

JUSTIS- OG BEREDSKAPSDEPARTEMENTET
Postboks 8005 Dep.
0030 OSLO

Deres ref.: 21/1181 - LIN

Vår ref: HSAK202100138

Dato: 11-05-2021

Legeforeningens høringsuttalelse – Høring - NOU 2020:17 Varslede drap? Partnerdrapsutvalgets utredning

1 Innledning

Justis- og beredskapsdepartementet sendte den 22. februar 2021 NOU 2020:17 "Varslede drap?" Partnerdrapsutvalgets utredning på høring. Utvalget har gjennomgått straffesaksdokumentene i 19 partnerdrapssaker begått i Norge i perioden 2014-2017. Legeforeningen er innvilget fristutsettelse til 12. mai.

Den norske legeforening takker for muligheten til å gi innspill. Partnerdrap og vold er et viktig tema. Det er svært nyttig med en kunnskapsbasert gjennomgang av partnerdrapssaker. Alle har et forbedringspotensial i disse sakene, leger inkludert, og vi støtter formålet med utredningen og tiltakene som foreslås.

Vi har imidlertid enkelte innspill til enkelte av tiltakene som foreslås. Vi vil særlig peke på at gjeldende lovgivning ivaretar den vanskelige avveiningen mellom hensynet til å kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasientene som trenger dette og behovet for å avverge eller stanse alvorlige lovbrudd. Det må i disse situasjonene foretas en konkret vurdering av om det er grunnlag for å gjøre unntak fra taushetsplikten eller å foreta en avvergingshandling. Behovet for økt kunnskap om hvilke verktøy og vurderinger som kan brukes ved vurderingene av om det er grunnlag for å gjøre unntak fra taushetsplikten er ingen ny utfordring, men påpekt i en rekke tilsvarende utredninger. Vi er enig i at det må arbeides videre med dette. Et pålegg om utredning og vurdering av voldsrisiko er etter vårt syn et feilspor, se redegjørelse nedenfor.

2 Vår vurdering av utvalgets forslag

2.1 Dokumentasjon og journalføring (pkt. 16.6)

Utvalget har et inntrykk av at journalføringen i hjelpeapparatet (herunder helse- og omsorgstjenesten) ikke er god nok. Utvalget foreslår ikke nye regler om dokumentasjon, men anbefaler at det utvikles bedre rutiner for at reglene etterleves.

Utvalget fremhever et eksempel hvor et offer hadde bestilt time hos fastlegen svært ofte over en lengre periode og fortalte om ulike diffuse plager flere ganger. Fastlegen stilte spørsmål om plagene kunne ses i sammenheng med at offeret var deprimert, men dette benektet hun. Diffuse plager kan være et symptom på voldsuttsatthet, men legen stilte ikke spørsmål om vold. Utvalget peker på at "diffuse plager" skal tolkes kontekstuell, jf. utredningen pkt. 12.4.4.2.

Fastleger møter diffuse plager på daglig basis. Leger kan stille åpne spørsmål, prøve å finne ut hva som foregår i pasientens liv og hvorvidt noe kan kaste lys over årsaken til plagene. Det ville imidlertid

være helt unaturlig å journalføre spesifikt at man har spurt om vold – bortsett fra de få tilfellene hvor legene faktisk sitter med en mistanke.

Det er et kontinuerlig behov for å utvikle bedre rutiner for å sikre at journalføringsreglene etterleves i tråd med intensjonen. Samtidig er det flere utfordringer i praktiseringen av dette som ikke adresseres. Å ivareta en lovpålagt dokumentasjonsplikt som pasienten ikke kan motsette seg, ivareta tillit i behandlingsrelasjonen og samtidig taushetsplikten overfor pårørende (partner) er en svært krevende balansegang, som verken regelverk eller systemer har lagt godt til rette for. Vi etterlyser mer veiledning til helsepersonellet hvordan denne balansegangen kan ivaretas. Sperring av journal og unnlatt nedtegnelse av opplysninger i journal kan i denne forbindelse være aktuelt, men reiser rettslig uavklarte spørsmål om i hvilken grad det er adgang til dette i ulike tilfeller. Vi presiserer den nye aktualiteten av dette i lys av den økte tilgjengeligheten av journalnotater knyttet til digitalisering og nye innsynsløsninger for pasient og brukere.

2.2 Økt kompetanse på reglene om informasjonsutveksling (pkt. 16.11)

2.2.1 Forslaget om å gjøre gjeldende regler bedre kjent og implementert

Utvalget har et inntrykk av at større grad av informasjonsutveksling mellom relevante instanser kunne ha fanget opp saker med en risiko for partnerdrap. Utvalget mener at handlingsrommet i regelverket om taushetsplikt, opplysningsrett, meldeplikt og informasjonsutveksling er godt nok, og foreslår ikke endringer i regelverket. Utvalget foreslår at reglene blir bedre kjent og implementert. Derfor foreslår utvalget at en ny tverrsektoriell veileder om regelverket om taushetsplikt og informasjonsutveksling bør implementeres i alle deler av hjelpeapparatet. Vi vil peke på at det er prisverdig at utvalget løfter disse problemstillingene. Selv om vi er enige med utvalget i at regelverket i seg selv er godt nok, er også vår oppfatning at det er behov for å synliggjøre de muligheter ulike offentlige instanser har til å dele opplysninger med leger og annet helsepersonell.

Legeforeningen vil peke på at den aktuelle veilederen nylig har vært sendt på høring. I vårt [høringssvar](#) påpekte vi vesentlige svakheter i utkastet til denne veilederen. Veilederen gir ikke tilstrekkelig veiledning om helselovgivningen og fremstår heller ikke så praktisk anvendbar som formålet skulle tilsi. Vi er usikre på om veilederen vil være egnet til særlig klargjøring eller forståelse for rolle og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren. Vi har derfor oppfordret til at det utarbeides sektor- og yrkesspesifikke veiledere, med flere praktiske eksempler, flytskjemaer og sjekklister.

2.2.2 Etterutdanning

Utvalget foreslår også at alle relevante instanser bør gjennomføre etterutdanningskurs om regelverket om taushetsplikt og informasjonsutveksling for sine ansatte. Dette er et godt formål som er vanskelig å være uenig i. Samtidig vil vi advare mot å innføre et nytt tiltak og en ny plikt for noe som allerede er ivaretatt for fastlegenes del. For å kunne praktisere som fastlege må man enten være spesialist eller under spesialistutdanning i allmennmedisin. I den obligatoriske kurspakken ligger allerede opplæring i det aktuelle regelverket. Dette er en del av fastlegenes hverdag, og Legeforeningen opplever at fastlegene i stor grad også ved tvil søker råd i løpende håndtering av dette fra andre kolleger, Legeforeningens jurister og tilsynsmyndighetene. Nye forpliktelser vil kreve ressurser fra andre formål og sannsynligvis ha svært begrenset effekt. Sett i lys av den svært pressede kapasitetssituasjonen i fastlegeordningen vil vi på det sterkeste advare mot dette. Det er derfor ikke behov for et nytt kurskrav, men man kan gjerne gjøre en ny vurdering av om faglig innhold og læringsmål i eksisterende opplæringsopplegg er dekkende for behovet.



2.3 Kompetanseløft i helsetjenesten (pkt. 17.2.1)

Utvalgets gjennomgang viser at det finnes et forebyggingspotensial i helsetjenesten. Blant annet peker utvalget på eksempler som tyder på at fastleger og annet helsepersonell manglet tilstrekkelig kompetanse på vold i nære relasjoner og andre faktorer som kan bidra til forhøyet risiko for alvorlig partnervold og partnerdrap. Det var også eksempler som tydet på at fastleger manglet kompetanse på sammenhengen mellom vold i nære relasjoner og medikamentbruk. Utvalget anbefaler at det bør utvikles etterutdanningskurs for forskjellige grupper helsepersonell om vold i nære relasjoner, risikovurdering, risikohåndtering, kommunikasjon, kultursensitivitet og samhandling. Utvalget foreslår at det bør utredes nærmere om helsepersonell i flere deler av helsetjenesten bør pålegges en plikt til å gjennomføre slike kurs.

Legevaktpersonell, inkludert fastleger som har legevakt, er etter akuttmedisinforskriften allerede forpliktet til å gjennomføre et nettkurs i volds- og overgrepshåndtering. Utvalget mener at det bør vurderes om et tilsvarende kurs også bør gjøres obligatorisk for helsepersonell som arbeider i andre deler av helsetjenesten.

Forslaget bygger på at det etter utvalgets syn ligger et forebyggingspotensial i å utvikle større grad av profesjonalitet og systematisering i håndteringen av voldssaker, jf. utredningen 14.4.4.1.

Legeforeningen vil peke på at utvalgets konklusjon om at fastleger og annet helsepersonell manglet tilstrekkelig kompetanse på vold i nære relasjoner, er basert på et lite utvalg og fremstår svakt fundert. Legeforeningen mener at fastleger og legevaksleger generelt har kompetanse på vold i nære relasjoner. Det vil imidlertid alltid være et forbedringspotensial. Legeforeningen vil peke på at det finnes et kurs om vold som er obligatorisk for alle allmennleger i spesialisering. Dette opplyses det også om i utredningen. Vi viser for øvrig til våre vurderinger i avsnittet ovenfor.

Legeforeningen vil peke på at vold og skader som kontaktårsak forekommer hyppigere på legevakt enn i ordinær fastlegevirksomhet. På vakt møter legene ofte pasienter som de ikke har inngående kjennskap til fra tidligere. I tillegg er det hyppige samtidighetskonflikter, og omstendighetene er ikke ideelle for å kunne ta seg god tid og bygge den nødvendige tillit. Derfor er det begrensede forutsetninger for å avdekke eventuell vold, samt kartlegge omfanget og vurdere alvorlighetsgrad og gjentakelsesfare. Helsetjenesten er avhengig av tillit for å kunne komme i kontakt med utsatte grupper.

Utvalget mener helsetjenesten generelt "forholdt seg mer profesjonelt til somatiske plager enn til mistanke eller kunnskap om vold i nære relasjoner", jf. utredningen pkt. 12.4.4.1. Utvalget hadde sett på 19 tilfeller. Med tanke på hvor mange pasientkontakter som skjer hver eneste dag i helsevesenet, kan det fremstå som forhastet å konkludere med at det ligger et forebyggingspotensial i å utvikle større grad av profesjonalitet og systematisering i håndtering av voldssaker.

2.4 Plikt til å utrede og risikovurdere i saker om vold i nære relasjoner (pkt. 17.2.2)

2.4.1 Utvalgets forslag

Utvalgets gjennomgang viser at helsetjenesten i liten grad avdekket, eller forsøkte å avdekke, vold i nære relasjoner. Dette gjaldt også i tilfeller hvor voldsutsatte oppsøkte helsetjenesten med fysiske voldsskader. Sakene indikerte at helsepersonell svært sjelden stilte konkrete og direkte spørsmål om vold, eller gjorde undersøkelser for å avgjøre om en skade eller en helseplage hadde sammenheng med vold. Utvalget anbefaler derfor at helsepersonell bør pålegges en lovfestet plikt til å utrede vold i nære relasjoner der det foreligger mistanke om slik vold og en lovfestet plikt til å gjennomføre en faglig og skriftlig risikovurdering der det foreligger kunnskap om vold i nære relasjoner.

Etter Legeforeningens syn er både forslaget om å pålegge helsepersonell en lovfestet plikt til å gjennomføre en faglig og skriftlig risikovurdering – og begrunnelsen for dette – svært problematisk.

2.4.2 Taushetsplikten som forutsetning for å gi helsehjelp

Legeforeningen vil peke på at helsepersonells taushetsplikt er en forutsetning for å kunne gi forsvarlig helsehjelp til alle som har behov for det. Mennesker med behov for helsehjelp, skal kunne oppsøke helsevesenet uavhengig av livssituasjonen eller andre forhold. Uten en streng taushetsplikt, vil pasienter kunne holde tilbake opplysninger av frykt for at legen bringer disse videre. Dette ville kunne medføre at legen fikk et mindre fullstendig beslutningsgrunnlag, som igjen forringer muligheten for å gi forsvarlig hjelp. Disse grunnleggende og prinsipielle utgangspunktene følger blant annet av *Ot.prp. nr. 13 (1998–1999)* s. 83. Taushetsplikten etter helsepersonelloven har delvis en annen begrunnelse enn for eksempel taushetsplikten til ansatte i forvaltningen. Leger skal gi helsehjelp og er avhengige av pasientens tillit.

Taushetsplikten etter helsepersonelloven er tilpasset helsetjenestens egenart og de særlige hensynene som begrunner helsepersonells taushetsplikt. Helsepersonellovens utgangspunkt er en streng taushetsplikt (§ 21), og unntak krever pasientens samtykke (§ 22) eller en særlig opplysningsrett (§§ 23-29), opplysningsplikt (§§ 30-34) eller meldeplikt (§§ 35-38 a). I denne forbindelse vil vi særlig trekke frem helsepersonelloven § 31 som sier at helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. I tillegg kommer avvergingsplikten i straffeloven § 196.

Taushetsplikten er en viktig rettslig garanti for at pasienten skal ha tillit helsepersonell. Reguleringen av taushetsplikten med unntak i helsepersonelloven sikrer i utgangspunktet pasienten kontroll over opplysningene som gis til helsepersonellet.

Saker med mistanke om vold mot voksne reiser vanskelige etiske og rettslige spørsmål. Dersom en voksen person ber sin fastlege om å unnlate å melde fra, er det ikke nødvendigvis grunnlag for å gjøre unntak fra taushetsplikten. Som regel vil det ikke være grunnlag for å si at det er fare for liv og helse. Leger må derfor respektere pasienten og det livet vedkommende velger å leve. Som regel vil fastleger oppfordre til kontakt med krisesenter, krisetelefon, kommunale tilbud, familievernkantor med mer, i tillegg til å kunne oppfordre til politianmeldelse dersom det er mistanke om at det utøves vold.

Å oppklare og etterforske forbrytelser er politiets oppgave, ikke helsepersonellens. Leger behandler og følger opp sykdomsforløp. Vold kan være symptom på en sykdomstilstand som det er legenes oppgave å utrede og behandle, men selve voldsutøvelsen og dens straffbarhet må utredes av politiet. Dagens lovgivning ivaretar den vanskelige avveiningen mellom hensynet til å kunne gi forsvarlig helsehjelp og behovet for å avverge eller stanse alvorlige lovbrudd.

En utredningsplikt vil kunne gjøre terskelen for å oppsøke helsepersonell høyere. En utredningsplikt vil også kunne medføre en risiko for at enkelte unnlater å kontakte helsetjenesten – også for andre helseproblemer enn skader.

Etter Legeforeningens syn vil det kunne være grunn til å bedre veiledningsmaterialet knyttet til vurderingene av om det er grunnlag for å gjøre unntak fra taushetsplikten. Et pålegg om utredning og risikovurdering, er imidlertid ikke hensiktsmessig. Forslaget om en plikt til å utrede og å risikovurdere i saker om vold i nære relasjoner reiser flere prinsipielle spørsmål om befolkningens adgang til å oppsøke helsehjelp som må utredes grundig før et slikt pålegg ev. vedtas.

2.4.3 Prediksjon av partnerdrap er vanskelig

Partnerdrap utgjør en fjerdedel av alle drap i Norge, jf. utredningen pkt. 4.3.1.2. Ved syv av ti partnerdrap er det registrert partnervold før drapet. Ved fem av ti partnerdrap er det registrert mer enn fem voldsepisoder forut for drapet. Tre av fire gjerningspersoner og ofre har vært i kontakt med politi, helsevesen og hjelpeapparat forut for drapet. Likevel er det å identifisere de som begår drap forut for ugjerningen vanskelig. Det psykiske helsevernet har anslagsvis 150 000 konsultasjoner. Krisesentrene får rundt 20 000 henvendelser, stort sett knyttet til vold. Dette gjør at det er svært vanskelig å identifisere de tross alt få personene som kan komme til å begå drap. Videre er det langt fra alle som begår vold mot partnere som har en alvorlig psykisk lidelse. Personer som senere kan begå partnerdrap, oppfyller ikke nødvendigvis kriteriene for å få hjelp i psykisk helsevernloven. Det er dessuten generelt vanskelig å klare å fange opp voldsrisiko i en befolkning. Mange alvorlige voldshandlinger og drap skjer i affekt, og det å predikere affeksjonsdrap er svært krevende.

2.4.4 Alkoholavhengighet og medikamentbruk

Alkoholavhengighet og medikamentbruk er vanlige innganger til helsevesenet. Noen ganger fører rusproblematikk til henvisning og behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er ingen automatikk i dette. Utvalget nevner et tilfelle hvor fastlegen har problematisert medikamentbruk over mange år, jf. utredningens pkt. 12.4.2.3. I andre saker nevner utvalget at forskrivning av vanedannende medisiner er fortsatt til tross for at pasienten ikke har vært til konsultasjon hos fastlegen om dette. Generelt er dette en uheldig forskrivningspraksis som ikke er ønskelig.

Omkring tre av fire drap begås av personer i ruspåvirket tilstand. Utbredelsen av problematisk eller alvorlig misbruk av alkohol er høy (omkring 7 prosent av menn og 3 prosent av kvinner). I tillegg kommer illegale rusmidler.

Å identifisere dem som i affekt vil kunne begå drap er særdeles vanskelig. Selv blant innlagte pasienter kan det være vanskelig å predikere alvorlig vold, ikke minst etter utskrivning. Vi antar derfor at det – til tross for en satsning på identifisering av risiko for alvorlig vold og drap – dessverre vil forekomme nye tilfeller av personer som er blitt henvist til psykiater/psykolog som senere utøver alvorlig vold eller begår drap. Dette på tross av at det er gitt utrednings- og behandlingstilbud, og særlig dersom slike tilbud er avslått.

2.4.5 Leger må gis ressurser til å følge opp pasientene

En fastlege kan ha det fortrinn at pasienten er kjent fra tidligere. Samtidig er fastlegen underlagt strenge rammevilkår med tanke på bruk av tid og hvilke spørsmål det er relevant å stille. Dersom pasienten selv ikke innleder til å ta opp tematikk relatert til vold i hjemmet er det heller ikke sikkert fastlegen kommer i posisjon til å ta temaet opp.

Dersom det innføres et pålegg om utredning og risikovurdering, må dette samtidig følges opp med en mulighet for prioritering og rask intervensjon. For øyeblikket står primærhelsetjenesten i en presset situasjon. Fastlegene opplever et høyt arbeidspress. Oppgaver prioriteres på bekostning av andre viktige oppgaver. Det er derfor nødvendig å innføre tiltak som gir fastlegene en mindre presset arbeidshverdag, slik at de får mulighet til å bruke tilstrekkelig med tid og ressurser på hver enkelt pasient. I flere deler av landet er det også manglende kapasitet i psykiatrien, og spesialisthelsetjenesten må også styrkes.

2.5 Henvisning til spesialisthelsetjenesten og tvangsinnleggelse

I syv av sakene som utvalget så på, hadde instanser i helsevesenet mistanke eller kunnskap om partnervold. Utvalget skriver at de har et inntrykk av at alminnelig helsehjelp ble gitt, men ikke målrettede voldsforebyggende tiltak. Somatisk helsehjelp ble utført, men ikke ytterligere utredning eller behandling med mål om å forebygge fremtidig vold og drap. En av pasientene ble henvist til



spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern), uten at det ble sørget for at kontakt ble opprettet. Videre vises det til manglende kapasitet til oppfølging, eller at pasienten/gjerningsmannen har avvist oppfølging. Tvangsinnleggelse ble vurdert i ett tilfelle, men det skal det ikke ha vært grunnlag for.

Legeforeningen vil peke på at fastleger og legevaktleger foretar svært mange vurderinger av tvangsinnleggelse. Dette er vanskelige grenseoppganger, hvor vernet av pasientens rettigheter skal veies opp mot risiko for liv og helse. Disse avveiningene er ikke unike for partnervold, men ses også i blant annet suicidalitetsvurderinger. Helsepersonell må til enhver tid gjøre øyeblikksvurderinger. I løpet av den korte tiden legen har til rådighet, må legen evaluere og vurdere tilstanden og sannsynligheten for bedring/forverring. Utredningens gjennomgang synliggjør først og fremst at disse vurderingene er svært krevende. Å forutse alvorlige hendelser er ikke enkelt, selv for de med lang og bred erfaring.

Leger skal henvise pasienter videre til spesialisthelsetjenesten ved behov. Dette gjør imidlertid ikke at legen er uten ansvar for å følge opp eller melde fra om forhold som gjør at det foreligger voldsmistanke eller forhold som gjør at legen vurderer at det er behov for nærmere oppfølging. I tilfellene hvor det foreligger en vag mistanke, men ikke tilstrekkelige forhold til å gjøre unntak fra taushetsplikten, kan en sykehuslege eller legevakslege melde voldsmistanke til fastlegen. Fastlegen kan dermed være mottaker for flere bekymringer og mistanker. Sett under ett vil fastlegen kunne få et bredere helhetsbilde, og vurdere melding til politiet.

2.6 Styrking av det spesialiserte behandlingstilbudet til voldsutøvere (pkt. 17.2.3)

Saksgjennomgangen viste ingen eksempler på at voldsutøvere oppsøkte, eller ble tilbudt, spesialiserte tilbud i eller utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Utvalget foreslår at det spesialiserte behandlingstilbudet til personer som utøver partnervold bør styrkes. Etter vårt syn virker det hensiktsmessig å tilby god behandling og hjelp til både voldsutøver og voldsutsatt.

Fastleger sitter ofte helt alene sammen med potensielt voldelige pasienter. I mange kommuner er politidekningen for lav til at det kan ytes bistand ved behov. Det er bekymringsfullt. Ved vurderinger av vold bør det være fri egenandel, og det bør være mulig at to leger sammen kan vurdere pasienten – både av hensyn til pasientene og legenes trygghet.

2.7 Bedre tilgjengelighet i tilbudet om psykisk helsehjelp (pkt. 17.2.4)

Saksgjennomgangen viste at en stor andel av ofrene og gjerningspersonene hadde psykiske helseplager, men at få fikk behandling for dette. Sakene etterlot et inntrykk av at psykiske helseplager, særlig hos menn med etnisk minoritetsbakgrunn og personer med bakgrunn som flyktninger, ikke ble fanget opp av helsetjenesten. Utvalget anbefaler at det etableres et lavterskeltilbud for rask behandling av psykiske helseplager i alle kommuner, at det bør arbeides systematisk for å rekruttere helsepersonell med minoritetsbakgrunn, særlig innen psykisk helsearbeid og at tilbudet til flyktninger og asylsøkere med psykiske helseplager bør gjøres mer tilgjengelig.

Legeforeningen støtter dette forslaget. Det er en viss overvekt av partnerdrap blant personer med ikke-etnisk norsk bakgrunn. Men også blant denne gruppen er partnerdrap svært sjelden. Selv om det er utøvd vold, er det vanskelig å predikere at vedkommende vil begå partnerdrap. I spesialisthelsetjenesten opplever psykiatere til dels utfordringer i oppfølgingen av pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Både kommuner og DPS opplever at de får for lite volum for å bli gode på de med de mest alvorlige migrantraumeerfaringer og det å behandle kultursensitivt.

De kommunene som har tilbud om "Rask psykisk helsehjelp"¹ rapporterer svært god nytte av dette. Et slikt lavterskeltilbud, ved siden av eller som del av kommunale mestringsenheter vil være hensiktsmessige. Imidlertid er det ikke sikkert et slikt tilbud vil kunne tilby det disse pasientene og pårørende har behov for. Størrelsen og ressursene til den enkelte komme varierer sterkt. Legeforeningen vil peke på muligheten til å ha egne medarbeidere i hver kommune med en særskilt kompetanse innenfor vold og utsatthet. Interkommunale samarbeid vil kunne være en mulighet i små kommuner.

Når det gjelder forslaget om å gjøre tilbudet til flyktninger og asylsøkere med psykiske helseplager mer tilgjengelig, vil vi også peke på at flyktninger med endelig avslag på opphold i Norge ofte får avvist henvisning til spesialisthelsetjenesten fordi problemene ikke vurderes som alvorlige nok. Et endelig avslag på opphold medfører også at man ikke lenger har rett til fastlege eller oppfølging utover "nødvendig helsehjelp", hvilket reduserer muligheten for tilstrekkelig helsehjelp ytterligere.

Flyktningehelseteam vil også kunne fylle deler av disse oppgavene. Det er da viktig å etablere kontakt allerede i transittmottak, og gjøre helsevesenet tilgjengelig for denne gruppen. Ikke minst må man bruke tolk, gi tilstrekkelig informasjon og sørge for best mulig integrering i det norske samfunnet. Uten å være integrert vil man heller ikke kunne ta i bruk helsetjenestene på en tilfredsstillende måte.

Dersom arbeidet skal lykkes, er det helt vesentlig at det psykiske helsevernet har kunnskap om ulike kulturelle bakgrunner og kjennskap til utfordringer som mennesker fra forskjellige regioner opplever. Spesielt utrednings- og behandlingskompetansen på post-traumatisk stresslidelse (PTSD) i relasjon til flyktninger og personer med minoritetsbakgrunn må etter vårt syn styrkes.

Legeforeningen mener at det er nødvendig å reetablere Psykososialt senter for flyktninger. Slike team er opprettet på nasjonalt nivå både i Sverige og Danmark. Et slikt klinisk senter på tredjelinjenivå vil kunne gi den veiledning som trengs i utredning og vurdering av voldsrisiko hos personer med minoritetsbakgrunn.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Anders Sondrup
Rådgiver/advokatfullmektig

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

¹ <https://www.napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>