## Rapport 2010:14

<p><i>Forfatter/Author</i> Jan-Paul Brekke, Nora Sveaass og Vigdis Vevstad</p>
<p><i>Tittel/Title</i> Sårbare asylsøkere i Norge og EU Identifisering, organisering og håndtering</p>
<p><i>Sammendrag</i> EUs Mottaksdirektiv stiller krav til hvordan sårbare asylsøkere identifiseres og håndteres i medlemslandene. I denne studien ser vi på hvordan disse oppgaver utføres i Norge og seks EU-land. Med utgangspunkt i en komparativ europeisk studie gis det eksempler fra lovgivning og praksis i de til sammen syv landene.</p> <p>Gjennomgangen viser at Norge ikke har en samlet helhetlig regulering av mottaksarbeidet på samme måte som medlemslandene. I stedet er arbeidet med asylsøkere i venteperioden regulert i en rekke skriv og retningslinjer.</p> <p>Den viser også at Norge ikke har en formalisert prosedyre for identifisering av sårbare personer med spesielle behov. I stedet behandles slike tilfeller når de oppdages.</p> <p>Dette kan true identifiseringen av sårbare individer, særlig i tilfeller der sårbarheten ikke er synlig.</p> <p>En fordel med det norske systemet er at det er en åpen dør til identifisering og oppfølging gjennom hele asylprosessen. Spesielle behov kan bli rapportert og fulgt opp med tiltak på hvilket som helt tidspunkt i prosessen. Et annet positivt aspekt er at det er individet selv som kan avgjøre om sårbarhet eller spesielle behov skal avdekkes og rapporteres. På denne måten er vedkommende i kontroll over potensielle stigma (slik som seksuell preferanse).</p> <p>Problemene som drøftes er knyttet til manglende systematikk når det gjelder identifisering, dokumentasjon og oppfølging, i særdeleshet når det gjelder mennesker som har vært utsatt for tortur, men også når det gjelder andre sårbare grupper og individer. Prosedyrens ad hoc karakter drøftes.</p> <p>Rapporten viser også til viktigheten av at det utvikles retningslinjer for innhenting av dokumentasjon knyttet til sårbarhet. Slik informasjon kan være avgjørende for asylsaken og for å sikre riktig oppfølging og behandling.</p>
<p><i>Emneord</i> Asyl, sårbar, spesielle behov, tortur, voldtekt, EU, mottaksforhold, helse, utlendingslov, Istanbul protokoll</p>
<p><i>Summary</i> The Reception Conditions Directive (RCD) points to the need to identify vulnerable asylum seekers in Europe. The way in which 6 Member States and Norway implement this Directive is the main point of interest in this report. Both legal provisions and practical procedures have been explored in the 7 states. Norway has been looked at particularly with the aim of systematising the practice as well as the legal context from a comparative perspective.</p> <p>In Norway, there is no formalized procedure for identifying vulnerable persons with special needs. The system in place is «When detected, special needs will be handled on a case by case basis».</p> <p>This does not secure the identification of especially vulnerable individuals, in particular in situations where the vulnerability is not obvious and visible and when there may be strong feelings of shame, trauma and social stigma associated with vulnerability and special needs.</p> <p>One advantage with the Norwegian system is that the door to identification and follow-up remains open during the whole asylum procedure. Special needs can be reported and acted upon at any stage of the process.</p>

Another positive aspect is that the individual is in charge of whether the vulnerability/special needs are to be revealed or not. Thus retaining the control over a potential stigma (eg. sexual preference)

Problems relate to the lack of systematic identification, documentation and follow-up of in particular of torture survivors but also other vulnerable groups and individuals. The ad hoc nature of the procedure is discussed.

The report also refers to the importance of developing guidelines and procedures for the collection of information and documentation in relation to vulnerability that may be of importance to the asylum case, and that the role of such information in the actual decision procedure is clarified.

Finally conclusions and recommendations both based on the European and the Norwegian part of the study are presented.

*Index terms*

Asylum, vulnerable, special needs, torture, rape, reception conditions, health, immigration act, asylum procedures, Istanbul protocol

## Appendiks 1

---

### Paragraf 17 fra Mottaksdirektivet (EU Commission 2003).

#### *Article 17*

##### **General principle**

1. Member States shall take into account the specific situation of vulnerable persons such as minors, unaccompanied minors, disabled people, elderly people, pregnant women, single parents with minor children and persons who have been subjected to torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence, in the national legislation implementing the provisions of Chapter II relating to material reception conditions and health care.
2. Paragraph 1 shall apply only to persons found to have special needs after an individual evaluation of their situation.





## Appendiks 2

---

### Intervjuguide

#### **Intervjuguide**

Intervjuet omhandler asylsøkerens egen vurdering av aktuell fysisk og psykisk helse, spesielle belastninger før og etter ankomst til Norge og behov for profesjonell helsebistand.

#### **Bakgrunnsdata:**

Alder

Fødested:

Utdanning/skole:

Arbeid:

Sivil status:

Ankomst til Norge:

Nåværende boligform:

#### **Helse og belastninger**

1. Vurdering av aktuell helsesituasjon

- I dag
- Forut for ankomst til Norge

2. Spesielle belastninger, traumatiserende hendelser

- Forut for ankomst til Norge
- Etter ankomst til Norge

3. I fall ja, hvilken form for belastning:

4. Er dette erfaringer som du har rapportert til andre slik som:

- politi, annen øvrighetsperson
- menneskerettighetsorganisasjoner, humanitære organisasjoner osv?
- familie, venner
- til helsepersonell

5. Hvis du har beskrevet dette for andre, var det
  - Forut for ankomst til Norge
  - Kun i Norge
  - Flere steder og ved flere anledninger
6. Hva skjedde etter at du hadde fortalt om disse hendelsene før du kom til Norge:
  - Hva gjorde for eksempel legen, organisasjonen, bekjente?
  - Har du noen rapport, uttalelse eller lignende om disse hendelsene?
7. Da du kom til Norge, hva fortalte du om
  - Helsen din slik den var da du kom
  - Om de traumatiske hendelsene du har beskrevet
  - Fortalte du om eller leverte fra deg papirer fra lege osv når det gjaldt helse og hendelser?
8. Til hvem i Norge har du fortalt om eventuelle helseproblemer?
  - Kom det opp i forbindelse med de første intervjuene
  - Første helseundersøkelse
  - Senere helseundersøkelse
  - På eget initiativ tatt opp
9. Hva skjedde da du hadde fortalt om dette?
10. Til hvem i Norge har du fortalt om de traumatiske hendelsene
  - Kom det opp i forbindelse med de første intervjuene
  - Første helseundersøkelse
  - Senere helseundersøkelse
  - På eget initiativ tatt opp
11. Hva skjedde da du hadde fortalt om dette?
12. Kan du fortelle om symptomene du har i dag og som du knytter til de traumatiserende, vonde hendelsene?