

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Rapport:
Vold, trusler og ustabil
atferd i norske asylmottak

Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset

KOMPETANSESENTERET
for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri
i helseregion Midt- og Nord-Norge

Rapport: Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak

St. Olavs Hospital HF, psykiatrisk divisjon, avdeling Brøset, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri har i 2007 gjennomført to prosjekt for daværende Sosial- og helsedirektoratet, fra 1.april 2008 Helsedirektoratet, vedrørende asylsøkeres situasjon.

Delrapport 1: Vold og trusler i norske mottak - en kartleggingsstudie

Delrapport 2: Den utvidede helseundersøkelsen. Utredning av personer i asylmottak som representerer utfordringer med hensyn til voldelig og utagerende atferd

Resultatene fra disse to prosjektene vil bli gjengitt hver for seg i denne rapporten.

Forskningsleder Dr. Philos Jim Aage Nøttestad
St. Olavs Hospital, H.F. Psykiatrisk divisjon,
Avd. Brøset, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels, - og rettspsykiatri.
1. september 2008

Innhold

Sammendrag	5
Delrapport 1 - Vold og trusler i norske mottak	5
Delrapport 2 - Den utvidede helseundersøkelsen.	6
Delrapport 1: Vold og trusler i norske asylmottak	7
Forord	8
Bakgrunn	8
Målsetting	8
Metode	9
Utvalg	9
Om voldsregistrering	9
Instrument	10
Gjennomføring	10
Resultater	11
Alvorlighetsvurdering av hendelsene	12
Hvem utfører de voldelige hendelsene?	14
Hvem er utfyller?	15
Tidspunkt for hendelsene	16
Beskrivelser av voldshendelsene	17
Oppsummering og anbefalinger	25
Referanser	27
Delrapport 2: Den utvidede helseundersøkelsen	30
Metode for den utvidede helseundersøkelsen	32
Oppfølging av anbefalingene	33
Bekymringsmeldingene	38
Innsending av bekymringssmeldinger	38
Demografi.	39
Botid i mottak	39
Årsakene til bekymring	40
Psykisk helse	43
Rusmidler	43
Kontakt med politiet	43
Diskusjon	45
Anbefalinger	46
Referanser	48
Figur og tabelliste	49

Sammendrag

Delrapport 1 - Vold og trusler i norske mottak

Det er innrapportert 189 hendelser om vold og trusler ved bruk av registreringsskjema Staff Observation Aggression Scale (SOAS) i tidsrommet januar til desember 2007. I alt 135 personer står bak disse hendelsene og de fleste (80 %) er registrert med en hendelse. Dette kan indikere at aggresjonen i svært mange tilfeller er situasjonsbestemt.

Det er ingen betydelige forskjeller vedrørende gjerningspersonene med hensyn til demografi eller søknadsstatus mellom forsterkede og ordinære mottak.

Hendelsene er samlet sett forholdsvis alvorlige både ved subjektive vurderinger og objektive alvorlighetsskårer. Ca en tredjedel av hendelsene omhandler kun verbal aggresjon og trusler, de øvrige 70 % av hendelsene angir en eller annen form for fysisk aggresjon/vold. I to tredjedeler (68 %) av hendelsene fører ikke volden til noen konsekvenser for den voldsutsatte, men i en tredjedel (32 %) av tilfellene førte til fysisk personskade.

Det å bli nektet noe, å være i konflikt med andre beboere og ingen synlig årsak beskrives hyppigst som foranledningen til verbal aggresjon og vold.

Tallmessig sett benyttes fysisk aggresjon oftere i mottakenes forsterkede avdelinger enn i ordinære mottak, men forskjellene er ikke signifikante ($p=.06$).

Mannlig personale og mannlige beboere utsettes hyppigst for verbal aggresjon/vold.

Det er flest hendelser med fysisk vold samt fysisk skade når målet er mannlige medbeboere, beboeren selv, og flest tilfeller av verbal aggresjon når målet er mannlige personale. Det er ingen forskjell på de ordinære mottakene og mottak med forsterkede avdelinger mht om det har forekommet fysisk personskade eller ikke.

Mannlig personal og mannlige beboere er de som hyppigst utsettes for aggresjon/vold samlet sett. Selvskading oppgis signifikant oftere i mottak med forsterkede avdelinger sammenlignet med de ordinære. Vi finner videre flest hendelser med fysisk vold samt fysisk skade når målet er mannlige medbeboere, beboeren selv, og flest tilfeller av verbal aggresjon når målet er mannlige personal. Flest av de som angir ikke fysisk personskade, beskriver hendelser der målet er mannlige og kvinnelige personal.

Resultatene fra undersøkelsen viser at både levekårene for beboerne og arbeidsforholdene for ansatte i mottak bør forbedres. Asylsøkere og ansatte bør i den grad det er mulig unngå å oppleve vold og trusler i den grad den foreliggende undersøkelsen dokumenterer. En omfattende innsats i forhold til å redusere vold og trusler vil slik være en vesentlig forbedring av levekårene for asylsøkere samt en vesentlig oppgave for mottakenes HMS arbeid.

Delrapport 2 - Den utvidede helseundersøkelsen.

Utredning av personer i asylmottak som representerer utfordringer med hensyn til voldelig og utagerende atferd.

I 2007 kom det inn 71 meldinger om voldelig, utagerende eller psykisk påfallende atferd hos asylsøkere til UDI. Dette utgjør ca 1 prosent av alle asylsøkere. Av disse er det 10 personer som er undersøkt, 20 ønsket ikke/nektet å delta i undersøkelsen og for 28 personer mente helsepersonell og personalet i mottak at det ikke var nødvendig med en slik undersøkelse, og seks bekymringsmeldinger ble sendt etter prosjektets avslutning, jf tabell 7.

En bekymringsmelding skyldes som regel vold, utagering og/eller psykisk ustabilitet. De personene det er sendt inn en bekymringsmelding på er derfor en meget selektert gruppe og representerer ikke på noen måte asylsøkerne i Norge.

Det ble fra flere asylmottak påpekt at det var forskjellig kultur innen ulike asylmottak med henblikk på hva en oppfattet som vold og trusler og som ble rapportert videre i en bekymringsmelding.

I bekymringsmeldingene er det spesifisert om meldingen skyldes vold, vold og psykiske vansker eller bare psykiske vansker. Ved en sammenlikning av samtlige som er voldelige med de som ikke er voldelige, viser det seg at det ikke er noen forskjell på de to gruppene. Mht. botid i mottak, om de hadde en psykiatrisk diagnose, om de hadde vært innlagt i psykisk helsevern, om de brukte rusmidler og om de hadde nektet deltakesle i den utvidede helseundersøkelsen.

Hvis vi på grunnlag av de innsendte bekymringsmeldingene sammenlikner de som kun har vært verbalt aggressive med de som har brukt andre og mer alvorlige former for vold er det en klar forskjell. Blant utøverne av mer alvorlige former for vold er det flere som det også tidligere har blitt sendt inn en bekymringsmelding på. Det er også flere som har fått avslag i UDI og UNE i denne gruppen. Blant utøverne av mer alvorlige former for vold er det også flere som har vært lagt inn i, eller har mottatt/mottar behandling fra psykisk helsevern. Det synes som om det er flere blant de med alvorlige voldshandlinger som har en psykiatrisk diagnose, men tendensen er ikke signifikant ($p = .07$). Det er dessuten flere blant denne gruppen som har rusproblemer. I alt 54 % av asylsøkerne har hatt en eller annen form for kontakt med politiet, men erfaringene fra undervisningen for de asylansatte viste at å ta ut tiltale og gå til sak er ressurskrevende og må prioriteres i forhold til andre straffesaker. Fordi man regner med at tiltalte sannsynligvis blir sendt ut av landet, henlegges ofte saken. Når trusler og bråk ikke får konsekvenser, vil man kunne fortsette å true og skape bråk og slik vil både politiets og asylansattes autoritet svekkes.

Helsepersonells taushetsplikt og manglende tilbakemelding til asylansatte om den enkelte asylsøkers sykdom, behandlingsbehov og eventuell risiko for voldelig atferd har blitt kritisert.

Mennesker med en personlighetsforstyrrelse og som preges av impulsivitet, liten selvkontroll, dårlig realitetsvurdering og utagering kan fremstå som psykotiske, uten at de nødvendigvis er psykotiske og således trenger innleggelse.

UDIs praksis med bekymringsmeldinger bør fortsette, men disse bør eventuelt baseres på SOAS-RA som en objektiv beskrivelse av alvorlighetsgraden i meldingene.

Delrapport 1: Vold og trusler i norske asylmottak

Prosjektleder: Forskningsleder Jim Aage Nøttestad
Prosjektmedarbeider: Camilla Buch Gudde
Psykisk helsevern, Avd. Brøset
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri,
Postboks 1803 Lade, 7440 Trondheim

Forord

Rapporten er skrevet på bakgrunn av resultater fra en kartleggingsstudie av vold og trusler i norske asylmottak i perioden januar-desember 2007. Undersøkelsen er finansiert av midler bevilget av daværende Sosial- og Helsedirektoratet, nå Helsedirektoratet, og ble gjennomført i regi av Brøset kompetansesenter i Trondheim ved prosjektleder/forskningsleder Jim Aage Nøttestad og prosjektmedarbeider Camilla B. Gudde. Kontaktperson i UDI: Rådgiver Bente Astad.

Bakgrunn

Beboere som utagerer og/eller benytter vold i en eller annen form er en utfordring for beboere og ansatte som arbeider i asylmottak. Sommeren 2005 hadde Utlendingsdirektoratet mottatt ca 70 meldinger om asylsøkere som hadde vært utagerende og/eller voldelige. De ansatte i asylmottakene har opplevd denne situasjonen som vanskelig da de har relativt liten erfaring med å forstå bakgrunnen til disse voldelige handlingene. Ved årsskiftet 2005-2006 ble det i forbindelse med samarbeidsprosjektet "Den utvidede helseundersøkelsen" igangsatt et undervisningsopplegg for ansatte i asylmottak. Undervisningen viste at asylmottakene ikke hadde noe felles registreringsmåte eller varslingsystem ved utagering og vold mot ansatte eller øvrige asylsøkere.

På bakgrunn av dette ble det bevilget midler fra Sosial- og helsedirektoratet til et prosjekt for kartlegging av forekomsten av vold og trusler i norske asylmottak. Det ble i perioden 25.09.06 – 25.12.06 gjennomført en pilotstudie ved Brøset kompetansesenter. Hensikten med pilotprosjektet var å prøve ut egnetheten til registrerings skjema SOAS-RA (Staff Observation Aggression Scale – Revised, Asylversjon) i utvalgte asylmottak før skjemaet ble innført på landsbasis i 2007. Undersøkelsen er vurdert og godkjent av den Regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Målsetting

Prosjektet tar sikte på å kartlegge forekomst av voldelige hendelser i samtlige norske asylmottak i løpet av 2007. Hovedmålene med prosjektet er:

- Etablere en oversikt over forekomst slik at det kan vurderes om ekstraordinære tiltak bør iverksettes.
- Få en oversikt over livs -og arbeidssituasjonen til ansatte og beboere i mottak.

Metode

En kartleggings- og forekomststudie av voldelige hendelser i samtlige asylmottak i Norge i løpet av 1 år. Dette innebærer ca. 60 ordinære mottak, 4 mottak med forsterket avdeling samt 5 transittmottak. Mottakene benyttet registreringsskjema i PDF-format for selvutfylling i etterkant av voldelige hendelser. I forkant av undersøkelsen fikk personalet ved samtlige mottak undervisning og opplæring i bruk av registreringsskjema.

Utvalg

Verken antall mottak, antall plasser ved hvert enkelt mottak eller antall asylsøkere som bor i mottak er faste størrelser. Å operere med antall plasser vil gi for lave tall fordi vi ikke har oversikt over antall personer som har benyttet disse plassene og en person kan ha vært innom flere plasstyper i løpet av året.

Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i tall fra statistikkavdelingen i UDI over antall personer i mottak med fordeling på ulike typer mottak ved utløpet av april 2007.

Det gir et samlet tall for personer i mottak lik 7092 med følgende fordeling:

- Ordinære mottak: 6220
- Forsterkede mottak: 77
- Transittmottak: 632
- Mottak for Enslig mindreårige (EMA): 163

I presentasjon av resultater og analyser ser vi imidlertid kun på forsterkede kontra ordinære mottak. Hendelser fra transittmottakene og fra mottak for enslig mindreårige grupperes innenfor de ordinære mottakene.

Om voldsregistrering

Voldsproblematikken er kompleks og mangfoldig og må forstås med det som bakgrunn. Studier indikerer at vold og trusler om vold er et økende problem i samfunnet generelt og i arbeidslivet spesielt (1). Vold på arbeidsplassen ser ut til å være et økende fenomen innenfor helsesektoren og spesielt innenfor området psykisk helsevern (2, 3). Så vidt vi vet er det ikke gjort forekomststudier av vold innenfor asylmottak. Det er grunn til å anta at vold mot ansatte og medbeboere i mottak vil kunne medføre en trussel mot livssituasjon og arbeidsmiljø i mottak, og ha betydning i forhold til mottakenes forsøk på å levere et kvalitativt godt tilbud.

Voldelige hendelser innenfor mottak kan trolig skyldes en kombinasjon av beboer-, ansatte- og miljømessige faktorer. Den foreliggende rapporten bygger på selvrapporing og offerets rapporterte opplevelse av volden. Denne strategien vil ikke nødvendigvis gi et fullstendig bilde av den faktiske volden som forekommer. Dette er ikke nødvendigvis en svakhet, ettersom rapporten kan leses som en beskrivelse av hva ansatte og medbeboere selv har erfart som voldelige hendelser i løpet av 2007. I undersøkelsen bes personale eller medbeboere om å rapportere og registrere hendelser som kan defineres som aggressive eller voldelige; *så som enhver verbal eller nonverbal atferd som kan oppfattes som truende mot seg selv, andre eller gjenstander, eller fysisk atferd som faktisk medførte fysisk skade* (4). Denne definisjonen av en voldelig hendelse tar altså utgangspunkt i at verbal aggresjon og

trusler også er å anse som vold. Begrepene voldelig og aggressiv hendelse brukes synonymt i rapporten.

Instrument

Staff Observation Aggression Scale – Revised, Asylversjon (SOAS-RA)

Registreringsskjema som benyttes i undersøkelsen er en videreutvikling og en tilpasning av et anerkjent og grundig utprøvd skjema; Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R). Det originale SOAS-R ble utviklet i Sverige på 80-tallet av Tom Palmstierna og Børge Wistedt (5) SOAS-R er sannsynligvis det mest brukte registreringsskjema for aggressiv/voldelig atferd i psykiatrien både nasjonalt og internasjonalt. Instrumentet er revidert gjennom doktorgradsarbeidet til Henk Nijman ved universitetet i Maastricht (6), og er oversatt og bearbeidet til norske forhold av Roger Almvik. Instrumentet bygger på personalets observasjoner av enkeltepisoder og er i tillegg til å være et instrument som kartlegger prevalens, også et hjelpemiddel i den praktiske hverdagen all den tid at en rekke variabler som kartlegger personatferd og – mønstre inngår i instrumentet. Endringer av det opprinnelige SOAS-R og tilpasning for bruk i asylmottak ble foretatt av Jim Aage Nøttestad og Roger Almvik på bakgrunn av møter med ansatte fra samtlige asylmottak i Norge. Tilpasningene handlet i hovedsak om å justere forhåndsvalgte svaralternativ til å omhandle situasjoner og handlinger tilpasset hverdagen i mottak. Videre fikk vi tilbakemeldinger fra mottakene som ønsket å åpne muligheten for at ikke kun personalet skal kunne rapportere voldelige hendelser. For å få et samlet bilde av forekomst av vold og trusler i mottakene, så vi det som naturlig at også medbeboere skal kunne ha mulighet til å registrere hendelser.

SOAS-RA inneholder 5 kolonner med forhåndsvalgte svaralternativ, i tillegg åpne felter for ”annet/andre” eller utdypende og beskrivende kommentarer. Kolonnene dekker områdene bakgrunn for hendelsen, midler brukt, mål for aggresjonen, konsekvenser og umiddelbart iverksatte tiltak. Utfyller angir subjektiv alvorlighetsgrad av hendelsen på en Visual Analog Scale (VAS), der 0 er ikke alvorlig og 100 er svært alvorlig. I tillegg har skjema et innebygget skåringssystem for alvorlighetsgrad som går fra 0 – 22, der høyere skåre indikerer høyere alvorlighetsgrad. Skjema inneholder demografiske opplysninger om utfyller/offer og om gjerningspersonen bak hendelsen. SOAS-RA kan kartlegge voldsatferd på UDI regionnivå, på asylmottaksnivå, avdelings- og enkeltindividsnivå.

Følgende variabler registreres i prosjektet:

- Forekomst av vold og trusler
- Årsaker til at vold og trusler utløses
- Skader som følge av vold og trusler
- Tiltak mot vold og trusler

Gjennomføring

Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av tidsrommet januar 2007 til desember 2007. De ansatte ved mottakene ble oppfordret til å registrere alle tilfeller av aggressiv atferd (herunder også verbale trusler) i SOAS-RA. Skjemaet ble utfyllt av personalet som hadde vært vitne til, involvert i eller mottatt rapport om hendelser som kan defineres som aggressive eller voldelige. Skjemaene ble deretter sendt til UDI's regionkontorer og til UDI sentralt for anonymisering før de ble oversendt prosjektleder ved Brøset kompetansesenter for bearbeiding og statistiske analyser. Prosjektet er vurdert og godkjent av den regionale etiske komité for forskningsetikk.

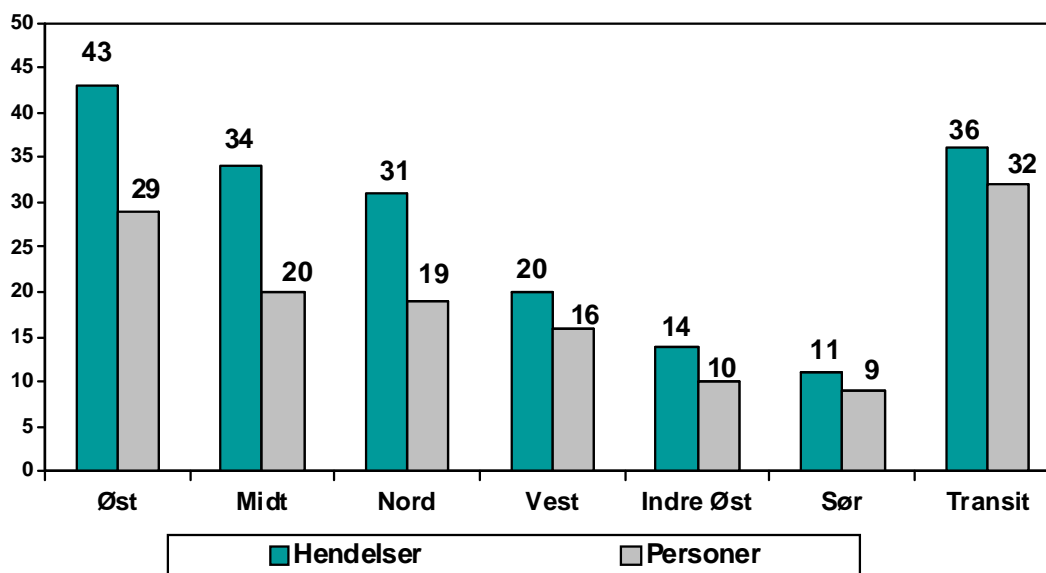
Data er analysert ved bruk av Statistical Package for Social Sciences (SPSS 14.0). Beskrevne forskjeller baserer seg på et signifikansnivå på $p=.05$ eller mindre.

Presentasjon av resultater

Vi benytter begrepet hendelse synonymt med SOAS-skjema, dvs. at en hendelse refererer til et innsendt SOAS-R skjema. Det innebærer at i et skjema/en hendelse kan det forekomme flere former for aggresjon og vold. Eksempelvis vil en hendelse kunne inneholde informasjon om både trusler og andre voldsformer. Vi kan ikke si noe om forskjeller mellom asylsøkere som i løpet av perioden er rapportert voldelige og de som ikke er det fordi vi ikke har data på de som ikke er voldelige. Vi har i analysene valgt å se på forskjeller mellom verbale hendelser kontra hendelser med fysisk vold (voldstype), mellom hendelser som fører til fysisk skade på personer og de som ikke medfører fysisk skade (konsekvens) og hendelser i forsterkede mottak kontra hendelser i ordinære mottak (type mottak). Når det gjelder hendelser rapportert fra beboere kontra personalobserverte hendelser, er datagrunnlaget delvis mangelfullt. Hendelsen kan være beskrevet som innrapportert, men gitt alvorlighetskåre av personalet som fyller ut skjema. Vi har derfor i analysene valgt å presentere resultatene samlet.

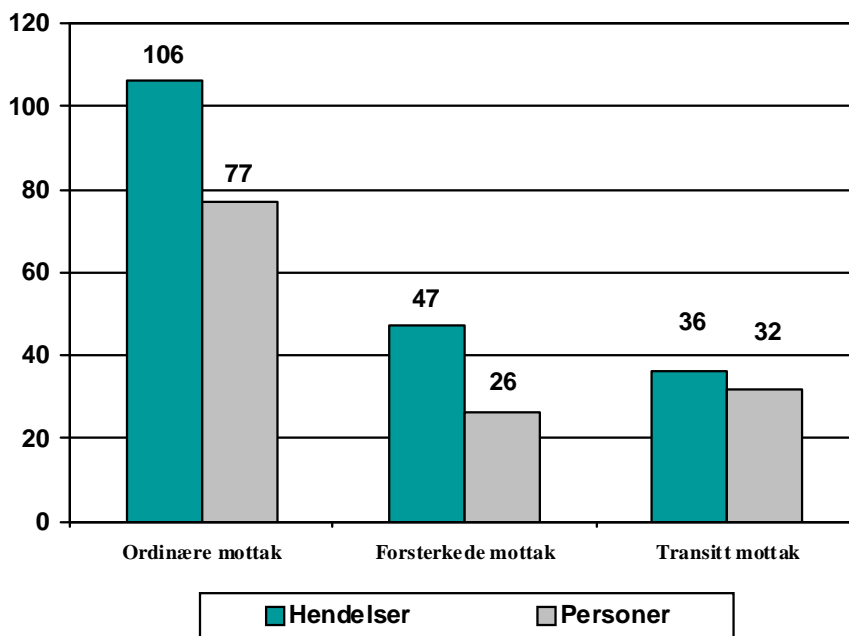
Resultater

Vi har mottatt totalt 189 rapporterte hendelser ved bruk av SOAS-skjema for 2007. Totalt 135 personer står bak de 189 hendelsene. 157 av disse hendelsene er personalobserverte, mens 30 er rapportert inn fra medbeboere. Figur 1 gir en samlet regionvis oversikt over antall hendelser og personer bak hendelsene.



Figur 1: Innleverte skjema regionvis, antall hendelser og antall personer bak hendelsene

Det er til dels betydelige forskjeller i antall skjema innsendt fra de ulike regionene. Vi har mottatt skjema fra totalt 43 ulike mottak. Samtlige transitt- og forsterkede mottak har sendt skjema, 34 (57 %) av de ordinære mottak har gjort tilsvarende. Om dette er uttrykk for reelle forskjeller i antall voldelige hendelser, eller om det uttrykker ulik rapporteringstradisjon og/eller ulik kultur ved de forskjellige mottakene når det gjelder å definere hendelser som voldelige eller ikke, er uklart. Fordelingen av antall hendelser og personer bak hendelsene mellom de ulike mottakstypene vises i figur 2.



Figur 2: Innleverte skjema fordelt på type mottak, antall hendelser og antall personer bak hendelsene

Med utgangspunkt i tallene referert innledningsvis under beskrivelse av utvalget (UDI; april 2007), blir fordelingen av personer med en eller flere voldelige hendelser i de ordinære mottakene 1,2 % av samtlige beboere. Tilsvarende tall for mottak med forsterket avdeling og transittmottakene er henholdsvis 33,8 % og 5,1 %. Det er verdt å merke seg at de reelle tallene er lavere enn angitt her, da vi ikke kjenner antallet søkere som i løpet av et år har benyttet disse plassene.

Alvorlighetsvurdering av hendelsene

I 58 (31 %) av de 189 hendelsene rapporteres det kun verbal aggresjon, mens 131 (69 %) melder om fysisk aggresjon med eller uten verbal aggresjon. I 129 (68 %) av hendelsene oppgis det ingen fysisk skade på offeret, mens det i 60 (32 %) hendelser rapporteres fysisk skade på offeret.

Subjektiv alvorlighets-skåre.

Den subjektive opplevelsen av hendelsens alvorlighetsgrad angis på en visuell analog skala (VAS-skåre) som går fra 0 (ikke alvorlig) til 100 (svært alvorlig).

Tabell 1 viser VAS-skårer for samtlige hendelser, type mottak, voldsform og konsekvens.

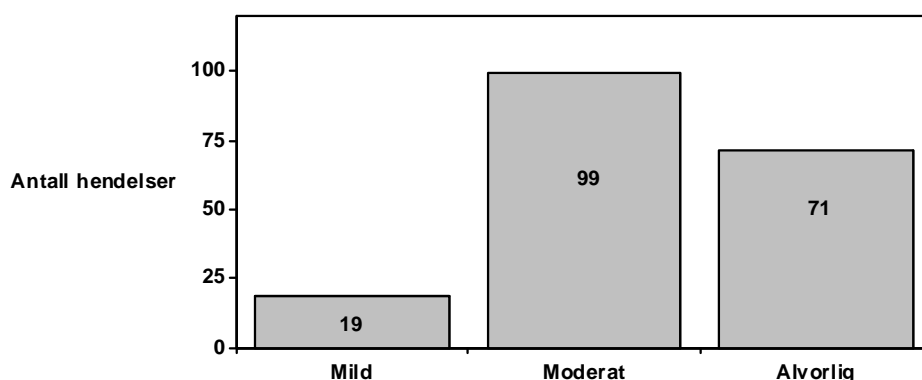
Tabell 1: Subjektive alvorlighetsskårer (VAS-skåre) for samtlige hendelser, mottakstype, voldsform og konsekvens.

	VAS-skåre, Gj.snitt
Samtlige hendelser, totalt	61,1 (SD 25,8, Range 11-100)
Hendelser fra ordinære mottak	61,6 (SD 25,1, Range 13-100)
Hendelser fra forsterkede mottak	59,6 (SD 28,1, Range 11-100)
Hendelser med kun verbal aggresjon	58,2 (SD 23,9, Range 19-100)
Hendelser med fysisk aggresjon	62,4 (SD 26,7, Range 11-100)
Hendelser uten fysisk personskade	61,1 (SD 24,4, Range 11-100)
Hendelser med fysisk personskade	61,2 (SD 28,7, Range 11-100)

Vi finner ingen signifikante forskjeller i subjektiv alvorlighetsgrad, verken mellom mottakstyper, voldsformer eller konsekvens av hendelsen. Når vi ved korrelasjonsanalyser ser på hvilke forhold som i sterkeste grad driver VAS-skåren opp, finner vi at det å føle seg truet slår sterkere ut enn fysisk skade.

Innebygget alvorlighetskåre i skjema

Vi har benyttet det innebygde skåringssystemet fra det originale SOAS-R skjema med noe justering i forhold til tilpasning til asylversjonen. Alvorlighetskårene går fra 0 til 22, vi benytter klassifikasjonen mild (0-7), moderat (8-15) og alvorlig (16-22). Gjennomsnittskåre for samtlige hendelser er 13,4 (SD 4,6, range 1-21). Ser vi på mottakstype finner vi en høyere gjennomsnittsskåre i de forsterkede mottakene (gj.sn.: 14,1) relatert til de ordinære mottakene (gj.sn.: 12,8). Forskjellene er imidlertid ikke signifikante ($p = .09$). Ser vi på fordelingen av hendelsene innenfor de ulike alvorlighetskategoriene, finner vi følgende bilde presentert i figur 3.



Figur 3: Fordeling av hendelsene innenfor alvorlighetsgrad

Ved å korrelere de subjektive VAS-skårene med de innebygde skårene i skjema, finner vi en signifikant sammenheng mellom de to alvorlighetsvurderingene. Dette gir en indikasjon på at det i hovedsak er hendelser som oppleves fra moderat alvorlig til svært alvorlig som rapporteres i denne undersøkelsen.

Hvem utfører de voldelige hendelsene?

135 personer står bak de 189 registrerte hendelsene i perioden. De fleste er registrert med en enkelt hendelse (80 %), 12 personer er registrert med to hendelser, mens 15 personer er registrert med 3-5 hendelser. Det er verdt å merke seg at dette bilde skiller seg fra andre populasjoner der SOAS-R har vært benyttet i voldsregistrering, der vi finner at forholdsvis få personer genererer de fleste hendelsene (7). Det at de fleste kun står bak en enkelt hendelse, indikerer at aggresjonen i mange tilfeller kan være et resultat av situasjonsbetinget frustrasjon. Personene fordeler seg som følger på de ulike mottakene: 77 personer fra ordinære mottak, 32 personer fra transittmottak og 26 personer fra forsterkede mottak. Der en person er registrert med flere hendelser har vi valgt data fra første registrerte hendelse. Vi tar forbehold om at dette kan gi et noe skjevt bilde fordi både alder, søknadsstatus og mottakstype kan ha endret seg i forhold til senere registrerte hendelser.

I den følgende presentasjonen er personene fra transittmottakene gruppert sammen med personene fra de ordinære mottakene.

Av de 134 personene som har oppgitt kjønn, finner vi 121 menn (90 %) og 13 kvinner (10 %). Gjennomsnittsalderen ligger på 28 år, med en spredning fra 14 – 53 år. Av de som oppgir sivilstand (125) er 30 % gift, mens de øvrige er skilt (2 %) eller ugift (68 %).

Når det gjelder gjerningspersonenes søknadsstatus har 12 (9 %) personer fått opphold i Norge, 51 (38 %) har sin søknad under behandling, 27 (20 %) har fått avslag i UDI, 31 (23 %) har fått endelig avslag og 12 personer (9 %) har status som ”dubliner” (dvs. personer med annet søkerland enn Norge).

Gjerningspersonene representerer 23 ulike opprinnelsesland, herunder også statsløse. Det er ingen betydelige forskjeller i demografi eller søknadsstatus mellom ordinære og forsterkede mottak. Vi finner heller ingen sammenheng mellom kjønn, alder og søknadsstatus og voldstype eller vold med og uten fysisk skade.

Hvem er utfyller?

188 av de 189 skjemaene oppgir utfyllers kjønn, er 119 (63 %) fylt ut av menn og 69 (37 %) av kvinner. 173 av skjemaene inneholder opplysninger om alder;

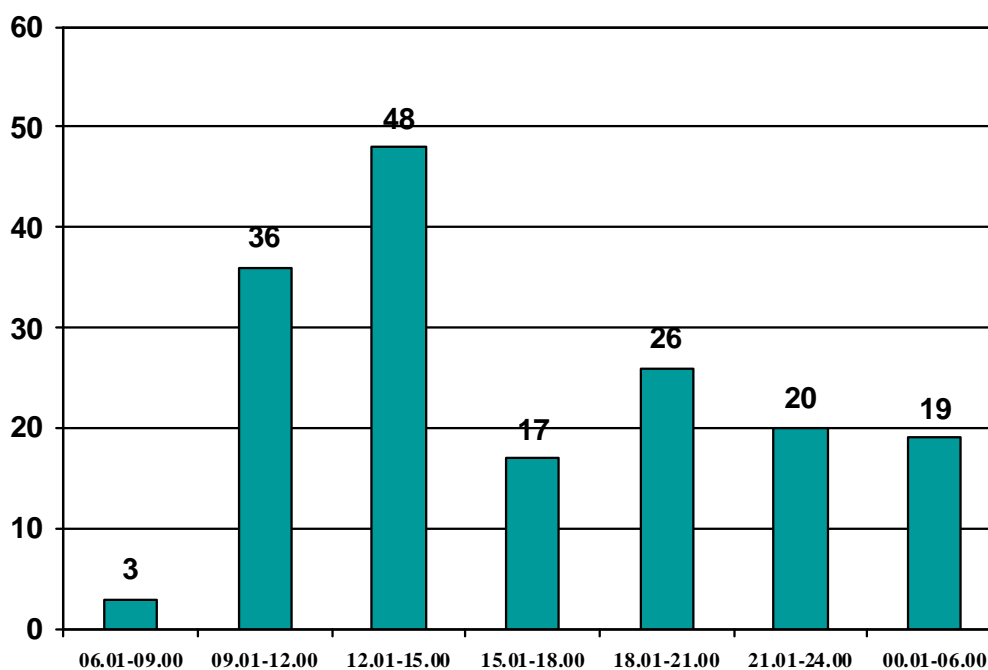
Gjennomsnittsalderen er 40 (39,7) år, med en spredning på 23-69 år.

Gjennomsnittsalderen er lik for kvinnene og mennene. 183 av skjemaene inneholder opplysninger om utfyllers stilling; de fleste fylles ut av mottaksleder (33 %) eller miljøarbeider/miljøterapeut (31 %). Nattevakter har fylt ut 8.5 % av de registrerte skjemaene. Når det gjelder antall år som ansatt, er flest skjema utfylt av personalet som har vært ansatt ved mottak i 2 år eller mer (72 %), mens 28 % er fylt ut personer ansatt i løpet av de to siste årene.

Vi velger i denne sammenhengen ikke å gå videre i detaljerte analyser av informasjon gitt om utfyller, fordi vi ikke vet med sikkerhet om det er den voldsutsattes data som oppgis eller utfyllers. Informasjon om stilling, ansettelsestid, alder og kjønn vil derfor kunne gi et skjevt bilde dersom det i stor grad er mottaksleder som fyller ut skjema.

Tidspunkt for hendelsene

169 av de innrapporterte hendelsene inneholder opplysninger om hendelsestidspunkt. Frekvensen pr. tidsenhet er klart størst i tidsrommet 09-12 og 12-15, noe som fremkommer av figur 4.



Figur 4: Hendelse – tidspunkt på døgnet.

Når vi sammenligner antall hendelser i forsterkede og ordinære mottak, finner vi signifikant flere hendelser på kvelds- og nattetid i de forsterkede mottakene, og flest hendelser på dagtid i de ordinære. Når vi ser på døgnfordelingen av verbal aggresjon og fysisk vold, viser det seg at den verbale aggresjonen forekommer hyppigst på dagtid, mens den fysiske aggresjonen forekommer hyppigst på kvelds- og nattetid. Det samme bilde vises når vi ser på forekomsten av fysisk skade. På dagtid er vold uten fysisk skade hyppigst, mens vold som fører til fysisk skade forekommer hyppigst på kveld og natt.

Hendelsene sett samlet er likt fordelt på ukedagene, med klart færre hendelser i helgene. Dette bildet kan imidlertid være ulikt på regionnivå og mottaksnivå. Det er ikke forskjell mellom mottakene om hendelsene finner sted på ukedager kontra helg, heller ikke om det forekommer personskade. Når det gjelder forekomst av verbal aggresjon kontra fysisk aggresjon, finner vi på hverdager en høyere forekomst av verbal aggresjon enn fysisk aggresjon. I helgene er situasjonen motsatt, dvs. at fysisk aggresjon forekommer hyppigere enn den verbale.

Beskrivelser av voldshendelsene

Skjemaet gir en rekke opplysninger om utfyllers opplevelse av voldshendelsene – utløsende årsaker eller foranledning, type og skadeomfang samt konsekvenser og umiddelbart iverksatte tiltak i etterkant. I tillegg opplysninger om utfyllers subjektive opplevelse av hendelsens alvorlighetsgrad. Det er mulig å krysse av for flere alternativer, slik at det totale antallet vil overstige 100 %. Merk at vi her hele tiden refererer til bakgrunn og antatt motivasjon for voldshendelsen slik den enkelte ansatte eller voldsofferet opplever det.

Opplevd bakgrunn for voldshendelsene

Ansatte bes krysse av for hva den som utsettes for volden oppfatter som bakgrunn eller utløsende årsak for hendelsen, resultatene framstilles i tabell 2.

Tabell 2: Opplevd bakgrunn for voldshendelsen

Antatt provoserende faktorer	N	Prosent av det samlede bildet	Prosent av innsendte skjema
Ble nektet noe	54	24,2 %	28,6 %
Konflikt med andre medbeboere	44	19,7 %	23,3 %
Ingen synlig årsak	41	18,4 %	21,7 %
Påvirket av alkohol/stoff	22	9,8 %	11,6 %
Reduksjon i basisbeløp	13	5,8 %	6,9 %
Krav om utføring av obligatoriske oppgaver	11	4,9 %	5,8 %
Transport ut av landet	2	0,9 %	1,1 %
Informert om negativt vedtak	2	0,9 %	1,1 %
Annet	34	15,2 %	18,0 %
Total	223	100 %	118,1 %

Det er særlig det å bli nektet noe, konflikt med andre medbeboere og tilsynelatende ingen synlig årsak som dominerer det samlede bildet. Ingen synlig årsak oppgis oftere som årsak i de forsterkede mottakene enn i de ordinære, mens reduksjon i basisbeløp kun oppgis som årsak i de ordinære. Utover det er det ingen forskjeller mellom mottakstypene med hensyn til utløsende faktorer. Når det gjelder provokasjon og voldstype finner vi at konflikt mellom beboere oftere fører til fysisk aggresjon, mens det å bli nektet noe oftest fører til verbal aggresjon alene. Utover dette finner vi ingen sammenheng mellom forutgående hendelse og voldstype. Det er signifikant flere blant de som oppgir fysisk skade som angir ingen synlig årsak som utløsende faktor, det samme gjelder for de som angir konflikt med medbeboere som utløsende faktor. Når det gjelder reduksjon i basisbeløpet viser det seg at dette angis hyppigst som antatt utløsende faktor i tilfeller uten fysisk personskade.

Flere av de innsendte skjemaene inneholder andre antatt utløsende faktorer som ikke synes å bli dekket av SOAS-skjema (kategorien ”annet” i tabell 2). Mange har gitt utfyllende kommentarer med kortfattede beskrivelser av hendelsesforløpet. Noen utdyper kategorien ingen synlig årsak på denne måten:

- *Det antas at angrepet var tilfeldig og gjort i frustrasjon over egen livssituasjon.*

- *Ingen kjent foranledning, men beboer begynte plutselig å utvise merkelig atferd. Etter hvert svært aggressiv.*

Innholdsmessig kan de beskrivende kommentarene grovt inndeles i 5 temaområder. Disse refereres nedenfor med eksempelsitater.

1. Forhold mellom beboere:

- *Vedkommende skifter kanal på tv'n uten å ta hensyn til at andre satt der og så på. Når de andre protesterer, bryr han seg ikke. Blir provosert og havner i slåsskamp.*
- *Diskusjon ang. religion*
- *Krangel mellom mannlig og kvinnelig beboer om vask av toalett. Sistnevntes kjæreste blander seg inn. De to mannlige beboerne forsøker å gå løs på hverandre. Stor grad av aggresjon fra begge.*

2. Asylsøknadsprosessen, (boforhold og bosetting)

- *Melding om overflytting, redd for å sendes ut av landet.*
- *Ble nektet å dra tilbake til tidligere mottak etter alderstesting. (Mener han er yngre enn testen viser, vår anmerkning.).*
- *... formodentlig fordi han følte seg ute av balanse pga forestående utreise som han visste om.*
- *Fikk beskjed om at familien må flytte til en annen leilighet enn det som var planlagt*
- *Venter på retur til hjemlandet, frustrert over lang prosess, han har ventet i ca 6 mnd.*

3. Helsetjenester

- *Beboeren var sterkt medisinert. Fikk totalforbud mot røyking i leiligheten p.g.a. brannfaren. Frustrasjon over egen situasjon (lang botid i mottak, venter på bosetting), som ble forsterket av overmedisinering.*
- *Vedk. ble bedt om å komme til mottakets kontor for å få en sprøyte av sykepleier som del av medisinsk behandling (vedk. er under tvungent psyk. helsevern). Personalet oppdaget at han hadde bevæpnet seg med en sammenleggbare kniv. Uvisst hva som var målet. Vi tror personen var usikker på hva ville skje eller han ønsket kanskje å gardere seg mot å få satt en sprøyte som han har en viss motvilje mot å ta.*
- *Ønsket at ansatte skulle kjøpe medisiner til han*
- *Forlangte å bli innlagt på psykiatrisk sykehus. Forlangte umiddelbar flytting til annet mottak. Forlangte å bytte rom.*
- *Hjemmesykepleien erstattet hvite tabletter med gule grunnet økonomi. Beboer mente personalet på mottaket byttet ut tablettene for å evt. skade ham*

4. Regler og rutiner på mottaket

- *Beboeren nekter å utføre obligatoriske oppgaver uten å få betalt for det. Beboeren nekter å følge regler på mottaket, oppfører seg truende i kantina, prøver å dra med seg andre beboere og sette de opp mot personalet samt nekter å flytte dit vi har bestemt.*
- *Ønsket å hjelpe sin venn som ikke umiddelbart fikk tilgang til pc i resepsjonen*
- *Ble nektet kontakt med undertegnede, da undertegnede var opptatt i møte med annen beboer.*
- *Rombytte, ble nektet forskudd på basis*

5. Andre personer utenfor mottakssystemet

- *Tolken snakket feil språk*
- *Provosert av ansatt i barnehage i hentesituasjon*
- *Politiet tok utstyr og klær som de mente var stjålet*

Hva brukte beboeren

På spørsmål om hvilke midler som ble benyttet i den voldelige hendelsen, avtegner følgende bilde seg:

Tabell 3: Midler brukt i den voldelige hendelsen

Voldsformer	N	Prosent av det samlede bildet	Prosent av innsendte skjema
Verbal aggresjon og trusler	148	39,9 %	78,3 %
Vanlige ting eller gjenstander			
Stol(er)	8	2,1 %	4,2 %
Glass (-gjenstander)	22	5,9 %	11,6 %
Annet	23	6,2 %	12,2 %
Kroppsdeler			
Hånd	70	18,8 %	37,0 %
Fot	27	7,3 %	14,3 %
Tenner	3	0,8 %	1,6 %
Annet	23	6,2 %	12,2 %
Farlige gjenstander			
Kniv/stikkvåpen	23	6,2 %	12,2 %
Strupetak	6	1,6 %	3,2 %
Annet	18	4,8 %	9,5 %
Total	371	100 %	196,3 %

Verbal aggresjon er det hyppigst brukte middelet, enten alene som eneste middel i 58 (30.7 %) hendelser eller i kombinasjon med andre midler.

Fysisk aggresjon benyttes i 131 (69.3 %) av de innrapporterte hendelsene.

Vi finner ikke signifikante forskjeller ($p = .60$) i forekomsten av fysisk aggresjon mellom forsterkede og ordinære mottak, men tallmessig er mengden fysiske angrep høyere i de forsterkede mottakene. Bruk av hånd (slag el. l.) og kategorien annen kroppsdeler oppgis oftere av de forsterkede mottakene enn de ordinære. Vi finner ingen forskjeller i rapportert bruk av farlige gjenstander (kniv, stikkvåpen, strupetak, annet) mellom ordinære og forsterkede mottak. Av de ulike midlene brukt i den voldelige handlingen, finner vi at bruk av hånd og strupetak oftest medfører fysisk skade. Flere har valgt å skrive beskrivelser og utfyllende kommentarer på skjema angående innholdet i den verbale aggresjonen/truslene:

- *Sier han er redd for å skade seg selv eller andre*
- *Beboeren har utøvd verbal aggresjon mot de aller fleste av våre ansatte. Han er fysisk pågående, og kommer nært opp til ansiktet på de han diskuterer med. Sier at det er han som er "sjefen", og at han som bestemmer spillereglene. Bruker banneord slik som "fuck you" overfor ansatte.*
- *Truet gravid samboer og hennes sønn med voldsbruk.*
- *Beboeren kom på kontoret til den ansatte og var ekstremt høylydt og kalte den ansatte for rasist fordi han ikke kunne bruke kjøleskapet (som kun skal inneholde medisiner) til oppbevaring av melk for sin familie. Den ansatte følte seg veldig truet. Andre beboere reagerte også sterkt på hans oppførsel og språkbruk.*
- *Truet med å sette fyr på mottaket og ta sitt eget liv. Beboer var meget aggressiv*

Forholdsvist mange har krysset av kategoriene Annet under de ulike typene fysisk aggresjon og flere har gitt utfyllende kommentarer. Under vanlige gjenstander nevnes *vaskestaur, knuste mottakets pc i resepsjonen, knuste bord på rommet sitt og gjenstander på resepsjonsdisken.*

Når det gjelder bruk av kroppsdeler gir 23 utfyllende/beskrivende kommentarer.

Hyppigst beskrevet er *spytting og skalling/dunking av hodet.*

Av de 18 som har krysset av for Annet under kategorien farlige gjenstander/handlinger, oppgis følgende beskrivende kommentarer.

- *Øks*
- *Barberblad*
- *Beboer lette etter kniv i skuff, men ble stoppet av medbeboer.*
- *Slo med en pose med harde gjenstander i*
- *Stakk medbeboer med penn*
- *Saks, kniv for å skade seg selv*
- *Forsøkte å hoppe ut av mottakets bil på vei til legevakten*
- *Planke, kosteskaff*
- *Slo flere ganger mot ansatt med knyttneve. Slo deretter flere ganger med en sparkesykkel mot ansatt*
- *Kasting av stein*
- *Gikk rundt med stein i hånda*
- *Han koblet elektriske apparater for å ta sitt eget liv.*
- *Skjøteledning (til hengingsforsøk, vår anmerkn.)*
- *Forsøkt påtenning av bil*
- *Metall, stein*

Mål for aggresjonen

De fleste (67 %) oppgir ett enkelt mål for hendelsen, 30 % oppgir 2 eller flere, mens 3 % oppgir ingen/ingenting. Tabell 4 gir en oversikt over frekvens og prosentvis fordeling av ulike mål for den aggressive hendelsen.

Tabell 4: Mål for aggresjonen

Mål for aggresjonen	N	Prosent av det samlede bildet	Prosent av innsendte skjema
Personale, Mann	64	24,4 %	33,9 %
Medbeboer, Mann	54	20,6 %	28,6 %
Personale, Kvinne	40	15,3 %	21,2 %
Ting/Gjenstander	36	13,7 %	19,0 %
Andre	28	10,7 %	14,8 %
Beboeren selv (Selvskading)	25	9,5 %	13,2 %
Medbeboer, Kvinne	9	3,5 %	4,8 %
Ingen/Ingenting	6	2,3 %	3,2 %
Total	262	100 %	138,7 %

Mannlig personal og mannlige medbeboere beskrives hyppigst som mål for den aggressive hendelsen. Beboeren selv (selvskading) oppgis hyppigere som mål fra de forsterkede mottakene sammenlignet med de ordinære. Ellers finner vi ingen forskjeller mellom mottakstypene med hensyn til mål for de voldelige hendelsene. Når vi ser på mål for aggresjonen og voldstype (verbal vs. fysisk aggresjon), finner vi flest hendelser med fysisk vold der målet er mannlige medbeboere, beboeren selv (selvskading) og gjenstander. Vi finner signifikant flere tilfeller av verbal aggresjon alene der målet er mannlige personal. Når det gjelder mål for aggresjonen og rapportert fysisk skade, finner vi signifikant flere som oppgir fysisk skade der målet er mannlige medbeboer og beboeren selv. Vi finner flest som ikke oppgir fysisk skade der målet for den aggressive hendelsen er mannlige og kvinnelige personal.

Andre personer oppgis som mål i 28 tilfeller. I følge utfyllende kommentarer på skjema dreier dette seg stort sett om eksterne personer med tilknytning til mottaket/beboere: *Tolk, ansatt ved matekspresen, Securitasvakt, barnehagepersonalet osv.*

Konsekvenser av voldshendelsen

Tabell 5 gir en samlet oversikt over rapporterte konsekvenser av de 189 hendelsene.

Tabell 5: Konsekvenser av den voldelige hendelsen

Konsekvenser	N	Prosent av det samlede bildet	Prosent av innsendte skjema
Ingen	18	6,7 %	9,5 %
Gjenstander			
Ødelagt, ikke erstattet av nytt	25	9,4 %	13,2 %
Ødelagt og erstattet	7	2,6 %	3,7 %
Personer			
Følte seg truet	120	45,0 %	63,5 %
Smerte i < 10 min.	12	4,5 %	6,3 %
Smerte i > 10 min.	14	5,2 %	7,4 %
Synlig skade	39	14,6 %	20,6 %
Behov for lettere behandling	14	5,2 %	7,4 %
Behov for legebehandling	13	4,9 %	6,9 %
Annet	5	1,8 %	2,6 %
Total	267	100 %	141,1 %

Majoriteten (93 %) av hendelsene medførte en eller flere konsekvenser for de involverte. Blant de 189 hendelsene er 129 (68 %) hendelser uten fysisk skade på offeret, mens det i 60 (32 %) av hendelsene meldes om fysiske konsekvenser/skader. De fleste av disse omhandler synlig skade. Det er ingen forskjeller mellom forsterkede og ordinære mottak når det gjelder rapporterte konsekvenser av hendelsen. Når vi ser på voldstype (verbale Vs fysiske hendelser) og rapporterte konsekvenser, finner vi at verbal aggresjon oftere enn fysisk aggresjon fører til at offeret føler seg truet og ingen konsekvenser. Ellers er det naturlig nok fysisk aggresjon som fører til de øvrige rapporterte konsekvensene.

Umiddelbart iverksatte tiltak i etterkant av hendelsen

De aller fleste rapporterte hendelsene har ført til iverksatte tiltak i etterkant av hendelsen (99 %). I nær 29 % av hendelsene iverksettes ett enkelt tiltak for å stoppe aggresjonen, mens 2 og 3 ulike tiltak ble benyttet i henholdsvis 34 % og 21 % av hendelsene. Tabell 6 gir et samlet bilde over iverksatte tiltak i etterkant av hendelsen.

Tabell 6: Umiddelbart iverksatte tiltak i etterkant av hendelsen

Iverksatte tiltak	N	Prosent av det samlede bildet	Prosent av innsendte skjema
Snakket til beboer	129	30,6 %	68,3 %
Kontaktet umiddelbart politi	83	19,7 %	43,9 %
Personalet forlater situasjonen	37	8,8 %	19,6 %
Kontaktet umiddelbart helsevesen	30	7,1 %	15,9 %
Beboer rolig fjernet fra situasjonen	30	7,1 %	15,9 %
Holdt med makt	30	7,1 %	15,9 %
Sendt til rommet	22	5,2 %	11,6 %
Ingen tiltak iverksatt	3	0,7 %	1,6 %
Medisinering	2	0,5 %	1,1 %
Annet	55	13,1 %	29,1 %
Total	421	100 %	222,9 %

I 129 (31 %) av hendelsene oppgis snakket til beboer som iverksatt tiltak, enten som eneste tiltak (22 tilfeller) eller i kombinasjon med andre. Når det gjelder tiltak og mottakstype, finner vi at ordinære mottak i større grad enn de forsterkede mottakene umiddelbart kontakter politi. De forsterkede benytter i større utstrekning det å sende beboeren til rommet enn ordinære mottak, ellers finner vi ingen forskjeller mellom mottakstype og bruk av ulike tiltak. Når vi ser på tiltak i forhold til voldstype, finner vi at tiltaket holdt med makt kun benyttes i tilfeller med fysisk aggresjon. Det å umiddelbart kontakte politi og/eller helsevesen benyttes oftere ved fysisk aggresjon enn ved kun verbal aggresjon. Personale forlater oftere situasjonen ved verbal aggresjon enn i tilfeller med fysisk aggresjon. Utover dette finner vi ingen sammenheng mellom voldstype og iverksatte tiltak i etterkant av hendelsen. Ser vi på sammenhenger mellom fysisk skade hos offeret og ulike tiltak iverksatt etter hendelsen, finner vi at tiltakene holdt med makt og umiddelbart kontaktet helsevesenet opptrer signifikant oftere enn der det rapporteres fysisk skade. Personalet forlater situasjonen oftere der det ikke forekommer fysisk skade på offeret. Ellers finner vi ingen forskjeller i bruk av de ulike tiltakene ved skade/ikke skade på offeret. Flere av de innsendte skjemaene inneholder utfyllende kommentarer og beskrivelser fra utfyller under kategorien Annet. De fleste av disse omhandler ulike nivåer av kontakt med politi og evt. anmeldelse av hendelsen i etterkant: Hendelsen ble senere anmeldt (sitat) og ble varslet om at dette blir rapportert, og at politiet kobles inn ved gjentagelse (sitat). Det rapporteres også tilfeller der psykisk helsevern, barnevern og verneombud kontaktes i etterkant av hendelsen. Flere nevner ulike praktiske tiltak på mottaket, som rombytte, ekstra bemanning og tettere kontakt/oppfølging.

Oppsummering og anbefalinger

Resultatene fra undersøkelsen omhandler 189 rapporterte hendelser om vold og trusler mot ansatte og medbeboere i norske asylmottak i perioden januar – desember 2007.

135 personer står bak de voldelige hendelsene, de fleste (80 %) er registrert med en enkelt hendelse. Vi finner ingen betydelige forskjeller vedrørende gjerningspersonen med hensyn til demografi eller søknadsstatus mellom forsterkede og ordinære mottak. Vi finner heller ingen sammenheng mellom kjønn, alder eller søknadsstatus når vi ser på voldstype (kun verbal aggresjon kontra fysisk aggresjon) eller vold med og uten fysisk personskade.

Hendelsene angis samlet sett som forholdsvis alvorlige, både gjennom subjektive og objektive alvorlighetsskårer. Vi finner ingen signifikante forskjeller i subjektiv alvorlighetsgrad, verken mellom mottakstyper, voldsformer eller konsekvens av hendelsen. Det å føle seg truet slår sterkere ut på den subjektive alvorlighetsskåren enn fysisk personskade. 30 % av hendelsene angir bruk av verbal aggresjon og trusler alene, de øvrige 70 % av hendelsene angir en eller annen form for fysisk aggresjon/vold. 68 % av hendelsene angir ingen konsekvens, at gjenstander ødelegges eller at personen føler seg truet som konsekvens av utageringen. 32 % av hendelsene angir fysisk personskade som konsekvens.

Når det gjelder opplevd bakgrunn for voldshendelsene finner vi at det å bli nektet noe, konflikt med andre beboere og ingen synlig årsak dominerer det samlede bildet.

Angående hvilke midler som benyttes i den aggressive handlingen, finner vi at tallmessig benyttes fysisk aggresjon oftere i forsterkede mottak enn i ordinære mottak, selv om forskjellene ikke er signifikante ($p=.06$).

Vedrørende mål for den aggressive hendelsen, oppgis mannlig personal og mannlige beboere hyppigst samlet sett. Beboeren selv (selvskading) oppgis signifikant oftere som mål i de forsterkede mottakene sammenlignet med de ordinære. Vi finner videre flest hendelser med fysisk vold samt fysisk skade der målet er mannlige medbeboere, beboeren selv og, og flest tilfeller av verbal aggresjon der målet angis som mannlig personal. Flest av de som angir ikke fysisk personskade, beskriver hendelser der målet er mannlig og kvinnelig personal.

Når det gjelder konsekvenser av hendelsene, dvs. om hendelsene medførte fysisk personskade eller ikke, finner vi ingen signifikante forskjeller mellom mottakstyper. Vi finner at verbal aggresjon oftere enn fysisk aggresjon fører til at offeret føler seg truet. En vesentlig HMS innsats i denne sammenhengen vil være faste debriefingsprosedyrer ved både trusler og fysisk vold.

Iverksatte tiltak i umiddelbar etterkant av hendelsen avdekker at ordinære mottak oftere kontakter politi enn de forsterkede mottakene, dette kan skyldes lavere bemanning ved de ordinære mottakene, men også at mottakene med forsterkede avdelinger mestrer denne problematikken på en annen måte enn de ordinære mottakene.

I hvilken grad undersøkelsen gir et bilde av den reelle forekomsten av vold og trusler i mottak, er usikkert. Voldsforskning fra andre populasjoner påpeker under-rapportering og mørketall som et kjent fenomen. Elementer av skjønn vil alltid finne sted når en episode skal defineres som aggressiv og en subjektivt opplevd trussel. En feilkilde vil derfor være muligheten for ”skjev” rapportering gjennom ulik vurdering av episoder; det en opplever som truende er ikke nødvendigvis det samme som andre opplever.

Det er viktig å understreke at denne undersøkelsen bygger på ansattes opplevelse og videreformidling av hendelser. Vold og trusler skjer i samspill og interaksjon med

andre mennesker, det kan innvendes at denne undersøkelsen i hovedsak bygger på informasjon fra en av partene.

På tross av mulige feilkilder, vil vi anbefale at mottakene fortsetter en form for registrering og dokumentasjon av vold og trusler. Vold og aggresjon er komplekse fenomener, det å øke forståelsen og kunnskap vil kunne gi rom for flere handlingsalternativer. Å registrere og dokumentere omfanget av fenomenet kan være en innfallsvinkel til økt kunnskap i forhold til forståelse, forebygging og håndtering. Nyttverdien av denne registreringen vil imidlertid være avhengig av at data benyttes, både lokalt på det enkelte mottak og sentralt av UDI, som grunnlag for økt kunnskap og at resultatene fra registreringen følges opp av kortsiktige og langsiktige tiltak.

Avslutningsvis vil Avd. Brøset, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri gi følgende anbefalinger til Utlendingsdirektoratet, Politidirektoratet og Helsedirektoratet i deres videre arbeid med oppfølging av rapporten:

1. Registrering

- UDI innfører permanent et felles registreringsinstrument som kan benyttes på individ-, mottaks- og region-nivå.
- Mottakene implementerer en rutinemessig bruk av skjema. En konsensus om utfylling av skjema sikres best ved løpende diskusjon, og refleksjon over utløsende årsaker kan gi verdifull informasjon i forhold til forebygging av nye hendelser.

2. Opplæring

- Iverksette opplæringsprogram for å øke kompetansen på gjenkjenning av varselsignaler og håndtering av voldelige beboere. Programmet bør være et samkjørt tilbud basert på aktuell kunnskapsstatus vedrørende voldsforebygging og – håndtering.
- Gitt gjeldende bemanningsfaktor ved mottakene, anbefaler vi at hovedfokus for opplæring i håndtering av vold og trusler legges på konfliktløsnings- og nedtrappingsteknikker.

3. Oppfølging

- Etablere rutiner for oppfølging av innrapportering av data på mottaksnivå for å øke konsensus om utfylling og sikre at den som rapporterer hendelsen ivaretas tilstrekkelig.
- Etablere rutiner for oppfølging av tiltak. SOAS registrerer kun kortsiktige, umiddelbart iverksatte tiltak i forbindelse med hendelser, behov for å dokumentere hvilke langsiktige tiltak som iverksettes og effekten av disse.

4. Videre undersøkelser

- Studier av samspill mellom individuelle, relasjonelle og miljømessige forhold som fremmer vold i mottak og de helsemessige konsekvensene for de som utsettes for vold og trusler.

Resultatene fra undersøkelsen viser at både levekårene for beboerne og arbeidsforholdene for ansatte i mottak bør forbedres. Asylsøkere og ansatte bør i den grad det er mulig unngå å oppleve vold og trusler i den grad den foreliggende undersøkelsen dokumenterer. En omfattende innsats i forhold til å redusere vold og trusler vil slik være en vesentlig forbedring av levekårene for asylsøkere samt en vesentlig oppgave for mottakenes HMS arbeid.

Referanser

1. Chappell D, Di Martino V. 2006. Violence at work 3rd ed. Geneva: International Labour Organization (ILO)
2. Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, McFarlane L. Absconding: Why patients leave. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1999; 6: 199-205.
3. Viittasara E. 2004. Violence in care: risk factors, outcomes and support. Doctoral thesis, Arbete och Hälsa, National Institute for Working Life, Stockholm.
4. Morrison EF. Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1990; 4: 65-82.
5. Palmstierna T, Wistedt B. Staff Observation Aggression Scale. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1987; 76: 657-663.
6. Nijman HLI, et al. The Staff Observation Aggression Scale-Revised SOAS-R. *Aggressive Behavior* 1999; 25: 197-209.
7. Almvik R, Rasmussen K, Woods P. Challenging behaviour in the elderly-monitoring violent incidents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006; 21: 368-374.

Delrapport 2: Den utvidede helseundersøkelsen

Forskningsleder Dr. Philos Jim Aage Nøttestad
St. Olavs Hospital, H.F. Psykiatrisk divisjon,
Avd. Brøset, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels, - og rettspsykiatri.

Bakgrunn

Avdeling Brøset, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri ble i 2006 spurt av daværende Sosial- og helsedirektoratet, nå Helsedirektoratet, om de kunne gjennomføre "Den utvidede helseundersøkelsen" som besto i "Utredning av personer i asylmottak som representerer utfordringer med hensyn til voldelig og utagerende atferd". En prosjektplan ble utarbeidet og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Utlendingsdirektoratet og Politidirektoratet. Bakgrunnen for prosjektet var bekymringsmeldingene som Utlendingsdirektoratet mottok fra ulike asylmottak om beboere med voldelig atferd og psykiske vansker. Både utredningen av årsaken til de psykiske vanskene og den psykiatriske behandlingen asylsøkerne mottok, ble opplevd som mangelfull. All informasjon om asylsøkere som framkom i bekymringsmeldinger fra UDI, ble anonymisert før oversendelse til Avd. Brøset. Den utvidede helseundersøkelse er vurdert og godkjent av den Regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Prosjektbeskrivelsen inneholdt følgende syv anbefalinger:

Anbefaling 1: Undersøke totalpopulasjonen mht bekymringsmeldinger

Det anbefales at asylsøkere hvor det er knyttet bekymringsmelding til farlighet/utagerende atferd med eller uten tilstedeværelse av psykiske problem eller psykisk lidelse bør inngå i utredningen. Utredningen bør også gjennomføres for personer som det i løpet av undersøkelsesperioden knyttes bekymringsmeldinger til.

Anbefaling 2: Forsterket helseundersøkelse/oppfølging i helsetjenesten

Det anbefales at en kjede av undersøkelser hvor kommunelege er første kontaktpunkt og psykisk helsevern er neste kontaktpunkt. Kommunelege og psykisk helsevern forsterkes med ekspertteam med kompetanse på risikovurderinger, psykiatri og flyktinghelse. Personer i behov for helsetjenester på frivillig grunnlag og/eller i behov av tvungen psykisk helsevern identifiseres og sikres behandling.

Anbefaling 3: Etablering av ekspertteam

Det anbefales at det etablerte ekspertteam forankres ved henholdsvis regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Trondheim, Bergen og Oslo. Teamene skal ha kompetanse på risikovurderinger, psykiatri og flyktinghelse, og skal bistå helsetjenestene med aktuelle undersøkelser og oppfølging.

Anbefaling 4: Undervise og veilede mottaksansatte

Det anbefales at ekspertteamene avholder seminarer/kurs for mottaksansatte før iverksettelsen av arbeidet med utredning(en). Kursene skal øke kompetansen hos mottaksansatte mht risikovurderinger og psykisk helse, men mottaksansatte har ikke selvstendig ansvar for å gjøre risiko- eller helsevurderinger.

Anbefaling 5: Oppfølging av personer med bekymringsmelding

Det bør vurderes om Regionalt kompetansesenter, Brøset, Trondheim bør få et særskilt oppdrag knyttet til å følge personer som det er knyttet bekymringsmelding til. Dette kan ivaretas ved at senteret har fortløpende kontakt med mottakene og

helsetjenesten/politi mht antall personer. Kontakten skal ikke være knyttet til personidentifiserbare opplysninger

Anbefaling 6: Forsterket kommunikasjon fra helse- og polititjenesten til mottak

Det anbefales en gjennomgang av eksisterende regelverk for taushetsbelagte opplysninger fra helsetjenesten og politiet til mottaksansatte slik at mottakene har muligheter til å iverksette særskilte tiltak mht sikkerhet

Anbefaling 7:

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Brøset, Trondheim får i oppdrag å utarbeide en rapport med fokus på hvordan erfaringene som er innhentet gjennom den forsterkede helseundersøkelsen/ oppfølgingen av aktuelle personer kan benyttes til vurdering av et system for håndtering av lignende saker i fremtiden. På denne bakgrunn bør SHdir, UDI og POD gi en samlet vurdering av hvilke langsiktige tiltak det anbefales å gå videre med.

Metode for den utvidede helseundersøkelsen

Den utvidede helseundersøkelsen er en klinisk undersøkelse av asylsøkere med voldelig, utagerende og psykisk ustabil atferd. Målsetningen var å finne eventuelle årsaker til den atferden som ansatte i asylmottakene opplevde som bekymringsfull- og få initiert behandling hvis årsaken skyldtes psykiske vansker. I tillegg var det et ønske om å foreta en vurdering av sannsynligheten for fremtidige voldshandlinger. Undersøkelsen besto i en utredning av om det forelå:

- En alvorlig depressiv periode
- Suicidalitet
- Posttraumatisk stresslidelse
- Alkoholmisbruk og avhengighet
- Substansmisbruk og avhengighet
- Psykotiske lidelser
- Dyssosial personlighetsforstyrrelse

Som en støtte til den kliniske vurderingen ble de henviste vurdert på de ovenfor stående lidelsene med "Mini Internasjonalt Nouropsykiatrisk intervju" (M.I.N.I. PLUS) (Leiknes, Malt, Malt, & Leganger 2001), samt IOWA Screening - skjema for personlighetsforstyrrelser og Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Det ble også gjennomført en klinisk vurdering av risikoen for fremtidige voldshandlinger med støtte i risikoinstrumentet HCR-20 (Rasmussen, Jakobsen, & Urheim, 2002).

Oppfølging av anbefalingene

Anbefaling 1: Undersøke totalpopulasjonen mht bekymringsmeldinger

Den utvidede helseundersøkelsen var tiltenkt samtlige det ble sendt inn en bekymringsmelding på. Det kom få bekymringsmeldinger fra UDI, til sammen ble det varslet bekymring om 71 personer, i alt 10 personer er undersøkt og resultatet av undersøkelsen er sendt deres lege og helsetjenesten tilknyttet mottakene. Åtte av de undersøkte ble undersøkt av spesialteamene ved direkte henvisning til spesialteamene, uten at ”bekymringsmeldingsskjemaet” fra UDI ble brukt. Grunnen til at så få er undersøkt skyldes bl.a. at asylansatte og helsepersonell ved mottakene i ettertid mente at en slik undersøkelse ikke var nødvendig eller at søkeren selv ikke ønsket/nekter å delta i undersøkelsen. Fordi man på forhånd hadde regnet med at enkelte ikke ønsket å bli undersøkt, ble det relativt raskt etter igangsettelsen av helseundersøkelsen utarbeidet et standardisert skjema for bekymringsmeldingene. Dette skjemaet ble brukt som UDIs standardskjema ved: *Bekymringsmelding for voldelig, utagerende og ustabil atferd*. Innholdet i disse meldingene er statistisk bearbeidet i avsnittet bekymringsmeldingenes innhold. Tabell 7 viser hvor mange av de innsendte bekymringsmeldingene som er revurdert av asylansatte og/eller helsepersonell, samt hvor mange som nekter undersøkelse.

Tabell 7 - Behandling av de innsendte bekymringsmeldingene:

	Ant.	%
Trenger ikke lenger undersøkelse	28	44
Nekter/ ønsker ikke undersøkelse,	20	32
Forsvunnet fra mottaket	3	5
Utvist, reist fra landet, er i ventemottak	3	5
Er undersøkt	2	3
Bekymringsmelding etter prosjektavslutning	7	11
Totalt	63	100

Anbefaling 2: Forsterket helseundersøkelse/oppfølging i helsetjenesten

Den utvidede helseundersøkelsen forutsatte en kjede av undersøkelser som startet hos den enkelte asylsøkers fastlege/primærlege, etter at bekymringsmelding var sendt til UDI. Den enkeltes lege henviste så videre via kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, - og rettspsykiatri til et ekspertteam, bestående av spesialist i psykiatri samt spesialist i flyktningehelse. Den henviste ville så bli undersøkt, epikrise med en vurdering av den enkeltes behandlingsbehov ville så bli tilbakesendt den enkelte lege.

Det ble utarbeidet informasjonsskriv til samtlige asylmottak og fastlegene/primærlegene. Fastlegene/primærlegene skulle tilskrives og orienteres om undersøkelsen av de enkelte asylmottak..

Det er gjennomført i alt 10 undersøkelser, kun to av disse er henvist fra lege. De øvrige er henvist fra lederne ved mottakene i samarbeid med helsepersonell tilknyttet de enkelte asylmottak. De undersøkte hadde i hovedsak et adekvat behandlingstilbud ut fra deres problematikk, men for enkelte ble også nye tiltak foreslått. Det har vist seg, i dette som i andre prosjekt (Jakobseb, Sveeaass, Johansen & Skogøy 2007), at det er vanskelig å få aktivisert almenlegehelsestjenesten gjennom kun å sende et brev. Det bør derfor være et tettere samarbeid mellom mottakenes lokale helsetjenesteytere og mottakene når mottakene sender en bekymringsmelding til UDI.

Anbefaling 3: Etablering av ekspertteam

Det ble etablert ekspertteam ved de tre kompetansesentrene. Teamene ble opprettet til forskjellig tidspunkt pga. at det tok noe tid å rekruttere fagfolk i region vest og region Øst, Indre Østland og Sør. I UDI region Nord og Midt- Norge ble ekspertteamene etablert i august 2006. I Region vest ble ekspertteamet etablert i februar 2007 og besto av det samme ekspertteamet som også dekket region Nord og Midt-Norge, fordi det ikke var mulig å få opprettet et eget ekspertteam i region Vest. I region Indre Østland og Sør tok det også lang tid å få opprettet et ekspertteam, bl.a. pga. mangel på fagpersonale. Ekspertteamet ble etablert i mars 2007. Det å opprette en særegen spesialisthelsetjeneste for denne gruppen ansees unødvendig. Den problematikken de etablerte ekspertteamene skulle ta seg av, er en naturlig del av spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. Det skal i henhold til Sosial -og helsedirektoratets rundskriv "Vurdering av risiko for voldelig atferd" (IS-9/2007) finnes kompetanse innen psykisk helsevern til å utføre slike risikovurderinger ved behov. I den grad slik kompetanse ikke finnes, er det mulig å innhente bistand fra de tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri, Regionale ressursteamene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Anbefaling 4: Undervise og veilede mottaksansatte

Undervisningen omfattet ansatte i asylmottakene i samtlige UDI regioner, helsetjenestepersonell tilknyttet samtlige asylmottak og det stedvise politi. Undervisningen ble gjennomført høsten 2006 og januar-februar 2007. Undervisningen ble gjennomført over to dager og omfattet psykisk helsevernloven, ansvarsforholdet mellom politi, helse og utlendingsmyndigheter, forskjellen på alvorlige psykiske lidelser som psykose og personlighetsforstyrrelser, voldelig atferd hos mennesker med en alvorlig psykisk lidelse og hos de med en personlighetsforstyrrelse. Forskjellen på instrumentell vold og reaktiv vold og voldens betydning for et arbeidsmiljø, samt hvordan en gjennomfører en risikovurdering for vold på kort og lang sikt ble gjennomgått. Tabell 8. viser antallet deltakere på denne undervisningen.

Tabell 8 - Deltagere på undervisningen i forbindelse med Den utvidede helseundersøkelsen:

UDI region	Asylansatte		Helsepersonell		Politi		UDIs reg.ktr.		Tot.
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%	
Nord	21	57	11	30	5	13	3		40
Midt Norge	24	63	7	18	6	16	2		39
Indre Østlandet	30	77	3	8	6	15	2		41
Øst	45	64	15	21	10	14	7		77
Vest	26	81	6	19	-	-	2		34
Sør	33	77	5	12	5	12	3		46

*Prosentberegningen er gjort uavhengig av UDIs representanter

Oppsummering av diskusjonene under undervisningen og informasjon fra samtaler med deltakerne

- Samarbeidet mellom asylmottak og politi betegnes av begge parter som nært og godt. Partene opplever ikke at taushetsplikten er til noe hinder for samarbeidet. Politiet kan pågripe og iretteføre/ta ut tiltale i de tilfellene det er grunnlag for det. Påtalemyndigheten i politiet vurderer dette ut fra gitte prioriteringer. Derfor vil det ikke i alle tilfeller bli opprettet straffesak. Dette kan ifølge politiet og de asylansatte føre til en holdning og kultur blant enkelte asylsøkere hvor det å true og skape bråk er noe en kan gjøre uten at det påløper noen konsekvenser.
- Samarbeidet mellom asylmottak og lokal kommunal helsetjeneste fungerer relativt bra. Det fremkom ikke noen klager på de kommunale tjenestene som gis av helsesøster/kommunal sykepleier. Taushetsplikten var ikke noen vesentlig hindring i det praktiske daglige arbeidet. Samarbeidet med den lokale legetjenestene ble lite omtalt. Det kom frem lite eller ingen kritikk av det behandlingstilbudet som ble gitt.
- Samarbeidet mellom asylmottak og psykisk helsevern (PHV) skjedde ved innleggelse, utskriving og tilbakeførsel til mottakene etter innleggelse. Det var en massiv misnøye med psykisk helsevern i samtlige UDI regioner. Hovedkritikken gikk på manglende behandling og behandlingstilbud. Svært mange rapporterte at asylsøkere som ble henvist til behandling vanligvis ble skrevet ut etter et par dager. Begrunnelsen var som regel at de ikke var psykotiske eller at psykisk helsevern ga uttrykk for manglende kunnskap om behandling overfor asylsøkere. Flere asylmottak rapporterte at pasienter som tydelig var preget av hallusinasjoner, likevel ble skrevet ut som ikke psykotiske. Det var videre sterk misnøye med at de enkelte asylmottak ikke fikk noen informasjon om risiko for fremtidig vold etter innleggelse. Misnøyen med PHV kan delvis skyldes forhold som PHV ikke kan lastes for. Personer med en personlighetsforstyrrelse preget av impulsivitet, liten

selvkontroll, dårlig realitetsvurdering og utagering, kan for mange fremstå som psykotiske uten at de nødvendigvis er psykotiske og således trenger innleggelse/kan tvangsinnlegges. En del asylsøkerne som hadde en svært alvorlig post traumatisk stresslidelse, ble avvist i PHV fordi det ble beskrevet som en så langvarig behandlingsoppgave, at man ønsket å vente til en fikk vite om de fikk varig opphold. I 2-3 saker med spørsmål om behov for behandling, avvisning av behandlingstrengende vurderer undertegnede som saker som kunne/burde vært tilsynssaker hos fylkeslegen.

- Asylmottakenes ansatte ønsket sterkt å kunne gjøre bedre lekmannsvurderinger av risiko for fremtidig vold enn de gjør i dag. Videre var det et ønske om et felles registrerings- og varslingssystem for vold og trusler på arbeidsplassen. Det ble fra flere påpekt at det var forskjellig kultur innen ulike asylmottak med henblikk på hva en oppfattet som vold og trusler og hva som ble rapportert videre i en bekymringsmelding. Det ble også sagt av flere at enkelte asylmottak kunne underrapportere vold, trusler fordi det lønnet seg å fremstå som dyktigst mulig ovenfor UDI når det ble lagt inn anbud.

Undervisningen vurderes som vellykket og bør videreføres, en nærliggende samarbeidspartner i denne sammenhengen vil være de Regionale ressursteamene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Anbefaling 5: Oppfølging av personer med bekymringsmelding.

Avd. Brøset, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri har fulgt opp de personene det er knyttet bekymringsmelding til i 2007. Kompetansesenteret kan også i fremtiden følge opp disse bekymringsmeldingene statistisk, men finner dette lite formålstjenlig hvis det ikke knyttes til et prosjekt hvor en på en bedre måte enn i denne studien finner årsakene til de bekymringene som meldes.

Anbefaling 6: Forsterket kommunikasjon fra helse- og polititjenesten til mottak

Vi har gått igjennom det eksisterende regelverk for taushetsbelagte opplysninger for ansatte i helsetjenesten og politiet for å se om denne taushetsplikten er til hinder for at mottaksansatte kan iverksette særskilte tiltak mht. sikkerhet.

Politiets taushetsplikt/opplysningsplikt

Politiets taushetsplikt følger av politiloven § 24 og de bestemmelsene det der er vist til. Taushetsplikten er ikke til hinder for en viss kommunikasjon av opplysninger til ansatte i asylmottak.

Opplysninger kan videreformidles ved samtykke, jf straffeprosessloven § 61b nr. 1, forvaltningsloven § 13a nr 1.

De fleste asylmottak er private, og hjemmel for at politiet – ut over samtykketilfellene - kan gi opplysninger til ansatte der finnes da først og fremst i straffeprosessloven § 61c første ledd nr 6 (for opplysninger i straffesak). Politiloven § 24 fjerde ledd nr. 3 kan også være en mulig hjemmel. Begge bestemmelsene krever at det er ”nødvendig” å gi opplysningen for å forebygge/avverge lovovertrødelse. I dette ligger at det ikke finnes andre realistiske måter å forebygge den straffbare handlingen på. I praksis

betyr det at politiet må være rimelig sikre på at det vil skje en straffbar handling av en viss alvorlighetsgrad (f eks vold mot person eller betydelig skadeverk), og at politiet selv ikke har reelle muligheter for å forhindre dette på annen måte enn å formidle opplysningen.

Hjemlene for å gi opplysninger til ansatte i kommunale mottak - og til offentlig ansatt helsepersonell med tilknytning til private asylmottak - er noe videre, jf særlig straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 5, forvaltningsloven § 13 første ledd nr. 5 og politiloven § 24 fjerde ledd nr. 2. Her kreves det blant annet ikke at formidling av opplysningen er ”nødvendig”.

Helsepersonells taushetsplikt/opplysningsplikt

Helsepersonellloven med forskrifter omhandler taushetsplikten i kapittel 5 om taushetsplikt og opplysningsrett.

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Helsepersonell har opplysningsplikt etter straffeloven § 139. Dette er nærmere beskrevet i Rundskriv IS-7. Pasienter som innehar våpen. Helsepersonells rett og/eller plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasienters helsetilstand. *Etter straffeloven § 139 har enhver plikt til å forsøke å avverge at visse særskilt nevnte alvorlige forbrytelser blir begått eller gjentas. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell som får ”pålitelig kunnskap om at den (forbrytelsen) er i gjære eller er forøvd”, har en plikt til å anmelde eller på annen måte forsøke å avverge handlingen slik at forbrytelsen ikke blir utført, eventuelt en plikt til å forhindre at følgen av en slik handling inntreffer. Formålet er å avverge alvorlige forbrytelser. Med ”pålitelig kunnskap” menes at helsepersonellet må holde det som mest sannsynlig at en slik forbrytelse vil skje. Det forutsettes også her en konkret vurdering basert på den kjennskap helsepersonellet har til den aktuelle situasjon.*

Lovverket gir her helsepersonell en mulighet og plikt til å varsle hvis de får informasjon fra en pasient om dennes ønske om å utøve alvorlig vold eller livstruende handlinger mot andre enkeltindivider, men at dette gjelder i forhold til politi/påtalemyndighet og ikke asylmottak. Hvis terskelen for denne varslingsplikten hadde vært lavere og ikke ved så alvorlige voldsforbrytelser som angitt, ville asylmottak via politiet kunne fått opplysninger som hadde gjort det mulig for dem å iverksette særskilte tiltak mht. sikkerhet.

Hvis det imidlertid gis samtykke fra de personene opplysningene gjelder, er ikke det eksisterende regelverk for taushetsplikt til hinder for at mottaksansatte kan motta taushetsbelagte opplysninger.

Det kan også opprettes samarbeidende ansvarsgrupper mellom helsevesenet og asylmottak om asylsøkere som har spesielle behov. Taushetsplikten brytes sannsynligvis ikke når det samarbeides om spesielle tiltak i asylmottakene ut fra den enkeltes særegne behov og ikke ut fra opplysninger om diagnoser eller andre personlige forhold.

Anbefaling 7:

Utarbeidelsen av en rapport som kan benyttes til vurdering av et system for håndtering av liknende saker i fremtiden.

Vår vurdering av hvordan bekymringsmeldingene om asylsøkeres voldelige, utagerende og ustabile psykiske atferd bør håndteres vil bli beskrevet avslutningsvis.

Bekymringsmeldingene

En bekymringsmelding skyldes som regel vold, utagering og/eller psykisk ustabilitet. De personene det er sendt inn en bekymringsmelding på er derfor en meget selektert gruppe og representerer ikke på noen måte asylsøkerne i Norge. Antallet utgjør ca 1 promille av antallet plasser i mottak i 2007. Det reelle tallet er sannsynligvis lavere fordi det er flere asylsøkere som har vært i et mottak pr. år enn antallet plasser. Antallet asylsøkere totalt som oppholder seg i i norske mottak pr. år, kan ikke brukes i statistiske beregninger på grunn av UDIs registreringspraksis. Det er derfor vanskelig/umulig å sammenlikne en slik selektert gruppe med resultater fra andre internasjonale og hjemlige undersøkelser. De konklusjonene som trekkes i denne rapporten baserer seg derfor på et svært lite utvalg og må sees i sammenheng med konklusjonene i rapporten om *Vold og trusler i norske mottak*.

Det ble utarbeidet et eget prekodet skjema, som skulle brukes i innhenting av informasjon om personer som trengte en utvidet helseundersøkelse, men som nektet/ikke var villig til å samtykke. UDI vedtok at dette skjemaet skulle brukes ved alle bekymringsmeldinger som mottakene skulle sende til UDI. Det førte til at Brøset fikk bekymringsmeldinger på mange personer som ikke var i behov av en utvidet helseundersøkelse. Det ble i 2007 sendt inn meldinger om vold og/eller psykiske vansker på i alt 71 personer, For 63 personer ble det prekodete skjemaet brukt, mens åtte henvendelser ble sendt spesialistteamene uten at skjemaet ble brukt. Rapporten her beskriver de 63 prekodete bekymringsmeldingene som ble sendt inn i 2007. En tredjedel (30,2 %) av disse er gjentatte bekymringsmeldinger dvs. at UDI også tidligere har mottatt bekymringsmelding på dem. For syv personer ble det i 2007 sendt inn to bekymringsmeldinger, disse syv er med i den statistiske beregningen da det i de fleste tilfellene har kommet til nye problemer og eller personlige forhold har endret seg.

Innsending av bekymringssmeldinger

Bekymringsmeldingene er et prekodet selvutfyllingsskjema som opprinnelig var beregnet på å gi informasjon om asylsøkere som nektet å delta i den utvidede helseundersøkelsen. Skjemaet fylles ut av den som sender bekymringsmeldingen, skjemaene sendes til UDIs regionskontorer og deretter til UDI sentralt. Her ble skjemaene anonymisert før de ble oversendt til Avd. Brøset. Skjemaene har hatt en variabel kvalitet med mangelfull utfylling. De statistiske resultatene bygger på de 63 bekymringsmeldingene som var innkommet den 31.12.2007. Mange av spørsmålene i skjemaene ble ikke besvart, og det angis i rapporten når tallene kun gjelder de som har svart på de enkelte spørsmålene.

I en del av bekymringsmeldingene har ikke den personen meldingen omhandler vært voldelig, men hvis det f. eks rapporteres at vedkommende tidligere har vært voldelig,

er vedkommende oppført som voldelig. Det samme gjelder for kontakt med psykisk helsevern og politikkontakt.

Demografi.

Meldingene omfatter i alt fem kvinner (7.9 %) og 58 menn (92,1 %).

Gjennomsnittsalder er 32 år (min. er 15 år, max. er 60 år). Flestparten 46 (73 %) er enslige, og 14 (22,2 %) er gift. Hos tre personer er sivilstatus ukjent.

Ni (14,3 %) av meldingene gjelder personer som har fått opphold i Norge, 9 (14,3 %) er søkere, 16 (25,4 %) har fått avslag i Utlendingsdirektoratet (UDI) og 27 (42,9 %) har fått endelig avslag, dvs. avslag i Utlendingsnemda (UNE). Blant asylsøkere med endelig avslag, er det en person som ikke kan returneres til sitt hjemland. Hos to er ikke søkerstatus oppgitt.

Hypotetisk skulle en kunne forvente at de som står som søkere på asyl forsøker, i den grad de evner det, å unngå handlinger som trusler og voldshandlinger, da disse vil kunne svekke deres søkerposisjon. Når vi ser på forekomsten av voldshandlinger blant de som har fått opphold, de som har fått avslag i UDI eller UNE, og de som står som "førstegangssøkere" er det ingen forskjell på andelen av voldelige i de tre gruppene.

De 63 meldingene stammer fra asylsøkere fra 18 forskjellige land, heri også statsløse. Meldingene er sendt inn av 25, av i alt 64 asylmottak. Fem av meldingene kommer fra to mottak med forsterket avdeling.

Botid i mottak

Den gjennomsnittlige oppholdstid i mottak er 19,6 mnd, minimum er 1 mnd og maximum er 72 mnd. For en person er oppholdstiden ukjent. Det er gjort flere undersøkelser som viser at psykiske problemer, i hovedsak angstlidelser og depresjoner øker med oppholdstiden i asylmottak. Vi har derfor sett på forekomsten av psykiske problemer og innleggelse i psykisk helsevern avhengig av botid i asylmottak. I 2007 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid etter en normalprosedyre før statusgivende vedtak i UDI på 311 dager. Saksbehandlingstiden kan variere sterkt avhengig av sakenes kompleksitet, UDIs kapasitet, søkers nasjonalitet og liknende. Gjennomsnittlig botid i mottak for den gruppen vi omhandler her er bortimot dobbelt så lang. En sammenlikning av asylsøkere med en botid på opptil 10 mnd med øvrige asylsøkere viser at personer med en psykiatrisk diagnose har signifikant lengre botid i mottak enn personer uten. Denne forskjellen finner vi ikke når vi ser på innleggelser i psykisk helsevern. I hvilken grad den lange oppholdstiden hos de med en psykiatrisk diagnose skyldes lengden på oppholdet, eller at oppholdet har blitt langt pga. de psykiske problemene kan vi ikke si noe sikkert om, men den førstnevnte vurderingen er i samsvar med internasjonale undersøkelser. Utover dette er det ingen forskjell på de to gruppene med henhold til kjønn, alder, om det tidligere er sendt inn en bekymringsmelding, hvor i søknadsprosessen med hensyn til asyl de er, om de er voldelige, om de har vært i kontakt med politiet og om de har nektet å la seg undersøke i den utvidede helseundersøkelsen.

Årsakene til bekymring

En tredjedel, 21 av bekymringsmeldingene, omhandler mennesker som ikke har vært voldelige, men som har psykiske problemer av ulik art, deriblant selvsbeskading og/eller depresjoner med suicidal tendenser.

Årsakene til bekymringsmeldingene er til dels svært omfattende.

Grovt sett kan bekymringsmeldingene deles inn i tre hovedgrupper;

- a) meldinger som kun omfatter psykiske vansker hos den enkelte asylsøker
- b) meldinger som omfatter psykiske problemer og aggressiv, voldelig atferd
- c) meldinger som kun omfatter voldelig atferd.

Nedenfor er det gjengitt oppsummerte og punktvis eksempler på de forskjellige begrunnelsene for bekymring:

Eksempel 1: Meldinger som kun omfatter psykiske vansker:

- *Han går ut og inn av psykiatrisk avd. flere ganger, noen ganger korte opphold og andre g. i flere måneder. Observert noe tilbakefall til tidligere atferd som førte til tvangsinnleggelse igjen. I løpet av de siste dagene har det blitt observert at han skriker høyt, og at han tidvis slår seg selv i ansiktet, og at han i disse situasjonene avviser kontakt fra personalet.*
- *Beboeren får ukentlig medisiner fra hjemmesykepleier, men det må skje innen et tidsrom +/- to timer tirsdag rundt lunch, ellers kan dette medføre "stress". Beboer fungerer til tider veldig bra, andre ganger kan vedkommende over lengre perioder snakke med seg selv. Han var nervøs, masete og snakket mye med seg selv. Vi fikk etterpå telefon, da han kvelden før hadde ringt og sagt farvel, og etterpå slått av telefonen. I.h.t. beboere hadde de gått vakt rundt han om natten, slik at selvmord ikke skulle gjennomføres. Han kom motvillig en time etterpå, han hadde da bestemt seg for å ta sitt eget liv og gråt mye. Fastlegen mente det ikke var noen grunn til å innlegge han ennå. Han hadde planer om å drukne seg/bilulykke. Det er håpet i hans situasjon som er borte, iflg. han selv, han er ugift, ingen barn og har vært i Norge siden 2003 og før det var det i Tyskland, har fortsatt jevnlig samtale med psykolog.*

Eksempel 2: Meldinger som omfatter psykiske problemer og aggressiv, voldelig atferd:

- *Viste aggressiv atferd flere ganger mot beboere og ansatte. Eks. strupetak, verbale trusler, kastet gjenstander. Helsepersonalet vurderer ham som en tikkende bombe. Han har psykiske lidelser. Har psykiske lidelser og kan derfor ikke sendes til ventemottak. Vi på mottaket er bekymret for sikkerheten til de andre beboerne og oss selv.*
- *Ankom mottaket fra Psykiatrisk avd. XXXX sykehus, blir borte om nettene, nekter å fortelle hvor han har vært, observert da han returnerte til mottaket, som oftest mellom kl. 05.00 og 06.00. Har da ankommet med skitne klær og jord opp over leggene. Har alltid nektet å oppgi hvor han har oppholdt seg. Mottaket har fått henvendelser fra både politi og naboer om at han har oppholdt seg i et skogholt 1-2 kilometer fra mottaket. Alvorlige trusler mot mottakets sykepleier. Han truet med at han skulle drepe henne. Observert flere ganger sent på natten stirrende inn gjennom naboenes vinduer. Politianmeldt fordi han angrep en medbeboer og slo han flere ganger i hodet. Han blir svært*

aggressiv når han opplever at han blir sett på eller beklodd av andre. Ved romsjekk ble det funnet en svart softgun, pistolen overlevert lensmannen. Politiets utlendingsenhet er varslet om anmeldelse og besittelse av softgun, personen må generelt sett kunne beskrives som psykisk ustabil, mottaket er bekymret for sikkerheten til personer som kommer i kontakt med vedkommende. Siden personen oppholder seg mange dager og netter utenfor mottaket og uten at en vet hvor han faktisk oppholder seg gir dette grunn til bekymring.

Denne personen nektet å delta i den utvidede helseundersøkelsen og er nå forsvunnet fra mottaket.

Eksempel 3: Meldinger som kun omfatter voldelig atferd

- *Drapstrusler mot mottakssjef, skulle få andre til å gjøre det, gjentatt drapstruslene senere. Tidl. melding UDI: Svært utagerende oppførsel, slår og klorer ansatte. Ofte ruset og virker aggressiv når full. Lar seg lett tirre av barn, har fiket til barn som har ertet.
Nav. melding: Nektet på bussen, I beruset tilstand lages bråk/leven på bussene. Ansatte og passasjerer føler seg utrygge. Busselskapet vil ikke ha vedk. med på bussen mer.*

I alt 42 personer har vært voldelig og den volden de har gjennomført er presentert i tabell 9. De fleste asylsøkerne har utført mer enn en voldelig handling slik at summen ikke tilsvarer antallet søkere som har vært voldelige.

Tabell 9 - Hendelser som innebærer vold og/eller utagering:

	N	%
Verbale trusler	42	42
Verbale trusler med våpen	6	6
Fysisk vold med våpen	2	2
Lugging	1	1
Slag	10	10
Spark	7	7
Strupetak	4	4
Kastet gjenstander mot / på personalet	2	2
Ødeleggelse av inventar	13	13
Annet	13	13
Totalt	100	100

Verbale trusler er den dominerende formen for vold i henhold til bekymringsmeldingene. Når det gjelder verbale trusler og fysisk vold hvor det har vært brukt våpen, er våpenet i fem av tilfellene kniv, i de to øvrige tilfellene er ikke våpentype angitt. Fire av syv som har truet eller brukt fysisk vold med våpen, har nektet å delta i den utvidede helseundersøkelsen, en av dem er vurdert av lege som ikke har funnet det nødvendig med en utvidet helseundersøkelse. Én fikk innvilget opphold og endret atferd så radikalt at mottaket ikke fant det nødvendig med en ny undersøkelse.

Et vesentlig spørsmål i forbindelse med den utvidede helseundersøkelsen har vært å se om det på et tidlig tidspunkt var mulig å identifisere asylsøkere som er, eller vil kunne komme til å være voldelige. Dette har ikke vært mulig da svært få av asylsøkerne har vært villig til å delta i undersøkelsen. I bekymringsmeldingene er det spesifisert om meldingen skyldes vold, vold og psykiske vansker eller bare psykiske vansker. En sammenlikning av samtlige personer som er voldelige med personer som ikke er voldelige, viser at det ikke er noen forskjell på disse to gruppene mht. kjønn, asylstatus, botid i mottak, forekomsten av psykiske lidelser, innleggelse i psykisk helsevern og rusbruk.

Hvis vi sammenlikner personer som kun har vært verbalt aggressive med de som har brukt andre og mer alvorlige former for vold, er det en klar forskjell. Blant utøvere av mer alvorlige former for vold er det flere som det også tidligere er sendt inn en bekymringsmelding på. Det er også flere som har fått avslag i UDI og UNE i denne gruppen. Blant utøvere av mer alvorlige former for vold er det også flere som har vært lagt inn i, eller har mottatt/mottar behandling fra psykisk helsevern. Videre kan det synes som om det er flere blant de med alvorlige voldshandlinger som har en psykiatrisk diagnose, men tendensen er ikke signifikant ($p = .07$). Det er dessuten flere blant denne gruppen som har rusproblemer. Derimot er det ingen forskjell på de som kun har vært verbalt aggressive og de som har brukt andre og mer alvorlige formene for vold mht. alder og botid i mottak. Det er heller ingen forskjell på de to gruppene mht. andelen som har nektet å delta i den utvidede helseundersøkelsen. eller om ansatte/helsepersonell har sagt at de ikke trenger delta i undersøkelsen. Sett i lys av det ovenstående, kan det synes som om ansatte/helsepersonell tilknyttet mottakene i liten grad er i stand til å skille ut/identifisere de søkerne som er i behov av en noe større utredning mht. eventuelle årsaker for deres voldelige atferd.

Tabell 10 viser hvem som har blitt utsatt for vold i henhold til bekymringsmeldingene.

Tabell 10 - Personer som er blitt utsatt for vold (N = 53)

Person	N	%
Ansatte i mottak	23	43
Beboere i mottak	17	32
Ektefelle/barn	3	6
Andre tjenesteytere i forb.m. mottak	3	6
Lokalbefolkningen	5	9
Andre	2	4
Totalt	53	100

I henhold til bekymringsmeldingene har enkelte asylsøkere vært voldelige mot mer enn en person. Summen av voldelige handlinger er derfor større enn antallet voldelige asylsøkere (N = 42). Når det gjelder antallet personer som er rammet av vold, sier ikke bekymringsmeldingene noe om volden er rettet mot en eller flere personer. Tallene indikerer at nesten halvparten av den volden som forekommer skjer overfor de ansatte. Bomiljøet for de øvrige asylsøkerne er også sterkt påvirket da mer enn en tredjedel blir utsatt for vold av en slik art at det gir bekymring blant de mottaksansatte.

Psykisk helse

Asylsøkere og flyktninger er en gruppe med forhøyet forekomst av psykiske lidelser (Lavik, Hauff, Skrondal, & Solberg, 1996; Marshall, Schell, Elliot, Bertold, & Chuun, 2005; Sveaass, 2000). Ett av spørsmålene i meldeskjemaene er om den enkelte har en diagnostisert psykisk lidelse. I alt 10 skjemaer er ubesvart på dette spørsmålet. Tabell 11 viser fordelingen av mennesker med og uten en diagnose blant de som har besvart.

Tabell 11 - Andelen av asylsøkerne som har en kjent psykiatrisk diagnose

	N	%
Har en psykiatrisk diagnose	21	40
Har ikke en psykiatrisk diagnose	18	34
Vet ikke	14	26
Totalt	53	100

Av de som har besvart spørsmålet, er det 21 personer (39.6 %) som har en kjent diagnostisert lidelse. Hos atten personer (34 %) sies det at de ikke har noen psykiatrisk diagnose, for 14 personer (26.4 %) vet en ikke om de har en psykiatrisk diagnose eller ikke.

Selv om ansatte ved asylmottakene gjennom spørreskjemaet krysser av at 18 søkere ikke har noen psykiatrisk diagnose, kan asylsøkeren likevel ha en psykisk lidelse. Fraværet av en psykiatrisk diagnose kan skyldes manglende eller ikke adekvate medisinske undersøkelser. De som har fylt ut skjemaene er i hovedsak mottaksansatte og ikke helsepersonell. Blant de 39 personene hvor en kjenner til at de har/ikke har en diagnose, framkommer det ikke hvor denne informasjonen er hentet fra. Informasjon om diagnostiske forhold er kjent hos 73,6 % av asylsøkerne.

Når det gjelder spørsmålet om vedkommende har vært innlagt i psykiatriske sykehus, er en femtedel av skjemaene ubesvarte. Blant de øvrige har halvparten, dvs. 25 asylsøkere, vært innlagt i psykiatriske sykehus og seks (12 %) har/har hatt en eller annen form for kontakt med det psykiske helsevernet, f. eks samtale med en behandler ved en distriktpsykiatrisk poliklinikk. Blant de som har besvart spørsmålet, er det i alt 31 asylsøkere (62 %) som har vært innlagt og som har eller har hatt kontakt med psykisk helsevern i en eller annen behandlingssammenheng.

Rusmidler

I nesten halvparten av bekymringsmeldingene, i alt 30 (47.6 %), er ikke spørsmål om bruk av rusmidler besvart. Dette kan skyldes at rus ikke er aktuelt for den personen meldingen omhandler. Av de som imidlertid har svart er det 14 (42.4 %) som bruker rusmidler, mens litt over halvparten, 19 asylsøkere (57.6 %) ikke bruker rusmidler.

Det kan ikke sees noen sammenheng mellom bruken av rusmidler og forekomsten av psykiatriske diagnoser. To personer hvor det sies at de bruker rusmidler, har også en psykiatrisk diagnose.

Kontakt med politiet

Av de 63 innsendte bekymringsmeldingene er det 24 personer (38,1 %) som ikke har hatt noen kontakt med politiet og fem er ubesvart. Tallene viser hvilke former for kontakt de resterende 34 personene har hatt med politiet, men ikke hvor mange ganger de har vært i kontakt med politiet.

Tabell 12 - Asylsøkernes kontakt med politiet

Kontakttype	N	%
Hentet av politiet/ tilsnakk	22	44
Anmeldt	13	26
Anmeldt og henlagt	1	2
Varetekt/fyllearest	4	8
Bøteleggelse	5	10
Tiltale/frikjennelse	1	2
Tiltale/dom	3	6
Politi varslet, kom ikke	1	2
Totalt antall reaksjoner	50	100

Den enkelte asylsøker kan ha mer enn én reaksjon fra politiet og summen av politireaksjoner vil derfor ikke tilsvare antallet asylsøkere som har vært voldelige.

Samarbeidet med det lokale politi/lensmannskontor ble under undervisningen av asylansatte, helsepersonell og politi påpekt som godt. Den ovennevnte oversikten viser at mottakene svært ofte bruker politiet i konfliktsituasjoner, men det er et åpent spørsmål om ikke flere av kontaktene med politiet burde ha resultert i påtale.

En stor andel av de det er sendt inn en bekymringsmelding på har ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Vi vet ikke hvorfor de har nektet og grunnene kan nok variere. Enkelte kan tro at deres asylsøknad svekkes hvis det fremkommer at de er syke. Andre kan ønske å unndra seg en undersøkelse fordi de er syke og ikke har innsikt i eller forståelse av at de er syke. Noen kan ha ønske om og utnytte vårt system. I denne sammenhengen har vi sammenliknet de som har nektet å delta i den utvidede helseundersøkelsen med de øvrige det er kommet inn en bekymringsmelding på. De som nekter undersøkelse er signifikant eldre ($M = 36$ år) enn de øvrige ($M = 30$ år), ($p = .02$). Derimot er det signifikant flere blant de som sier ja som har en psykiatrisk diagnose. I hvilken grad dette skyldes at de som nektet å delta ikke har blitt undersøkt, vites ikke. Det er ingen forskjell på de to gruppene mht. om de har vært innlagt i psykisk helsevern og det er heller ikke forskjell på de to gruppenes oppholdstid i asylmottak og deres kontakt med politiet.

Diskusjon

Det er kommet inn i alt 71 meldinger til UDI, i alt 10 personer er undersøkt, 20 ønsket ikke/nektet å delta i undersøkelsen og for 28 personer mente helsepersonell og personalet i mottak at det ikke var nødvendig med en slik undersøkelse, syv bekymringsmeldinger ble sendt etter prosjektets avslutning

Det har vært en mangelfull deltagelse fra asylmottak i UDI regionene Indre Østland, region Øst og region Sør i den utvidede helseundersøkelsen. Det har vært en mangelfull respons fra den enkelte asylsøkers fastlege/lege på orienteringsbrevet om den utvidede helseundersøkelsen. De henvendelsene, både telefonisk og skriftlig, som har kommet fra fastlege/lege er kommet fra leger som har hatt sitt virke i region Midt Norge, region Nord og region Vest.

En gjennomgang av bekymringsmeldingene viser at ca en tredjedel av disse omhandler psykiske problemer og ikke vold eller utagering blant dem det er uttrykt bekymring over. Ser vi på personer som har vært voldelig, er det et klart skille mellom de som er verbalt aggressive og de som bruker en eller annen form for fysisk vold. Blant de sistnevnte er det flere med avslag på søknad om asyl i UDI eller UNE, det er flere blant de som det tidligere har blitt sendt inn bekymringsmelding på. Videre er det flere blant de som mottar behandling fra psykisk helsevern, og det er en tendens til at det er flere blant de som har en psykiatrisk diagnose, men tendensen er ikke signifikant. Det er også flere blant denne gruppen som har rusproblemer.

Bruken av standardiserte bekymringsmeldingsskjema har vist at det ikke er noen enhetlig forståelse eller praksis for hva som skal resultere i en bekymringsmelding til UDI sentralt. De statistiske beregningene som er gjort på bakgrunn av de innsendte bekymringsmeldingene, kan av den grunn ikke sies å representere noen annen gruppe enn de det er sendt inn skjemaer på. Resultatene kan derfor ikke generaliseres til å gjelde alle asylsøkere med voldelig, utagerende og ustabil atferd i våre mottak.

En del av meldingene inneholder problemstillinger som vi mener burde vært løst lokalt av mottakene i samarbeid med den lokale helsetjenesten. Etter undervisningen som ble gjennomført i 2006 og januar 2007, hvor det ble fremsatt mange klager på samarbeidet med psykisk helsevern, kan det nå se ut som om samarbeidet har bedret seg. Likevel er det fortsatt mange som opplever at henvisninger om utredning og risikovurderinger ikke blir fulgt opp.

Anbefaling fem i prosjektbeskrivelsen av den utvidede helseundersøkelsen og anbefaling syv om utarbeidelsen av en rapport som kan benyttes til vurdering av et system for håndtering av liknende saker i fremtiden, besvares som del 1 og 2 i samme rapport.

En oppfølging av bekymringsmeldingene fra UDI i den form de har i dag bør opphøre. Det er for tilfeldig hva som rapporteres og rapportene er avhengige av hva den enkelte leder av et asylmottak finner bekymringsverdige. I bekymringsmeldingene er det f. eks. rapportert at seks personer har kommet med verbale trusler med våpen (kniv) og at det i to tilfeller har forekommet fysisk vold med våpen. Hvis vi på bakgrunn av disse opplysningene ser på resultatene fra undersøkelsen om forekomsten av vold og trusler i norske mottak, så er det her innrapportert 23 tilfeller av vold med

bruk av kniv/stikkvåpen. Det foreligger derfor 15 tilfeller av voldsutøvelse med kniv/stikkvåpen som ikke har resultert i en bekymringsmelding til UDI.

Anbefalinger

Avslutningsvis vil Avd. Brøset, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri gi følgende anbefalinger til Utlendingsdirektoratet, Politidirektoratet og Helsedirektoratet i deres videre arbeid med oppfølging av rapporten:

- UDI bør fortsette med ordningen med bekymringsmeldinger, men ikke i samme form som i dag. Mottakene bør ha et felles registreringssystem for aggresjon og vold. Disse registreringene kan eventuelt gjennomføres ved hjelp av SOAS – RA, fortrinnsvis med den elektroniske versjonen. Denne vil raskt gi det enkelte mottak tilstrekkelig informasjon om forekomsten av vold og hvilke tiltak som er effektive slik at en raskt kan sette inn forebyggende tiltak. Bekymringsmeldingene bør ha som utgangspunkt den innebygde vurderingen av handlingens alvorlighetsgrad. Mottakenes helse tjeneste bør/skal være med når det sendes inn en bekymringsmelding. På denne måten vil helsepersonell raskt bli orientert om situasjonen og vil raskt kunne initiere nødvendige tiltak. Meldingenes innhold bør tas opp på ny.
- Det anbefales at det opprettes flerfaglige ansvarsgrupper for asylsøkere med psykiske vansker og eller voldelig atferd. I denne sammenhengen bør det også vurderes om det skal utarbeides en individuell plan for disse søkerne.
- På bakgrunn av usikkerhet om taushetspliktens betydning i et flerfaglig samarbeid anbefales det at det lages en veileder om dette.
- Det finnes i dag ingen formelle utdanningskrav for ansatte i asylmottakene. Det anbefales derfor at det utarbeides et obligatorisk innføringskurs om migrasjonshelse for alle tilsatte i asylmottak.
- Politiet har ansvaret for å iverksette og organisere ettersøking hvis en person er savnet og det kan være fare for vedkommendes liv eller helse eller etterforskning der det er aktuelt å avklare om det foreligger et straffbart forhold. Når en asylsøker har vært borte fra et mottak i tre dager, skrives han ut fra mottaket og det er ingen som lenger har oversikt over hvor asylsøkeren befinner seg. Dette problemet fremsto tydelig sommeren 2007 hvor en asylsøker søkte som sone en dom i Trondheim fengsel skulle løslates. Tilfeldigheter gjorde at denne asylsøkeren ikke ble løslatt til et opphold på gata. Dette var en person som var i behov av behandling og i tillegg utgjorde en risiko for andre pga. sin sykdom. Eksempel 2 av bekymringsmeldingen blant de meldingene som omfatter psykiske problemer og aggressiv, voldelig atferd illustrerer denne problematikken. Denne ovennevnte asylsøkeren er nå forsvunnet og ingen har ivaretatt ansvaret for å vite hvor han befinner seg. Det bør utredes hvordan slike saker skal håndteres slik at politiet varsles og kan vurdere om det bør iverksettes ettersøking hvis vedkommendes liv eller helse kan være truet eller etterforskning der det er aktuelt å avklare om det foreligger et straffbart forhold.

- Avd. Brøset, kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri kan også i fremtiden påta seg et oppdrag om å følge opp bekymringsmeldinger. Et slikt oppdrag må da være en del av et forskningsprosjekt. Et forskningsprosjekt vil på en bedre måte enn denne studien finne bakgrunnene for en bekymring. UDI må i en slik situasjon tilføres ressurser til videreformidling av meldingene til kompetansesenteret. Situasjonen i løpet av denne studien har vært slik at både bekymringsmeldingene og SOAS - RA skjemaene har blitt oversendt for tilfeldig og ikke i standardisert utfylt stand.
- På bakgrunn av den kunnskap som har framkommet i dette prosjektet, ansees det ikke å være behov for å opprette en egen spesialisthelsetjeneste for psykisk syke og voldelige asylsøkere. En bør i større grad enn det som gjøres i dag henvise personer det knytter seg en bekymring overfor, til spesialisthelsetjenesten for utredning. Ved behov skal det gjennomføre en risikovurdering av voldelig atferd og utarbeides tiltak for å forhindre slik vold, jf. Rundskriv IS-9/2007 "Vurdering av risiko for voldelig atferd- bruk av strukturerte kliniske verktøy". Hvis psykiske helsevern trenger ytterligere kompetanse, kan dette fås hos de Regionale ressursteamene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.og de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri.
- Samarbeidet mellom politi og asylmottakene fungerer mange steder svært godt, men en vil allikevel tilrå at det formaliseres et lokalt samarbeid mellom politiet og mottakene med faste møter. Slik vil en sikre at det er en felles forståelse av de foreliggende problemene og slik vil mottakene lettere kunne vurdere når politiet skal varsles.
- Ut fra forekomsten av vold i mottak, samt at det i henhold til delrapport 1 forekommer mer alvorlig vold enn det som fremkom i delrapport 2 anbefales det å lage et prøveprosjekt på noen utvalgte mottak med en nulltoleranse i forhold til vold. Det vil si at all vold anmeldes, etterforskes, og at tiltale tas ut når det er grunnlag for det.

Referanser

Jakobsen, M., Sveeaass, N., Johansen, L., E., E., & Skogøy, E. (2007). Psykisk helse I mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Lavik, N. J., Hauff, E., Skrondal, A., & Solberg, Ø. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population. *British Journal of Psychiatry*, 53(1), 17-20

Leiknes, Malt, Malt, & Leganger. (2001). Norsk versjon av Sheehan, D. V. & Lecrubier, Y. (2001). M.I.N.I. PLUS, Mini International Neuropsychiatric Interview.

Marshall, G., N., Schell, T., Elliot, M. N., Bertold, 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, 571-579.

Rasmussen, K., Jakobsen, D., & Urheim, R. (2002). Norsk versjon av HCR-20, Webster C. D., Douglas, S., Eaves, D., & Hart, S. (1997).

Sosial -og helsedirektoratet.(2007). Vurdering av risiko for voldelig atferd (IS-9/2007). Oslo: Sosial -og helsedirektoratet.

Sveaass, N. (2000). Restructuring the meaning after uprooting and violence. Doctoral dissertation, Institute of psychology. Faculty of social science . University of Oslo.

Figur og tabelliste

Figur 1: Innleverte skjema regionvis, antall hendelser og antall personer bak hendelsene	11
Figur 2: Innleverte skjema fordelt på type mottak, antall hendelser og antall personer	12
Figur 3: Fordeling av hendelsene innenfor alvorlighetsgrad	14
Figur 4: Hendelse – tidspunkt på døgnet.	16
Tabell 1: Subjektive alvorlighetsskårer (VAS-skåre) for samtlige hendelser, mottakstype, voldsform og konsekvens	13
Tabell 2: Opplevd bakgrunn for voldshendelsen	17
Tabell 3: Midler brukt i den voldelige hendelsen	20
Tabell 4: Mål for aggresjonen	22
Tabell 5: Konsekvenser av den voldelige hendelsen	23
Tabell 6: Umiddelbart iverksatte tiltak i etterkant av hendelsen	24
Tabell 7 - Behandling av de innsendte bekymringsmeldingene:	33
Tabell 8 - Deltagere på undervisningen i forbindelse med Den utvidede helseundersøkelsen:	35
Tabell 9 - Hendelser som innebærer vold og/eller utagering:	41
Tabell 10 - Personer som er blitt utsatt for vold (N = 53)	42
Tabell 11 - Andelen av asylsøkerne som har en kjent psykiatrisk diagnose	43
Tabell 12 - Asylsøkernes kontakt med politiet	44



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM



NTNU
Det skapende universitet



Kompetansesenteret

For sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
St.Olavs Hospital, Divisjon Psykisk Helsevern
Avdeling Brøset
Pb 1803 Lade
7440 Trondheim
Tlf.: 73865000