

Ragna Lillevik, Silje Sønsterudbråten og
Guri Tyldum

Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak

Et tilbud til asylsøkere med helseproblemer



Ragna Lillevik, Silje Sønsterudbråten og Guri Tyldum

Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak

Et tilbud til asylsøkere med helseproblemer

© Fafo 2017

ISBN 978-82-324-0384-4 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0385-1 (nettutgave)

ISSN 0801-6143 (papirutgave)

ISSN 2387-6859 (nettutgave)

Omslagsfoto: Rebecca Jafari

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
Summary	10
1 Innledning	13
1.1 Noen hovedfunn.....	14
1.2 Gangen i rapporten.....	15
2 Tilrettelagte avdelinger og asylsøkeres helserettigheter	17
2.1 Dagens ordning	18
2.2 Asylsøkeres rett til helsehjelp og helsetjenester	22
3 Evalueringsmodell og valg av metode	27
3.1 Evalueringens formål	27
3.2 Operasjonalisering av målsetninger for TA	28
3.3 Data og metode	30
4 Sammensatte og ulike behov	35
4.1 Årsak til plassering og omsorgsbehov	35
4.2 De ulike beboerne på TA	37
5 Ulike utgangspunkt – ulike tilrettelegging	43
5.1 Hva skal TA være?	44
5.2 Et helsefremmende aktivitetstilbud.....	51
5.3 De fysiske forutsetningene.....	53
5.4 Kompetanse, kurs og sikkerhet.....	56
6 Tilgang til offentlige tjenester	61
6.1 Tilgang til helsetjenester	62
6.2 Når rettighetene opphører	66
6.3 Tilgang til skoletilbud	67
6.4 Samarbeid med politi og barnevern	69

7 Plassering og gjennomstrømming	73
7.1 Hvem får plass på TA?	74
7.2 Veier ut fra TA	80
7.3 Flytting til ordinære mottak	82
7.4 Kampen for bosetting	82
7.5 Returarbeid på TA	85
 8 Konklusjon	 87
8.1 Nås målgruppen for TA?	88
8.2 Er TA helsefremmende, trygt og sikkert?	89
8.3 Bidrar TA-ordningen til gjennomstrømming?	92
8.4 Hva bør TA være?	93
8.5 Anbefalinger	96
 Referanser	 99

Forord

Denne rapporten presenterer funn fra en evaluering av ordninger med tilrettelagte avdelinger i asylmottak, som Fafo har gjennomført på oppdrag fra Utlendingsdirektoratet. Vi er veldig glade for å ha fått denne muligheten, som har gitt oss viktig innsikt i arbeidet som gjøres rundt noen av de mest sårbare menneskene i det norske asylsystemet.

Prosjektet ville ikke vært mulig å gjennomføre uten stor velvilje og imøtekommenhet, raushet og åpenhet, fra UDIs regionkoordinatorer, ledere og ansatte på mottakene med TA, helsepersonell og andre som jobber med denne gruppen asylsøkere.

Vi vil særlig takke Rachel Elisabeth Eide hos UDI, som profesjonelt har balansert oppdragsgivers forventninger og forskernes behov for autonomi, og Lene Nordli ved UDIs regionkontor Vest, som har kommet med nødvendig informasjon og gitt grundige svar på alle våre forespørsler – alltid like positiv.

Ikke minst vil vi takke alle beboerne på tilrettelagte avdelinger. Vi var glade og overrasket over at så mange ønsket å snakke med oss og fortelle om sine opplevelser på TA. Vi håper vi har forvaltet denne informasjonen slik de ønsket, og klart å formidle også brukernes perspektiver og behov.

Takk til referansegruppen, og særlig Janne Horgen Friberg og Gro Saltnes, for grundige og gode kommentarer og viktige innspill til rapporten.

På Fafo har vårt tålmodige og proffe publikasjonsteam vært med på å gjøre dette om til en rapport som kan leses og forstås av andre. Tusen takk til Bente Bakken for grundig korrektur og til Agneta Kolstad for den fine forsiden. Og til fotograf Rebecca Jafari for bildet på omslaget.

Takk til Jon Horgen Friberg som har hatt ansvaret for å kvalitetssikre rapporten, og som kom med viktige og betimelige innspill.

Gjenværende unøyaktigheter eller mangler er naturligvis forfatterens eget ansvar.

Oslo, 4. september 2017

Ragna Lillevik, Silje Sønsterudbråten og Guri Tyldum

Sammendrag

På oppdrag for Utlendingsdirektoratet (UDI) drives det i dag fire tilrettelagte avdelinger (TA) i tilknytning til fire ordinære asylmottak. Disse avdelingene skal være et botilbud til asylsøkere «med behov ut over hva som kan håndteres i ordinære mottak» (UDI 2014).

Ordningen har eksistert siden 2005, og ble sist evaluert i 2007. Fafo har i dette prosjektet evaluert tilbudet beboerne ved TA får. Det betyr at vi både har sett på hvordan avdelingene drives og på hvordan ansvarsdelingen mellom asylmyndighetene, helsemyndighetene og andre offentlige tjenester bidrar til å ivareta beboernes helse og sikkerhet.

Gjennom evalueringen har vi undersøkt:

- I hvilken grad er dagens TA-ordning egnet til å sikre et forsvarlig botilbud for syke og mennesker med funksjonsnedsettelse i asylsystemet?
- Legger TA-ordningen til rette for at beboerne også får tilgang til likeverdige helse- og omsorgstilbud?
- Er funksjonene TA fyller i dag hensiktsmessige i samspill med andre sektorer og sektormyndigheter, og oppfyller de andre aktørene sine roller på en tilfredsstillende måte?
- Bidrar organiseringen av TA i dag til god gjennomstrømming og dermed til effektiv ressursutnyttelse?
- Hva er de mest sentrale utfordringene for å sikre personer med sykdom og personer med funksjonsnedsettelse innenfor asylsystemet gode bo-, omsorgs- og helsetjenester, samt hva kan gjøres for å bedre tilbudet som gis til denne gruppen, gitt dagens rammer?

For å svare på disse spørsmålene har vi gjennomført en omfattende datainnsamling, i den hensikt å få innsyn i perspektiver og erfaringer fra en lang rekke aktører som på ulike måter former dagens system og den hjelpen som tilbys beboere på TA. Vi har kartlagt alle beboere på TA i en gitt tidsperiode og gjennomført feltarbeid i alle fire kommunene som har en TA. I kommunene har vi snakket med ansatte på mottaket, helsepersonell, voksenopplæring, kommuneledelse og, ikke minst, beboerne selv. I tillegg har vi intervjuet mottaksledere på ordinære mottak og sentrale personer i UDI-

systemet. Dette har gitt oss et bredt inntak av informasjon, som har gitt grunnlag for å analysere sterke og svake sider ved dagens system.

Vi finner at personene som bor på TA tilhører den definerte målgruppen, altså brukes ressursene på de tiltenkte personene. Imidlertid viser evalueringen at lav gjennomstrømming og begrenset kapasitet i TA-ordningen bidrar til at terskelen for å tildele en TA-plass er høy hos UDI, og til at TA brukes som en siste utvei framfor en tidlig intervensjon. Det er fire hovedgrupper beboere på TA i dag: psykisk syke med lavt funksjonsnivå, psykisk syke med bedre funksjonsnivå, personer med somatiske sykdommer eller funksjonsnedsettelse, og personer med psykisk utviklingshemming. De fire gruppene har ulike, og til dels uforenlige, behov. Barn og barnefamilier plasseres i hovedsak ikke på TA, fordi UDI anser boforholdene som uegnet for dem.

Som tilbud fungerer TA helsefremmende for mange, men i ulik grad. Det er betydelig variasjon mellom de fire TA-mottakene i hvordan de legger til rette for å møte beboernes behov. Store ulikheter i de fysiske strukturene som utgjør mottaket, gir ulik mulighet til skjerming, privatliv, oppfølging og samvær. Ulikheter i faglig kompetanse, forståelse av målsetningen med TA, bruk av verktøy for individuell tilrettelegging og språkkunnskap i staben bidrar også til at mottakene har ulik mulighet til å ivareta hjelpebehovene til forskjellige grupper på TA. Det er også betydelige variasjoner i arbeidet med sikkerhet på TA. Samtidig viser evalueringen at UDI godtar en viss risiko i vurderinger av tiltak for utagerende personer og iblant plasserer potensielt utagerende beboere på TA. Med en så stor variasjonen og en så sammensatt, krevende og til tider utagerende beboergruppe som TA har i dag, kan ikke evalueringen ensidig konkludere med at avdelingene samlet sett er trygge og sikre for beboerne og ansatte.

Det er fortsatt potensial for å forbedre TA som helsefremmende tilbud ved å øke aktivitetstilbudet ved avdelingene og gi større tilgang til norskopplæring. Norskopplæring i kommunene hvor TA er plassert, er i hovedsak ikke tilrettelagt for beboere med særskilte behov, og mange beboere på TA kan ikke delta i klasseromsundervisning selv om de har rett til norskopplæring. Bedre tilrettelegging kan være helsefremmende for beboerne.

Over tid har mottakene etablert god dialog og godt samarbeid med de sentrale helseaktørene i sine regioner, som generelt gir god tilgang til helsetjenestene, men det varierer hvordan helsetilbudet er organisert samt hvor omfattende tjenester de får. Den største barrieren for tilgang til helsetjenester i dag er at noen beboere mangler rettigheter og økonomisk mulighet til å få behandling. Tilgang til behandling og medisiner er spesielt utfordrende for personer med endelig avslag, og særlig de med somatisk sykdom.

Det er ganske høy gjennomsnittlig botid på TA, og evalueringen belyser flere barrierer for gjennomstrømming av beboere. Vi finner at de samme barrierene for bosetting og retur gjelder på TA som i ordinære mottak, men forsterkes av beboernes helseutfordringer. Mottakene med TA har få tilgjengelige verktøy som kan påvirke beboernes gjennomstrømming i asylsystemet ved å få flere bosatt eller returnert, og

særlig dersom beboernes helse ikke kan forbedres. Evalueringen viser også en variasjon mellom TA i hvor proaktivt de arbeider med utflytting fra avdelingene.

Dagens TA-ordning er preget av å være i skjæringspunktet mellom beboernes behov og behovet i mottaksstrukturen for en institusjon som avlaster ordinære mottak. TA driftes som en heldøgnsinstitusjon for syke mennesker, men er organisert som en del av asylsystemet. Både hvem som flyttes til TA, og hvor de flyttes, er vurderinger som preges av asylsystemets logikk. Kapasitet og geografi i mottaksstrukturen bestemmer hovedsakelig hvilket TA beboere flyttes til, til tross for stor variasjon i hvordan tilbudet i de enkelte TA er organisert, og variasjon i helsetilbudet mellom regionene. UDIs rutiner og vurderinger knyttet til TA preges i stor grad av ressurs- og organisasjonsperspektivet framfor brukerperspektivet.

Det mangler et tydelig mandat og tydelige kvalitetskrav i oppdragsbeskrivelsen fra UDI på hvilket tilbud som skal gis beboerne på TA, og et tilsvarende sett mekanismer for tilsyn og kvalitetssikring som sørger for at alle beboere gis et tilfredsstillende tilbud ut fra deres individuelle behov. Vi har i denne rapporten beskrevet hvordan det i dag er en betydelig variasjon i tilbudet til beboere på de ulike avdelingene som UDI ikke tar hensyn til når de plasserer beboere på TA. Både for å sikre en mer effektiv bruk av ressurser, og for å målrette tjenestene beboerne får, anbefaler denne rapporten å utarbeide nye kravspesifikasjoner for TA, og i større grad å differensiere tilbudet beboere i TA får etter hvilke hjelpe- og omsorgsbehov de har. Dette kan delvis oppnås ved å utnytte variasjonen som allerede eksisterer mellom avdelingene i dag.

Summary

An evaluation of services to asylum seekers with health problems in reception centers in Norway

On behalf of the Directorate of Immigration (UDI) in Norway, four reception centers for asylum seekers are today contracted to offer housing to asylum seekers "with needs beyond what can be handled in regular reception centers" (UDI, 2014). These centers, termed "facilitated sections" (tilrettelagt avdeling in Norwegian, abbreviated to TA), have existed since 2005 and were last evaluated in 2007. In this project, Fafo has conducted an evaluation of these centers and the services and care offered to the residents. This means that we have both looked at how the departments operate, and how the division of responsibility between the asylum authorities, health authorities and other public services helps to safeguard the health and safety of residents.

In the evaluation we have investigated:

- To what extent is the current TA service suitable for ensuring safe housing for the ill and people with disabilities in the asylum system?
- Does the current TA system make it possible for residents to have access to equitable health and care services?
- Are the functions of TA today appropriate in interaction with other sectors and sectoral authorities, and do these provide adequate services according to their roles?
- Does the organization of TA today contribute to efficient resource utilization by moving the residents along through the asylum seeking system?
- What are the most significant challenges to providing people with illnesses and persons with disabilities in the asylum system good housing, care, and health services, and what can be done to improve the service provision to this group within the current framework?

In order to answer these questions, we have conducted extensive data collection, with the purpose of gaining insight into perspectives and experiences from a wide range of actors, which in various ways form the current system and the assistance offered to residents of TA. We have mapped all residents on TA for a given period of time, and completed fieldwork in all four municipalities that have a TA center. In the municipalities, we have talked to employees at the reception centers, health personnel, adult

education providers, and representatives of the local municipal administration. We have also conducted a number of interviews with the residents themselves. In addition, we interviewed managers of regular asylum reception centers and key persons in the UDI system. This has given us a broad input of information, which has provided the basis for analyzing strong and weak aspects of the current system.

We find that the people living in TA belong to the defined target group, hence resources are being spent on the groups they are intended for. However, the evaluation shows that low mobility among TA residents, and the limited capacity in the TA system, combine to set a high threshold for UDI to assign asylum seekers to TA centers, such that TA residency is used as a last resort instead of an early intervention.

There are four main groups of residents on TA today: people with mental illness who are low-functioning, people with mental illness who are higher functioning, people with somatic illnesses or disabilities, and people with intellectual and development disabilities. The four groups have different, and partly incompatible, needs. Children and families with children are mainly not placed at TA because UDI considers the conditions unsuitable for them.

In sum, we find that residence at a TA is beneficial to many, but in varying degrees. There is considerable variation between the four TA in how they help to meet the needs of residents. Large differences in the physical structures that make up the reception centers provide different possibilities for privacy, protection, contact and follow-up. Differences in professional qualifications, local interpretations of the purpose of TA, how tools for individual adaptation are applied, and language skills of the staff create different premises for meeting the needs of different groups of residents. There are also significant variations in how the centers address security. This evaluation shows that UDI accepts a certain risk of violence when they consider whether potentially violent asylum seekers should be assigned residence at TA. Because of this variety, and the complex and demanding mix of residents at TA today – some of whom may exhibit aggressive tendencies or behavior – the evaluation cannot decisively conclude that the TA centers are overall safe and secure for residents and employees.

The evaluation shows that TA can be improved as a health-promoting service if the centers improve their activity programs, and if access to Norwegian language courses is increased. In the municipalities where TA is located today, the Norwegian language courses for asylum seekers are in general not accommodating for TA residents with special needs. Many residents at TA cannot take part in classroom-based education, even though they may have a formal right to Norwegian training. Better accommodation could also be health-promoting for TA residents.

Over time, the reception centers have established good dialogue and cooperation with the significant health services in their regions, which generally gives the residents at TA good access to health services. However, we find variation in how the health services are organized and in how comprehensive the services are. The greatest bar-

rier for access to health services today is that some residents lack the rights and the economic opportunities to access treatment. Access to treatment and medicines is especially challenging for persons who have had their asylum claim rejected, and those with somatic illnesses.

The average period of residence at TA is quite long, and this evaluation shows several barriers for “turnover” of residents. In the case of TA, a high turnover is desirable because TA residency is intended to be temporary and many alternatives—settlement, return or relocation to ordinary reception centers—would be more resource efficient for UDI. We find that the same barriers for the settlement and return of asylum seekers apply in TA as in ordinary reception centers, but these are exacerbated by the health problems of the residents. The reception centers with TA have few tools at hand to influence the turnover of residents in the asylum system, for example by having more residents settled in municipalities or returned to their home countries – particularly if the health of the resident cannot be improved. The evaluation also shows a variation between TA in how proactively they work to relocate residents from the centers.

TA as a service is today characterized by the tension between catering to the needs of the residents, and to the needs of the reception center system for an institution that can alleviate the demands on ordinary reception centers. TA is run as a round-the-clock institution for people with illness or disability, but organized within the asylum system. Assessments of who should be assigned to TA, and to which TA, are marked by the logic of the asylum system. Capacity and geography in the reception center structure is the main determinant of which TA persons are assigned to, despite the great variation in how each TA center organizes the service, and the variation in health services between the regions. To a large degree, the routines established by UDI and the assessments they make regarding TA are characterized more by a resource- and organizational perspective than the user perspective.

The requirement specifications given by UDI to their contractors lack a clear mandate and clear quality requirements for the services they are to offer the residents at TA, and a corresponding set of mechanisms for auditing and quality control to ensure that all residents are offered a satisfactory service based on their individual needs. In this report, we describe how there exists considerable variation in the services offered the residents in the different centers, which UDI does not consider when they relocate asylum seekers to TA. To ensure a more efficient use of funds and to better target the services to the needs of the residents, this report recommends the formulation of new requirement specifications for TA, as well as a larger degree of differentiation of the services offered to residents at TA according to their needs for help and care. This can in part be achieved by making use of the variation that already exists between today's centers.

1 Innledning

Et etablert mål i norsk asylpolitikk er at asylmottak skal gi asylsøkere og flyktninger et nøkternt, men forsvarlig tilbud. Botilbudet som tilbys i ordinære mottak, kan være svært enkelt, men for flertallet av asylsøkerne som kommer til Norge, er det regnet som et forsvarlig tilbud mens de venter på avklaring av sin asylsøknad. Det er imidlertid til enhver tid en gruppe beboere som søker asyl i Norge som trenger oppfølging ut over det som tilbys i ordinære mottak; det kan være personer med fysiske funksjonsnedsettelser, alvorlig somatisk eller psykisk sykdom eller utviklingshemninger.

For å kunne gi et forsvarlig tilbud til denne gruppen opprettet Utlendingsdirektoratet (UDI) i 2005 fire tilrettelagte avdelinger¹ (TA) i tilknytning til fire ordinære mottak. TA har som målsetning å «sikre et adekvat og tilrettelagt botilbud til personer med behov ut over hva som kan håndteres i ordinære mottak» (UDI 2014). Etter mer enn ti år med tilrettelagte avdelinger ved norske asylmottak, har vi i denne studien sett nærmere på hvordan ordningen fungerer. Vi har undersøkt:

- I hvilken grad er dagens TA-ordning egnet til å sikre et forsvarlig botilbud for syke og mennesker med funksjonsnedsettelser i asylsystemet?
- Legger TA-ordningen til rette for at beboerne også får tilgang til likeverdige helse- og omsorgstilbud?
- Er funksjonene TA fyller i dag hensiktsmessige i samspill med andre sektorer og sektormyndigheter, og fyller de andre aktørene sine roller på en tilfredsstillende måte?
- Bidrar organiseringen av TA i dag til god gjennomstrømming og dermed til effektiv ressursutnyttelse?
- Hva er de mest sentrale utfordringene for å sikre personer med sykdom og personer med funksjonsnedsettelser innenfor asylsystemet gode bo-, omsorgs- og helse-tjenester, og hva kan gjøres for å bedre tilbudet som gis til denne gruppen, gitt dagens rammer?

For å svare på dette har vi gjennomført en omfattende datainnsamling, i den hensikt å få innsyn i perspektiver og erfaringer fra en lang rekke aktører som på ulike måter

¹ De ble først kalt forsterkede avdelinger, og siden omdøpt til tilrettelagte avdelinger.

former dagens system og den hjelpen som tilbys beboere på TA. Vi har kartlagt alle beboere på TA i en gitt tidsperiode og gjennomført feltarbeid i alle fire kommunene som har en TA. I kommunene har vi snakket med ansatte på mottaket, helsepersonell, voksenopplæring, kommuneledelse og, ikke minst, beboerne selv. I tillegg har vi intervjuet mottaksledere på ordinære mottak og sentrale personer i UDI-systemet. Dette har gitt oss et bredt inntak av informasjon, som har gitt grunnlag for å identifisere styrker og svakheter ved dagens system.

1.1 Noen hovedfunn

Det er utvilsomt et stort behov for et tilrettelagt tilbud for asylsøkere. Det er i dag en betydelig gruppe asylsøkere med behov som ikke vil kunne dekkes i ordinære mottak, slik dagens mottakssystem er organisert. Tilrettelagte avdelinger har derfor en viktig funksjon; når de fungerer bra, kan de styrke mulighetene for at personer i asylsystemet med behov for helsehjelp får tilgang til de helsetjenestene de har krav på, de kan gi avgjørende omsorg til mennesker som er alene i møte med fysisk eller psykisk sykdom, tilby boforhold som gjør mennesker med helseproblemer bedre i stand til å mestre hverdagen og veilede og trygge dem i hvordan de skal håndtere egen sykdom og helseinstitusjoner. Dette kan gjøre dem bedre i stand til å fremme egen helse, og mange blir friskere og mer selvstendige gjennom et opphold på TA.

Det er likevel betydelig variasjon mellom de ulike mottakene i hvilke rammebetingelser de har for driften og hvordan de organiserer tilbudet. Dette gjør at ikke alle beboere på TA får hjelp tilpasset behov, slik at oppholdene kan være helsefremmende for noen, men ikke for alle beboere. I denne rapporten problematiserer vi at TA tilbyr et ensartet tilbud til alle asylsøkere med særskilte behov for tilrettelegging. TA skal gi tilbud til personer med somatiske helseproblemer, psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming under et felles rammeverk. I helsetjenestene er det ikke ansett som faglig hensiktsmessig, og i blant direkte problematisk, å utforme felles tiltak for så ulike brukergrupper.

Studien viser ingen særlige samordningsutfordringer på tvers av sektorer lokalt. De samarbeidsutfordringene som kommer tydeligst fram i våre data, er mellom mottakene og UDI. Dette kan dreie seg om sammensetningen av beboergruppen (f.eks. at mottakene får personer som kan være utagerende, og som de ikke vil ha).

Rundt halvparten av beboerne på TA har fått endelig avslag på sine asylsøknader med plikt til å returnere. Personer uten lovlig opphold tydeliggjør dilemmaet som ligger i det å yte forsvarlig oppfølging av sårbare mennesker i asylsystemet, der innvandringsregulerende hensyn står i direkte konflikt med (helse)etiske vurderinger. I behandlingstilbudet til denne gruppen ser vi betydelig variasjon mellom kommuner

og mottak, samt stor uenighet mellom aktører om hva som er nødvendig og forsvarlig behandling og omsorg.

Tilrettelagte avdelinger skal som andre mottak tilby en nøktern, men forsvarlig standard. De skal også sørge for at beboerne får tilgang til adekvat helsehjelp i tråd med sine rettigheter. Dette gjøres innenfor stadig strammere rammer i utlendingsforvaltningen. Anbefalinger i denne rapporten legger til grunn at TA-ordningen må svare til de overordnede politiske føringene på asylfeltet og ta hensyn til at rammene utlendingsforvaltningen opererer innenfor er begrensede. Derfor er anbefalingene innrettet mot endringer som kan gjøres innenfor dagens asylsystem, gitt de rettighetene asylsøkere har per i dag, også i tråd med de overordnede føringene.

1.2 Gangen i rapporten

I kapittel 2 går vi igjennom det organisatoriske rammeverket for TA, vi ser på hva som er TAs rolle og hvilke rettigheter beboerne på TA har. Metodene vi har brukt beskriver vi i kapittel 3. I kapittel 4 ser vi nærmere på beboerne på TA, mens kapittel 5 tar for seg hva slags tilbud som gis de som bor på avdelingene, og hvordan ulike mottak velger å løse de utfordringene de står overfor. Tilrettelagte avdelinger er et botilbud for asylsøkere med helseutfordringer, og dette plasserer tiltaket mellom to sektormyndigheter. Utlendingsforvaltningen har ansvar for selve botilbudet og behandling av asylsøknaden, mens helsemyndighetene har ansvar for at helsebehovene møtes og ivaretas. I opprettelsen av avdelingene ligger det dermed en tydelig samordningsambisjon på tvers av forvaltningsnivåer, sektorer og tjenester. I kapittel 6 tar vi for oss hvordan de fire avdelingene løser dette samarbeidet i praksis, både når det gjelder samarbeidet med UDI, tilgang på helsetjenester og det øvrige tilbudet som ytes beboerne. Tilrettelagte avdelinger er ikke ment å være et permanent botilbud for personer i asylsøkerfasen, men et tilbud som styrker beboerne og gjør dem i stand til å fungere godt på ordinære mottak. I kapittel 7 ser vi derfor på hvem som flyttes til og fra de ulike tilrettelagte avdelingene og hvordan det jobbes med gjennomstrømming. Kapittel 8 oppsummerer hovedfunn og presenterer anbefalinger.

2 Tilrettelagte avdelinger og asylsøkeres helserettigheter

I dette kapittelet presenterer vi rammene for TA per i dag og hvilke øvrige tilbud beboerne har tilgang til i helse- og omsorgstjenestene. I del en beskriver vi kort dagens TA-avdelinger, hvilket ansvar UDI har for ordningen, hvem målgruppen omfatter, hvilke krav som stilles til mottakene og hvilke alternativer som finnes. I del to gir vi en kort oppsummering av rettighetene beboere på mottak har i helsevesenet, og hvordan asylstatus påvirker disse.

Kapittelets hovedpunkter:

- Som et botilbud til asylsøkere som har særskilte oppfølgingsbehov finnes det i dag fire tilrettelagte avdelinger (TA), med totalt 80 plasser.
- Målgruppen for TA er personer med psykiske og/eller fysiske lidelser, og personer som trenger hjelp og oppfølging for å mestre hverdagen.
- UDI har ansvar for å opprette og følge opp de tilrettelagte avdelingene, gjøre vedtak om flytting til og fra TA, og jevnlig drøfte hver enkelt beboer med avdelingsleder.
- TA skal tilby løsninger for personer som ikke kan ivareta sitt eget hushold; enslige skal ha enerom, det skal være skjermede/desentraliserte boenheter for personer som trenger det, og mottaket skal være døgnbemannet og ha helsekompetanse i staben.
- Asylsøkere har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen, men de har ikke lik rett til omsorgstjenester.
- Voksne personer med avslag på sine søknader og dermed uten lovlig opphold i landet, har begrensede rettigheter og kun krav på helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente.

2.1 Dagens ordning

Som et botilbud til asylsøkere som har særskilte oppfølgingsbehov finnes det i dag tilrettelagte avdelinger (TA) ved fire asylmottak i Norge. De fire mottakene er:

- Hobøl mottak i Hobøl kommune, Østfold
- Kristiansand mottak i Kristiansand kommune, Vest-Agder
- Leira mottak i Levanger kommune, Nord-Trøndelag
- Setermoen mottak i Bardu kommune, Troms

Det er stor variasjon i de fysiske strukturene som utgjør mottakene, i organisering av driften og plassering av dem. Leira og Kristiansand er kommunalt drevet, mens Hobøl og Setermoen drives privat. Hver avdeling har 20 plasser, slik at det er totalt 80 tilrettelagte plasser på landsbasis.

Tre av avdelingene er lagt opp som sentraliserte boenheter der de fleste beboere bor i samme bygning. Beboerne har eget rom, men deler kjøkken og oppholdsrom. Ved to av disse avdelingene deler beboerne også bad. På de sentraliserte avdelingene har de ansatte også kontorer og møterom tett ved beboerne. Ved én av disse sentraliserte avdelingene er det tilknyttet to desentraliserte boenheter der beboerne har eget bad, kjøkken og oppholdsrom. Det fjerde mottaket skiller seg ut ved å være desentralisert. Det betyr at hovedvekten av beboerne på TA her bor i boliger i ordinære byggefelt. Dette mottaket disponerer også et mer sentralisert bygg med flere boenheter nært ved administrasjonsbygget.

Alle fire TA ligger i tilknytning til et ordinært mottak, men det er klare forskjeller mellom dem i hvor tett de samarbeider med det ordinære mottaket. Én sentralisert TA er lokalisert i et bygg helt adskilt fra øvrig mottaksstruktur, i en annen del av byen, selv om enhetene organisatorisk hører sammen. De tre andre avdelingene er samlokalisert med de ordinære mottakene som TA tilhører. Betingelsene for samarbeid mellom avdelingene er altså ulike. Noen deler administrasjonsbygg, mens andre har separate kontorer for ansatte ved TA og ordinær avdeling. Ved kun ett mottak går ansatte i felles turnus mellom TA og ordinær avdeling.

UDIs ansvar for TA

UDI har, på vegne av Justisdepartementet, ansvar for å etablere, drifte og nedlegge innkvarteringstilbud for asylsøkere.² I departementets føringer heter det at UDI skal

² GI-05/2017 - Instruks til Utlendingsdirektoratet om innkvartering av asylsøkere <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gi-052017---instruks-til-utlendingsdirektoratet-om-innkvartering-av-asylsokere/id2552166/>

ivareta og balansere tre generelle hensyn i dette arbeidet: å sørge for et enkelt, men akseptabelt innkvarteringstilbud, sikre et effektivt og fleksibelt mottakssystem, og sørge for god tilpasning til øvrige behov i asylkjeden. Med øvrige behov menes blant annet logistikk knyttet til saksflyt, integrering og retur av personer med utreiseplikt.

UDI setter ut mottaksdriften til private, kommunale eller ideelle leverandører og regulerer driften gjennom kontrakt, tilhørende regelverk og kontraktsoppfølging. UDI har ikke ansvar for oppgaver som ligger på andre sektormyndigheters områder, som helsehjelp. Det heter imidlertid i departementets instruks at ved utformingen av mottakstilbudet skal UDI samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer for å sikre beboerne tilgang til lovpålagte tjenester fra andre sektormyndigheter, slik som barnevern, helse og utdanning.

UDI har også ansvar for å tildele plass i asylmottak. UDI har seks regionkontorer som følger opp mottak i sine regioner. De bistår mottakene når det oppstår situasjoner mottakene trenger hjelp til å løse, som når beboere har større behov enn det som kan dekkes på et ordinært mottak. En regionkoordinator ved hvert av disse kontorene har ansvar for å vurderer hvem som skal innvilges plass på TA. Tildeling av plass på tilrettelagt avdeling skal være basert på en individuell vurdering av personens behov og hvor hensiktsmessig plasseringen vil være. UDIs skriftlige rutiner gir betydelig rom for skjønn i disse vurderingene. Vi kommer tilbake til hvordan dette gjøres i praksis i kapittel 7.

UDIs regionkontor i region vest har et spesielt ansvar for å koordinere arbeidet med tilrettelagt avdeling. De holder oversikt over ledige plasser og bestemmer hvilket TA som skal ta imot de som får innvilget TA-plass. Gjennom dette arbeidet har de mulighet til å påvirke sammensetning av beboermassen på mottakene og hvordan ressursene skal utnyttes.

De fire regionkontorene som har tilrettelagt avdeling i sin region, har ansvar for å drøfte hver enkelt beboer annenhver måned med avdelingsleder på TA. UDI kaller dette en beboergjennomgang, og hensikten er å identifisere saker hvor det er mulig å påvirke botiden, sikre god gjennomstrømning og kapasitetsutnyttelse. Regionkontorene har også ansvar for å fatte vedtak om utflyttinger fra TA i sin region. Flytting fra tilrettelagt avdeling kan skje når:³

- vedkommende ikke lenger har behov for plassen,
- vedkommende ikke nyttiggjør seg plassen (inkludert forsvinninger), eller
- regionkontoret vurderer at andre har større behov for plassen.

Det er også regionkontorene som utfører UDIs tilsyn med mottakene.

³ Regulert av UDIs IM 2011-020: https://udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-interne-meldinger/im-2011-020/#_Toc390678684

Hvem er TA til for?

I dag heter det i UDIs rundskriv om tilrettelagt avdeling at «TA-plassene er forbeholdt personer med særskilte oppfølgingsbehov, primært:

- Personer med psykiske og/eller fysiske lidelser.
- Personer som trenger hjelp og oppfølging i forhold til hverdagsmestring gjennom aktiviteter i dagliglivet (ADL-trening) og bo-trening»

TA ble ikke etablert for å være et behandlingstilbud, da helsetilbudet som tilbys beboere på mottak er helsemyndighetens ansvar. UDI beskriver det som «et individuelt tilrettelagt botilbud tilknyttet ordinære mottak».⁴

I rundskrivene er det ikke satt noen aldersbegrensninger for hvem som kan tildeles plass på TA. I praksis bor det i dag svært få mindreårige på TA.

Det er etablert praksis i den norske asylforvaltningen å gi familier botilbud under samme tak for å etterkomme retten til familieliv, som er nedfelt i internasjonale konvensjoner. Samtidig framholder UDI at TA-plasser skal tildeles etter individuelle behov, og derfor ikke til pårørende. I praksis løses dette i dag ved at UDI kan «skrive inn» enkeltpersoner på TA og pårørende på ordinær avdeling, men gi familien en felles boenhet der dette er mulig ut fra boligmassen på mottaket.

Krav til TA

UDI stiller en rekke krav til TA ut over de som stilles til ordinære mottak. På TA er det krav om døgnbemanning, det skal være minimum to ansatte på jobb til enhver tid, og minst én våken nattevakt. Det stilles også flere krav til de ansattes kompetanse: Alle mottak skal ha en person med barnefaglig utdanning på høyskolenivå, dette gjelder også TA, selv om flere av de tilrettelagte avdelingene sjelden har barn blant beboerne. I tillegg kreves det av TA at bemanningen på dagtid skal inkludere minimum én person med helse-/sosialfaglig utdanning på bachelorgradsnivå, og at TA skal ha tilknyttet autorisert/offentlig godkjent psykiatrisk sykepleier eller en ansatt med videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid i 100 prosent stilling på dagtid. Det er naturlig å se på TA som avdelinger der det bygges opp kompetanse på asylsøkere med særskilte behov, uten at dette er et krav fra myndighetene.

Videre stiller UDI ekstra krav til boforhold på TA sammenlignet med ordinære mottak. Hovedforskjellene er at TA skal kunne tilby løsninger for personer som ikke kan ivareta sitt eget hushold, at enslige skal ha enerom og at det skal være skjermede/desentraliserte boenheter for personer som trenger det. Også i det som kalles «beboerrettet arbeid» krever UDI individuelle tilbud og tilpasninger på TA som ikke kreves av ordinære mottak. Dette inkluderer individuelt tilpassede tiltaksplaner

⁴ Se UDIs IM 2011-020: <https://udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-interne-meldinger/im-2011-020/>

og egne kontaktpersoner i personalgruppen for hver beboer. Videre skal alle beboere få informasjonsprogram, selv om det krever spesiell tilrettelegging og et individuelt tilpasset aktivitetstilbud. Og det kreves særskilt fokusering på trygghet og sikkerhet, blant annet at TA skal ha en oppmerksomhet på beboere som må skjermes av hensyn til seg selv eller andre, på eller utenfor mottaket.

TA skal imidlertid ikke gi beboerne et tilbud som andre offentlige aktører har ansvar for å yte, og UDI krever derfor at TA vurderer hvorvidt tiltak som iverksettes for å ivareta beboernes behov er utlendingsmyndighetenes ansvar (og i forlengelse av dette mottakets) eller øvrige sektormyndigheters ansvar.

Alternativer til TA

UDI stiller krav til differensiering av beboerrettede tiltak også ved ordinære mottak. Det er derfor ikke gitt at alle som har særskilte behov skal flyttes til TA. UDI har mulighet for å gi støtte til ekstraordinære tiltak på ordinære mottak, slik at de kan legge til rette for at beboere med særskilte behov får nødvendig helsehjelp og/eller tilrettelegging for funksjonsnedsettelse. Dette omfatter tiltak som «ansees nødvendige av hensyn til beboere, ansatte eller mottakets omgivelser» og kan være en økonomisk gunstig løsning framfor en døgnbemannet TA-plass. Ekstraordinære tiltak det kan søkes støtte til, er for eksempel vakthold, støttekontakt og avlastning.⁵ Dette kan også være hensiktsmessig for beboere som opplever en TA-plassering som belastende siden de ikke selv opplever seg som syke, eller som har et nettverk eller på andre måter er sterkt knyttet til nærmiljøet der de bor.

For beboere med utagerende atferd og som er en fare for egen og andres sikkerhet, har UDI kjøpt plasser på en privat institusjon som tilbyr bo- og omsorgsløsninger for særskilte beboere⁶. I rapporten omtales dette botilbudet som særskilte bo- og omsorgsløsninger. Vedtak om plassering i særskilte bo- og omsorgsløsninger gjøres av regiondirektøren ved Regionkontor vest, som har det overordnede koordineringsansvaret for tilrettelagte boløsninger. I dette landskapet utgjør TA et tilbud til beboere som kan beskrives som en mellomkategori; de er ikke stand til å bo i ordinære mottak med tilrettelegging, men er ikke så utagerende og aggressive at de trenger en-til-en-oppfølging i særskilte bo- og omsorgsløsninger. Grenseoppgangene er likevel ikke entydige, og vi ser at det er noe ulik praksis og forståelse blant de ulike regionkontorene, og blant andre aktører, i deres forståelse av hva TA skal være og hvem det passer for. Dette kommer vi tilbake til i kapittelet om gjennomstrømming.

⁵ Regulert av UDIs RS 2010-187 <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-rundskriv/rs-2010-187/>

⁶ Regulert av UDIs IM 2014-016 Rutiner for bruk og oppfølging av rammeavtale for særskilte bo- og omsorgsløsninger <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-interne-meldinger/im-2014-016/>

Erfaringer fra forrige evaluering

Det ble gjennomført en evaluering av TA i 2007, da ordningen fortsatt var relativt ny og het forsterket avdeling (AGENDA Utredning & Utvikling 2007). Denne evalueringen pekte på flere utfordringer ved driften, blant annet at ulike aktører ikke var samstemte i forståelsen av hva TA skulle være, og at de på grunn av ulik ressurstilgang opplevde å ha ulike forutsetninger for å utføre sitt mandat for målgruppen. Etter denne evalueringen ble vertskommunetilskuddet økt.

Kommunene som har asylmottak mottar vertskommunetilskudd fra UDI, som skal «sette kommunene i stand til å dimensjonere sitt tjenesteapparat i tråd med de oppgavene som skal løses»⁷. Det ordinære vertskommunetilskuddet består av en grunnsats per kommune som har et mottak på 624 979 kr/årlig og en sats per mottaksplass. Per 1. januar 2017 var satsene per mottaksplass 9592 kr/årlig for en plass på ordinær avdeling, og 135 807 kr/årlig for en plass på TA. En kommune mottar altså 14 ganger mer i vertskommunetilskudd for en TA-plass enn for en ordinær mottaksplass. Det innebærer at hver kommune som har en TA-avdeling med 20 plasser, mottar ca. 2,7 millioner kroner for å yte tjenester til denne beboergruppen, i tillegg til grunnsatsen og overføringene for de ordinære mottaksplassene. Det er ikke egne rapporteringskrav for disse pengene, og det er ulik praksis mellom kommuner i hvor stor grad de kommunale budsjettene viser se hva disse pengene er brukt til.

Videre pekte evalueringen fra 2007 på utfordringer med gjennomstrømming ved at det var få flyttinger ut av TA og manglende rutiner for dette. Evalueringen konkluderte med at TA ga et godt tilbud til beboerne innenfor de foreliggende rammene, men at tilgangen på psykisk helsehjelp for beboerne ikke var tilfredsstillende.

2.2 Asylsøkeres rett til helsehjelp og helsetjenester

I Norge er retten til helse- og omsorgstjenester regulert av pasient- og brukerrettighetsloven⁸, mens rettighetene for personer uten lovlig opphold reguleres og begrenses gjennom forskrift om tjenester til personer uten fast opphold.⁹ I korte trekk betyr dette at rettighetene til asylsøkere, også beboere på TA, varierer etter hva slags oppholdsstatus de har. Personer som har søkt beskyttelse – enten de venter på behandling av sin asylsøknad, har en klage til behandling eller venter på å bosettes – har ett sett rettigheter,

⁷ Regulert av UDIs RS 2011-025 Tilskudd til vertskommuner for asylmottak og omsorgssenter <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-rundskriv/rs-2011-025/>

⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

⁹ Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>

mens personer som har endelig avslag på sine søknader om asyl, og dermed ikke lenger har lovlig opphold, har mer begrensede rettigheter. Under presenterer vi i korte trekk rettighetene til begge gruppene, også de særskilte rettighetene som gjelder for barn.

Personer som har søkt beskyttelse

Beboere på TA som venter på behandling av sin asylsøknad, har en klage til behandling eller venter på å bosettes i en kommune, har rett til helsehjelp på lik linje med norske borgere, etter pasient- og brukerrettighetsloven.

I Norge er det en overordnet helsepolitisk målsetning at hele befolkningen skal motta likeverdige helse- og omsorgstjenester. Denne målsetningen kommer til uttrykk i lov om pasient- og brukerrettigheter, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om spesialisthelsetjenesten. At tjenestene skal være likeverdige betyr at ulike grupper i befolkningen skal ha lik tilgang på gode helse- og omsorgstjenester, og da må disse tilpasses brukernes individuelle behov. Beboere på TA er utvilsomt en gruppe som krever slike tilpasninger.

Å sikre TA-beboere lik tilgang til helsetjenester avhenger blant annet av å håndtere språklige barrierer. Helse- og omsorgstjenestene skal legge til rette for god kommunikasjon mellom tjenestene og brukerne. Personer med begrensede norskkunnskaper har rett til å få forståelig informasjon i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven¹⁰, og helsepersonell skal derfor vurdere behovet for og bestille kvalifisert tolk dersom dette er nødvendig.

Voksne asylsøkere som er i statlig mottak, eller personer som har tilbud om opphold i statlig mottak, har ikke krav på omsorgstjenester på lik linje med norske borgere, med mindre de er bosatt i en kommune i henhold til særlig avtale mellom utlendingsmyndighetene og den enkelte kommune.¹¹ Voksne asylsøkere med særskilte behov skal gis et tilrettelagt botilbud av UDI. Enkelte asylsøkere har imidlertid så store pleie- og omsorgsbehov at de ikke kan bo i asylmottak. For å sikre dem et forsvarlig botilbud, arbeider UDI med en rammeavtale om plass i private eller kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.

Personer med endelig avslag

For beboere på TA med endelig avslag på sine søknader om asyl er rettighetene begrensede. De har ikke lenger lovlig opphold i landet og derfor kun rett til øyeblikkelig

¹⁰ Pasient- og brukerrettighetsloven: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

¹¹ Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>

helsehjelp og hjelp som ikke kan vente, herunder helseoppfølging under svangerskap, og i forbindelse med fødsel, og til abort. For barn gjelder egne rettigheter.

Behov for øyeblikkelig hjelp utløser rett til akutt behandling for alle som befinner seg på norsk jord. Dette omfatter helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter.¹² Det omfatter også rett til psykisk helsevern dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

Alle personer som oppholder seg i Norge har rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom skal pasienten få en raskere vurdering. Retten til å få behandling i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av vurderingen, gjelder alle dersom hjelpen anses å være øyeblikkelig/akutt og ikke kan vente.

Personer som har fått avslag på sine søknader om asyl, utfordrer prinsippene om universelle rettigheter som den norske velferdsmodellen bygger på, eller mer presist grensene for hvem som skal inkluderes i disse rettighetene. Dette betyr ikke, som vi også viser i denne studien, at helsehjelp ikke ytes når personer ikke har rett til slik hjelp. Flere tidligere studier, og også denne, viser at personer uten lovlig opphold flere steder i landet kan motta helsehjelp ut over det som kan klassifiseres som akutt, og at det er stor *de facto* variasjon i helsehjelpen som tilbys gruppen. Dette henger blant annet sammen med at lovverket som regulerer dette avhenger av skjønnsmessige juridiske og helse- og sosialfaglige vurderinger. Sektoransvarsprinsippet, norsk lov, ratifiserte internasjonale konvensjoner og medisinsk etikk avveies i praksis i forhold til hverandre i møter mellom utøvende helsepersonell og den enkelte pasient.

Dekning av helseutgifter

Asylsøkere og deres familiemedlemmer er medlemmer av folketrygden med rett til ytelser etter deler av folketrygdloven.¹³ Voksne personer som har en søknad om asyl til behandling hos utlendingsmyndighetene, må betale egenandel hos legevakt og lege, men ikke for innleggelse og behandling på sykehus, på lik linje med norske borgere.

¹² Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>

¹³ Dette er regulert av Forskrift om tryggedekning for asylsøker m.m. (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-05-14-460>) og i rundskriv som omfatter dekning av utgifter ved helsehjelp i helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge

Utgiftene for behandlingen dekkes på vanlig måte av det regionale helseforetaket i mottakets bostedsregion.¹⁴

Personer som har fått endelig avslag på sin asylsøknad har ikke samme rett til ytelser etter folketrygdloven. Dersom de mottar spesialisthelsetjenester, skal de som hovedregel dekke utgiftene til dette selv.¹⁵ Unntaket er tvungen psykisk helsehjelp. Utgifter til dette dekkes som hovedregel av staten for alle personer, uavhengig av oppholdsstatus.¹⁶ Gravide og fødende kvinner uten lovlig opphold skal i utgangspunktet betale for helsehjelpen de mottar. Det kan ikke kreves forhåndsbetaling for øyeblikkelig hjelp og for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som ikke kan vente¹⁷. Dette gjelder også ved fødsel.

Det finnes to andre løsninger for dekning av asylsøkeres helseutgifter som er skjønnsbaserte og ikke rettighetsbaserte. Beboere i ordinære mottak med endelig avslag og andre som av ulike grunner ikke har mulighet til å betale sine egenandeler eller andre helseutgifter, har mulighet til å søke UDI om tilleggssytelser i henhold til UDIs pengereglement. Helsetjenestene skal også gjøre en vurdering av pasientens betalingsevne. Dersom pasienten ikke har betalingsevne, og det ikke gis støtte gjennom tilleggssytelsene som UDI forvalter, skal utgiftene belastes den instans som er ansvarlig for helsetjenesten.

Barns rettigheter

Barn uten oppholdstillatelse har samme rett til helsetjenester som andre barn, med unntak av retten til å stå på fastlegeliste og få dekket reisekostnader (jf. pasientrettighetsloven og forskrift om tjenester til personer uten fast opphold). For øvrig har barn fulle rettigheter til å motta helsehjelp og omsorgstjenester, med mindre hensynet til barnet selv tilsier at helsehjelp ikke skal ytes.

Ut over disse unntakene har alle barn i riket under 18 år samme rettigheter med hensyn til skolegang, helse- og omsorgstjenester og barnevern. Alle barn har rett til helseundersøkelser og vaksinasjon i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. FNs barnekonvensjon om ikke-diskriminering, hensynet til barnets beste og barnets rett til å bli hørt gjelder også barn med uavklart status. Barns status som asylsøkere er dermed mindre avgjørende enn for voksne. På samme måte som for norske barn betaler ikke barn under 16 år egenandel.

¹⁴ Regulert av spesialisthelsetjenesteloven § 5-2, jf. § 5-1. (https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_5)

¹⁵ Tidspunktet for opphør av slik dekning dersom en asylsøker får avslag på asyl er ikke direkte regulert (Rundskriv I-3/2017)

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Lov om spesialisthelsetjenester § 5.3. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

For mindreårige som søker asyl i Norge uten følge av omsorgspersoner (såkalt enslige mindreårige asylsøkere), ligger omsorgsansvaret for dem under 15 år hos det statlige regionale barnevernet under hele asylsøknadsprosessen og fram til eventuell bosetting. Omsorgsansvaret for enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år ligger hos UDI.

3 Evalueringsmodell og valg av metode

I denne rapporten skal vi evaluere hvordan TA fungerer i dag og peke på områder der måloppnåelsen eventuelt kan forbedres. I dette kapitlet presenterer vi hvordan vi har løst dette oppdraget: hvordan vi har operasjonalisert målsetningen med TA, hvilke avgrensninger vi har satt for datainnsamlingen og hvilke metoder vi har valgt å bruke.

Kapitlets hovedpunkter

- «Måloppnåelse» er operasjonalisert i tre kriterier:
 1. TA skal være et botilbud for personer i asylsystemet som på grunn av helseproblemer, funksjonsnedsettelse eller psykososiale problemer ikke kan bo i ordinære mottak.
 2. Beboerne på TA skal ha et botilbud og tilgang på tjenester som gjør at de er trygge og sikre, og som bidrar til at de kan fremme sin helse.
 3. TA-ordningen skal bidra til gjennomstrømming i asylsystemet.
- Studiens datagrunnlag er kvalitative intervjuer med beboere, ansatte og nøkkelpersoner, en mentometerbasert spørreundersøkelse blant beboerne på alle fire TA, to kvantitative kartlegginger og dokumentgjennomgang av sentrale styringsdokumenter.

3.1 Evalueringsens formål

Oppdraget vi har fått fra UDI er å evaluere tilbudet som gis til beboerne på TA og hvordan samarbeidet om ordningen bidrar til måloppnåelse. Dette er forskjellig fra å evaluere hvordan de ulike avdelingene arbeider. Oppdraget innebærer å undersøke det *samlede* tilbudet beboerne på TA-avdelingene får, samt å peke på strukturer og mekanismer i ordningen og forholdet mellom aktørene som fremmer måloppnåelse eller hindrer den.

I evalueringen ser vi på hvordan UDI, mottakene som driver TA, andre mottak og andre offentlige sektorer som helsetjenestene, utdanningsmyndighetene og politiet,

arbeider overfor målgruppen for TA. Vi ser på hvordan det formelle rammeverket og organiseringen av dagens tilbud legger til rette for god samhandling og et tilfredsstillende tilbud til beboerne.

3.2 Operasjonalisering av målsetninger for TA

UDI har definert målsetningen med tilrettelagt avdeling som å «sikre et adekvat og tilrettelagt botilbud til personer med behov ut over hva som kan håndteres i ordinære mottak» (UDI 2014). For å vite når ordningen som evalueres er god nok, trenger vi å konkretisere hvem som er målgruppen for TA, hva som er et kvalitativt godt nok tilbud til beboerne, og hva ordningen skal bidra med i asylsystemet. Det siste spørsmålet knytter an til at UDI skal balansere ulike hensyn når de utformer botilbud i asylsystemet, som beskrevet i kapittel 2, og ikke bare hensynet til beboerne.

UDI har gitt to kriterier som definerer målgruppen: de må ha behov for ekstra oppfølging av ulike helserelaterte årsaker, og dette behovet må gå ut over det UDI forventer at ordinære mottak skal håndtere og tilrettelegge for. UDI åpner for at beboere kan trenge hjelp på grunn av psykiske og fysiske lidelser – eller andre årsaker som gjør at de ikke mestrer hverdagen alene. Vi kaller denne siste kategorien for psykososiale problemer.

Første kriterium for måloppnåelse er om TA-ordningen som botilbud omfatter riktig målgruppe:

- TA skal være et botilbud for personer i asylsystemet som på grunn av helseproblemer, funksjonsnedsettelse eller psykososiale problemer ikke kan bo i ordinære mottak

Hva utgjør, innholdsmessig, et godt nok tilbud til denne målgruppen ifølge styringsdokumentene som regulerer TA?

UDI bruker begrepene «adekvat og tilrettelagt botilbud» i retningslinjene for TA. Det er videre et etablert mål i norsk asylpolitikk at statlige asylmottak skal gi asylsøkere og flyktninger et nøkternt, men forsvarlig botilbud. Disse begrepene angir en minstestandard framfor en definisjon av god praksis. Begrepet forsvarlighet er kjent fra helselovgivningen, og vi henter vår forståelse av begrepet fra de etablerte tolkningene av dette lovverket. At helsepersonell skal gi «faglig forsvarlig» hjelp forutsetter i hovedsak at arbeidsutøvelsen bidrar til trygghet og sikkerhet for pasientene, og at en ikke utsetter dem for handlinger eller unnlater som innebærer unødvendig risiko eller unødvendige belastninger (Molven et al. 2006; Norsk Sykepleieforbund 2016). Dette kan vi oversette til at tilbudene som gis til beboerne på TA, hver for seg og samlet sett, skal bidra til trygghet og sikkerhet for beboerne og ikke utsette dem for unødvendig risiko eller belastning.

Funksjonen TA skal ha, defineres som å fylle et tomrom; et botilbud til personer som *ikke* kan bo på andre mottak, som *ikke* er syke nok til å være helsevesenets ansvar, som *ikke* har rett til omsorgstjenester. Myndighetene er tydelig på at mottakene som driver TA ikke skal drive behandling, og at sektoransvaret skal overholdes når beboerne trenger helsehjelp. Vi må derfor ta med i definisjonen at det er flere sektorer som har ansvar for å ivareta beboerne på TA. Samtidig krever UDI langt mer individuell tilrettelegging for beboere på TA enn de gjør i ordinære mottak, nettopp fordi beboerne har helseutfordringer som de trenger hjelp til å mestre, eller fordi de trenger omsorgstjenester som de ikke har rett til. Det kreves andre boløsninger, annen kompetanse og annen bemanning på TA enn på ordinære avdelinger. TA skal altså tilby noe utover et sted å bo, men hva skal dette tilbudet inneholde, og når er det godt nok? Vi vil senere komme tilbake til hvilke konsekvenser disse utydelige føringene har for selve tilbudet, men for operasjonaliseringens del betyr det at vi må lese mellom linjene for å finne ut hva som skal tilbys på TA.

UDIs definisjoner av målsetning, kompetansekrav og arbeidsmetoder tilsier at helsefremming er et mål for arbeidet ved TA, selv om det ikke nevnes eksplisitt i retningslinjene. Det er mulig å arbeide helsefremmende uten å drive behandling. To måter nevnes i retningslinjene for TA, der det står at beboerne skal få hjelp til hverdagsmestring gjennom botrening og ADL-trening (Activities of Daily Life). Dette er typisk salutogene tilnærminger til helsefremming, det vil si en tilnærming der målet er å hjelpe mennesker med å oppnå en aktiv tilpasning til belastningene de opplever i livet, i motsetning til patologisk helsearbeid, der målet er å kurere sykdom (Langeland 2014). At TA skal jobbe helsefremmende forstår vi som at TA skal hjelpe beboerne til bedre å mestre egen sykdom eller egne fysiske og psykiske begrensninger.

Vi konkluderer med at det er en målsetning i TA-ordningen at både mottakene og helsetjenestene skal gi beboerne på TA et helsefremmende tilbud, og at mottakene har ansvar for at botilbudet er helsefremmende, mens det er helsetjenestene som skal drive behandling. Vi lander derfor på følgende definisjon av god praksis for det samlede tilbudet som beboerne på TA skal motta, som er kriterium nummer to for måloppnåelse for ordningen:

- Beboerne på TA skal ha et botilbud og tilgang på tjenester som gjør at de er trygge og sikre, og som bidrar til at de kan fremme sin helse.

Til sist er spørsmålet hva TA skal bidra med i asylsystemet. TA er en institusjon i asylsystemet, ikke i helsesystemet, og målsetningen med ordningen er ikke kun knyttet til hva som er best for beboerne. Intensjonen er at beboerne skal fremme sin helse, men også sørge for gjennomstrømmingen i asylsystemet og effektiv ressursforvaltning, herunder at de som får opphold blir bosatt og at de som får avslag returnerer til sine hjemland. UDI krever at TA-avdelingene skal jobbe med å muliggjøre retur, flytting tilbake til ordinær avdeling eller bosetting, og etater som IMDi og politiet har samme

ansvar for å arbeide for bosetting eller retur av beboere på TA som på andre mottaks-avdelinger. God måloppnåelse for TA krever altså at følgende kriterium blir oppfylt gjennom de ulike sektorenes arbeid:

- TA-ordningen skal bidra til gjennomstrømming i asylsystemet.

3.3 Data og metode

For å gjennomføre evalueringen av de fire tilrettelagte avdelingene ved norske asylmottak trekker vi veksler på et betydelig datagrunnlag, samlet inn gjennom feltarbeid i alle fire kommuner/mottak der TA er plassert, samt på en rekke intervjuer med representanter fra UDI og ordinære mottak.

Datainnsamlingen har hatt som siktemål å få oversikt over hvordan ulike aktører påvirker tilbudet som gis til beboerne på TA, deres tilnærminger og erfaringer med avdelingene, undersøke hvordan beboerne opplever TA samt å skaffe en oversikt over seleksjon og gjennomstrømming til og fra disse avdelingene.

Kvalitative intervju

Kvalitative intervju har vært en sentral datakilde for denne studien. Vi har intervjuet beboere, ansatte og personer i kommunen som utgjør en del av det helhetlige tilbudet beboere på TA får. De fleste er intervjuet ansikt til ansikt, mens noen informanter er intervjuet per telefon siden det ikke har vært mulighet til å møtes ansikt til ansikt, eller for å få utfyllende informasjon i ettertid.

To forskere har gjennomført to til tre dagers feltarbeid i hver av de fire kommunene som har tilrettelagt avdeling. Ved alle feltbesøk har det blitt gjennomført intervjuer og uformelle samtaler med ansatte ved avdelingene. Ved alle mottak har leder, miljøarbeidere, psykiatrisk sykepleier (som kan være leder) og andre ansatte kommet til orde. Gjennom to og tre dager i felt har også deltakende observasjon vært en metode forskerne har benyttet seg av i noen grad, men kun begrenset til fellesområder eller administrasjonsområder i mottakene. I tillegg til ledelse og ansatte på mottakene, har vi intervjuet representanter for den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (fastleger, leger, helsesøstre, psykologer og psykiatriske sykepleiere), representanter for voksenopplæringen, flyktningtjenesten og barnevernet. Disse intervjuene har hatt to hovedformål. For det første har vi søkt å kartlegge samarbeidet mellom de tilrettelagte avdelingene og andre aktører som er sentrale for tilbudet som gis beboerne: hvordan fungerer samarbeidet i praksis mellom ulike sektormyndigheter på bakkeplan, hva er

utfordringene og hva fungerer godt? For det andre har det vært viktig å kartlegge ulik forståelse av hva TA er og hva TA bør være ut fra perspektivene hos disse informantene.

Totalt er det gjennomført 20 kvalitative beboerintervjuer, fordelt på 4–6 intervjuer ved hvert mottak. Rekruttering av informanter blant beboerne ble gjort på et allmøte. Ved hjelp av informasjonsskriv og oppmøte tolker ble beboerne informert om evalueringen, og de fikk mulighet til å stille spørsmål i plenum. Vi gjennomførte så en interaktiv, anonymisert spørreundersøkelse (med hjelp av mentometerknapper), der beboerne fikk svare på enkle spørsmål om erfaringer med å bo på TA. Etter dette fikk alle som ønsket det mulighet til å snakke med en forsker på tomannshånd. Dette viste seg å være en effektiv måte å rekruttere respondenter på i en slik sårbar gruppe, da disse møtene skapte kontaktflater som ufarliggjorde det å møte forskerne alene. I trygge omgivelser, der det ble tydelig informert om at det var frivillig å delta og man kunne velge å gå uten å forklare hvorfor, fikk beboerne mulighet til å stille spørsmål og bli trygge på hvem vi var, hvorfor vi var der og hva dette skulle brukes til. Når de gjennom spørreundersøkelsen også fikk et bilde av hva vi var interessert i å vite, var dette et metodisk grep som viste seg å fungere tillitsbyggende. Mentometerundersøkelsen hadde også en egenverdi og ga kvantifiserbar og sammenlignbar informasjon om beboernes opplevelse av å bo på tilrettelagt avdeling og deres vurdering av hjelpen de mottok. Dette ble utdypet i kvalitative intervjuer med de som ønsket dette. For personer som ønsket å gjennomføre intervjuene på et språk forskerne behersket eller der ekstern tolk var til stede, ble intervjuer gjennomført samme dag. For andre ble det booket intervju med telefontolk på beboers foretrukne språk, til dagen etter. Det ble, med to unntak, kun gjennomført intervjuer med beboere som møtte opp til beboermøtene. Det kan ha gitt et skjevt utvalg, ved at beboere som er så syke at de enten fysisk eller psykisk ikke orker eller ønsker å møte, ikke kom til orde. Av etiske hensyn må man være ekstra forsiktig når man rekrutterer informanter i sårbare grupper som bor på institusjon (Tyldum 2012). Vi valgte derfor kun å kontakte beboere indirekte gjennom allmøtene, hvor de ble informert om vårt prosjekt, og som de selv kunne velge om de ville møte på eller ikke. Vi vurderte det ikke som etisk forsvarlig å oppsøke beboere som valgte å ikke komme på møtene eller på annen måte uttrykte ønske om å få snakke med oss. I slike situasjoner bør man være varsom med å la ansatte ved institusjonen rekruttere informanter til intervju, da det er en risiko for at beboerne opplever et press om å delta. Dette er spesielt viktig å ta hensyn til når det gjelder denne målgruppen, som kan ha nedsatt samtykkekompetanse på grunn av psykisk sykdom, rusproblematikk og/eller nedsatte kognitive evner. Denne begrensningen gjelder imidlertid samtlige mottak, og det er sannsynlig at utvalg på tvers av mottakene dermed er sammenlignbare.

I tillegg er det gjennomført semistrukturerete telefonintervjuer med ansvarlige for TA på UDIs regionkontorer, som behandler søknader om plass ved TA.

Mentometersurvey blant beboere

For å supplere de kvalitative intervjuene ble beboernes perspektiver og erfaringer kartlagt gjennom en enkel undersøkelse blant dem av beboerne som var friske nok til å møte på allmøte på mottaket. På hvert mottak kom ca. 10–11 beboere til et allmøte vi hadde kalt inn til for å informere om evalueringen. Dette møtet ble avsluttet med at beboerne ble stilt åtte enkle spørsmål med enkle svarkategorier, som de hadde mulighet til å svare på ved hjelp av mentometerknapper. Dette ga mulighet for at beboerne kunne svare anonymt og uten at vi visste om de svarte eller ikke. Ikke alle som var til stede klarte å svare på spørsmålene, og noen valgte også å ikke svare på noen av spørsmålene, så antall registrerte svar varierte. Informasjonen fra denne undersøkelsen gir en av flere informasjonsbiter om trivsel på mottaket og i hvilken grad beboerne opplever at sentrale behov blir dekket. Særlig i et komparativt perspektiv gir disse funnene interessante resultater. Vi er likevel forsiktige med å tillegge surveyen alene for mye vekt, da over en tredjedel av beboerne ikke var i stand til eller ikke ønsket å delta. Ved noen av mottakene var også noen av de ansatte til stede på allmøtet for å tolke, og det er sannsynlig at dette har påvirket svarene noe. Det er likevel stort samsvar mellom bildet som tegner seg i denne undersøkelsen, gjennom de kvalitative intervjuene med beboerne og måten de ansatte beskriver måten de arbeider på. Slik inngår denne undersøkelsen som et supplement til de andre kildene.

Skjematisk kartlegging av beboere

Vi har også gjennomført to systematiske kartlegginger av beboere ved TA, som har muliggjort en begrenset kvantitativ gjennomgang av noen sentrale variabler. En kartlegging ble gjort av UDIs regionkontorer, hvor vi fikk informasjon om alle som hadde bodd på TA i løpet av 2016, hvor de kom fra, botid, asylstatus og hvor de befinner seg i dag. Den andre kartleggingen ble gjennomført i samarbeid med de ansatte på mottaket, der vi gikk igjennom alle beboere på mottaket på det tidspunktet vi besøkte kommunen, med søkelys på hvilke hjelpebehov de har og hvilke tilbud de får på mottaket, fra helsetjenesten og andre kommunale tjenester. Det er av anonymiseringshensyn ikke mulig for forskerne å koble de to databasene.

I en evaluering kan det være hensiktsmessig å bruke systematiske kartleggingsverktøy som en måte å strukturere kvalitative intervjuer på. Dette sikrer at det ikke produseres systematiske skjevheter, fordi respondenter fokuserer på ulike beboergrupper i sin samtale med oss. Fordi ulike mottaksledere kan velge ulike strategier for intervjuene, risikerer man at noen helst vil snakke om de gruppene de opplever at de lykkes best med, mens andre fokuserer på de gruppene de opplever er mer utfordrende. Ved å insistere på å snakke om alle beboergrupper på mottaket på flere ulike tematiske områder, har vi fått et langt grundigere og bredere datagrunnlag – som gir både kvantitative data (i skjemaet som ble produsert) og kvalitative data, gjennom historiene og forklarin-

gene som akkompagnerte denne gjennomgangen. På denne måten ble vi i stand til å dekke langt flere tema, og å vise større variasjon, enn vi ville gjort dersom vi kun hadde diskutert beboergruppene på et mer overordnet plan med de ansatte.

Dokumentgjennomgang

I tillegg til egen datainnsamling har forskerne foretatt en gjennomgang av offentlige dokumenter som omhandler TA. Dette er i all hovedsak avtaler, søknader, tilsynsrapporter og andre formelle brev som legger rammene for driften og samhandlingen mellom de involverte aktørene.

4 Sammensatte og ulike behov

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvem som får tilbud om plass på TA; vi går igjennom hvem som i dag utgjør beboerne på TA, begrunnelsene som gis for at de plasseres på TA, og hva slags helse-, omsorgs- og oppfølgingsbehov de har.

Kapitlets hovedpunkter:

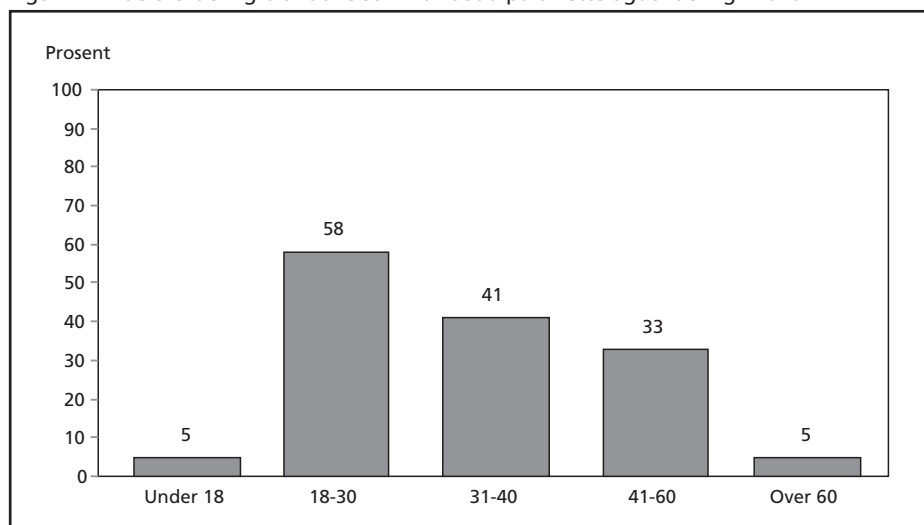
- Det er fire hovedgrupper beboere på TA: psykisk syke med lavt funksjonsnivå, psykisk syke med bedre funksjonsnivå, personer med somatiske sykdommer eller funksjonsnedsettelse, og personer med psykisk utviklingshemming.
- De fire gruppene har ulike, og til dels uforenlige, behov.

4.1 Årsak til plassering og omsorgsbehov

I løpet av 2016 har totalt 143 personer vært innom en av de fire tilrettelagte avdelingene.¹⁸ Kjønnsbalansen gjenspeiler den generelle kjønnsbalansen i mottakssystemet; 79 prosent av beboerne på TA er menn. Av beboerne på TA har kun en av fire nær familie (ektefelle, barn eller foreldre) i Norge. TA-beboerne fordeler seg over hele aldersspekteret, fra tenåringer til pensjonister, men med en betydelig konsentrasjon av personer mellom 18 og 30 (se figur 4.1). Særlig i aldersgruppen 18–20 finner vi en høy konsentrasjon; 30 personer (21 prosent av beboerne totalt) er i denne aldersgruppen. Av disse har en betydelig gruppe søkt om opphold som EMA, men har ikke blitt trodd på alder eller har fylt 18 år før søknaden har blitt behandlet.

¹⁸ I dette kapitlet baserer vi oss på kvalitative og kvantitative data samlet inn fra hvert av UDIs regionkontorer, samt fra det enkelte mottak.

Figur 4.1 Aldersfordeling blant alle som har bodd på tilrettelagt avdeling i 2016.



Alle TA har – i likhet med EM-mottak – døgnbemanning. I UDI-systemet er det likevel en rådende oppfatning at TA ikke er et passende sted for mindreårige, og når det er personer under 18 år som trenger tilrettelagt bosted, prøver de som oftest å unngå at de plasseres på TA.

På tross av dette var det fem mindreårige på TA i løpet av 2016. Av disse bodde fire sammen med familien sin på ett av mottakene, i desentraliserte enheter, og hvor det er lettere å skjerme beboerne fra eventuelle utagerende og vanskelige beboere. Det er imidlertid verdt å understreke at en del av beboerne ved TA er utviklingshemmet og har et funksjonsnivå som tilsvarende det å være under 18 år.

Den absolutt største gruppen av beboerne på TA ble flyttet dit på grunn av psykisk sykdom. Denne gruppen er svært sammensatt og kan med fordel deles inn i flere undergrupper ut fra hvilke hjelpebehov de har. Én gruppe beboere er på TA fordi de har alvorlige psykiske lidelser og er krevende. De kan ha behov for skjerming og tett oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Flere beboere i denne gruppen har hatt perioder med innleggelse på psykiatriske institusjoner. I tillegg er det en gruppe beboere med lettere psykiske lidelser som er på TA primært for å få veiledning og hjelp til å mestre hverdagen. Blant disse har noen behov for oppfølging av helsepersonell i førstelinje- og spesialisthelsetjenesten, men langt fra alle. I tillegg er det en gruppe som har psykiske utviklingshemninger. Sist men ikke minst er det en gruppe beboere med fysisk sykdom eller fysisk funksjonsnedsettelse. Under går vi kort igjennom disse fire gruppene og deres omsorgsbehov. Vi vil presisere at langt fra alle har en klar diagnose, og mange har en kombinasjon av ulike lidelser.

4.2 De ulike beboerne på TA

For å strukturere beskrivelsene av beboerne ser vi det som hensiktsmessig å dele dem inn i fire hovedtyper. Disse kan betraktes som idealtypiske kategorier; analytiske verktøy som kan bidra til å løfte fram forskjeller og hva disse går ut på. I virkeligheten faller ikke alle beboere like lett inn i hver av disse kategoriene – men ved å tydeliggjøre disse fire gruppene og de omsorgsutfordringene de har, kan vi vise kompleksiteten i hverdagen til de som arbeider på TA og utfordringene de har med å tilrettelegge for en så sammensatt gruppe.

Kategoriene er utviklet basert på informasjon om faktiske beboere ved tilrettelagte avdelinger, som ble formidlet til oss i intervju med ansatte ved mottakene, og ut fra våre egne inntrykk av beboere vi møtte og intervjuet. Med utgangspunkt i dette identifiserer vi fire grupper beboere, som vi har valgt å gi betegnelsene: *psykisk syke med lavt funksjonsnivå*, *psykisk syke med bedre funksjonsnivå*, *fysisk syke*, *utviklingshemmede*. Grensegangene mellom gruppene er ikke basert på diagnoser eller sykdomshistorikk, men hvor krevende ansatte opplever disse beboerne og hva slags oppfølging de får. Vi vil under gi en kort presentasjon av gruppene og av deres primære omsorgsbehov. Flere av TA-beboerne har barn, og vi vil kort kommentere behovene barnefamilier har når en eller flere medlemmer av en familie bor på TA.

Personer med psykiske lidelser og lavt funksjonsnivå

En betydelig andel av beboerne på TA har alvorlige psykiatriske lidelser. Noen av disse vil være psykisk syke mennesker med mye tilleggsproblematikk (voldsrisiko, selvmordsfare, selvskadingsrisiko) og noen ganger også lave ADL-ferdigheter, altså personer som i liten grad kan sørge for egen hygiene, helse og hverdagsaktiviteter som å handle eller bruke offentlig transport. I denne beboergruppen er det flere som har vært, eller kan bli, truende eller aggressive. De fleste er medisinerert og får oppfølging av spesialisthelsetjenesten, og mange har hatt opptil flere innleggelser på psykiatrisk institusjon.

For denne gruppen er TA ofte en mellomstasjon etter et opphold i særskilte bo- og omsorgsløsninger, eller i psykiatrisk institusjon. Andre har blitt flyttet til TA fordi de har psykiske problemer som gir seg utslag i utagering eller sinne. Blant disse er det en del som blir utredet og får diagnose og medisiner først etter at de kommer til TA. Denne beboergruppen trenger primært ekstra skjerming, medisinoppfølging, oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, struktur og rutiner i hverdagen. Noen kan også ha behov for forsterket bemanning i perioder.

Adam er en ung mann som faller inn i denne kategorien. Adam var flyttet til tilrettelagt avdeling etter en episode der han hadde ødelagt inventaret på det ordinære mottaket. Han slet med vrangforestillinger om at noen var ute etter han, og etter tre innleggelser klarte han nå å leve greit med den oppfølgingen han fikk på mottaket. Han

hadde ukentlige samtaler med psykolog på en poliklinikk spesialisert på hans diagnose, deltok på aktiviteter på poliklinikken og fikk medisiner. En del av behandlingen gikk for Adam sin del ut på å holde seg aktivisert, skape struktur og innhold i hverdagen, og på den måten gi psykosene mindre rom. På det tidspunktet vi intervjuet Adam opplevde han oppfølgingen han fikk som god, men han strevde med å skille vrangforestillingene fra virkeligheten, og argumenterte for at psykologen og mottaket ikke tok han på alvor.

Jeg har store problemer. Du skjønner, det er noen som er ute etter meg her. Men de vet det ikke. Eller de vet, men de tror meg ikke. De tror alt sitter her oppe (peker på hodet), men det er ikke bare sånn. Dette er virkelig, skjønner du. Det er noen her og her (han peker over skuldrene). (...) De hjelper meg ikke. Eller de hjelper meg da med at jeg får medisiner slik at jeg får sove og sånn. For søvn er vanskelig for meg. Men de hjelper meg ikke med mitt ordentlige problem.

Beboere som Adam illustrerer godt denne gruppen. Han er helt avhengig av hjelpen han i dag får gjennom tilrettelagt avdeling og spesialisthelsetjenesten. Vi møtte han i en periode der han hadde kontroll på sin egen situasjon, men både mottaksansatte, psykolog og Adam selv var tydelige på at balansegangen var skjør. Uten medisiner, psykologoppfølging og trygge rammer ville han ha hatt behov for innleggelse for ikke å være til fare for seg selv eller andre.

Personer med psykiske lidelser og høyere funksjonsnivå

En annen betydelig gruppe beboere på TA er personer med psykiske lidelser som har et høyere funksjonsnivå og mindre tilleggsproblematikk. Hovedskillet mellom denne gruppen og gruppen over handler mindre om diagnose og mer om behov. Der den første gruppen består av beboere med behov for tett oppfølging, medisiner og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, er dette en gruppe beboere som ikke nødvendigvis trenger medisiner eller hjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som sliter og har behov for mer oppfølging enn det som i dag gis i ordinære mottak.

En større gruppe beboere som faller inn under denne kategorien, er unge menn som har søkt om asyl og oppgitt alder under 18, men som ikke har blitt trodd på alder, eller at de i en periode på mottak for enslige mindreårige har fylt 18 år og blitt flyttet. Noen kommer rett fra EM- mottak (for enslige mindreårige), mens andre har vært innom et mottak for voksne før de har blitt flyttet videre til TA. Det er gjerne en verge eller mottaksansatte på EM-mottaket som har vært pådriver for at beboeren skal bli flyttet til et sted med høyere bemanning og tettere oppfølging. Det synes å foreligge en vurdering om at beboeren er i en sårbar livssituasjon der de trenger flere mennesker rundt seg, og TA vurderes som en mellomting mellom EM-mottak og ordinært mottak.

Et eksempel på denne beboergruppen var en ung mann vi intervjuet som var flyttet til den tilrettelagte avdelingen fra et mottak for enslige mindreårige. Årsaken til

flyttingen var at han var fylt 18 år og dermed måtte over på mottak for voksne. Siden barndommen har han slitt med søvnproblemer og symptomer på posttraumatisk stress, som han selv knytter til en opplevelse i familien i barndommen. Han sier også at han sliter med depresjon og er mye trist og har det vondt. Han fikk oppfølging av psykolog ved det forrige mottaket, og har tilbud om psykolog også her, noe han selv ikke ønsker. I hverdagen på den tilrettelagte avdelingen deltar han på en rekke fritidsaktiviteter, men er åpen om at han føler seg ensom. Han savner vennene på mottaket for enslige mindreårige, der han hadde fått god norskopplæring og hatt norsk som fellesspråk. Han beskrives som en person som har godt av skjermingen et enkeltrom på TA gir, muligheten til å ta kontakt om det skulle være noe, og et åpent tilbud om oppfølging av psykolog. Samtidig er de tydelige på at han er av de som ville blitt prioritert vekk dersom det var press på plassene. Denne gutten har altså ikke store behov for medisinsk oppfølging, men han trenger hjelp til å få en struktur på hverdagen som kan gjøre de psykiske vanskene lettere å leve med, og ikke minst å ha mennesker rundt seg som ser han, og som han kan snakke med når han har det vondt.

I kategorien av personer med lettere psykiske lidelser finner vi også en liten gruppe kvinner som har symptomer på depresjon eller angst etter å ha blitt utsatt for seksuallisert vold eller menneskehandel. Felles for denne gruppen med lettere psykiske lidelser er at de beskrives som ekstra sårbare, de klarer seg stort sett selv i hverdagen, men har stort behov for å bli sett og for å ha noen å snakke med. Mange trenger også å bli vekkert om morgenen, og at noen hjelper dem med å bli motivert til å gå på skole eller bli med på aktiviteter. En del trenger også oppfølging av psykolog, men ikke like tett oppfølging som beboerne i gruppen over.

Personer med funksjonsnedsettelse og personer med somatisk sykdom

En tredje gruppe beboere har ulike former for fysiske funksjonsnedsettelse eller somatiske sykdommer. Noen konkrete eksempler på beboere som faller inn under denne gruppen som vi møtte i løpet av feltarbeidet, var personer med permanente funksjonsnedsettelse som dårlig syn, diabetes ute av kontroll, kroniske sykdommer uten behandlingsmuligheter og lammelser. Et mindre antall av beboerne i denne gruppen er så syke at det er sannsynlig at de ikke vil leve lenge nok til å bosettes/returneres, og de ansatte vurderer det som sannsynlig at de vil dø på avdelingen.

Også blant beboere med somatiske lidelser er det store sprik i funksjonsnivå og behov for oppfølging. Flere i denne gruppen trenger hjelp til stell og praktiske ting som matlaging, handling eller kjøring i hverdagen. Noen trenger stell og oppfølging på daglig basis, andre trenger primært hjelp til praktiske oppgaver som å handle og renhold, samt ekstra oppfølging i perioder når de nettopp er utskrevet fra sykehus eller av andre grunner er ekstra dårlige. Beboere i denne gruppen blir i hovedsak fulgt opp av fastlege, fysioterapeut og/eller sykehus. I tillegg mottar mange helsefaglig bistand i det daglige

fra de ansatte ved mottaket. Denne hjelpen kan være medisinnutdeling, oppfølging og observasjon etter alvorlige inngrep, hjelp til å regulere matinntak for å kontrollere diabetes, hjelp til å bevege seg eller på andre måter følge opp den fysiske helsen.

Ved ett av mottakene vi besøkte møtte vi en mann som hadde så alvorlige helseproblemer at han ved flere anledninger var blitt hentet av ambulanse.¹⁹ Han beskriver, i likhet med mange vi snakket med, at han hadde vært frisk da han ankom Norge. I løpet av oppholdet i mottak ble han syk. Han beskriver et sykdomsforløp med gradvis forverring og hvordan dette i kombinasjon med mottakslivet også har gjort han psykisk syk. Han beskriver selv hjelpen fra helsevesenet som god, men opplever ikke at mottaket er i stand til eller villige til å gjøre praktiske ting som kreves for at hans helsetilstand ikke skal bli verre. Han går på medisiner og beskriver selv hvordan han har perioder der han er verre og trenger mer oppfølging på sykehus.

Personer med psykisk utviklingshemming

På alle fire TA er det en gruppe beboere har begrenset evne til å lære og til å klare seg på egen hånd i samfunnet. Kun et fåtall av disse har en konkret diagnose. Gruppen varierer fra personer som har kognitive ferdigheter på småbarnsnivå, til personer med lettere utviklingshemming. Det er også noen beboere som ikke nødvendigvis er utviklingshemmet, men som omtales som umodne, eller kanskje litt sære. I denne gruppen er det dessuten personer som er plassert på TA fordi de har fysiske sykdommer som de ikke er i stand til å følge opp selv, hvor kombinasjonen av fysisk sykdom og umodenhet gjør at de trenger forsterket oppfølging. Andre har kommet til TA fordi de ble en belastning for bomiljøet på ordinært mottak, på grunn av dårlig hygiene eller usosial oppførsel.

Beboere i denne gruppen trenger primært hjelp til hverdagsmestring. De kan få hjelp til å styre egen økonomi, veiledning og assistanse i kontakt med helsevesen eller til å passe personlig hygiene. Noen kan også være grenseløse og trenger strenge rammer og observasjon. Én beboer har en tendens til å grise ned offentlige toaletter med avføring. En annen bruker alle pengene sine på sminke og ender opp med ikke å ha råd til mat. Vi blir fortalt om flere unge kvinner som de ansatte er bekymret for at kan bli utnyttet seksuelt, siden de ikke klarer å sette klare grenser i samvær med menn. Flere har blitt utsatt for seksuelle overgrep på reisen til Norge eller etter at de kom til Norge.

Til tross for at deler av denne beboergruppen ikke vurderes å være i stand til å håndtere elementære oppgaver i hverdagen selv, var det flere som ikke hadde verge, eller hvor det nylig hadde blitt søkt om verge, til tross for at beboeren hadde vært i Norge lenge. For disse hadde ansatte på mottaket fungert i vergens sted når det gjaldt oppfølging av kontakt med helsevesen, styring av økonomi og husholdning.

¹⁹ På grunn av anonymiseringshensyn oppgir vi ikke diagnose, da vedkommende så vidt vi kjenner til er alene om denne typen problemer.

Svært ulike omsorgsbehov og et felles botilbud

I dette kapitlet har vi vist hvordan gruppen av TA-beboere er sammensatt av personer med svært ulike, og av og til motstridende, omsorgsbehov. I andre omsorgsinstitusjoner og helsetilbud for majoritetsbefolkningen er det ikke vanlig å gi tilbud til utviklingshemmede, psykisk syke og fysisk syke i samme institusjon. Selv personer med ulike psykiatriske lidelser kan det vurderes som krevende å gi omsorgstilbud til i felles boenheter. Dette er imidlertid noe TA forventes å skulle løse, og samtidig skal de tilby et individuelt tilrettelagt, men nøkternt, botilbud til alle disse gruppene, som både er forsvarlig og helsefremmende. De fire mottakene løser dette på ulike måter, og de må stadig gjøre avveininger og prioriteringer. Dette gir ulike tilpasninger, strategier og tilbud. Denne variasjonen i tilpasninger og tilbud beskriver vi i kapittel 5.

Tilbudet de får er også preget av tilbudet kommunen og de lokalt tilgjengelige helsetjenestene gir. Dette skriver vi mer om i kapittel 6. Her ser vi på hvordan de ulike TA løser oppgavene de står overfor.

5 Ulike utgangspunkt – ulik tilrettelegging

I kapittel fire så vi på beboerne på TA og deres helse- og omsorgsbehov. I dette kapittelet retter vi blikket mot mottakene der beboerne lever sine liv. Hvordan møter mottakene beboernes behov? Gjennom å utforske variasjonen mellom de ulike avdelingene, problematiserer vi oppdraget som tilrettelagte avdelinger i mottakssystemet har fått. De er ment å tilrettelegge for en rekke ulike grupper, med svært sprikende behov. Som vi skal se, er forutsetningene mottakene har for å tilrettelegge for beboernes behov svært ulike, blant annet når det gjelder den fysiske infrastrukturen og kompetansen i staben. Tilbudet til beboerne formes også av at de ansatte på de ulike mottakene har ulik oppfatning av hva TA bør være, og oppfatter sin rolle forskjellig. Til sammen manifesterer dette seg i varierende måter å organisere driften på, det gir utslag i hvordan det tilrettelegges for at ansatte og beboere skal føle seg trygge, og for hvor stor grad av institusjonspreg det enkelte mottak får. Denne variasjonen er ikke et resultat av en intendert politikk; de tilrettelagte avdelingene er ikke ment å være så ulike, og forskjellene brukes derfor heller ikke aktivt i tildeling av TA-plasser. Vi argumenterer for at ulikheten derfor bidrar til en viss grad av vilkårlighet i tilbudet som gis beboerne på tilrettelagte avdelinger, og blant annet fører til at et godt tilrettelagt tilbud for noen av beboerne i praksis går på bekostning av andres behov.

Kapittelets hovedpunkter:

- Det er betydelig variasjon mellom de fire TA-mottakene i hvordan de legger til rette for å møte beboernes behov.
- Det er store ulikheter i de fysiske strukturene som utgjør mottaket. Dette gir ulik mulighet til skjerming, privatliv, oppfølging og samvær.
- Den store variasjonen i behov blant beboerne gjør at det er krevende å gi et individuelt tilpasset tilbud innenfor rammene av mottaksdriften. Mottakene har ulik mulighet til å ivareta hjelpebehovene til ulike grupper. Dette fører til at hjelpebehovene til noen grupper er godt ivaretatt, på bekostning av behovene andre har.

- Det er store ulikheter i hvordan de ulike TA jobber med å ivareta sikkerheten til ansatte og beboere. Variasjonen i beboermassen gjør også at tiltak som er nødvendige for enkelte beboere kan gjøre tilbudet dårligere for andre grupper.
- Det er store ulikheter når det gjelder kompetanse i staben. Selv om alle mottak har både helse- og sosialfaglig kompetanse i staben, er vektingen og vurderinger av relevans varierende.
- Det er to primære syn på hva TA er og skal være blant ansatte på TA i dag: Én gruppe vektlegger omsorg og bedring av livskvalitet for individet som det primære, en annen gruppe vektlegger behandling og bedring for å muliggjøre flytting tilbake til ordinære mottak. Dette er to syn på TA som delvis står i strid med hverandre og påvirker hvordan TA driftes og tilbudet til beboerne.
- TA skal gi individuelt tilpasset oppfølging, men bruk av individuelle oppfølgingsplaner praktiseres ulikt. Noen TA bruker beboernes plan som verktøy for bruker-medvirkning og endringsarbeid, andre som en måte å dokumentere beboerrettet arbeid på overfor UDI.

5.1 Hva skal TA være?

TA skal være et tilbud for beboere som ikke kan bo i ordinære mottak, og det legges til rette for at beboerne skal fremme egen helse. Hva som ligger i dette, tolkes forskjellig av ulike aktører, og når de ansatte på mottakene snakker om arbeidet sitt, gir de uttrykk for ulike oppfatninger om hva de mener er målsetningen med dette arbeidet.

Her kan vi grovt dele de ansatte inn i to hovedgrupper, ut fra deres syn på hva TA skal være. På den ene siden finner vi de som mener at målsetningen med TA er å *tilrettelegge for best mulig livskvalitet* for beboerne og å få dem til å fungere best mulig i hverdagen mens de oppholder seg der. Den andre hovedgruppen vurderer TA mer som et behandlingsopplegg, hvor de skal jobbe målrettet for å få beboerne til å fungere bedre i hverdagen, gi dem mentale redskaper, helseoppfølging og medisiner og på den måten *gjøre dem i stand til å flytte tilbake til ordinært mottak raskest mulig*. Disse to synene på TA er delvis i strid med hverandre. Selv om begge syn grunnleggende sett handler om å legge til rette for at en beboer blir bedre, gjenspeiler forskjellen seg i ulike tilpasninger til TA-driften på mottakene. Dette gir seg utslag i ulike prioriteringer mellom mottakene i hvordan de utøver omsorgsrollen, hvordan de tilrettelegger for bruk av helsetjenester, hvordan de arbeider med individuelle planer og, ikke minst, i hvilken grad de arbeider for at beboerne skal reise tilbake til ordinære mottak når de er friske nok til det.

Omsorg, behandling eller oppbevaring?

Selv om alle fire TA mottak legger vekt på omsorg, utøves omsorgsrollen på ulike måter. «De er jo der som omsorgspersoner,» sier en som ser TA og de ansatte utenfra. Også tilføyer denne personen: «men det er jo litt oppbevaring også». Dette beskriver dilemmaet de ansatte står overfor; TA er ikke definert som en omsorgsinstitusjon, men som et botilbud. Men årsaken til at beboerne er der, er tett forbundet med at de på grunn av helseutfordringer har behov for omsorgstjenester som de ikke har krav på før de har fått innvilget opphold. TA blir dermed et botilbud for personer med behov for omsorgstjenester, hvor ansatte og ledelse må definere hva slags omsorg de kan og bør gi innenfor rammen av arbeidstider, asylsystemets regelverk og rollen som profesjonell hjelper og portvokter. Det er i balansen mellom disse hensynene at ansatte utformer botilbudet i gråsonen mellom en helseinstitusjon, en omsorgsinstitusjon og en oppbevaringsinstitusjon. Hvordan disse hensynene balanseres i praksis, varierer både mellom mottak og ansatte.

Noen av beboerne på TA trenger ikke primært et tilrettelagt helsetilbud, de trenger litt ro og et sted å lande. Det har kanskje vært bråk rundt dem, de har havnet i konflikter som ikke har latt seg løse, gjerne relatert til at de har opplevd et stort mentalt press. Andre har gått inn i en krise, kanskje fordi de har fått avslag på asylsøknaden, og de trenger noen som kan trygge dem og få dem tilbake på beina. En viktig del av TA er å være en trygg base for disse; å stabilisere dem, la dem få lade batteriene litt og finne ut hva som skal til for at de skal klare seg på egen hånd.

På ett av mottakene fortalte de om en beboer som hadde vært utagerende på ordinært mottak, der en rekke voldsepisoder hadde resultert i blant annet felgselsopphold. Etter at han kom til TA, har det ikke vært noen voldsepisoder, og beboeren har oppført seg eksemplarisk. Beboeren forteller at han fra første møte med TA opplevde at de ansatte var gode mennesker som ville han vel. Han trengte ifølge han selv ingen behandling utover det å komme i sunne omgivelser og bli behandlet med respekt. Han trengte å bli sett. Han trengte at noen viste han omsorg.

Det er mange måter å løse oppgaven med å gi god omsorg på. Her spiller både arbeidsmåter, kompetanse og personlig engasjement inn. Å være en god omsorgsperson krever imidlertid gjerne at du er i stand til å snakke med beboere og er tilgjengelig når de trenger noen å snakke med. Videre at du har mulighet til å slå av en prat når dere møtes, høre hvordan det går. For å få til dette er det to strukturelle forutsetninger som må være på plass. For det første må det legges til rette for at ansatte og beboere kan prate sammen, enten gjennom å ha språkkompetanse i staben, eller gjennom utstrakt bruk av tolk. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.3. Det er også viktig at de ansatte beveger seg ute blant beboerne, og ikke primært sitter på kontoret, slik vi ser på noen mottak. For at dette skal fungere må de ansatte føle seg trygge når de er alene med en beboer, og vite at de vil klare å håndtere situasjonen dersom beboeren blir sint. Dette kommer vi også tilbake til i kapittel 5.3 om arbeidsforhold og sikkerhet.

På noen mottak jobber ledelse og ansatte aktivt for å styrke trivselen og det sosiale miljøet. På disse mottakene ser de ansatte på seg selv som en slags miljøarbeidere, som aktivt går inn og jobber med relasjoner mellom ansatte og beboere, og beboere imellom. Dette er arbeid som kan være helsefremmende for flere brukergrupper. På ett mottak starter hver dag med gratis fellesfrokost der alle beboere er velkomne. Ansatte er til stede, ikke kun for å organisere og rydde, de forsøker også å ta en kaffe og en uformell prat med beboere som ønsker og søker slik kontakt. Et av de andre mottakene har slike fellesfrokoster en gang i uken. Denne typen uformelle møteplasser blir ulikt prioritert av mottakene. Mens noen jobber aktivt med å motivere og hjelpe beboere til å delta på slike arrangementer, forteller ansatte på andre mottak at det ikke blir nok oppmøte på slike fellesarrangementer til at de ser noen hensikt i å arrangere dem. De ser det heller ikke som sin oppgave å jobbe med beboerens evne til å delta på slike arrangementer. De ser sin oppgave som botilbud som primært å skulle legge til rette for at beboerne får bedre tilbud, uten å påvirke hvordan tilbudet brukes. På samme måte bruker mottaksansatte som ser på seg selv som miljøarbeidere andre beboere som ressurspersoner, som kan hjelpe og støtte opp om beboere som trenger praktisk hjelp eller er ensomme, mens andre mottak overhodet ikke har vurdert å bruke beboerne som en ressurs på denne måten.

Det kan synes logisk at nærhet er en forutsetning for å yte god omsorg, og mange har derfor lurt på om det er mulig å gi et godt tilbud i desentraliserte enheter. Vi finner ikke klare holdepunkter for at desentraliserte løsninger fører til mindre omsorg eller oppfølging, selv om det kan bli mindre hyppig kontakt. Språkkompetanse i staben ser ut til å være en viktigere faktor enn fysisk avstand. Opplevelsen av å bli sett og hørt kan ikke måles i antall møter, men forutsetter evne til å kunne kommunisere med andre. Det kan forklare hvorfor noen personer vi har intervjuet på de sentraliserte mottakene, der de ansatte i prinsippet er mest tilgjengelige, har vært fortvilet over å oppleve at ingen hører eller bryr seg om dem, mens personer på desentraliserte mottak har vært strålende fornøyd.

Tilgang til helsetjenester

Alle fire TA bruker betydelige ressurser på å tilrettelegge for at beboerne skal ha tilgang til helsetjenester. Mange av beboerne på TA mangler forutsetninger til å forholde seg til helsesektoren uten assistanse fra de ansatte. De er avhengig av de ansatte på TA på samme måten som norske borgere som er psykisk syke eller utviklingshemmede trenger hjelp fra familie og venner for å få tilgang til de rette offentlige tjenestene. I tillegg mangler de gjerne språk- og systemforståelse, noe som gjør tilgang enda vanskeligere. De ansatte kan legge til rette for at beboerne får tilgang til kommunale tjenester, men de kan også la være å gi informasjon, anbefalinger eller tilrettelegge for transport. Når de vurderer om de skal gi slik assistanse, er det på bakgrunn av mer eller mindre bevisste

eller eksplisitt uttrykte vurderinger av hvem som trenger eller har krav på ulike former for hjelp.

Mottaksansatte generelt og på TA spesielt er i praksis både velferdsyttere og portvoktere; et dilemma godt beskrevet av statsviteren Michael Lipsky (Lipsky 1980) i hans arbeid om bakkebyråkratene. De skal på den ene siden tildele fleksibel og individuelt tilpasset hjelp, men på den andre siden må de også rasjonere bruken av knappe offentlige midler etter gitte føringer. Hjelp skal tilbys, men også begrenses. Offentlig hjelp er ikke en vare som skal selges til flest mulig, pengebruken må begrenses. Og det er ifølge Lipsky bakkebyråkratene i førstelinjen av de offentlige institusjonene som må ta jobben som portvakt og vurdere hva som er riktig og rettferdig i hvert enkelt tilfelle. I utgangspunktet er det ikke de ansatte på TA sitt ansvar å være velferdsstaten Norges førstelinje overfor asylsøkerne og måtte vurdere hvem som skal ha tilgang på helse-tjenester eller ikke. Dette er det helseinstitusjonene, velferdsinstitusjonene og UDI som primært vurderer. Men på alle fire mottakene opplever ledelse og ansatte, om enn i ulik grad, at deres jobb også er å vurdere hvem som trenger hjelp fra det offentlige, samt hva slags hjelp de har behov for. Noen mottak framstiller seg imidlertid mer som pådrivere overfor kommune og spesialisthelsetjeneste for å sikre at beboere får de tjenestene de har krav på, mens andre heller mener deres rolle er å ta initiativ til å sende beboere til tilbud som de vet at de får. I vårt begrensede materiale ser de private institusjonene ut til å ha en sterkere pådriverrolle.

Også mottak som arbeider som pådrivere fungerer som portvakter, da de må foreta vurderinger av hvem som trenger eller har krav på ulike goder eller tjenester. De må vurdere hvem det er hensiktsmessig å bruke tid på å hjelpe å få tilgang, og hvem som kan klare seg selv, eller som ikke trenger slik hjelp. Med en beboergruppe med forskjellige rettigheter, er dette gjerne en svært komplisert oppgave, og vurderingene varierer mellom mottak og kommuner.

Som vi kommer tilbake til i neste kapittel, rapporterer ledelse og ansatte på mottakene at de er fornøyd med helsetilbudet beboerne får i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette til tross for at det er store forskjeller mellom kommunene i hva slags helsetilbud beboerne faktisk får.

Individuelt tilpasset oppfølging

Det er i arbeidet med å lage en individuelt tilpasset oppfølging av beboerne at vi ser størst forskjeller mellom mottakene. TA-mottakene er forpliktet til å ha et tilbud til beboerne tilpasset den enkeltes behov. Gitt den sammensatte beboergruppen vi finner på alle fire avdelinger, er ikke dette noen enkel oppgave. Et tilpasset tilbud krever en kontinuerlig oppmerksomhet om tre sentrale oppgaver: 1) kartlegging, 2) målrettet oppfølging og 3) å evaluere framdrift og revurdere i tråd med utvikling. Arbeidet som gjøres i kartleggingsfasen når beboere ankommer TA, og arbeidet som gjøres for å

evaluere framgangen til beboerne og å vurdere eventuell flytting, gjennomgå i kapittel 7, som fokuserer på gjennomstrømming – veien inn og ut av TA. Her vil vi imidlertid se på hvordan mottakene arbeider med å gi en målrettet og tilpasset oppfølging når beboer bor på TA.

TA skal gi individuelt tilpasset oppfølging, men dette skal ikke være medisinsk behandling. Det kan i praksis dreie seg om hjelp til medisiner, å strukturere hverdagen, komme seg opp, sove om natta, finne og delta på aktiviteter, søke om hjelpemidler, få et skoletilbud, transport til og fra ulike aktiviteter eller avtaler, kontakte helsetjenester, følge opp helseavtaler, handle mat og lage mat, betale regninger, forebygge vold og utagering, gjøre beboere mer selvstendige, stimulere til sosialt nettverk og utforskning, og mye mer. Problembildet hos beboerne er som vi så i kapittel 4, svært variert og hos mange i stadig endring. Dette gjør at de ansatte på TA er avhengig av å ha riktig kompetanse for å kunne evaluere hva slike endringer innebærer, samt gode rutiner for samarbeid, kommunikasjon og dokumentasjon for å ivareta forventningen om et individuelt tilpasset tilbud. I dette arbeidet er det også utfordrende å ivareta beboernes autonomi, verdighet og mulighet for medbestemmelse, ettersom de utgjør en særskilt sårbar gruppe som ofte har begrenset språk- og systemforståelse. Noen ganger kan disse hensynene utfordres av arbeidsmåter som er praktiske for de ansatte, men ikke nødvendigvis det beste for beboerne, noe vi kommer tilbake til senere i dette kapittelet.

I kravspesifikasjonene fra UDI kreves det at mottaket skal utvikle det som kalles en individuell oppfølgingsplan for hver beboer. Alle mottakene vurderer at samtaler med beboerne og individuelt tilpasset oppfølging er viktig for å oppnå målsetningen med TA. Men ikke alle mottakene kobler dette arbeidet til de individuelle oppfølgingsplanene. Flere av mottakene ser primært på disse som en unødvendig byråkratisk byrde. Vi mener imidlertid at det kan være hensiktsmessig å se på hvordan andre mottak jobber med disse planene, og hvordan de utgjør et nyttig redskap for å sikre målrettet oppfølging av beboerne og sikrer brukers medbestemmelse og autonomi. Eksempelet på neste side har vi satt sammen av ulike praksiser vi har observert i evalueringen, som viser hvordan individuell plan kan brukes som et samarbeidsverktøy i arbeidet med brukermedvirkning og individuell tilpasning.

I dag er det noen mottak som bruker planen i seg selv som et verktøy for individuell tilrettelegging, mens andre ser på den primært som en måte å dokumentere overfor UDI hvordan mottaket arbeider med individuell tilrettelegging. UDI har ikke spesifisert hva planen skal inneholde eller brukes til. Når UDI gjennomfører kontraktsoppfølging med mottakene, undersøker de hvorvidt mottaket har utformet en individuell plan for hver beboer, men ikke hvorvidt eller hvordan planen blir brukt, eller hva den inneholder. Dette styrker mange av de ansattes oppfatning av at individuell plan er et dokumentasjonskrav fra myndighetene og ikke et faglig hjelpemiddel.

Eksempel på hvordan tiltaksplaner kan brukes som verktøy for tilrettelegging

Helena er ny beboer på TA, hun er 54 år gammel og fra Eritrea. Hun får tildelt en primærkontakt på mottaket som snakker hennes språk, Mohammed, og en sekundærkontakt, Toril. Når Helena har kommet seg på plass på det nye mottaket, setter primærkontakten seg ned med henne for at de skal lage en tiltaksplan for de neste tre månedene. Mottaket har en mal for hva dokumentet skal inneholde: Helenas mål og ressurser, hva som er problemene, og hvilke tiltak som skal iverksettes for å løse dem. Mohammed vet at han også kan legge til ting som Helena ikke er enig i, dersom det er nødvendig. UDI har overbrakt informasjon om at Helena kanskje har en udiagnostisert psykisk lidelse, hun isolerer seg, og hun har nylig forsøkt å ta sitt eget liv. Mohammed har derfor tatt en samtale med psykiatrisk sykepleier på avdelingen om hva som bør være neste steg for å gripe de psykiske problemene an.

På møtet er Mohammed opptatt av å få til en allianse med Helena og en felles forståelse av utfordringene hennes, og han åpner med å spørre henne hvilke problemer hun har. Helena snakker med én gang om asylsaken sin og hvor fortvilet hun er over at hun har bodd på mottak i snart sju år. Hun har fått opphold for to år siden, men det er ingen kommune som vil bosette henne. Helena nekter for at hun er syk, hun vil ikke snakke om selvmordsforsøket, og hun vil ikke gå til lege eller psykolog. Mohammed ser det som sin oppgave å ta utgangspunkt i motivasjonen Helena har om å bli bosatt, og hjelpe henne med å finne ut hvordan de sammen kan jobbe mot dette målet. Han tenker at selv om Helena trenger en kommune, er årsaken til at hun har kommet til TA en annen, og hans mål er å oppnå endring i Helenas helsetilstand slik at hun kan komme seg videre.

Mohammed skriver i planen at miljøarbeiderne må jobbe med Helenas forståelse av eget sykdomsbilde. Et mål i dette arbeidet er å motivere Helena til å gå til lege og utredes for psykiske lidelser, slik at hun kan få medisiner og behandling dersom hun trenger det. De to setter opp en ukeplan for Helena med aktiviteter som skal hjelpe henne med å komme ut av isolasjonen. Mohammed passer på at det er enkle utfordringer slik at Helena raskt skal oppleve at hun mestrer og kommer litt nærmere målet. Helena har noen slektninger i nabobyen, og de settes opp som en ressurs som kan bidra til hennes bedring når hun blir frisk nok til å dra på besøk.

Tre uker senere tar sekundærkontakten opp at hun er bekymret for at Helena kan ha en angstlidelse. Ved flere anledninger har hun hatt pusteproblemer og vært nær ved å besvime. Avdelingsleder kaller inn til et møte med miljøarbeiderne som er på jobb, og de snakker sammen om hvordan Helenas problemer arter seg, og om de har observert noen utløsende eller forsterkende faktorer som kan forklare hva som foregår. De tar opp tiltaksplanen for Helena og legger til to nye tiltak: at de ansatte skal kartlegge problemene hennes mer systematisk, og at miljøarbeiderne skal gå innom Helena jevnlig for å skape trygghet. De diskuterer også om ukeplanen til Helena er for belastende eller om hun kunne hatt nytte av noen andre aktiviteter som kan hjelpe henne med å roe seg. Mohammed tar med seg spørsmålet til Helena, og de blir enige om å prøve en ny ukeplan de neste to ukene og se hvordan det fungerer. I løpet av disse to ukene gjennomfører staben sin observasjon som planlagt, før de har et nytt møte.

Det er en del variasjon mellom mottakene i hva som ligger i disse oppfølgingsplanene. Vi ser antydning til en sammenheng mellom syn på oppfølgingsplan og syn på målet for det beboerrettede arbeidet.

De mottakene som har en klarere målsetning om at beboerne skal bli flinkere til å mestre sin egen situasjon og ikke være avhengig av å bo på TA, legger mer vekt på å etablere et tillitsfylt samarbeid med den enkelte beboer for å få til et endringsarbeid. De fokuserer på å få beboerne til å fungere mer selvstendig og bedre i relasjon til andre i samfunnet rundt dem, og de arbeider med å få beboerne til å akseptere sin livssituasjon, enten det handler om helseutfordringer eller asylsituasjonen. Andre mottak ser på det beboerrettede arbeidet som et prosjekt der målet er at beboeren oppnår en optimal tilpasning innenfor rammene av TA. Disse begrenser i større grad sin oppmerksomhet om nåsituasjonen og arbeider for å håndtere utfordringer som gjør at hverdagen på TA går bedre, gjennom bruk av fellesrom, hygiene og aktiviteter på TA. Disse mottakene bruker individuell plan som arkiv for å dokumentere vurderingene som tas av de ansatte og hvilke tiltak de iverksetter for den enkelte.

På noen mottak blir beboernes behov og funksjonsnivå systematisk vurdert i møter mellom flere ansatte. Slike møter kan resultere i elementer som de ansatte skal arbeide bevisst med overfor den aktuelle beboeren (for eksempel motivasjon til å delta i aktiviteter, selvstendighetstrening, bruk av helsetjenester, motivere strukturering av hverdag), tilrettelegging av boforhold (for eksempel flytte til rom med mer skjerming fra andre beboere eller til et rom der staben lettere kan observere), samt en vurdering av om TA fremdeles er riktig for denne beboeren. Disse vurderingene blir så brakt videre til beboeren, og beboerens oppfølgingsplan blir slik oppdatert i samarbeid mellom beboer og ansatte.

Andre mottak innrømmer at de ikke bruker planen som et aktivt verktøy, fordi de ikke ser noen særlig nytte av det. Ett mottak forteller dette om hvordan planen blir hengende etter i det beboerrettede arbeidet:

Vi lager planene og skriver dem og oppdaterer dem, men følger dem ikke. Det er helt sant. Når de kommer her, så blir vi kjent, ikke sant. Vi finner ut hvorfor de er her og så er det mål, delmål. Ser på hva er behovene her, og der ute. Så er det ikke nødvendigvis at dette endres hver andre uke. Så kan vi se, når vi har hatt tolkesamtaler, så ser vi at det kan endres. Det er kanskje ikke behov for samtale, men tur og butikk. Mer sammen med venner. Men det betyr ikke at planene endres. Planene endres ikke så voldsomt etter at de første er laget.

Det var betydelig variasjon mellom mottakene i hva som ligger i oppfølgingsplanene. Det varierer også, som sitatet ovenfor forklarer, hvor godt planene samsvarer med det beboerrettede arbeidet som faktisk gjøres. Noen fokuserer primært på aktiviteter og hvordan beboeren fungerer i bomiljøet (deltakelse i vasking, hygiene osv). Disse skriver tiltaksplaner med ganske generelle målsetninger og tiltak, og en ukeplan for

beboeren. I det daglige arbeidet følger de gjerne opp beboerne på andre måter utover det som står i planen. Andre skriver planer som bærer mer preg av konkrete helse- og sosialfaglige vurderinger av hva beboeren trenger; noen trenger faste rammer og hjelp til å strukturere hverdagen, andre trenger samtaler og trygghet, mens andre igjen må utfordres og motiveres til å delta på aktiviteter. Disse er mer opptatt av å oppdatere planen. De skriver også ukeplan for beboerne, og er opptatt av at denne skal kunne leses i tråd med målsetningene i tiltaksplanen.

5.2 Et helsefremmende aktivitetstilbud

Det er betydelig variasjon mellom mottakene i hvor stor grad det organiseres felles aktiviteter for alle eller deler av beboermassen, hva innholdet i aktivitetstilbudet består av og hvordan de ansattes arbeid med aktivisering av beboerne er institusjonalisert. Ganske mange beboere på TA opplever at hverdagen er tom og lang, og mottakene arbeider svært forskjellig med å møte denne utfordringen.

Noen av mottakene som har TA og ordinær avdeling samlokalisert er opptatt av å ha mest mulig felles aktiviteter for beboerne, for å tilrettelegge for at de som bor på TA også skal ha nytte av potensielle nettverk blant beboere på ordinær avdeling. Mottakene forteller at å få til dette har krevd og krever at de aktivt jobber med holdninger blant beboere til psykisk sykdom, ettersom det kan hefte et stigma ved mange av de som bor på TA. Det å blande beboere fra ulike avdelinger på samme aktivitet bidrar til å normalisere det å bo på TA og gjør at det ikke skapes en avstand.

Også når det gjelder aktivitetstilbudet utgjør den sammensatte beboergruppen en utfordring, da ulikt funksjonsnivå, kognitive evner og frykt for andre beboere gjør det vanskelig å lage aktiviteter som passer for alle. Ikke alle TA legger vekt på at aktivitetstilbudet må være tilrettelagt for individuelle behov for å være et reelt tilbud for alle. Ved noen av mottakene vi besøkte ga de ansatte inntrykket av at dersom beboerne var gitt en timeplan med aktiviteter, var de gitt et tilstrekkelig tilbud selv om de ikke tok det i bruk. Mottakene må rapportere til UDI hvilke beboere som har fått tilbud om aktivitet, men ikke hvem som faktisk har deltatt. Slik sett har mottaket oppfylt sin plikt når de har gitt et tilbud, men denne måten å løse oppgaven på kan ikke kalles noen *best practice* eller et godt bidrag til et helsefremmende tilbud på TA. Et annet mottak har institusjonalisert arbeidet med å motivere beboere til å delta på aktiviteter gjennom å innføre «aktivitetsvakter» i de ansattes turnus. Det innebærer at en av de ansatte som går vekten får spesielt ansvar for å aktivisere beboerne – motivere til aktivitet, følge dem, finne på noe. Dette kan i større grad betegnes som en *best practice* de andre mottakene kan lære av, selv om dette mottaket også bemerker at de

kan arbeide for å forankre aktivitetstaktenes arbeid bedre i faglige vurderinger av hva beboerne trenger av aktivitet.

Det varierer hvor tett samarbeid mottaket har med andre aktører som tilbyr fritids-tilbud og hvor mange tilbud som finnes i nærmiljøet. Disse er gjerne drevet av frivillige organisasjoner som Røde Kors eller ulike kristne organisasjoner. En del beboere har stor glede av tilbudene de får fra frivillige organisasjoner, om for eksempel språkkafé som sosial møteplass utenfor mottaket og som delvis erstatning for et mangelfullt tilbud om norskopplæring. Dette kan være ukas høydepunkt, og noen beboere knytter relasjoner til personer i lokalmiljøet gjennom slike møteplasser, som blir svært viktige for dem.

Ved ett TA inngår beboerne på mottaket som ressurspersoner i miljøarbeidet, både de på TA og de på ordinær avdeling, ved at mottaket engasjerer beboere som ledsagere. Begrunnelsen er at dette styrker beboernes nettverk og gir dem meningsfulle aktiviteter, som kan virke helsefremmende. Ved andre TA stiller de ansatte seg kritiske til en slik praksis, ut fra en forståelse av at det ikke er mottaket sin rolle å koble beboere sammen og at de eventuelt må finne hverandre selv.

Frisk nok til å reise videre?

De ulike oppfatningene om hva TA skal være gir seg også utslag i ulik praksis i hvordan TA jobber med gjennomstrømming. Både mottak og beboere forteller hvordan TA kan legge til rette for at beboere som får riktig oppfølging blomstrer opp, mestrer mer og blir mer selvstendige. Noen mottak vurderer dem da som friske nok til å reise tilbake til ordinære mottak. Andre mottak forklarer deres bedring med den tette oppfølgingen de har gitt og vegrer seg mot å flytte beboerne videre av frykt for tilbakefall. På et mottak beskrev de at de var blitt glad i beboerne, ønsket det beste for dem og derfor ikke søkte en person videre, selv om de vurderte det slik at vedkommende ville kunne klart seg på et ordinært mottak. Det er flere grunner til at dette ikke er en hensiktsmessig strategi. Vi kommer tilbake til bruken av TA-plasser og gjennomstrømming i kapittel 7, og her er det et viktig poeng at den lange botiden på TA gjør at terskelen heves for hvem som får tilbud om TA-plass. Om flere flyttes tilbake til ordinære mottak når de er i stand til det, vil flere kunne få tilbud om TA-plass.

Men også for beboerne kan det være lite hensiktsmessig å bli boende på TA når de egentlig er friske nok til å flytte videre. På ett av mottakene har de for eksempel som uttalt strategi at personer som har fått opphold og venter på kommune, flyttes til ordinært mottak så snart det er forsvarlig, da de mener dette styrker mulighetene de har for å få kommune (ettersom noen kommuner vegrer seg for å ta imot TA-beboere). Et annet mottak argumenterte for at beboere som egentlig var friske nok til å flytte til ordinært mottak, og som ventet på kommune, skulle slippe å bli utsatt for flere flyttinger enn nødvendig, fordi det var viktig å styrke beboeren i tiden før bosetting

i kommune. Gitt at det er riktig at det tar lengre tid før en TA-beboer får kommune enn beboere på ordinære mottak, vil en slik vurdering ha konsekvenser for beboeren.

Det er også noen beboere som opplever oppholdet på TA som begrensende. Dette gjelder særlig de som bor på TA-mottak med stor grad av institusjonalisering (som vi kommer tilbake til under). En kvinne var særlig frustrert over at mottaket fortsatte å behandle henne som om hun var alvorlig psykisk syk, selv om hun hadde blitt mye bedre etter at hun kom til behandling hos psykolog.

Det blir litt stress her fordi de passer på hele tiden hvor jeg går. Fordi noen er psykisk syke følger de meg og alle, når vi går ut og kommer tilbake. Det blir så mye kontroll her, jeg føler meg som i fengsel. De sier til de som bor her at de har psykiske problemer, derfor følger de oss, men vi har ikke noen problemer, vi er ikke gale. Vi får god behandling.

Denne kvinnen argumenterer for at den tette oppfølgingen mottaket mener at hun og de andre beboerne trenger, ikke stemmer med deres endrede sykdomsbilde. Tett oppfølging oppleves for henne som kontroll. Det gjør henne ikke trygg, men frustrert. Hun forteller at hun noen ganger går ut og setter seg på en benk i nærområdet, selv midt på vinteren, bare for å kunne være litt alene. Hun sier at hun savner å bo som en fri kvinne. Hun er fornøyd med at hun har fått tilbud fra spesialisthelsetjenesten for de psykiske problemene hun slet med og et aktivitetstilbud, men oppfølgingen fra mottaket passer henne ikke lenger.

5.3 De fysiske forutsetningene

Boforhold er viktige rammer for beboernes helse og psykososiale velferd, og boligmassen danner også utgangspunktet for hvordan avdelingene kan jobbe med beboerne. TA skal tilby individuelt tilrettelagte boforhold, men også her ser vi at de fire mottakene har ulike forutsetninger for å tilby god individuell tilrettelegging ut fra boligmassen de disponerer.

Sentralisert vs desentralisert

Mens Setermoen er et desentralisert mottak med mange separate boenheter i ordinære boligfelt, er Kristiansand TA lokalisert i et tidligere sykehjem med én treetasjes bygning. Leira mottak består av flere brakkebygg der TA i hovedsak er samlet i det ene, og Hobøl mottak består av ulike typer bygg på samme tomt med TA i én enhet. Leira og Hobøl plasserer også enkelte TA-beboere på rom i bygg som brukes av ordinær avdeling, og Leira disponerer to leiligheter utenom sentralenheten som de kan bruke til TA-beboere.

Setermoen har også et mer sentralisert bygg nært administrasjonsbygningen, der beboere med ekstra oppfølgingsbehov innkvarteres.

Mange av de ansatte på mottakene opplever at sentralisert mottaksdrift er en forutsetning for forsvarlig drift. Det understrekes hvordan sentraliserte enheter gir mulighet for å følge opp beboere tett og daglig. Dette gjør det mulig raskt å oppfatte endringer i beboeres form og sykdomsbilde. Man kan også bygge tillit gjennom å dele fellesområder med beboere og være tilgjengelig for en prat. Noen mener dessuten at nærhet til beboerne ses som en forutsetning for å drive et godt miljøarbeid og støtte opp om beboernes utvikling. Det er likevel variasjon i hvordan denne nærheten utnyttes i arbeidet med beboerne, og det ene desentraliserte mottaket vi har sett på jobber mer aktivt med miljøarbeid enn flere av de sentraliserte mottakene. Noen av beboerne trenger imidlertid at det er ansatte på vakt og i nærheten 24 timer i døgnet, som de kan gå til, som er tilgjengelige for en prat og fordi de trenger tett oppfølging.

De ansatte ved alle avdelingene bestreber seg på å velge hensiktsmessige rom for beboere som flytter inn på TA. For eksempel at kvinner bor i samme etasje, at rullestolbrukere bor i første etasje, eller at barnefamilier kan bo i vanlige bolighus for å normalisere barnas hverdag. De lykkes ikke i å ivareta alle beboerne, da det er behov for mer fleksible boløsninger enn de fleste mottakene disponerer per i dag.

Felles bad og kjøkken til en sammensatt beboergruppe

En sentral forskjell mellom mottakene med hensyn til boforholdene er at noen av mottakene tilbyr eget bad og eget kjøkken, mens andre mottak har felles bad og felles kjøkken. Dette innebærer at noen beboere har tilgang til å lage egen mat og stelle seg når de ønsker det uten å måtte ta hensyn til andre, mens for andre er disse hverdagsaktivitetene noe som betyr at de kommer svært tett innpå andre beboere. Tatt i betraktning den sammensatte beboergruppen, kan dette være svært krevende for noen.

På ett av mottakene hadde kjøkkenet åpningstider, slik at det ble låst utenfor de faste tidspunktene. De ansatte beskrev at dette var fordi det tidligere hadde vært mye grising, fordi noen urolige beboere krevde tilsyn av ansatte på kjøkkenet for å unngå konflikter, og fordi noen beboere var avhengige av orden og struktur for å fungere godt. Et av de andre mottakene hadde ikke innført tidsbegrensninger, men fortalte at det var rundt bruken av delt kjøkken og bad det oftest oppsto konflikter mellom beboerne. Noen hadde på grunn av sitt sykdomsbilde ekstremt stort behov for orden, mens andre av samme grunn var ute av stand til å holde orden.

På mottaket som hadde innført åpningstider på kjøkkenet, ble dette beskrevet som problematisk i intervjuene med beboerne. Det ble blant annet trukket fram hvor vanskelig det var å få være i fred når alle skulle bruke kjøkkenet de samme timene i løpet av døgnet. En av beboerne la stor vekt på hvordan dette begrenset mulighetene hans til å bli frisk. På mottaket ønsket han å være for seg selv, han opplevde han trengte ro

og ønsket ikke å være med på felles måltider. Han beskrev at han ikke likte seg i situasjoner der det var flere til stede og man måtte vente på tur. Spesielt trakk han fram at det var vanskelig å dele kjøkken med så mange yngre mennesker, som han beskrev som «bråkete». En annen beboer fortalte at han var på sterke medisiner som måtte tas hver morgen, som ofte slo han ut slik at han sov i flere timer etterpå. Når han våknet, beskrev han at han ofte var sulten, men at han da ikke hadde tilgang til å lage seg varmmat siden kjøkkenet var låst. Desentraliserte boenheter gir mulighet for større autonomi, men mindre grad av oppfølging og kontroll. Det er verdt å se til tidligere litteratur på levekår i asylmottak, som konkluderer relativt entydig på fordelene ved desentraliserte boløsninger. For noen personer med ekstra oppfølgingsbehov kan en desentralisert boenhet langt fra ansatte og med mye alenetid virke mot sin hensikt, men for mange så er nettopp mer ro og mindre støy viktig for at de skal kunne fremme sin helse.

Igen ser vi at det er motsetningsforhold mellom ulike beboergruppers behov, der mottakene tilrettelegger for en organisering av driften som er helsefremmende for noen, men ikke for andre.

Det kan også være uheldig for noen av gruppene å måtte dele bad med andre. Det er mange grunner til at man for norske borgere aldri ville ha samlet personer med psykiske lidelser, utviklingshemninger og fysiske lidelser i én institusjon, men en viktig årsak er at personer med ulike diagnoser kan forverre hverandres helsetilstand. Det kan for eksempel være skremmende for personer som sliter med uro og angst å være tett på utviklingshemmede som kan ha en lite forutsigbar atferd. Når boligmassen gjør at alle beboerne må omgås også i de mest private sfærene, som når de skal stelle seg, gå på toalettet eller lage seg mat, fordres det ekstra oppmerksomhet omkring hvilke grupper som plasseres sammen. Vi ser det derfor som nødvendig å problematisere vilkårligheten ved systemet og den tilsynelatende begrensede vekten som blir lagt på hvordan de fysiske strukturene påvirker muligheten til å gi god oppfølging.

Hvordan de fysiske strukturene er lagt opp, hvilke rom man kan tilby beboerne, hvordan det gjøres, hvor mye eller lite privatliv beboerne får på TA, er forhold som påvirker oppfølgingen de tilrettelagte avdelingene kan gi. Med en så variert beboermasse vil det være ulike behov – for noen vil det være greit å dele kjøkken og bad med andre, for andre blir det mer krevende. Men de ulike forutsetningene ved mottaksbygningen er noe UDI tar lite hensyn til når plass på TA tildeles. Dette betyr at det ofte er vilkårlig om en person med behov for ekstra oppfølging får tildelt TA som kan tilby en boenhet med eget bad, kjøkken og mye alenetid, eller en boenhet med delt bad og kjøkken i tett fellesskap med andre. Det er ikke mulig å trekke fram et *best practice*-eksempel når det gjelder bad og kjøkkenfasiliteter, all den tid beboerne har svært ulike behov. Men tilrettelagte avdelinger er ment å gi botrening og ADL-trening, og å skape en helsefremmende bosituasjon. De forskjellige fysiske strukturene påvirker hvordan mottakene er i stand til å gi slik trening og ivareta dette hensynet, men UDI legger ingen vekt på disse forskjellene når de vurderer hvor nye TA-beboere skal få plass.

Mulighet for skjerming

Mulighet til skjerming er også et moment som henger tett sammen med hvordan bygg og rom er utformet. På noen av de sentraliserte mottakene rapporterer beboerne om mye uro. Et botilbud der 8–15 personer deler bad, kjøkken og oppholdsrom er lite egnet til samlokalisering av personer med psykiske lidelser, utviklingshemninger og fysisk syke. For sårbare og utrygge personer er det ikke helsefremmende å bli samlokalisert med personer som har tunge psykiatriske lidelser og som kan være utagerende. Sentraliserte enheter gjør beboerne sårbare for støy og uro fra andre beboere, og de er spesielt uegnet for barn og personer med alvorlige psykiatriske lidelser som trenger stabilitet og ro rundt seg. Psykiatere vi intervjuet i spesialisthelsetjenesten peker på at en betydelig andel av beboerne på TA trenger langt større grad av skjerming enn det som er mulig på dagens TA-enheter. På mottak med konstant uro, der ulike beboergrupper tvinges til å forholde seg til hverandre gjennom felles bad, kjøkken og oppholdsrom, blir det lett produsert svingdørspasienter til psykiatriske institusjoner.

På ett av mottakene er det svært lytt mellom beboernes rom og ganger og fellesrom. «Tom» bor på dette mottaket. Han har vært inn og ut av psykiatrisk sykehus i en årrekke. Lyder, uro og bråk gjør han syk. Og det er mye uro på det sentraliserte mottaket han bor på. Når han legges inn, har han det svært vondt – han beskriver oppholdene som skrekkelige opplevelser – og han går derfor konstant rundt og er redd for å bli syk igjen. Men han har svært begrenset handlingsrom til å regulere dette selv. Han kan ta medisinerne sine, men er det mange utagerende og urolige beboere rundt han, har han ingen mulighet til å komme seg unna. Slik Tom bor i dag, er ikke forholdene lagt til rette for at han får tatt vare på sin egen helse og unngå nye sykdomsutbrudd.

Hvilket TA hver beboer sendes til er altså, som vi har vist, en viktig avgjørelse for beboernes og mottakets mulighet til å fremme deres og de andre beboernes helse. Det er noe variasjon i bygningsmassen på ulike TA i dag, som kan utnyttes mer bevisst av UDI. De fleste TA-plassene per i dag er imidlertid sentraliserte, og flertallet av dem gir ikke mulighet for fysisk skjerming av sårbare personer som trenger ro, orden eller avstand på grunn av sin egen helse eller for at de skal unngå konflikt.

5.4 Kompetanse, kurs og sikkerhet

Det er stor variasjon mellom mottakene når det gjelder bemanningen på avdelingene, ikke bare i hvordan de forstår sin egen rolle, men også i sammensetning av stabens kompetanse og hvordan mottaket legger til rette for å ivareta beboernes sikkerhet.

Kompetanse og språk

Det stilles i dag flere krav til høgskoleutdanning blant ansatte på TA. Alle avdelingene vi har besøkt oppfyller UDIs krav til helsefaglig kompetanse i staben, og medarbeidere med helseutdanning spiller en sentral og nyttig rolle i å vedlikeholde et godt samarbeid med helsevesenet. Dette kommer beboerne til gode. Det framstår også som nyttig at mottakene har rekruttert medarbeidere med andre høgskoleutdanninger, da det tilfører en faglig bredde. De bidrar med perspektiver som utfyller helsefokuset i det beboerrettede arbeidet. Mange av mottakene har også medarbeidere som selv har vært flyktninger i sentrale roller i staben, noe som trekkes fram som viktig både av ansatte og beboere.

På mottak der den faglærte staben primært består av helsearbeidere, blir TA omtalt og praktisert på måter som gjør at det gjerne ligner en helseinstitusjon, med vekt på for eksempel hygiene, helseveiledning, samtaler. På mottak der kompetansen er mer sammensatt, med blant annet sosionomer og barnevernspedagoger, blir TA sett og praktisert mer som en base for beboerne, med vekt på for eksempel aktivitet, selvstendighet, miljøtrening. Hva som er mest hensiktsmessig, varierer med ulike beboergruppers behov. Men som plassene tildeles i dag er ikke hensynet til beboernes behov avgjørende for hvilken TA de blir flyttet til. Det er betydelige forskjeller mellom mottakene, både i hvor stor grad de nyttiggjør seg stabens kompetanse i utformingen av tilbudet som gis til beboerne, og i hvor stor grad staben har tilbud om kurs og opplæring, om det er felles forståelse for hvordan man skal håndtere utagerende personer, og i hvor stor grad staben involveres i beslutninger om tilrettelegging for beboerne.

Språkkompetanse

Også språkkompetanse er sentralt for å lykkes i arbeidet på TA, og flere av mottakene er bevisst på dette i sin rekrutteringsstrategi og søker ansatte som gjør dem bedre rustet til å kommunisere med de språkgruppene som dominerer blant beboerne. Når de ansatte snakker med beboerne uten tolk, har de mulighet til å følge dem opp i hverdagen på en helt annen måte enn om de må bruke fingerspråk. Selv om mange mottak bruker tolk mye og regelmessig, blir det likevel praktisk vanskelig å bestille tolk for å prate litt om hvordan natten har vært, eller å slå av en prat om tunge tanker når de inntreffer. Vi ser at der språkkompetansen hos staben er lavest, er også tilliten blant beboerne svakest, det er mer misnøye og uro i beboergruppen, og flere av dem uttrykker at det er vanskelig å bli hørt eller å få hjelp fra de ansatte.

På ett av mottakene traff vi en ung gutt som hadde bodd på mottaket i 14 dager. Morsmålet hans var et av de mest vanlige blant beboere på mottak i Norge, men ingen av de ansatte på mottaket snakket dette språket. Han forteller at han har hatt to tolkesamtaler siden han kom til mottaket. Begge samtalene ble gjennomført på et lytt kontor innenfor fellesrommet til de ansatte. Han hadde en ankomstsamtale da han kom til mottaket, der han blant annet fikk all praktisk informasjon om livet på mottaket, og så tok han selv

initiativ til en tolkesamtale, der han ba om hjelp til å få belyst asylsaken sin på nytt. Den ansatte han snakket med hadde lovet å hjelpe han med å skrive et brev til UDI, men etter dette hadde han ikke hørt noe fra dem. Ut over dette har han ikke snakket med noen siden han kom. Han vet ikke hvem han har som kontaktperson. Han har vært mye redd og utrygg siden han kom – det har vært flere episoder der beboere har vært utagerende, noe han har opplevd som ubehagelig. Han kom til mottaket på grunn av depresjon og fordi han trenger forsterket bemanning. Han opplever ikke å bli sett og ivaretatt.

For deler av beboergruppen, og da særlig beboere med lettere psykiske lidelser og de med psykisk utviklingshemming, er behovet for å ha noen å snakke med større enn behovet for å ha en stab med medisinsk kompetanse. Noen av de ansatte mente de klarte å kommunisere godt ved hjelp av fingerspråk og enkle norske ord. Men en slik form egner seg dårlig for å snakke om utrygghet, smerter eller søvnproblemer.

Et TA skal ikke drive behandling, men avdelingen skal følge opp, gi ekstra støtte, sørge for botrening og veilede. Dette er oppgaver som er krevende uten felles språk. Det vil naturligvis ikke være slik at TA kan bemannes av personer som til enhver tid kan språket til alle beboere, all den tid beboermassen på TA vil variere med asylstrømmer som er i stadig endring. Likevel er det gjerne en overvekt av visse språkgrupper i mottaksapparatet, og de samme språkgruppene dominerer på TA.

Mellom de fire tilrettelagte avdelingene som i dag finnes er det altså betydelig variasjon i kompetanse og bakgrunn. Dette er imidlertid ikke et resultat av en bevisst strategi om differensiering. Det er derfor heller ikke en forskjell som det tas hensyn til eller som problematiseres når beboere skal plasseres på TA i dag.

Arbeidsforhold og sikkerhet

TA kan til tider være en svært krevende arbeidsplass. Hvor vanskelig hverdagen er, kan ikke måles i antall beboere eller typer diagnoser. En fullstappet avdeling kan være rolig, og en person uten diagnoser kan være utagerende. Én ansatt beskriver det slik:

Vi jobber med en type problematikk der manifestasjonene er dramatiske, som at personer hopper fra vinduet, selv om en kanskje ikke kan identifisere psykisk sykdom.

Det skjer dramatiske ting på TA. Beboere dør av sykdom eller de venter på å dø, de forsøker å ta livet av seg, de knuser inventaret i sinneutbrudd eller de forfølger ansatte på nærbutikken når vrangforestillingene tar overhånd. Det er enkeltbeboere som av og til gjør at vektskåla tipper over. Det kan være forholdsvis rolig i månedsvis, helt til én utagerende beboer flytter inn som kan holde hele staben i ånde før de finner en løsning på situasjonen. Innflytting av nye beboere skaper gjerne det en ansatt beskrev som en «balanseforskyvning», gruppen må på mange måter kalibreres litt på nytt, det kan være usikkerhet knyttet til nye beboere, og det tar litt tid før tryggheten og stabiliteten gjenfinnes.

Når de ansatte beskriver sine arbeidsforhold, understreker majoriteten av de ansatte ved alle mottak at de har en jobb de trives med og har det fint i. Det er likevel flere som understreker hvordan oppgavene i jobben tynger. En ansatt fortalte at dette «ikke er en jobb du kan bli gammel i». Da hun skulle beskrive hvorfor, forklarte hun det med et trivielt eksempel som sier mye om hva sikkerhetsaspektet ved en sann type jobb innebærer.

Man blir jo sliten av å alltid se seg over skulderen og sjekke ut rommet, hvem som er der, hvordan stemningen er, før man setter seg ned.

Dette gjør at mange ansatte føler at de må være på vakt konstant, og både ansatte og beboere ved noen av mottakene forteller at de føler seg utrygge. Ved ett av mottakene vi besøkte fikk vi et inntrykk av hva en utagerende beboer kan gjøre med omgivelsene. Ved dette mottaket hadde det nylig flyttet inn en person på TA, som gjentatte ganger oppførte seg truende og som hadde vært voldelig mot både ansatte og beboere. De ansatte var redde, beboerne var redde, og ansatte i andre tjenester i kommunen var redde. Oppholdet til denne beboeren endte med en alvorlig utagering mot to av de ansatte, og vedkommende ble overflyttet til særskilte bo- og omsorgsløsninger. Da vi kom på besøk kort tid etter, gikk de ansatte fremdeles på tå hev, og beboerne var fortsatt preget. Mye tydet på at denne krevende situasjonen hadde gått ut over stabens evne eller kapasitet til å ta seg av de andre beboerne. Flere beboere ble dårligere i denne perioden og hadde utagerende episoder. Andre beboere fortalte at de ønsket å flytte til et annet mottak, fordi de følte seg utrygge på dette mottaket. Flere hadde forsvunnet fra mottaket. Andre igjen uttrykte frustrasjon på vegne av den utagerende beboeren, som de mente hadde vært svært syk, og som var blitt gående på mottaket uten å få den hjelpen han trengte. De konkluderte basert på denne erfaringen at de ansatte ikke brydde seg om beboerne. Vår vurdering er heller at mottaket og UDI kanskje ikke mestret å ta vare på ansatte og beboere i en utfordrende situasjon. For at UDI skal være i stand til å gripe inn og forebygge slike hendelser, trenger de gode rutiner for tilgang på informasjon og at disse anvendes. Mye tyder på at UDI ikke var klar over hvor alvorlig situasjonen var ved dette mottaket, og derfor ikke hadde mulighet til å gripe inn tidligere.

Redde ansatte gjør en dårlig jobb. Nettopp fordi de skal møte beboernes angst, må de være i stand til å tenke klart under press. Da må man stå stødig selv, ikke være redd og vite at man blir ivaretatt av sine ledere. Ansatte trenger trygghet og stabilitet for å kunne håndtere det motsatte hos sine klienter. I praksis trenger de ansatte gode voldsrisikovurderinger på sine beboere, de trenger å vite at om en voldsepisode skjer, så vil den håndteres av ledere raskt og med stort alvor. Man må ha spesifikke rutiner for debriefing av ansatte og beboere etter alvorlige episoder, og ellers ha veiledning jevnlig. Det kan også være en fordel om de ansatte går med alarm, og trenes i å håndtere konflikter. Jo mer lemfeldig og sendrektig episoder håndteres, jo lenger vil angsten henge igjen hos de ansatte og destabilisere mottakets evne til å gjøre en god jobb.

Selv om TA har som oppgave å ta imot krevende beboere, er det viktig at UDI og mottakene samtidig ivaretar sikkerheten og helsen til de som arbeider på TA og de andre som bor der. Det er bekymringsverdig dersom beboere og ansatte opplever at trusler ikke håndteres. Våre data gir ikke mulighet til å si noe om utbredelsen av slike episoder.

Det er også stor variasjon i hvordan de ulike avdelingene håndterer sikkerhet på avdelingene. Ved ett mottak brukes det alltid walkie-talkie når ansatte går rundt på mottaket, for å sikre kommunikasjon med den øvrige staben dersom noe skulle oppstå. Her har de ansatte også gått på kurs og lært om ulike verktøy de kan bruke for å håndtere potensielt krevende situasjoner, og de jobber systematisk med å veilede hverandre i hvordan de skal bruke disse redskapene. Ved et annet mottak er det en policy på at ansatte aldri oppsøker beboere alene, de opererer alltid i par, og alle tolkesamtaler gjøres på kontoret med en kollega i naborommet. Et annet mottak har i praksis ingen tiltak for sikre de ansatte. De opplever stemningen på avdelingen som stort sett rolig og ser ingen behov for tiltak. En ansatt uttrykte det på denne måten:

Vi er ikke så styrt på regler, det er variasjoner og vi må bruke vettet mer enn vi må bruke reglene.

Sikkerhetsvurderinger var her ikke satt i system, men basert på enkeltansattes skjønn og «vett». De argumenterer for at sikkerhetstiltak ville ha kommet i veien for tillitsarbeidet overfor beboerne. Mottaket er hjemmet deres, og ledelsen på mottaket mener det vil bli vanskeligere å komme i posisjon til å jobbe med beboerne dersom de skulle hatt med seg walkie-talkie eller aldri vært alene med dem. De mener beboerne blir trygge når stemningen på mottaket er god og de ansatte ikke er synlig redde for beboerne på noen måte.

Denne variasjonen i hvordan sikkerhet vektles, snakkes om og vurderes, illustrerer godt dilemmaene i en tilrettelagt avdeling. Én gruppe beboere vil ha behov for en-til-en-samtaler, å føle seg trygg og kunne ha en tillitsperson han eller hun kan snakke med. Denne gruppen beboere vil nok være best tjent med en type sikkerhet som det sist nevnte mottaket ønsker å ha. Andre beboere utgjør en faktisk fare for seg selv og andre – spesielt om de bor på et mottak der de ansatte ikke har mulighet til å kommunisere med hverandre når de befinner seg i ulike deler av mottaket. Denne gruppen beboere bør ivaretas av en stab med et profesjonelt og systematisk sikkerhetsregime.

Et mottak skal være et trygt sted å bo for asylsøkere. Likevel kan det se ut til å være en vanskelig oppgave å gi et trygt og helsefremmende botilbud til sårbare mennesker i en sentralisert bostruktur når det kommer voldelige og truende beboere inn på avdelingen, uten muligheter for tilfredsstillende skjerming.

Stabens opplevelse av egen sikkerhet og mulighet til å løse vanskelige situasjoner påvirker også deres evne til å gjøre en god jobb. Ansatte som opplevde utrygghet foretrakk gjerne å ha samtaler med beboere i kontorlokalene, og de oppsøkte i mindre grad fellesområdene for uformell kontakt og interaksjon. Dette vil igjen kunne føre til økt utrygghet blant beboerne.

6 Tilgang til offentlige tjenester

I dette kapittelet ser vi på hvordan samarbeidet fungerer mellom tilrettelagte avdelinger og andre offentlige institusjoner og etater, og spør om arbeidsdelingen mellom UDI, kommune og spesialisthelsetjeneste legger til rette for måloppnåelse på TA. Tilgangen til helsetjenester beskrives i hovedtrekk som god i alle regionene hvor TA er plassert i dag. I kapittelet undersøker vi hvilke faktorer som er viktige for at dette fungerer, og vi belyser noen begrensninger. Vi peker også på noen uløste utfordringer: for det første hvordan man håndterer informasjonsflyt og forvaltning av taushetsplikt, og for det andre hvordan samarbeidet med andre etater settes på prøve av beboere med endelig avslag på sine søknader om asyl.

Til slutt beskriver vi hvordan tilgang på skole og samarbeid med politi og barnevern også har innvirkning på hva som tilbys beboerne på TA, og hvorvidt målsetningene nås.

Kapittelets hovedpunkter:

- Over tid har mottakene etablert god dialog og godt samarbeid med de sentrale helseaktørene i sine regioner, som generelt gir god tilgang til helsetjenestene, men det varierer hvordan helsetilbudet er organisert samt hvor omfattende tjenester de får.
- Tilgang til behandling og medisiner er spesielt utfordrende for personer med endelig avslag, og særlig de med somatisk sykdom.
- Det kan med fordel reguleres bedre hvem som får innsyn i helseopplysninger og hvordan fritak fra taushetsplikt i tilknytning til TA-beboere praktiseres.
- Norskopplæring i kommunene er per i dag ikke tilrettelagt for beboere på TA, og mange kan ikke delta i klasseromsundervisning selv om de har rett til norskopplæring. Bedre tilrettelegging kan være helsefremmende for beboerne.
- Samarbeidet med politiet kan være viktig når TA har utagerende pasienter, men utfordres av avstander og lang responstid.

6.1 Tilgang til helsetjenester

Et sentralt funn fra den første evalueringen av tilrettelagte avdelinger (da kalt forsterket avdeling) fra 2007, er at samarbeidet med kommunene og aktører i helsevesenet kunne være en utfordring for enkelte mottak (AGENDA Utredning & Utvikling 2007). Vi finner i denne evalueringen at flere av disse utfordringene ser ut til å være løst, men at det er utviklet ulike modeller for dette samarbeidet i de ulike regionene, noe som gjør at tilgangen på helsetjenester kan variere betydelig for beboerne.

Ansvarsfordelingen har blitt klarere

Mens mottaket har ansvar for å gi beboerne på TA et tilrettelagt botilbud, er det helsevesenets ansvar å gi dem helsehjelpen de har rett til. De tilrettelagte avdelingenes evne og mulighet til samarbeid med vertskommunene og spesialisthelsetjenestene er likevel avgjørende for det tilbudet beboerne ved tilrettelagt avdeling mottar.

De fleste mottakene beskriver tydelige startproblemer ved opprettelse av mottakene i samarbeidet med det lokale helsevesenet. De framhever likevel at de i dag har kommet fram til samarbeidsformer som fungerer langt bedre, selv om det har tatt tid. En representant fra spesialisthelsetjenesten forklarer, når vi spør om samarbeid med TA:

Vi har et godt samarbeid. Mottaket har nå bedre samarbeid med første- og tredje-linje. Før var terskelen høy for å få helsevesenet til å intervensjonere når mottaket tok kontakt. Men nå er det kompetanse på dette, og de blir hørt.

Dette gjenspeiles i våre kartlegginger av hvilke tilbud beboerne ved alle fire TA får, hvor avdelingene jevnt over er fornøyd med hvilke helsetjenester beboerne har fått tilbud om, både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsene vi har gjort blant beboerne direkte, gjennom intervjuer og mentometerundersøkelser, underbygger også inntrykket av at tilgangen til helsetjenester jevnt over er god. Noen unntak må nevnes, for noen grupper som opplever særskilte barrierer. Personer med psykisk sykdom har ulik tilgang til behandling etter helseregion av ulike årsaker. Og personer med endelig avslag har juridiske og økonomiske barrierer for tilgang til behandling og medisiner, særlig dersom de har somatiske helseplager, noe som løses ulikt i praksis i de ulike helseregionene og ved de ulike mottakene. Disse to gruppene kommer vi tilbake til senere i kapittelet.

I alle fire kommuner var det enighet om at samarbeidet i dag var bedre enn da de startet opp. Vi forstår denne utviklingen som en konsekvens av økt erfaring og kompetanse, både i TA og blant representanter for helsetjenestene. Det handler både om økt kompetanse om flyktningehelse og hvilke rettigheter og behov denne gruppen har, og om en økt kompetanse og erfaring hos ansatte på mottaket om hvilke aktører i kom-

munen man kan henvende seg til for å få den hjelpen beboerne trenger. Rollefordelingen mellom de ulike aktørene har gått seg til, og de vet hva de kan forvente av hverandre.

Å sørge for bedre samarbeid for å kunne gi beboerne bedre tjenester, er ikke noe som har kommet av seg selv i noen av kommunene, og dette er det viktig å ta hensyn til i lys av konkurranseutsettingen som preger mottakssektoren. Mye tyder på at tilbudene fra TA ikke uten videre kan flyttes til nye kommuner, uten at tilgang på tjenester blir satt noe tilbake i en oppstartsperiode. Både representanter for helsetjenestene og mottakspersonell legger mye vekt på at de systemene de har i dag, er noe de har arbeidet fram gjennom til dels krevende prosesser. Nøkkelpersoner på TA, i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten forteller at de har tatt grep for å sikre beboerne bedre helse-tjenester. Ansatte på TA forteller at de har lagt ned innsats i å «skolere» apparatet rundt, slik at de har fått bedre forståelse for hvilke rettigheter og behov TA-beboere har, og hvilket tilbud de har og ikke har på mottaket. Noen ansatte i spesialisthelsetjenesten trekker fram betydningen av veiledning av og kompetanseøkning blant de ansatte på TA, slik at de blir bedre i stand til å vurdere beboernes helsetilstand og gi relevant informasjon til helsetjenesten.

Samstemte forventninger – ulike tilbud?

Når mottakene i dag er mer fornøyd med helsetjenestene beboerne får, er det delvis fordi tilbudet har blitt bedre, men også fordi de ulike aktørene har samstemt sine forventninger til hverandre. En del mottak er fornøyd med kommunens og spesialisthelsetjenestens tilbud – ikke fordi de tilbyr likeverdige tjenester, men fordi de opplever at de gir et bra tilbud i forhold til hva man kan forvente for denne brukergruppen. Når rollefordelingen har gått seg til, handler det også om at kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og mottak har funnet en balanse de kan leve med, de vet hvem de kan kontakte for hvilke tjenester og hvilke tjenester de ikke kan regne med at beboerne kan få tilgang på. De aksepterer at noen kamper er tapt.

Forhandlingene med psykiatritilbudet i spesialisthelsetjenesten framheves av flere som det vanskeligste, og her ser vi tydeligst at balansen som mottakene og helse-tjenestene har landet på er ulik fra region til region. Noen steder har beboerne på TA full tilgang til bredden av psykiatritilbud i spesialisthelsetjenesten, og benytter ulike behandlere og aktivitetstilbud ved ulike institusjoner i helseregionen. Andre steder har beboerne på TA som trenger hjelp i psykiatrien kun tilgang til én behandler, som tar seg av alle asylsøkere som henvises til helseforetaket. Behandleren kommer jevnlig innom TA og er derfor svært tilgjengelig, noe mottaket opplever som viktig for å håndtere psykiske utfordringer tidlig og bevare et godt bomiljø. Det gir også mottakets sykepleier og andre ansatte anledning til direkte dialog for å videreføre psykiaterens anbefalinger i miljø- og helsearbeidet på mottaket. Behandleren gir imidlertid kun korte konsultasjoner (15–30 minutter med tolk) med vekt på medisiner, og ettersom han kun

er på mottaket to ganger (à 1,5 time) per måned, er det ikke rom for hyppige konsultasjoner og systematisk oppfølging for noen. Beboerne er også prisgitt én behandlers vurderinger og metoder og har ikke mulighet til å bytte behandler dersom relasjonen til denne ikke bidrar til at de blir bedre. Som oftest er det sykepleier på mottaket som vurderer hvem som skal få tilgang til behandling. I lys av at en del av beboerne ikke har krav på forebyggende helsehjelp, vil denne gruppen antakeligvis få et bedre tilbud enn de ellers ville fått. Personer som ikke har fått endelig avslag på sin asylsøknad har imidlertid rett til likeverdige helsetjenester og vil i teorien ha krav på mer omfattende oppfølging ved alvorlig psykiatrisk sykdom.

Organisering av det kommunale helsetilbudet

Det er betydelig variasjon mellom de fire kommunene i hvordan de organiserer helsetilbudet som beboerne på TA har tilgang til. Et eksempel som illustrerer dette er organiseringen av helsesjekk for nye beboere ved tilrettelagt avdeling, som er kommunehelsetjenestens ansvar. Ved ett mottak får alle denne første sjekken hos helsesøster, som tilbyr en samtale med tolk og vurderer henvisninger videre. Ved et annet mottak foregår denne sjekken ved et legesenter. Ved de to siste mottakene møter beboerne både lege og helsesøster ved denne første sjekken. Den første sjekken reflekterer også i stor grad hvem som blir beboernes primærkontakter i den lokale førstelinjetjenesten gjennom oppholdet på TA, og i all hovedsak er dette fastlegen (for de som får dette), en annen lege med tilknytning til mottaket eller helsesøster.

En annen viktig forskjell er at ikke alle kommuner er flinke til å tildele beboerne på TA en fastlege. Beboerne som ikke har egen fastlege, får tilbud om helsehjelp fra mottakets tilsynslege, der tilgang til lege reguleres av sykepleier på mottaket, og der beboere ikke har mulighet til å bytte lege dersom relasjonen skjærer seg. I enkelttilfeller har dette ført til at beboere har sluttet å gå til lege. Igjen er dette et eksempel på at helsetilbudet ikke kan beskrives som likeverdig, men der tilbudet oppfattes som tilfredsstillende av mottakene og kommunene så lenge beboerne får tilbud om legeoppfølging.

Faktisk behov for og forbruk av helsetjenester

Et viktig premiss for organiseringen av TA er at det kun skal være et botilbud, og at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for å gi helsehjelp. Det er imidlertid langt fra alle beboere på TA som har et medisinsk tilbud fra kommune eller spesialisthelsetjenesten. Vår kartlegging viser at hver femte TA-beboer hverken har hatt oppfølging av kommune- eller spesialisthelsetjenesten i løpet av de siste fire ukene. Nær halvparten (46 prosent) har kun hatt ett besøk i denne perioden; dette er ofte tannlege, første besøk hos helsesøster for de som nettopp har kommet, eller en kort konsultasjon med psykiater med vekt på medisinerings.

Det er særlig personer med utviklingshemninger og de med lettere psykiske lidelser som i svært liten grad får et behandlingstilbud fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Med unntak av én beboer, får de heller ikke tilrettelagt undervisning eller tilpassede aktiviteter av kommunen. Behandlingstilbudet er det de får fra TA. Dette stiller spørsmål ved hvordan arbeidsdelingen mellom TA og helsetjenestene er i praksis, sett fra beboernes perspektiv, og rokker ved den offisielle definisjonen av hva TA skal være. Definerer vi TA som utelukkende et botilbud, uten en omsorgs- eller behandlingsfunksjon, betyr det at mange i denne gruppen ikke får noen tilbud som kan bidra til å fremme deres helse, annet enn enerom. Men det er nettopp det at TA ofte gir oppfølging ut over å være et botilbud som gjør tilbudet forsvarlig også for disse gruppene.

Dette ser vi tydeligst for den gruppen som bor på TA fordi de har en utviklingshemming. Hjelpen de får på mottaket, slik de ansatte selv beskriver den, tilsier at TA i praksis fungerer som et omsorgstilbud til disse menneskene. Men ettersom oppdraget mottaket har fått først og fremst er å gi et tilrettelagt botilbud, er det opp til mottaket hvordan de utformer sin rolle overfor denne gruppen.

I gruppen av de som ikke har møtt helsepersonell sist måned, finner vi også personer med alvorlige psykiske lidelser og med framtreddende symptomer, og som skaper uro på avdelingen. For disse er det ikke fravær av sykdom eller mangel på rettigheter som kan forklare at de ikke bruker helsetjenester. De har altså et udekket helsebehov, som en TA-plassering ikke har tilfredsstilt. De får et botilbud, men dette er i seg selv ikke nok til å fremme deres helse eller hindre at deres uro får negative konsekvenser for andre sårbare beboere. Noen av mottakene jobber aktivt med sine beboere for å motivere dem til å ta imot hjelp og til å fungere bedre i hverdagen. Andre mottak ser ikke dette like klart som sin oppgave, da dette ikke nødvendigvis hører inn under oppgaven med å gi et tilrettelagt botilbud.

Taushetsplikt og informasjonsdeling

Rutiner og praksis for taushetsplikt og innsyn i helseopplysninger problematiseres i liten grad av de ansatte på TA. Det er en hovedregel ved flytting til TA, og praksis ved alle fire mottak, at beboerne blir bedt om å signere et dokument som gir helsepersonell fritak fra taushetsplikt og ansatte på mottaket innsyn i deres helseopplysninger. Dette beskrives som nødvendig for å muliggjøre godt tverrfaglig samarbeid mellom mottak, førstelinje og spesialisthelsetjenester. Mens noen mottak først og fremst presenterte informasjonstilgang som en forutsetning for at de skal kunne gjøre en god jobb, er andre opptatt av at mottaket ikke skal legge vekt på helseutfordringer i arbeidet med beboerne, og skiller mellom den informasjonen sykepleier har tilgang til og hva andre ansatte på mottaket vet.

En beboer som har fått plass på TA på grunn av fysisk sykdom, fortalte hvordan også ikke-medisinsk personell på mottaket hadde innsyn i hans helseopplysninger.

Han var opprørt over at han ikke kunne gå til legen uten at alle de ansatte fikk vite om det. Dette var noe av det første han tok opp i sitt intervju med oss. Han var ikke selv klar over at han hadde signert på papirer som ga legene tillatelse til å dele slike opplysninger med mottaket. Om beboerne opplever at det å signere på et slikt samtykke er en forutsetning for å få plass på TA, blir det utfordrende å hevde at det å gi innsyn i pasientopplysninger skal være frivillig.

Deling av informasjon mellom fagpersoner er utvilsomt både nødvendig og nyttig i svært mange sammenhenger. På mottaket skal de ansatte forholde seg til og bistå beboere med en rekke ulike helseutfordringer, og for å gjøre en god jobb kan det være nødvendig med informasjon om typer lidelser, behandlingsopplegg og medisiner. De ansatte på mottaket har en viktig rolle i å sikre tilgang til helsetjenester for beboerne, og kan være sentrale pådrivere for at beboere skal få hjelpen de har behov for. For å gjøre denne jobben trenger de også innsyn i beboernes pasientopplysninger.

Det er likevel et stort etisk dilemma at mottaket rutinemessig innhenter sensitiv informasjon om beboerne, og at beboerne har begrenset mulighet til å reservere seg mot dette. Innsyn i helseopplysninger fordrer en svært bevisst bruk og klare regler om hvordan informasjonen skal brukes. Én ansatt på TA kommenterer at: «Vi deler nok litt mer når det kommer til asylsøkerne enn om det hadde vært snakk om norske personer».

Noen mottak har et systematisk forhold til hva helsepersonell ved mottaket trenger å vite, hva andre deler av personalgruppen trenger å vite, og hvilke beboere som klarer å ivareta sin egen helse uten at de mottaksansatte involverer seg. Andre mottak forteller at de får tilsendt journalen til alle beboere etter alle legebesøk, mens andre følger en betydelig andel av beboerne inn til legen, også de som ikke har kognitive utfordringer. For beboere hvor mottaket har ansvar for medisinoppfølging, eller som ikke har kognitive evner til å få med seg hva legen sier eller til å fortelle om sine helseplager, kan dette være nødvendig informasjonsutveksling, men grensene er utfordrende å trekke opp.

6.2 Når rettighetene opphører

I samarbeidet mellom mottak og helsesektoren er personer som har fått avslag på sin søknad om asyl ekstra krevende. På dette området ser vi også stor forskjell i praksis mellom kommuner, mottak og spesialisthelsetjenester.

Når beboerne får endelig avslag på sin asylsøknad, mister de en rekke rettigheter, blant annet retten til helseshjelp som ikke er øyeblikkelig. Voksne mister også rett til norskopplæring og andre skoletilbud. Dette er imidlertid *de jure*. *De facto* er det mange med avslag som får både medisinsk hjelp og skoletilbud. I flere kommuner får TA-beboere forebyggende psykiatrisk behandling, selv om de kun har rett til nødvendig behandling som ikke kan vente. Helsetjenestene begrunner dette med at det er mer

hensiktsmessig bruk av ressurser og mindre belastende både for tjenestene og pasientene, når de forventer at beboerne vil bli kritisk syke uten slik hjelp. Tilgangen på disse tjenestene lettes også av at psykiatrisk behandling betales av staten. Hjelp til somatisk sykdom begrenses mer av økonomi, for her må hver enkelt helseinstitusjon i utgangspunktet betale selv, om pasienten ikke kan betale. Mottakene kan påvirke tilgangen ved å bistå beboerne med å søke hjelp til å få helseutgiftene dekket. Vi ser at det varierer fra mottak til mottak hvorvidt de ansatte ser det som sin rolle å håndheve prinsippet om at beboerne skal betale for helseutgifter, eller bistå beboerne med å appellere til UDI, kommunen eller spesialisthelsetjenesten om å dekke regningen. Det er et velkjent problem at personer med dårlig råd gjerne vil unngå behandling om egenandelene er høye. Dette er noe som forsterkes av lav tillit og liten systemforståelse. Noen mottak går derfor så langt som til å dekke ubetalte helseutgifter på beboernes vegne for å sikre dem fortsatt tilgang til tjenestene de trenger.

For en del beboere med endelig avslag og alvorlige helseutfordringer er ikke retur til hjemlandet realistisk så lenge de er syke. For dem framstår TA som en slags endestasjon. De kan ikke returnere, da de ikke vil få noen helsehjelp i hjemlandet, men helsehjelpen de får i Norge er heller ikke omfattende nok til at de kan bli friske, og flere er svingdørspasienter i psykiatrien og får ingen oppfølging ut over medisiner når de ikke er innlagt. For noen oppleves fraværet av tilbud og framtidsutsikter som dypt fortvilende.

6.3 Tilgang til skoletilbud

Faktorer ved eksilsituasjonen som manglende sosialt nettverk, mangel på meningsfulle oppgaver i hverdagen og tap av sosioøkonomisk status, kan være påkjenninger for asylsøkeres psykiske helse som er minst like alvorlige som opplevelsene før og under flukt eller migrasjon (Helsedirektoratet 2015: 24). Mennesker med psykiske utfordringer har behov for aktivitet og struktur, og et godt tilbud til denne målgruppen burde tilrettelegge ekstra for dette. Imidlertid finner vi at det ofte er motsatt; fordi beboerne på TA har ulike helseutfordringer, psykisk og fysisk, er aktivitets- og skoletilbud i mindre grad tilrettelagt for dem enn de er for den gjennomsnittlige asylsøker.

Lite tilrettelagte tilbud om norskopplæring

Skolegang gir hverdagen struktur og et meningsfylt innhold, og å lære seg norsk flytter blikket framover til mulighetene som kan utløses av å beherske et nytt språk. Både beboerne selv og ansatte på TA snakker derfor om at det å få gå på norskopplæring er en svært viktig og helsefremmende del av tilbudet til målgruppen. Norskopplæring er noe aktørene i liten grad samarbeider om å tilrettelegge individuelt for beboerne på TA.

Det er frivillig for kommunene å tilby undervisning til asylsøkere, men de kommunene som mottar tilskudd fra staten til dette, har etter statens regelverk plikt til å «sørge for at alle i målgruppen får tilbud om opplæringen» (IMDi 2017). De som har en uavklart søknad om asyl har rett til å delta i norskopplæringen som kommunen tilbyr til asylsøkere mens de venter. Dette utgjør inntil 175 timer. De som har fått endelig avslag og de som omfattes av Dublin-prosedyren²⁰ har ikke rett til norskopplæring. Kommunene som tilbyr norskopplæring kan velge å gi tilbudet også til personer som ikke har rett til å delta i undervisningen.

Alle fire kommuner med TA gir tilbud om norskundervisning til asylsøkere. Ingen av kommunene ga tilbud om *tilrettelagt opplæring* for beboere på TA som ikke kunne følge det ordinære undervisningstilbudet, med unntak av en beboer som fikk undervisning på mottaket to timer en gang i uken.

Å gi beboere på TA et reelt skoletilbud krever en annen form for tilrettelegging av undervisningen enn den som tilbys til beboere på ordinære avdelinger. I alle fire kommuner forventes det at de syke må tilpasse seg et undervisningstilbud som er utviklet for friske, og ikke motsatt. Hvis de ikke klarer det, mister de et tilbud som kunne bidratt til å styrke deres forutsetninger for å leve i Norge og kanskje også gjøre dem friskere. Ett mottak beskriver situasjonen på denne måten:

Når de sitter her i 3–4–5 år så har vi et hav av tid til påvirkning. Flere av beboerne våre har, ikke frivillig, men uheldigvis kastet bort mange år, verdifulle år. Jo yngre du er, jo større er sannsynligheten for god læring. Og det er en veldig viktig del av å jobbe med tilrettelagt avdeling. Ikke bare de som er utviklingshemmet, men også tungt deprimerte eller selvskadere, med en gang du får snudd hodet til å tenke på andre ting... Skole i seg selv gir beboerne struktur som hadde vært så fint for TA-beboerne.

Sitatet over er fra et mottak der ledelsen jobber aktivt for at kommunen skal tilby tilrettelagt undervisning til noen beboere som ellers ikke vil kunne nyttiggjøre seg norskundervisningen. Dette gjør de ved å løfte problemstillingen i samarbeidsmøter med kommunen og etterspørre løsninger for konkrete beboere. Det er i denne kommunen en TA-beboer får dekket tilrettelagt undervisning en gang i uken. For de andre beboerne hevder kommunen at de ikke har mulighet til å tilrettelegge på grunn av begrensede økonomiske ressurser, eller fordi dette ikke var et behov som hadde blitt løftet fra mottaket sin side.

²⁰ Såkalte «dublinere» tildeles ikke asylsøkeres vanlige rettigheter i Norge fordi de skal få sin asylsøknad realitetsbehandlet i et annet land.

Tilrettelegging for TA-beboere er en fraværende problemstilling

Kun én av de kommunalt ansatte vi har intervjuet som jobber med kommunens norsk-tilbud til asylsøkere, har oversikt over hvor mange som bor på TA, og hvor mange av disse som gis et tilbud per i dag. De beskriver at de forholder seg til henvendelsene de får fra mottaket om beboere som har rett til norskopplæring og som kan nyttiggjøre seg undervisningen, og da er det i hovedsak ordinær klasseromsundervisning. I tre av fire kommuner har ikke de ansatte ved mottaket etterspurt tilrettelegging, og der er det heller ikke et tema hos de kommunalt ansatte.

De ansatte i kommunen har begrenset innsikt i behov og utfordringer hos målgruppen for TA, hvilket gjør dem avhengig av at det er de ansatte på mottaket som opplyser om tilfeller der tilrettelagt undervisning er nødvendig og mulig. Hvor langt kommunen så skal gå i å tilby en form for tilrettelegging, er en uavklart problemstilling, og de kan ha begrensede forutsetninger. Tre av kommunene vi har besøkt oppgir at siden de har få elever fra TA på norskundervisningen, ser de heller ikke behov for å øke kompetansen sin innen spesialpedagogikk. Sammenlignet med tilgangen på helsetjenester, der det framstår som om mye har utviklet seg i positiv retning over årene ordningen med TA har eksistert, framstår det som om forbedringspotensialet fortsatt er stort når det gjelder å gi målgruppen for TA skoletilbudet de har rett til.

Samtidig er det norskskoletilbudet asylsøkerne har rett til et ganske beskjedent antall timer undervisning. 175 timer, fordelt på fire timer hver dag, utgjør bare ca. ni uker undervisning. Å tilrettelegge dette tilbudet løser ikke alene behovet TA-beboerne har for en meningsfylt hverdag med struktur og aktivitet. Gjennomsnittlig botid på TA tilsier at det er mange flere måneder som skal fylles.

6.4 Samarbeid med politi og barnevern

Politiets rolle

Sikkerhet har i denne evalueringen vist seg å være en utfordring ved noen av mottakene. For at beboerne på TA skal få sin trygghet ivaretatt, er det viktig at politiet også gjør jobben sin overfor beboerne og de ansatte, og at samarbeidet med politiet bidrar til at alle er trygge. Trygghet for de ansatte er en forutsetning for å gi et trygt og helsefremmende tilbud til beboerne. Beboere på TA er omfattet av politiets avvergingsplikt og har samme rett til beskyttelse som andre. Mange er sårbare, og noen er ekstra utsatt for straffbare handlinger på grunn av nedsatte kognitive evner. Iblant utøver beboere på TA vold, og noen beboere er eller opplever seg forfulgt og truet. Det er derfor mange gode grunner til å involvere politiet i et samarbeid for at TA skal være et trygt og helsefremmende botilbud.

De ansatte ved mottakene er generelt fornøyd med politiets innsats overfor TA og beboerne. Selv om mottakene opplever samarbeidet med politiet som godt, kan det oppstå vanskelige situasjoner. TA er avhengig av at politiet kan komme raskt når beboere utagerer, men store avstander i politidistriktet kan skape forsinkelser. En av de tilrettelagte avdelingene som ligger sentralt, uttaler at politiet «kommer på flekken», mens de mindre sentrale mottakene beskriver at de kan risikere å vente svært lenge før politiet er på plass. Det kan da oppstå en situasjon der ingen kan hjelpe fordi legevakt nekter å ta imot truende/aggressive personer, og ansatte på TA dermed blir nødt til å håndtere det som skulle vært en politioppgave. Geografi er derfor en faktor som bør telle med i vurderinger av hvorvidt utagerende personer bør flyttes til eller bort fra TA.

Ved et mottak ble det trukket fram som positivt at politiet tar seg tid til å komme innom også når det ikke er meldt behov for dem, som i sitatet under fra en ansatt på TA.

Vi har et veldig oppegående politi. De stiller på samarbeidsmøter. De kommer gjerne innom mottaket uanmeldt på nattevaktene for å sjekke at alt står bra til.

Noen av beboerne på TA som opplever seg forfulgt og truet, setter stor pris på tryggheten de får ved at politiet er tilgjengelig gjennom for eksempel voldsalarm, via telefon eller ved besøk. Andre beboere har samtidig opplevd politiets besøk på mottaket som skremselstaktikk. En beboer gir uttrykk for at det oppleves som truende når ansatte slipper inn uniformert politi på mottaket «uten at noen har gjort noe galt». Han oppfatter det som at de ansatte og politiet prøver å skremme de som bor der. Mange TA-beboere kommer fra land der politinærvær ikke nødvendigvis oppleves som trygt, og noen har psykiske utfordringer som gjør at de lettere kan oppfatte slike hendelser som truende, selv om hensikten er å gjøre dem trygge.

Barnevernets rolle

Da vi gjennomførte vår undersøkelse var det syv TA-beboere som hadde barn boende på samme mottak. Familien ble da registrert på det ordinære mottaket, og det ble lagt til rette for at de fikk en felles boenhet. Foreldre med psykisk og fysisk sykdom kan gi en vanskelig omsorgssituasjon for barn, ikke minst i lys av de tilleggsbelastningene reisen til Norge og den uavklarte asylsøknaden kan innebære. Derfor blir det kommunale barnevernet noen ganger involvert rundt familien til TA-beboere, da de har anledning til å sette inn ekstra ressurser for disse barna og deres familier. Dette kan også virke avlastende og helsefremmende for foreldre med TA-plass som får hjelp fra barnevernet til å ivareta omsorgen for sine barn. Barnevernet på sin side rapporterer om kjente utfordringer som språklige barrierer og en utbredt redsel for barnevernet blant asylsøkere, men også at noen mottaksfamilier kan være svært takknemlige for hjelp.

Barnevernet i én kommune løftet opp en særskilt utfordring i skjæringsfeltet mellom barnevern, asylforvaltning og helse som er aktuell for flere beboere på TA, nemlig

omsorgsovertakelse for barn i tilfeller der mor/far har endelig avslag. Foreldre og barn skal i prinsippet gjenforenes ved utreise/retur, men dette vanskeliggjøres i praksis når mor/far er syk og har endelig avslag, og derfor begrensede rettigheter i helsevesenet. Dette gir catch 22-situasjoner som det følgende eksempelet: mor har endelig avslag, og barnet hennes er plassert i fosterhjem fordi mor er syk. Helsevesenet vil ikke starte traumebehandling fordi mor har endelig avslag, og mor blir derfor ikke bedre. Barnevernet vil ikke tilbakeføre omsorg til mor uten at hun kan vise til bedring. Tiden går, og sjansen for gjenforening skrumpes inn.

Ved plassering i norsk familie forsvinner evnen til å kommunisere med foreldre på eget språk ganske raskt om barna er små. Hvis foreldre har avslag, har de ikke rett til norskopplæring. Dette skaper mer avstand og begrenser sannsynligheten for gjenforening ytterligere. Slik kan barnevernets inngripen for noen beboere på TA bidra til å sette dem i en låst situasjon og hindre gjennomstrømming. Å motivere foreldre med avslag til å reise uten barna sine er en vanskelig oppgave.

7 Plassering og gjennomstrømming

I kapittel 5 og 6 belyste vi variasjonen som finnes mellom de ulike TA-ene og helse-regionene, og i dette kapittelet problematiserer vi hvorvidt denne variasjonen benyttes til å gi beboerne et egnet tilbud. Kapittelet belyser også hva som bidrar til og hindrer god gjennomstrømming.

TA skal ikke være et permanent botilbud, og for de fleste beboere er det en målsetting at de etter et opphold på TA skal kunne flyttes tilbake til ordinære mottak. For at TA skal fungere som en mellomstasjon, må tilbudet bidra til at beboere kan flytte tilbake til ordinære mottak, returnere eller bli bosatt i en kommune. Dette reflekteres i krav til TA, for eksempel at tiltaksplanene som de ansatte skal lage for hver beboer skal relateres til «muligheter for en tilbakeføring til ordinær avdeling, bosetting eller retur» (UDI 2014). I dette kapittelet viser vi hvordan disse tre veiene videre fra TA fungerer i praksis.

For å forstå hva som fremmer og hindrer slik gjennomstrømming, må vi se på TA i det store bildet, på hvilken funksjon TA har for beboernes flyt gjennom det større asylsystemet. Vi starter med å se på hvem som kommer på TA, hvor alvorlig sykdomsbilde de må ha for å bli tildelt en plass, og hvilke forutsetninger som ligger til grunn for UDIs vurderinger. Videre hva som kjennetegner gjennomstrømmingen for ulike grupper på TA etter hvilken asylstatus de har, og hva som hindrer og muliggjør de tre veiene videre.

Kapittelets hovedpunkter:

- Det er ingen automatikk i at personer med visse behov plasseres på TA, og det er ikke helsepersonell som definerer hvem som er i målgruppen.
- I praksis er det ordinære mottaks forespørsler om hjelp og UDIs vurderinger av hvilke tiltak som er mest egnet som ligger til grunn for flyttinger til TA.
- Ulike regionkontorer baserer sine vurderinger på ulik forståelse av når TA er hensiktsmessig.
- Lav gjennomstrømming og begrenset kapasitet i TA-ordningen bidrar til at barrieren for å tildele en TA-plass er høy hos UDI, og TA brukes ofte som en siste utvei framfor en tidlig intervensjon.

- Kapasitet og geografi i mottaksstrukturen bestemmer hovedsakelig hvilket TA beboere flyttes til, til tross for stor variasjon i hvordan tilbudet ved hvert TA er organisert og noe variasjon i helsetilbudet mellom regionene.
- TA har få muligheter til spesialisere seg eller å reservere seg mot beboere de mener vil fungere uheldig sammen med resten av beboermassen.
- Bosettinger og forsvinninger står for den største andelen av gjennomstrømming på TA, mens færre flytter tilbake til ordinære mottak, og få returnerer til hjemlandet.
- Det er betydelige forskjeller mellom mottakene i hvordan de ser på retur til ordinære mottak og hvorvidt de jobber strategisk med å gjøre beboere enklere å bosette.
- Beboere med endelig avslag og alvorlig sykdom er en særskilt utfordrende gruppe med tanke på gjennomstrømming.

7.1 Hvem får plass på TA?

De ulike mottakene har, som beskrevet i kapittel 5, ulike forutsetninger for å gjøre en god jobb overfor ulike grupper av beboere på TA. De har imidlertid få muligheter til selv å påvirke hvilke beboere som får tilbud om plass ved deres mottak, derfor er samarbeidet med UDI og UDIs vurderinger sentrale for hvordan beboergruppen ser ut. Her vil vi diskutere hvordan regionkoordinatorerne/UDI vurderer hvem som skal få plass på TA, hvordan informasjon om beboerne brukes i systemet og hva som følger med hver beboer av opplysninger ved innflytting.

En siste utvei eller tidlig intervensjon?

Tilrettelagte avdelinger er ikke ment å være et permanent botilbud for personer i asylsøkerfasen, men et helsefremmende tilbud som gjør beboerne i stand til å fungere godt på ordinære mottak. Sett fra UDIs perspektiv er TA et ressurskrevende tiltak for personer med behov som ikke kan håndteres i ordinære mottak. Gitt dette utgangspunktet, gir det mening å legge lista høyt når det gjelder hvem som får tildelt plass ved TA, for hva ordinære mottak skal håndtere og for hvor mange andre tiltak som skal prøves før flytting til TA.

Sett fra et beboerperspektiv kan det imidlertid være lettere, som noen ansatte ved TA uttrykker til oss, å få til gode resultater for beboerne dersom de kommer til TA på et tidlig tidspunkt, før eventuell sykdom, konflikter eller problemer har eskalert. Noen mottak er derfor kritiske til UDIs praksis, som sitatet under viser.

Vi tenker at det er litt for høye terskler. Jo tidligere vi hadde kommet inn med å bistå noen og tilby noen en annen plass, jo raskere får en gjort noe med et problem, større sjanse for at det kan virke positivt.

I et helsefremmende perspektiv er det fornuftig med «tidlig innsats». Noen argumenterer for at en slik tidlig intervensjon, diagnostisering og utarbeidelse av tiltak kan kombineres med en rask retur til ordinære mottak og gjøre de ordinære mottakene bedre i stand til å ivareta og tilby et tilpasset opplegg for disse beboerne. En slik tilnærming kan også kombineres med at kompetansen på TA brukes mer aktivt til å rådgi UDI og eventuelt nytt mottak om hvordan de best kan tilrettelegge ved retur til ordinære mottak. Dette vil imidlertid innebære en ganske annen tilnærming til gruppen enn det UDI praktiserer i dag. I dag benytter UDI TA stor sett som et tiltak man setter inn når alt annet er prøvd, og de som kommer på TA returneres kun unntaksvis til ordinære avdelinger.

Sannsynligvis er det flere personer med for eksempel lettere psykiske utfordringer – personlige kriser, lette depresjoner eller isolasjonstendenser – som kunne hatt bedre nytte av et kortere opphold på TA enn de som per i dag innskrives. Men det er ikke kapasitet i dagens TA-system til å ta imot alle disse personene. Med begrenset tilbakeflytting til ordinære mottak blir det også færre plasser som frigjøres til nye beboere med behov for oppfølging og utredning. Dette har en sirkeleffekt og gjør at UDI må ha en høy terskel for hvem som får innvilget TA-plass, for å sikre at de som trenger det mest får plassene. Så lenge gjennomstrømmingen ikke blir mer effektiv, og det ikke stilles flere plasser til rådighet, vil UDI måtte fortsette å stille krav til at andre mottak så langt som mulig tilrettelegger for at personer med særskilte behov skal bli boende. Det er ikke nødvendigvis optimalt for asylsøkernes helse eller bomiljøet på andre mottak.

Hva vektes i vurderingene?

TA skal være et tilrettelagt botilbud for personer med spesielle behov. Det er imidlertid ikke definert som en rettighet for personer med spesielle behov, og det er ingen automatikk i at personer med spesifikke lidelser eller helseproblemer flyttes til TA. Det er også sjelden at det er beboeren selv som tar initiativ til å bli flyttet til TA. Som oftest plasseres beboere på TA på bakgrunn av behov mottaksansatte formulerer overfor UDI. Slik blir det gjerne de ordinære mottakenes argumenter, slik de blir uttrykt i dialog med UDIs regionkoordinatorer, som blir avgjørende for hvem som kommer på TA.

Vanlig saksgang ved flytting til TA er at ordinære mottak kontakter UDIs regionkontor dersom de har beboere med ekstra behov for oppfølging. Vurderingene gjøres sjelden på grunnlag av formelle søknader som registreres, men snarere gjennom uformelle samtaler med ansatte på ordinære mottak som tar kontakt når de har beboere som de opplever som utfordrende. Regionkontorene har jevnlig kontakt med motta-

kene i sin region. Noen møter er på systemnivå, der man diskuterer mottaksspesifikke problemstillinger, og i andre møter eller telefonsamtaler diskuterer man enkeltbeboere. Enkeltpersoner med behov som ikke kan dekkes på en god måte på ordinære mottak, blir typisk løftet på et slikt møte.

Intervjuene vi har gjort tyder på at regionkoordinatorene i UDI gjør ulike vurderinger av hvem som bør flyttes til TA, fordi de har ulik forståelse av hensikten med ordningen og hvem som kvalifiserer for en TA-plass. En regionkoordinator fortalte at TA var et typisk tiltak i saker der det var behov for å kartlegge hjelpebehovene bedre. Ved å flytte beboere til TA får man ansatte tettere på beboeren og kan lettere vurdere og sette inn gode og tilpassede tiltak. Andre regionkoordinatorer gir uttrykk for at det skal være et kjent og tydelig behov for ekstra oppfølging før en TA-plassering blir aktuelt, og da må disse vurderingene gjøres i forkant. De ønsker ikke å ta imot henvendelser hvor det ordinære mottaket «ikke har prøvd selv». En koordinator beskriver sin framgangsmåte når hun mottar en forespørsel om TA-plassering slik:

Jeg spør ofte: hvilke tiltak har dere gjort. Et utgangspunkt er at de faktisk har gjort et tiltak og må svare for det. Det skal ikke være enkelt å få folk inn til TA. For når mottaket sender en forespørsel om Ali og mener at han må inn på TA, så vil jeg gjerne at de skal være trygge i sin vurdering. Det handler også om at han skal være motivert fordi TA er frivillig, og da må han være innforstått med hva TA betyr. Så jeg er opptatt av å realitetsorientere de ansatte, hvilke tiltak har dere gjort, har dere vært i kontakt med lokalt helsevesen, lege.

Denne representanten for UDI er opptatt av å gi mottakene en forståelse for hvilken terskel hun mener det bør være for en TA-plass, og at mottakene må benytte ressurser som politi og helsevesen både til å håndtere beboerne selv og til å vurdere om de faktisk har behov som ikke kan dekkes i ordinære mottak.

Når enkeltbeboere har behov for ekstraordinære tiltak, er TA kun ett av en rekke tiltak som er mulig å sette inn, og som UDI vurderer. Overflytting til tilrettelagte avdelinger vurderes opp mot alternative tiltak som kan settes inn i de ordinære mottakene, som ekstra bemanning eller frikjøp av plass for at beboeren kan få enerom på det ordinære mottaket. Det er altså mulig å sette inn tiltak på de ordinære avdelingene som tilsvarer noen av virkemidlene på TA. Dette vil gjerne innebære lavere utgifter enn det en full TA-plass medfører, men slike tiltak vil ofte ha en kortere tidsramme. Andre ganger er spørsmålet om ikke beboere er for krevende også for TA, og om de heller bør flyttes til særskilte bo- og omsorgsløsninger, fordi de er utagerende og til fare for andre eller seg selv.

Selv om TA har som oppgave å ta imot krevende beboere, må UDI og mottakene samtidig ivareta sikkerheten og helsen til de som arbeider på TA og de andre som bor der. Vi har i evalueringen kommet over flere tilfeller med utagerende og voldelige personer som er flyttet til TA, i ulike UDI-regioner, til tross for at TA-ledelsen har gitt uttrykk

for at de ikke har kapasitet til å ta imot en så krevende beboer, på grunn av sammensetningen de har i beboermassen fra før. Noen av disse overflyttingene har likevel gått svært bra, andre har fungert dårlig, og ansatte og andre beboere har blitt utsatt for vold. Disse eksemplene viser at UDI gir TA ansvar for et visst antall personer det er knyttet betydelig risiko til, og at vurderingene UDI gjør av denne risikoen – naturlig nok – er feilaktige. Når en tar risiko, vil det noen ganger gå galt. Det er et alvorlig paradoks at TA forventes å tilby skjerming, trygghet og et helsefremmende tilbud til mennesker i en sårbar situasjon, samtidig med at potensielt voldelige beboere plasseres på samme avdeling i sentraliserte boløsninger med felles oppholdsrom, kjøkken og bad. Det er også viktig å påpeke at de ansattes trygghet på jobb er en forutsetning for at de skal kunne tilby beboerne det samme.

Hvem er det vi ikke finner på TA?

Siden mottakene er sentrale i vurderingene av hvem som bør flyttes til TA, er det sannsynlig at det lett oppfattes som et avlastningstilbud for ordinære mottak, der de sender beboere som er særlig arbeidskrevende, og som dermed blir en belastning for bomiljøet til TA. Dette reflekteres i sammensetningen av beboergruppen. Det er mye som tyder på at psykisk syke som er aggressive og urolige prioriteres over beboergrupper som reagerer på mer introverte måter, og at de som har psykiske sykdommer som gjør at de lukker seg inne ikke får tilbud om et slikt botilbud, til tross for at det kunne ha virket helsefremmende også for dem. Det er for eksempel få voksne mennesker med depresjoner eller angst, og kvinner med psykiske lidelser, og få mennesker med fysisk sykdom, ut fra hva vi kunne forvente i en slik gruppe. Vi har imidlertid ikke gjort noen systematisk undersøkelse av seleksjon inn fra ordinære mottak, slik at vi kun kan peke på dette som en mulig forklaring på sammensetningen av gruppen.

Fordi UDI prioriterer beboere som beskrevet ovenfor, og fordi beboerne på TA bor tett på hverandre på de sentraliserte mottakene, regner de fleste regionkoordinatorene i UDI TA som et uegnet sted for barn og barnefamilier. I 2016 bodde det kun fem mindreårige på TA, fire av dem på desentralisert mottak.

Alle mottakene hvor TA er organisert i tilknytning til ordinær avdeling (tre av fire), oppfatter at UDI også sender personer som trenger tilrettelegging og helseoppfølging til ordinær avdeling ved deres mottak, med forventning om at de skal dra nytte av ressursene som bevilges TA til blant annet døgnbemanning. Familien til TA-beboere plasseres også i blant på ordinær avdeling i tilknytning til TA, i hvert fall administrativt. Familien kan få en felles boenhet, men mottaket får ikke tilført ekstra ressurser for familiemedlemmene slik de får for TA-beboeren. Begge praksisene skaper, ifølge mottakslederne, ekstra belastning på mottaket og ekstraoppgaver for ansatte på TA, uten at det tilføres ekstra ressurser. Gitt at TA-avdelingene har begrensede ressurser, kan dette gå ut over tilbudet til TA-beboerne. Hvis praksisen med å plassere mennesker

med ekstra behov på ordinær avdeling er reell, fører det også til at statistikken gir et feilaktig bilde av behovet for TA-plasser, da det i realiteten vil være et overforbruk av TA slik tilbudet er dimensjonert i dag. Vi har ikke mulighet for å bekrefte eller avkrefte disse påstandene, da vi ikke har undersøkt behov for ekstra oppfølging hos beboere på ordinære avdelinger tilknyttet TA.

Det ser ut til å være svært ulik kompetanse og praksis mellom ordinære mottak når det gjelder hvor godt de kjenner til ordningen og hvor aktive de er med å søke om TA-plass for sine beboere. Ettersom UDI-kontorene i stor grad behandler henvendelser om TA muntlig, og ikke arkiverer korrespondanse, finnes det ikke tilgjengelig kvantifiserbar informasjon om hvor ofte mottakene kontakter UDI når de har beboere de mener trenger TA-plass. Sannsynligvis virker det selvregulerende på slike henvendelser hvis det er en oppfatning i mottakssystemet om at UDI legger lista høyt for slike plasseringer. Det er derfor vanskelig å tolke etterspørsel som et en-til-en-bilde på behov.

Vi har ikke gjennomført noen systematisk undersøkelse av ordinære mottaks erfaringer med beboere som trenger tilrettelagte tilbud, eller deres erfaringer med å søke TA-plass. Vi har imidlertid gjort noen intervjuer med ordinære mottak, som stikkprøver, og gjennom ett av disse fikk vi vite om et tilfelle der mottaket ønsket å overføre en beboer til TA, mens UDI vurderte dette som ikke hensiktsmessig.

Mottaket forteller om en beboer som nylig ble flyttet til dem fra et mottak som skulle legges ned. Da hun ankom, reagerte de ansatte på beboerens atferd. Hun oppførte seg truende mot andre beboere og spurte de ansatte om de tok ansvar for hennes handlinger dersom hun skulle skade seg selv eller andre. Første natt etter ankomst fikk mottaket en telefon fra beboerens venninne om at hun ville ta livet av seg, og bakvakten rykket ut. Da hadde beboeren tatt mange piller og drukket mye alkohol. Personalet klarte ikke å få kontakt med henne, men hun var i live og ble kjørt i ambulanse til sykehus. Mens beboeren lå på sykehuset, kontaktet mottaket UDI og sa at det ikke var forsvarlig at beboeren bodde på mottakets internat, hvor hun hadde tomannsrom sammen med en ung kvinne. Etter mottakets vurdering var det ikke trygt, og de ba om en TA-plassering. UDI sa at de ikke kunne tilby TA plass, og mottaket fikk inntrykk av at det ikke var noen ledige plasser. Mottaket måtte derfor håndtere situasjonen alene. UDI begrunnet avgjørelsen med at beboeren ikke hadde noen historie for å skade andre, og at det ikke var noen grunn til å tro at hun ville gjøre det. Mottaket argumenterte med at beboeren selv truet med å skade andre og at andre beboere på mottaket opplevde dette som truende. De hadde ikke mulighet til å gi vedkommende enerom. Mottaket uttrykket frustrasjon over situasjonen:

UDI og sykehuset sier at det ikke er et ordentlig selvmordsforsøk, men et rop om hjelp. Beboeren kutta pulsårene. Og blir sendt tilbake hit dagen etter. Det er jo merkelig da. Det er jo åpenbart et rop om hjelp. Så kanskje det hadde vært en idé å gi den hjelpen da. Rundskrivet sier at vi skal tilby et trygt botilbud, og vi er ikke i stand til å tilby det for de andre i internatet.

Som sitatet ovenfor viser, vurderte mottaket at de hverken var i stand til å hjelpe beboeren som forsøkte å ta sitt eget liv eller ivareta hensynet til de andre beboerne, innenfor rammene av ordinær mottaksdrift. De ville derfor at beboeren skulle overflyttes til TA. De argumenterte ut fra et beboerperspektiv, at det ville være naturlig å legge lista lavere for når TA anses som hensiktsmessig. Mottaket sier at UDI argumenterte ut fra et ressursperspektiv, hvor kostnadene ved TA-plassering veies opp mot sannsynligheten for at det skal skje noe alvorlig. Hva som er årsaken til at mottaket fikk avslag på henvendelsen, er uklart. Det bør samtidig nevnes at denne samtalen fant sted i 2017, og det har vært ledige plasser på TA i 2017 hver eneste uke.²¹ Eksempelet illustrerer at når UDI både vurderer hvem som er i målgruppen for TA og forvalter de knappe plassene i TA-ordningen, er det en fare for at «etterspørselen» tilpasses «tilbudet», og ikke omvendt. Altså kan behovet for TA-plasser være større enn dagens tilbud, men hvis grensene for hvem som er i målgruppen defineres relativt til antall tilgjengelige plasser og hvor mye UDI har råd til å tilby innen sine budsjetter, vil dette ikke komme fram.

Et egnet sted?

Som hovedregel tildeler UDI plass i den regionen beboeren sokner til, det vil si på nærmeste TA til mottaket personen sist bodde. Dette prinsippet er nedfelt i retningslinjene for tildeling av TA-plass. Når UDI vurderer hvilket TA personer skal sendes til, tar de prinsipielt og i praksis utgangspunkt i en forutsetning om at hvert TA tilbyr det samme. Vi har vist i kapittel 5 at dette ikke er tilfellet.

Retningslinjene sier videre at tilgang på ledige plasser nasjonalt, samt «eventuelle særskilte forhold», skal være styrende for hvilken tilrettelagt avdeling som blir tildelt. Saksbehandlerne i UDI beskriver imidlertid en praksis som i liten grad tar hensyn til variasjonen i botilbud, helsetilbud, språkkompetanse på mottaket eller andre faktorer som vil påvirke hvorvidt TA passer til beboerens individuelle behov. Ettersom det ikke stemmer at hvert TA er likt et annet, strider denne praksisen mot intensjonen ved en ordning som skal være individuelt tilrettelagt. Vurderinger av hvor personer får tilbud om plass styres i hovedsak av geografi, ikke beboernes individuelle behov.

Hvis UDI skulle endre praksis og vurdere hvor personer skulle få TA-plass ut fra forskjellene mellom avdelingene, ville dette være et steg på veien mot en spesialisering mot ulike målgrupper på ulike avdelinger. En årsak til at UDI ikke ønsker at TA-avdelingene skal bli eller behandles som spesialiserte institusjoner, er behovet for et fleksibelt mottakssystem som er minst mulig sårbart for svingninger i antall og typer asylkomster. I disse vurderingene er det asylsystemets logikk som blir avgjørende, og ikke hensynet til beboerne. Avdelinger som kun tar imot snevrere målgrupper enn den

²¹ UDI (2017) Beboere i asylmottak etter uke (2017) <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-uke-2017/>

målgruppen som er definert for TA i dag, vil være mer sårbare for overkapasitet og dermed gi dårlig ressursutnyttelse. Vi mener likevel at det vil gi en bedre ressursutnyttelse om man legger til rette for bedre tilpasning mellom infrastruktur og kompetanse på mottakene på den ene siden, og beboernes behov på den andre. Dette vil sannsynligvis gi beboerne et bedre og mer tilrettelagt tilbud, og føre til raskere gjennomstrømming.

Utfordringer ved flyttinger til TA

Når nye beboere kommer til TA, skal UDI sende med tilstrekkelig informasjon til at TA skal kunne møte denne personens behov. Mottakene forteller imidlertid om beboere som har ankommet avdelingene med ingen, svært mangelfull eller feil informasjon. Vi har blitt fortalt om tilfeller der beboere har blitt flyttet til TA fordi de kan være til fare for andre på mottaket, men der informasjon om dette ikke har fulgt med beboeren, slik at ansatte og medboere har måttet finne ut av dette selv.

Mottakene er pålagt å skrive oppfølgingsplan for den enkelte beboer kort tid etter ankomst. Noen uttrykker ønske om at beboere bør komme til TA med et forslag til oppfølgingsplan, utviklet av noen som kjenner beboeren, og med begrunnelse for overflyttingen. Det er imidlertid også eksempler på at beboere endrer atferd og symptombilde etter at de overflyttes til TA. For eksempel fikk et av mottakene en ny beboer som ble omtalt som svært aggressiv. Mottaket motsatte seg først overføringen og argumenterte for at aggressive beboere skulle plasseres i særskilte bo- og omsorgsløsninger og ikke på TA. De ble ikke hørt, og forberedte seg godt til å ta imot en krevende beboer. Da mannen kom, viste han seg å ikke passe til forventningene, og han har siden ankomst ikke vist noe tegn til aggresjon. Erfaringen viser at informasjonsoverføring kan være nyttig for mottakets mulighet til å forberede seg, men at tidligere mottaks erfaringer likevel ikke er noen fasit for hvordan nye beboere vil oppleves på TA.

7.2 Veier ut fra TA

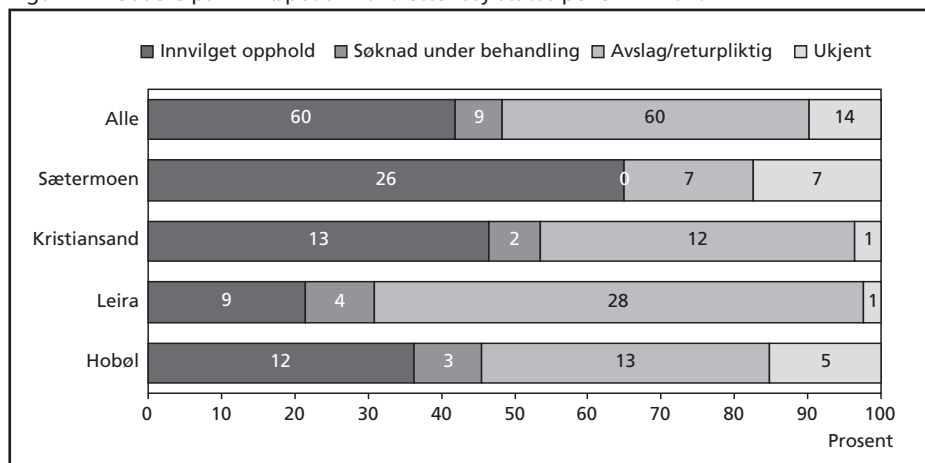
I evalueringen har vi samlet inn statistikk over dagens status for alle som bodde på TA i løpet av 2016. Dette gir et bilde av hva som er veien videre for beboerne på TA. Dette henger tett sammen med deres asylstatus. Av de 143 personene som bodde på TA i 2016, hadde 42 prosent fått innvilget opphold innen utgangen av året.²² Kun 6 prosent hadde søknad under behandling og hadde ennå ikke fått første svar. Av alle beboere som var innom TA i løpet av 2016, hadde 40 prosent fått endelig avslag innen utgangen av året.

²² Ni personer fikk opphold med begrensinger på grunn av ID.

Det er betydelige forskjeller mellom mottakene i sammensetningen av beboere etter hvilken asylstatus de har. På Setermoen har nesten to tredjedeler av beboerne fått innvilget opphold, noe som gjør at de kan fokusere mer på bosetting enn i de øvrige mottakene. Av totalt 45 beboere på Setermoen i løpet av 2016 var 14 bosatt i kommune per 31. desember 2016, og ytterligere fire personer ble bosatt i løpet av de første månedene i 2017.

Til sammenligning hadde to tredjedeler av de 43 beboerne som bodde på Leira i løpet av 2016 fått endelig avslag på sin asylsøknad, eller de hadde av andre grunner en avsluttet sak. Kun tre av disse hadde returnert i løpet av 2016. Dette setter ulike rammer for hvordan de kan jobbe med gjennomstrømming og motivasjon. Ved dette mottaket var det 14 beboere som hadde forsvunnet i løpet av 2016.

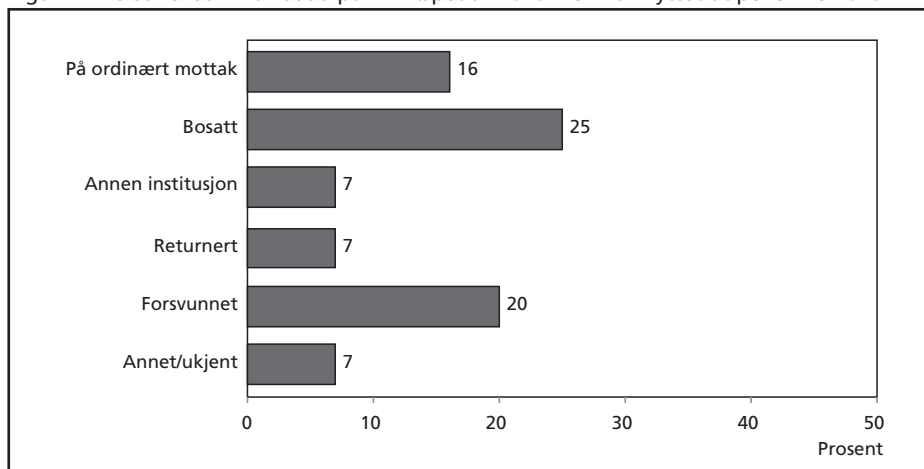
Figur 7.1 Beboere på TA i løpet av 2016 etter asylstatus per 31.12.2016.



Hvis vi ser på hvem som fremdeles var på TA ved årets slutt, finner vi omtrent det samme bildet. Rundt en tredjedel har fått opphold, en tredjedel har avslag med plikt til å returnere, mens resten har søknad under behandling eller vi mangler informasjon om deres asylstatus.

Det var 83 personer innom TA-mottakene i løpet av 2016 som ikke lenger bodde på mottaket ved årsskiftet. Av disse hadde 25 blitt bosatt i kommune. Kun 16 personer ble flyttet tilbake til ordinært mottak, mens 20 var forsvunnet. Det er altså flere som har forsvunnet fra TA enn det er personer som har blitt flyttet tilbake til ordinært mottak.

Figur 7.2 Personer som har bodd på TA i løpet av 2016 men har flyttet ut per 31.13.2016.



7.3 Flytting til ordinære mottak

Av 83 personer som flyttet ut fra TA-mottakene i løpet av 2016, var det 16 personer som ble flyttet tilbake til ordinært mottak. Dette utgjør omtrent 20 prosent av gjennomstrømmingen på TA, hvilket er en lav andel tatt i betraktning at TA er tenkt å være et midlertidig tilbud. Gitt at UDI har ganske høy terskel for å tilby TA-plasser, kan dette forklares med at personer som bor på TA i liten grad kan gis et forsvarlig tilbud ellers i mottakssystemet. Men det kan også være fordi noen mottak, som beskrevet i kapittel 5, i liten grad jobber med å returnere beboere til ordinære avdelinger.

7.4 Kampen for bosetting

Ved alle fire TA vi besøkte rådet det en klar oppfatning om at de fleste kommuner ikke ønsker å bosette personer fra TA. Når IMDi anmoder kommuner om å bosette flyktninger som har fått opphold og rett til bosetting, opplyser de om hvilket mottak personen oppholder seg på, og kommunen vil da få vite det hvis personen bor på tilrettelagt avdeling. Alle parter er også enige om at kommunene trenger å få informasjon om eventuelle ekstraordinære behov hos personene som skal bosettes, som kommunen må forberede seg på for å gjøre bosettingen mest mulig vellykket.

Når kommunen får vite at en person kommer fra TA, tar det, etter de mottaksansattes erfaring, lengre tid å få noen til å godta IMDis anmodning enn hvis de kommer

fra en ordinær mottaksavdeling. Kommunene frykter naturlig nok for medfølgende ekstraavgifter. Ofte er dette en reell bekymring eller et ubestridelig faktum. En lam og pleietrengende person vil for eksempel trenge tjenester fra kommunen resten av livet. En person som har hatt psykiske utfordringer kan på den andre siden ikke ha behov for flere tjenester enn en gjennomsnittlig flyktning, men bosettingen hindres eller forsinkes likevel av stigmaet det er å tilhøre TA.

Tabell 7.1 Bosted per 31.12 for alle som har bodd på TA i 2016, etter asylstatus. Antall.

	På TA 31.12	På ordinært mottak	Bosatt	Annen institusjon	Returnert	Forsvunnet	Annet/ ukjent	Alle
Innvilget opphold	22	7	25	5	0	1	0	60
Søknad under behandling	9	0	0	0	0	0	0	9
Avslag/retur- pliktig	22	9	0	2	5	17	5	60
Ukjent	7	0	0	0	2	2	3	14
Alle	60	16	25	7	7	20	8	143

Gjennomsnittlig botid på tilrettelagt avdeling for de som bodde der i 2016, er 15 måneder, men dette varierer fra kun et par uker til 76 måneder. Den beboeren som hadde lengst botid, ble bosatt i løpet av 2016. Personen med nest lengst botid (68 måneder), har fått endelig avslag på sin asylsøknad og ble i løpet av 2016 flyttet til ordinært mottak. Blant de som bodde på TA ved årsskiftet, var gjennomsnittlig botid 17 måneder, og av disse hadde den med lengst botid vært på TA i fem år.

Av TA-beboerne som hadde fått innvilget søknad om asyl i løpet av 2016, hadde 42 prosent fått kommune innen utgangen av året. De som ble bosatt i kommune, bodde litt under syv måneder (204 dager) på mottak fra de fikk innvilget asyl til de fikk kommune. Om vi ser på den totale botiden på TA, inkludert tiden før asylvedtak, finner vi at gjennomsnittlig botid er på nesten to år (21 måneder) for de som får innvilget asyl. Her er det imidlertid noen som har svært lang botid og drar opp gjennomsnittet. Median botid på TA er på 12 måneder.

Noen beboere er det vanskelig å få kommune til, og flere TA-ansatte uttrykker frustrasjon over å være vitne til at så mange syke mennesker blir gående lenge og vente på å komme i gang med livet sitt. Selv om oppholdet på TA i seg selv kan være helsefremmende, kan det også hindre eller forlenge overgangen til en tilværelse som kan være mer gunstig for beboerne. Bosetting gir større stabilitet, sikrere framtidsutsikter, bedre økonomi og flere rettigheter, inkludert rett til norskopplæring og introduksjonsprogram, som vil gi hverdagen innhold og struktur – faktorer som kanskje i vel

så stor grad styrker beboernes mulighet til trygghet og god helse som det å bo på TA. Som vi beskrev i kapittel 5, er det ulikt hvordan mottakene arbeider for å muliggjøre bosetting av personer med opphold.

Om vi kun ser på de som har blitt bosatt i kommune, faller det bort en del personer som ser ut til å være ekstra vanskelige å bosette. Derfor må vi også vurdere gjennomsnittlig botid på TA for de som har fått innvilget opphold, men som fremdeles bor på TA ved årsskiftet. I denne gruppen (22 personer) finner vi en gjennomsnittlig botid på 23 måneder, kun to måneder lenger enn for de som har fått kommune. Denne gruppen har imidlertid i snitt bodd 17 måneder på TA *etter* at de fikk innvilget opphold, i påvente av å kunne få flytte til en kommune. Tallene viser at en betydelig jobb har blitt gjort i de siste årene, både av UDI og av mottakene, for at flere lengeværende beboere skal få kommune, og antallet personer med svært lange opphold på TA ser ut til å gå ned.

Strategier for å gjøre beboere lettere å få bosatt

Som del av arbeidet på TA skal mottaket vurdere beboernes muligheter for en tilbakeføring til ordinær avdeling, bosetting eller retur. For personer med psykiske lidelser kan det å leve med usikkerhet øke symptomnivået, mens forutsigbarhet og forståelse gir trygghet og demper angst. Noen av mottakene har i lys av dette en uttalt strategi om å øke beboernes mulighet for bosetting, og jobber aktivt med dette blant annet gjennom å tilbakeføre til ordinær avdeling så raskt som mulig, fordi de anerkjenner at TA-plassering kan være en barriere for bosetting. Til grunn legger de både en vurdering av hva som er forsvarlig for beboeren – at vedkommende er klar til å overføres til et ordinært mottak – og en vurdering av hva som er til beboerens beste på lengre sikt, nemlig bosetting.

Andre mottak har et annet syn på hvordan de bør jobbe med gjennomstrømming for personer som har fått opphold og som klarer seg selv i stor grad. En TA-leder forklarer i avsnittet under at etter deres syn er det ikke uproblematisk å sende dem tilbake til et ordinært mottak som en mellomstasjon før de får flytte til en kommune.

Vi har eksempler på beboere som har blitt friske her som var veldig syke, psykisk, som har blitt selvgående og friske. Og som er friske når de får opphold, mer eller mindre. Men vi vurderer ikke flytting til ordinært nå før bosetting. De skal få slippe enda et stopp før de kommer til en kommune. De trenger stabilitet. Det er ikke bare så enkelt som å flytte folk over når de har blitt friske. Da kan det brikke tilbake igjen. Det er UDI klare på, at vi får lov til å beholde dem. De vil være her selv. Og vi mener de bør være her.

Hvorvidt disse vurderingene er riktige, har vi ikke mulighet for å vurdere basert på vår begrensede kjennskap til beboerne på TA og deres individuelle situasjon.

7.5 Returarbeid på TA

Nær halvparten av beboerne på TA har fått endelig avslag på sin asylsøknad, men retur til hjemlandet utgjorde under 10 prosent av gjennomstrømmingen på TA i 2016. I 2016 var det langt flere i denne gruppen som forsvant fra mottakene enn som ble returnert, og noen ble flyttet tilbake til ordinære avdelinger, mens mange ble boende på TA ut året. Beboere med endelig avslag har en gjennomsnittlig botid på TA på 17 måneder, som er noe over det totale gjennomsnittet, men noe lavere enn gjennomsnittlig botid for de som har fått opphold. De utgjør med andre ord også en gruppe som blir værende lenger på TA enn intensjonen. Mange av dem har også vært i asylsystemet i svært mange år før de kom til TA.

En betydelig andel av denne gruppen er alvorlig syke, og det er store utfordringer knyttet til deres retur på grunn av helsen. Andre ønsker ikke å returnere, og/eller det mangler returavtaler med hjemlandet, noe som gjør tvangsretur realistisk. Én beboer som har vært i Norge i over ti år og nå har pådratt seg alvorlige helseproblemer, beskriver situasjonen slik:

Jeg har et stort problem. Hvis jeg blir kaputt her, kan jeg ikke dra tilbake. Du vet jeg kan ikke reise tilbake til [hjemlandet], etter to-tre dager er jeg død. Og jeg vil komme tilbake sterk som før.

Noen forteller at det ikke vil være mulig for dem å fortsette med medisinene og/eller behandlingen de trenger i hjemlandet. En annen beboer som også har vært over ti år i Norge, forteller at politiet har forsøkt å returnere han to ganger, men at hjemlandet nekter å ta imot han på grunn av sykdommene han har. Han beskriver en situasjon som gjør han motløs, og som han ikke rår over selv:

Det er vanskelig her, men jeg har ikke noe valg. Det er vanskelig å være syk, og å ikke vite hva framtiden din er. Det eneste du vet er at du fikk avslag.

Ansatte på TA har som en av sine oppgaver å motivere beboere med avslag til retur. Å veilede og motivere beboere til å bli mer selvstendige og håndtere sin egen helsesituasjon inngår i dette returarbeidet. De ansatte beskriver dette som utfordrende, særlig når beboerne er alvorlig syke, men at situasjonen de lever i på TA også er alvorlig og trenger en løsning. Manglende framtidsutsikter og muligheter til å ta kontroll over sin egen skjebne gir dem dårlige vilkår for å fremme sin helse, og de har få rettigheter i helsesystemet.

Personer som har endelig avslag vil ikke bli bosatt, og fordi mange er avhengig av ekstra oppfølging på grunn av sykdom, er det få som kan flyttes tilbake til ordinær avdeling. Gjennomstrømming er med andre svært utfordrende. For noen av disse personene er ikke TA lenger et midlertidig botilbud, men har blitt en ufrivillig endestasjon. Noen

får til slutt omgjort sine asylsaker og gis opphold på humanitært grunnlag på grunn av sine helseproblemer, men de hører til unntakene.

8 Konklusjon

Dagens TA-ordning er et viktig supplement til den ordinære mottaksstrukturen, og et hovedfunn i rapporten er at mottakene har en viktig helsefremmende funksjon for mange asylsøkere med spesielle behov. Gjennom arbeidet med evalueringen har det likevel vært et stadig tilbakevendende spørsmål: Dersom dette er tilrettelagte avdelinger – hvilke behov tilrettelegger de for? Beboergruppen er sammensatt og krever ulike former for tilrettelegging. Likevel er det lagt opp slik at det på én avdeling er samlet beboere med somatiske helseplager, personer med ulik grad av psykiske lidelser og personer med psykisk utviklingshemming med ulik grad av kognitiv fungering. Tiltak som er ment å tilrettelegge for noen grupper, kan være lite helsefremmende for andre. Innretningen av tilbudet er ikke utformet med utgangspunkt i beboernes behov, men med utgangspunkt i pragmatiske og praktiske hensyn for mottakssystemet, UDI og myndighetene. Ordningen med tilrettelagte avdelinger er preget av en rekke dilemmaer – skal man tilrettelegge for en gruppe eller en beboer når det går på bekostning av en annen? Skal man tilby best mulig hjelp for beboerne eller vurdere effektivitetshensyn, eventuelt innvandringsregulerende hensyn?

Mottakene som nå har hatt TA i mange år, har etablert et godt samarbeid med helsetjenestene og en viktig kompetanse i staben. Dette er to viktige faktorer som bidrar til et godt tilbud til målgruppen for TA. Stabilitet i TA-ordningen er en forutsetning for kompetansebygging på TA og bygging av gode samarbeidsrelasjoner med andre tjenester.

Det er stor variasjon mellom de fire TA-mottakene i hvordan de organiserer driften. Det er forskjeller i beboermassen, i beliggenhet, i den fysiske utformingen av mottaket, i stabens kompetanse og, ikke minst, i hvordan de forstår sin rolle overfor beboerne. Denne variasjonen gjør det utfordrende å gi en samlet evaluering av TA. Der det finnes løsninger som fungerer godt noen steder, må vi peke på ting som ikke fungerer like bra andre steder. Og det er ikke nødvendigvis slik at gode praksiser enkelt kan overføres mellom de ulike TA.

Rammene UDI har lagt for TA åpner for lokal variasjon. I dette ligger det et betydelig potensial for bedre tilrettelegging for ulike brukergruppers behov. Der noen mottak er godt tilrettelagt for personer med behov for tett, nær oppfølging og mye hjelp i hverdagen, er andre mottak bedre tilrettelagt for personer som har oppfølgingsbehov, men som i tillegg har behov for ro, rom og autonomi. Denne variasjonen er imidlertid ikke resultat av en styrt eller intendert prosess, og mulighetene som ligger i denne variasjonen blir ikke utnyttet. Slik systemet er lagt opp i dag, finner vi at noe

av ulikhetene mellom mottakene fører til en vilkårlighet i tilbudet som gis asylsøkere med behov for tilrettelegging, og at noen beboeres behov ikke blir møtt. Vi anbefaler at UDI enten legger opp til en større standardisering av hvordan mottakene drives i dag, eller i større grad legger vekt på å tilpasse beboergruppens behov og mottakenes muligheter, og slik sett tar et steg mot mer differensiering av tilbudet.

I denne rapporten kommer vi med anbefalinger for hvordan UDI kan utvikle bedre kvalitetskrav og rutiner for kvalitetssikring som sikrer at TA utgjør et helsefremmende og trygt botilbud for alle som bor der. Vi vil imidlertid understreke at det ofte er det mottakene gjør ut over UDIs krav som sikrer at tilbudet i dag i all hovedsak er forsvarlig. En rekke anbefalinger i denne rapporten hviler i stor grad på *best practices*, slik vi har sett dem utøvd på noen av mottakene.

Innledningsvis skisserte vi tre målsetninger for TA som vi har tatt utgangspunkt i under evalueringen. Nedenfor går vi igjennom disse tre målsetningene og presenterer hovedfunn.

8.1 Nås målgruppen for TA?

Den første målsetningen handler om målgruppen for TA. De tilrettelagte avdelingene skal være *et botilbud for personer i asylsystemet som på grunn av helseproblemer, funksjonsnedsettelse eller psykososiale problemer ikke kan bo i ordinære mottak*. Målgruppen for TA er definert ut fra to hensyn: hensyn til helsemessige utfordringer blant personer som bor på asylmottak, og hensyn til hva UDI kan kreve og forvente av ordinære mottak i asylsystemet. Det er ingen automatikk i at personer med visse behov plasseres på TA, det avhenger også av hvordan UDI vurderer ordinære mottaks evne og ansvar for å tilrettelegge for dem der de bor, samt hvordan de ordinære mottakene vurderer egen evne til å tilrettelegge.

Vi finner at personene som bor på TA svarer til målgruppen som definert her. På bakgrunn av dette kan man argumentere for at den første målsetningen er oppnådd. Men det er mer krevende å si hvorvidt det er flere med tilsvarende behov som ikke får tilbud om TA-plass. Dette fordi evalueringen ikke systematisk undersøker behov hos personer ved ordinære mottak.

Evalueringen har imidlertid identifisert flere barrierer for flytting til TA. I praksis er det ordinære mottaks forespørsler om hjelp som utløser TA-flyttinger. Disse forespørselene er ikke basert på noen systematisk vurdering av beboeres behov, slik systemet er for eksempel i Nederland.²³ Selv om våre data er begrenset, er det mye som tyder på

²³ Se NOAS (2010) Fakta på bordet for en beskrivelse av prosjektet etablert i 2006 (Project Asylum seekers with Psychiatric Problems (MAPP)), som innebar en screening av asylsøkere.

at hvordan slike vurderinger gjøres varierer stort mellom mottak og regioner. Når et mottak er bekymret for en beboer, kan de kontakte de ulike regionkontorene i UDI. Våre data viser at regionkontorene baserer sine vurderinger på ulik forståelse av når TA er hensiktsmessig, hvilket tilsier at terskelen for TA-plass kan være høyere i noen regioner enn andre. Dette gir en vilkårlighet i tilbudet som gis sårbare asylsøkere med tilretteleggingsbehov. UDIs vurderinger av målgruppen er også, som vi har vist, preget av hvem og hvor mange UDI mener de har ressurser til å gi TA-plass. Tilbudet påvirker vurderingen av etterspørsel. Behovet for TA ville kanskje framstått større dersom helsesituasjonen for personer som bor på asylmottak ble lagt til grunn for vurderingene.

Lav gjennomstrømming og begrenset kapasitet i TA-ordningen bidrar til at terskelen for å tildele en TA-plass er høy hos UDI, og til at TA brukes som en siste utvei framfor en tidlig intervensjon. Hvorvidt de to neste målsetningene nås, påvirker altså også hvorvidt TA i praksis er et tilgjengelig tilbud til personer i målgruppen.

8.2 Er TA helsefremmende, trygt og sikkert?

Den andre målsetningen handler om at beboerne på TA skal ha et botilbud og tilgang på tjenester som gjør at de er trygge og sikre, og som bidrar til at de kan fremme sin helse.

Botilbud

En av hovedforskjellene mellom TA og ordinære avdelinger er at TA-beboerne skal ha enerom og at det skal legges til rette for skjermede boløsninger, fordi dette er en spesielt sårbar gruppe.

Vi finner at det er store ulikheter i de fysiske strukturene som utgjør TA. Dette gir ulik mulighet til skjerming, privatliv, oppfølging og samvær. Når UDI plasserer personer på TA, tar de sjelden hensyn til at mottakene kan ha ulike forutsetninger for å skjerme beboere eller gi rom for autonomi og privatliv. De tar heller ikke hensyn til om boforholdene gjør det vanskelig å håndtere urolige og utagerende beboere uten at dette går ut over den øvrige beboermassen eller de ansattes sikkerhet, ut over at de vurderer en generell risiko for vold. Dette fører til at botilbudet kan være vilkårlig og at det ikke er helsefremmende for alle, og heller ikke alltid trygt og sikkert for alle.

Alle TA må iblant må ta imot noen beboere som kan være aggressive, utagerende og urolige, selv om UDIs uttalte holdning er at personer som kan være til fare for andre skal plasseres i særskilt bo- og omsorgsløsning. Vi finner at i vurderinger av tiltak for potensielt utagerende personer tar UDI noen ganger en viss risiko ved å plassere beboere på TA som kan skape uro eller være en trussel. TA-mottakene har få muligheter til å spesialisere seg eller å reservere seg mot beboere de mener vil fungere uheldig sammen

med resten av beboermassen. Flere av mottakene har i dag ikke infrastruktur som gjør det mulig å skjerme grupper fra hverandre når dette er nødvendig.

Ettersom det er få muligheter for å skjerme beboere fysisk i egne boenheter ved tre av mottakene, vurderer de fleste regionkoordinatorene i UDI at TA ikke er egnet for barnefamilier. Dette gjør at dette botilbudet i praksis mindre grad er tilgjengelig for syke personer med barn eller syke mindreårige, enn for enslige voksne.

Vi finner ikke at en sentralisert boløsning er nødvendig for å sikre alle beboere på TA et helsefremmende, trygt og sikkert botilbud, selv om beboerne trenger tett oppfølging i hverdagen. Desentraliserte løsninger framstår i denne evalueringen som fullgode alternativer for mange beboere. For flere beboere vil desentraliserte løsninger også være å foretrekke av samme årsaker som for beboere ved ordinære avdelinger, eller fordi de har ekstra behov for ro, orden eller skjerming.

Kompetanse og arbeidsmåter på TA

Det er betydelig variasjon mellom de fire TA-mottakene i hvordan de legger til rette for å møte beboernes behov. Evalueringen belyser særlig variasjon langs disse aksene: de ansattes fagkompetanse og språkkompetanse, mottakenes tiltak for å ivareta sikkerheten til ansatte og beboere, og de ansattes primære syn på hva TA skal være og tilhørende valg av arbeidsmåter.

Det er store ulikheter i kompetanse i staben både faglig og språklig. Selv om alle mottak har både helse- og sosialfaglig kompetanse i staben, er vektingen og vurderingen av relevans varierende. Evalueringen kan ikke gi noe endelig svar på hvordan ulik fagkompetanse bidrar til god måloppnåelse, blant annet fordi denne variasjonen ikke utnyttes strategisk av UDI. Det blir i liten grad vurdert hvorvidt mottakenes fagkompetanse er fordelaktig for den enkelte beboer, når det vurderes hvilket TA personer flyttes til.

Vi finner at språkkompetanse er en svært viktig brikke i det beboerrettede arbeidet. Der språkkompetansen blant de ansatte er lav, er kontakten og tilliten mellom beboere og ansatte mindre, og betingelsene for at TA kan virke helsefremmende er derfor dårligere.

Det er store ulikheter i hvordan de ulike TA jobber med å ivareta sikkerheten til ansatte og beboere, men generelt viser evalueringen at det er behov for en tydelig prioritering av ansattes og beboeres sikkerhet i arbeidet og i vurderingene av hvem som flyttes hit. Det er ikke mulig å oppnå målsetninger for TA som tilbud dersom de ansatte ikke er trygge på jobb og beboerne ikke er trygge der de bor.

Vi finner at det er to primære syn på hva TA er og skal være blant ansatte på TA i dag. Ett syn vektlegger omsorg og bedring av livskvalitet for individet som det primære, og et annet vektlegger behandling og bedring for å muliggjøre flytting tilbake til ordinære mottak. Dette viser at de delvis motstridende hensynene som TA-ordningen skal ivareta i praksis forhandles og vektet mot hverandre av de ansatte på TA. Dette

bidrar også til variasjon i tilbudet som gis beboerne, men hva som best fremmer målsetningen, er ikke entydig.

Tilgang til helsetjenester

Vi finner at ordningen med TA bidrar til at beboerne i stor grad får tilgang til helsetjenestene de har rett til, og noen får også et bedre tilbud enn de har rett til på grunn av relasjonene mottaket har bygget til helsetjenestene. TA utgjør derfor en viktig ordning for de med få rettigheter, særskilt psykisk syke. En viktig faktor som muliggjør dette er at tvungen psykisk helsehjelp dekkes over folketrygden også for beboere med endelig avslag. Over tid har mottakene opprettet god dialog og godt samarbeid med de sentrale helseaktørene i sine regioner som generelt gir god tilgang til helsetjenestene, men det varierer hvordan helsetilbudet er organisert, særlig i kommunene og i psykiatritjenesten.

Tilgang til behandling og medisiner er spesielt utfordrende for personer med endelig avslag, og særlig for dem med somatisk sykdom. For disse reduserer ikke en plassering på TA barrierene for behandling i like stor grad som for de andre målgruppene. De har vedvarende dårlige forutsetninger for å bli friskere på grunn av manglende rett til behandling og manglende økonomiske rettigheter. Dette gjør deres behov for en tilpasset botilbud mer permanent og gjennomstrømming på TA vanskelig.

I rapporten belyser vi at innsyn i helseopplysninger og taushetsplikt ikke alltid håndteres med bevissthet om de etiske dilemmaene som dette innebærer. Noen av dagens praktisk orienterte løsninger for deling av helseopplysninger legger sannsynligvis til rette for en effektiv drift av TA, men kan være etisk utfordrende og kan gå ut over beboernes autonomi og rett til privatliv. Vi etterlyser klarere rettingslinjer og større grad av differensiering etter beboernes behov når det vurderes om det er nødvendig å be om innsyn i beboernes helseopplysninger, og hvorvidt ikke-medisinsk personell trenger slik informasjon.

En helsefremmende hverdag

Mangel på aktiviteter og en meningsfylt hverdag er en kjent problemstilling i mottak, og legger dårlige rammer for helsefremming. Vi finner at mens tilgang på helsetjenester ser ut til å ha blitt bedre for beboere på TA, fordi dette har vært lagt vekt på og blitt gjenstand for godt samarbeid, er det mindre oppmerksomhet og færre resultater å vise til når det gjelder å tilby beboerne norskopplæring og andre meningsfulle og helsefremmende aktiviteter i de fire kommunene. Dette til tross for at norskopplæring for asylsøkere også er rettighetsfestet.

Beboere på TA får, med noen få unntak, ikke tilbud om tilrettelagt norskopplæring. Det er beboere som ikke klarer å benytte seg av retten til norskopplæring når det eneste tilbudet er ordinær klasseromsundervisning utformet for funksjonsfriske. Bedre

tilrettelegging av norskopplæring til denne gruppen vil kunne virke helsefremmende for store deler av beboergruppen som en meningsfylt aktivitet å fylle dagen med, samt gi dagen struktur og muliggjøre mestring.

Det er også betydelig variasjon mellom mottakene i hvor stor grad det organiseres felles aktiviteter for alle eller deler av beboermassen, hvor tett samarbeid mottaket har med andre aktører som tilbyr fritidstilbud og om aktiviteter tilrettelegges for beboere med særskilte behov. Også her utgjør den sammensatte beboergruppen en utfordring, da ulikt funksjonsnivå, kognitive evner og frykt for andre beboere, gjør det vanskelig å lage aktiviteter som passer for alle. Ikke alle TA har fokus på at aktivitetstilbudet må være tilrettelagt for individuelle behov for å være et reelt tilbud for alle.

Oppsummert

Når man skal vurdere måloppnåelsen til TA i dag opp mot denne andre målsetningen, er hovedbildet at TA er helsefremmende for mange, men i ulik grad. Samarbeid mellom TA og helsetjenestene gir beboerne bedre tilgang, og den største barrieren for tilgang på helsetjenestene er i dag at noen beboere mangler rettigheter og økonomisk mulighet til å få behandling. Det er imidlertid potensiale for å forbedre TA som helsefremmende tilbud ved å forbedre aktivitetstilbudet og tilgang til norskopplæring.

Det er betydelige variasjoner i avdelingenes arbeid med sikkerhet. Med en så stor variasjonen og en så sammensatt, krevende og til tider utagerende beboergruppe er TA en arbeidsplass som kan utfordrende å jobbe på. Ansatte selv beskriver at de hovedsakelig er trygge og sikre, men det er store sprik i sikkerhetsrutiner på tvers av mottakene og det er det vanskelig ensidig å konkludere med at avdelingene samlet sett er trygge og sikre.

8.3 Bidrar TA-ordningen til gjennomstrømming?

Den siste målsetningen dreier seg som gjennomstrømning – veiene inn og ut av TA. Det er ganske høy gjennomsnittlig botid på TA, og evalueringen belyser flere barrierer. Bosettinger og forsvinninger står for den største andelen av gjennomstrømning på TA, mens færre flytter tilbake til ordinære mottak, og få returnerer til hjemlandet.

Vi finner at de samme barrierene for bosetting og retur gjelder på TA som i ordinære mottak, men forsterkes av beboernes helseutfordringer. For noen tar det svært lang tid å få en bosettingskommune selv om de har fått opphold. Beboere med endelig avslag og alvorlig sykdom er en særskilt utfordrende gruppe å motivere for retur, og mottakerland kan også motsette seg tvangsretur av disse.

Flytting tilbake til ordinært mottak påvirkes av hvordan mulighetene tolkes av de som jobber på TA, på det ordinære mottak og av UDI. Det er betydelige forskjeller

mellom TA i hvordan de ser på retur til ordinære mottak. Dette er knyttet til ulike oppfatninger av hva som er hensikten med TA, og i blant oppfatninger om hva som fremmer beboeres mulighet for å bli bosatt. Noen ser på flytting til ordinært mottak som et virkemiddel for å få beboere bosatt på sikt. Den lave standarden på ordinære mottak fører også til at noen TA utsetter så lenge som mulig å returnere beboere dit. Selv om de ansatte på TA har som oppgave å jobbe for at beboere kan flytte tilbake til ordinær avdeling har de ikke mandat til å påvirke hvilket botilbud eller hva slags oppfølging de da vil få, de har ikke resurser til å følge opp beboere i overgangen til et nytt mottak og de frykter at brudd i opparbeidede relasjoner vil påvirke beboeren negativt.

Oppsummert har mottakene få tilgjengelige verktøy som kan påvirke beboernes gjennomstrømming i asylsystemet ved å få flere bosatt eller returnert, og særlig dersom beboernes helse ikke kan forbedres. Det er heller slik at barrierer for bosetting og retur begrenser gjennomstrømmingen på TA. Noen TA har lagt mye innsats i å arbeide opp mot ordinære mottak eller bosettingskommuner for å finne løsninger som gjør mobilitet mulig også for beboere med krevende helseutfordringer. I noen grad tar de da ansvaret for oppgaver som formelt tilhører henholdsvis UDI og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). Andre TA gjør mindre for slik gjennomstrømming fordi de ikke ser muligheter for å sikre at beboerne da vil få et tilstrekkelig tilbud.

8.4 Hva bør TA være?

Denne evalueringen har gitt mulighet til å se nærmere på tilbudet Norge i dag gir til noen av de mest sårbare asylsøkerne som kommer til landet for å søke om beskyttelse. Som oppsummert over, kan vi med vårt evalueringsdesign konkludere med at dagens ordning kun delvis oppnår målsetningene. Det har også kommet opp noen sentrale poenger i analysene som ikke er direkte vurderinger av måloppnåelse, men som bør løftes fram her i konklusjonen.

Omsorgstilbud eller botilbud?

Dagens TA-ordning er preget av å være i skjæringspunktet mellom beboernes behov og behovet i mottaksstrukturen for en institusjon som avlaster ordinære mottak. TA driftes som en heldøgnsinstitusjon for syke mennesker, men er organisert som del av asylsystemet. Både hvem som flyttes til TA, og hvor de flyttes, er vurderinger som preges av asylsystemets logikk. Kapasitet og geografi i mottaksstrukturen bestemmer hovedsakelig hvilket TA beboere flyttes til, til tross for stor variasjon i hvordan tilbudet i de enkelte TA er organisert. UDIs rutiner og vurderinger preges i stor grad av ressurs- og organisasjonsperspektivet framfor brukerperspektivet.

Intensjonen med TA er å ivareta behovene til mennesker med helseutfordringer og gi dem bedre tilgang til helsetjenester, men rundt halvparten av beboerne har et lavt forbruk av helsetjenester med ett eller ingen helsebesøk i måneden. For disse er det å bo på TA det viktigste tilbudet de får for å ivareta og fremme helsen sin. Beboere på mottak har i dag ikke krav på omsorgstjenester etter loven, og TA fyller mange av funksjonene som omsorgstjenester gjør. Et spørsmål det da er relevant å løfte, er: Bør TA være og reguleres som et botilbud eller et omsorgstilbud?

Det mangler et tydelig mandat og tydelige kvalitetskrav i oppdragsbeskrivelsen fra UDI på hva TA skal være utover et hybelhus, og et tilsvarende sett mekanismer for tilsyn og kvalitetssikring som sørger for at alle beboere gis et tilfredsstillende tilbud. Mottakene forventes å levere løsninger med god kvalitet og gode resultater som bidrar til gjennomstrømming, men rammene og UDIs rolle som oppdragsgiver og tilsynsfører sikrer ikke at beboernes behov ligger til grunn for hva som vurderes som godt nok. Som et resultat av dette er det beboere som ikke får et trygt og helsefremmende tilbud gjennom dagens ordning, selv om TA driftes etter reglementet. At beboerne ikke får et tilbud som fremmer deres helse, svekker videre mulighetene for gjennomstrømming og effektiv ressursutnyttelse.

Ulike behov – ensartet tilbud

Det er per i dag uklart hva som er hensikten med TA som institusjon. Tilbudet som skal utformes til beboerne er relativt udefinert og bygger ikke på føringer som legger beboernes individuelle behov til grunn. Beboerne på TA i dag er en sammensatt gruppe, med ulike og til dels uforenlige behov. Utlendingsforvaltningens forventning om at alle mottak skal kunne ta imot alle slags beboere muliggjør ikke en optimal tilpasning og effektiv utnyttelse av kompetanse og ressurser i dagens ordning.

Både for å sikre en mer effektiv bruk av ressurser, og for å målrette tjenestene beboerne får, mener vi det vil være hensiktsmessig i større grad å differensiere tilbudet beboere i TA får etter hvilke hjelpe- og omsorgsbehov de har.

Vi har i denne rapporten beskrevet hvordan det i dag er betydelig variasjon i tilbudet til beboere på TA. Noen mottak organiserer TA med tett oppfølging av beboere, innsyn i pasientopplysninger og betydelige kontrolltiltak, mens andre i hovedsak gir mer rom for samtaler eller bedre helseoppfølging. Noen beboergrupper trenger tettere oppfølging, mens andre primært trenger samtaler eller helseoppfølging. Det er imidlertid mottakene og de ansattes kompetanse og syn på hva TA skal være som fører til variasjonen, ikke ulikheter i behov, for de ulike avdelingene mottar beboere fra begge disse gruppene. Mottakene velger altså løsninger som er hensiktsmessige for noen grupper, men ikke for alle beboerne som blir plassert hos dem.

Det er beboere som slett ikke har godt av å bo på institusjon med felles kjøkken som har begrenset åpningstid og der ansatte har fullt innsyn i alle legebesøk, og det er ikke alle som klarer å bo alene uten tett oppfølging fra ansatte. Slik systemet er organisert i

dag, finnes begge muligheter, men det gjøres ingen forsøk på å tilpasse mottak etter asylsøkernes behov – det er kun geografi og kapasitet som avgjør hvor beboerne plasseres. Dette gjør at sett fra beboernes perspektiv er det en uhensiktsmessig vilkårlighet i hjelpen de får. Med andre ord er det tilfeldig om en person som fungerer godt og som trenger ro og orden, får en leilighet i et byggefelt der han/hun får ro, eget bad og mulighet til å bestille legetimer selv – eller om vedkommende kommer et sted med felles bad og kjøkken og der alle legetimer fikses av mottaket.

Dersom man i større grad begynner å tilpasse beboernes behov med mottakenes potensial, vil dette innebære et steg mot en spesialisering av denne delen av mottakssystemet. Det er imidlertid en uttalt frykt blant ansatte og ledere ved TA for at en spesialisering av TA vil føre til konsentrasjon av de mest krevende beboerne på noen mottak, uten at de får tilført ressurser, kompetanse eller infrastruktur til å håndtere dem. Eller at en konsentrasjon av ressursene på noen TA vil føre til en nedbemanning på andre.

En større grad av spesialisering vil gi mindre fleksibilitet. Mottakssystemet er til enhver tid påvirket av antall asylankomster og at helsebehovene til asylsøkere vil kunne endre seg med tiden. En spesialisering av TA-enhetene kan derfor føre til at noen TA-plasser blir stående ubrukt om det blir et fall i én beboergruppe, samtidig som det kan bli for få plasser på andre mottak.

Spesialiserte TA vil være en fordel for beboerne, men det vil innebære betydelige administrative utfordringer å gjennomføre på kort sikt. Det er imidlertid en rekke tiltak som kan settes inn som ikke innebærer en rendyrket spesialisering. Et slikt tiltak kan være å sikre en større bevisstgjøring omkring forskjellene mellom mottakene og hvilke beboergrupper som kan ha mest nytte av de ulike tilbudene. Det kan også satses på spesialkompetanse på noen mottak langs de faglige og erfaringsmessige forskjellene som finnes i dag.

I helsesektoren er det mange som tar til orde for enda sterkere differensiering av botilbud etter behov. Ser man til det norske helsetilbudet for psykisk og fysisk syke, er det ingen institusjoner som argumenterer for at det er hensiktsmessig å blande de to gruppene. De har ulike behov, antakelig både materielt og relasjonelt, og det er bedre muligheter for å tilpasse etter behov dersom gruppene er separert. Helsepersonell påpeker at psykotiske og paranoide mennesker kan fort bli engstelige av folk som ser annerledes ut eller oppfører seg uforutsigbart, som for eksempel psykisk utviklingshemmede. Å sørge for et helsefremmende tilbud må i det minste innebære å ikke øke personers angst og mulighet for utagering.

Vi anerkjenner utfordringene med å spesialisere denne delen av mottakssektoren i tråd med norsk helsevesen. Likevel vil vi argumentere for at behovene til beboerne må inn i vurderingen av plassering – og at variasjonen mellom mottakene brukes mer strategisk enn i dag. Hovedretningen bør være at beboergrupper med stort behov for oppfølging og struktur kommer til mottak med sterkt institusjonspreg, mens de med behov for skjerming og ro får tilbud om desentraliserte enheter, og de som trenger å bli

sett og få oppfølging kommer til mottak som legger sterkere vekt på miljøarbeid. Det er imidlertid uklart om de som er ansvarlig for plassering av beboere i dag har nødvendig kompetanse til å vurdere hva som er hensiktsmessige sammensetninger av beboergrupper, eller hvilke botilbud som er mest helsefremmende for ulike grupper. I en eventuell omlegging med større fokusering på beboernes behov, er dette noe som må inkluderes i vurderingene. Dersom et slikt steg mot differensiering av mottakene skal skje, må det også vurderes hva slags kompetanse de som plasserer beboere på mottak trenger.

8.5 Anbefalinger

Gitt at TA skal fortsette å være en institusjon innen asylsystemet, må ordningen fortsatt rettes inn både mot målsetninger om å gi et forsvarlig tilbud som ivaretar beboernes helse og sikkerhet, og mot målsetninger om å bidra til god ressursutnyttelse i asylsystemet. Basert på denne forutsetningen gir vi følgende anbefalinger.

Anbefalinger til mottak med TA:

✓ **Prioritering av språkkompetanse i rekruttering**

Mottakene bør prioritere relevant språkkompetanse som et viktig kriterium ved rekruttering av ansatte til TA, for å bidra til gode betingelser for det beboerrettede arbeidet.

✓ **Prioritering av sikkerhet**

Mottakene bør gjennom rutiner, arbeidsmåter og kompetansearbeid arbeide for å ivareta sikkerheten til ansatte og beboere som en førsteprioritet i arbeidet. Trygge ansatte er en forutsetning for å ivareta beboernes behov. De ansatte trenger gode voldsrisikovurderinger av sine beboere, og de trenger å vite at om en voldsepisode skjer så vil den håndteres raskt og med stort alvor. Mottakene oppfordres til å vurdere sine forebyggende og kompetansehevende tiltak, rutiner for debriefing av ansatte og beboere etter voldsepisoder, og hvordan jevnlig veiledning av ansatte kan bidra til bedre sikkerhet.

✓ **Gjennomgang av rutiner for informasjonsdeling**

Mottakene oppfordres til å gjøre en kritisk gjennomgang av rutiner og praksis for deling av helseopplysninger, for å sikre ivaretagelse av beboernes privatliv og rett til å velge hvem som skal ha innsyn i deres helseopplysninger.

✓ **Lære av best practice for bosettingsarbeid og flytting ut fra TA**

Mottakene oppfordres til å dele og lære av hverandres erfaringer for å styrke sitt arbeid med bosetting av beboere med opphold, og vellykkede flyttinger tilbake til ordinær avdeling.

✓ Mer tilrettelagt aktivitetsarbeid

Mottakene bør arbeide for et individuelt tilrettelagt aktivitetstilbud som kan bidra til mestring, en meningsfylt hverdag og bedre muligheter for helsefremming. Å motivere beboere til å delta på aktiviteter bør være en viktig del av miljøarbeidet på TA.

Anbefalinger til utlendingsmyndighetene:

✓ Innføre systematiske vurderinger av beboere

Arbeidet i de ordinære mottakene for å identifisere sårbare asylsøkere med behov for tilrettelegging bør systematiseres, og for noen grupper bør det legges til rette for flytting til TA fra transittmottak. Beboernes behov, herunder deres helsetilstand, bør ligge til grunn for vurdering av hvem som er i målgruppen for TA.

✓ Sikre kontinuitet og langsiktige rammer for TA

UDI bør gjennom langsiktige avtaler sikre mottakene som driver TA rammer som gir incentiv til å tenke og satse langsiktig på kompetansebygging og investeringer i bygningsmasse som er tilpasset målgruppens behov. Dette vil være særlig viktig dersom avdelingene spesialiseres på en måte som gjør dem mer sårbare for svingninger i asylankomster. UDI oppfordres også til å legge stor vekt på fordelene ved kontinuitet når avtaler om TA reforhandles. Denne evalueringen viser at TA lykkes godt med målsetningen om å gi tilgang til helsetjenestene beboerne trenger og at dette skyldes en langvarig innsats for å bygge opp kompetanse og samarbeid med helsetjenestene.

✓ Differensiering av tilbudet

Tilbudet på TA bør i større grad utformes med tanke på at ulike grupper beboere har ulike behov, og med tanke på å skjerme sårbare personer fra utagerende personer. Noen av dagens TA-beboere kan ha nytte av et mindre ressurskrevende tilbud, for eksempel mindre enheter som ikke er døgnbemannet. Andre trenger mer skjerming og/eller mer oppfølging enn hva som faktisk blir gitt innen dagens rammer. Dette kan langt på vei oppnås innenfor dagens system. De fire tilrettelagte avdelingene er i dag allerede svært ulike, og denne ulikheten kan benyttes for å skape bedre tilpassede tilbud ut fra beboeres behov. Man kan spille på og utvikle de ulike avdelingenes styrke og sørge for å tilpasse dette til behov. Dersom denne anbefalingen ikke tas til følge, anbefaler vi sterkere strømlinjeforming av de fire avdelingene, med vekt på *best practices*, beskrevet i kapittel 5–7. Dette for å hindre vilkårlighet i helsetilbudet for de mest sårbare asylsøkerne.

✓ Endrede kriterier for tildeling av TA-plass

UDIs vurderinger av hvor TA-kandidater skal få plass og hvilken sammensetning det skal være på avdelingene, bør først og fremst styres av beboernes behov og asylstatus, ikke av region. Disse vurderingene bør være etterprøvbare og gjennomsiktede. Dette kan løses ved at vurderingene nedfelles skriftlig. Dette vil muliggjøre bedre analyser av be-

hovedet for TA fordi det vil gi en oversikt over hvor mange henvendelser regionkontorene får fra ordinære mottak, hva som blir utfallet av henvendelsene og på hvilket grunnlag. Det bør også vurderes hva slags kompetanse personer som gjør denne vurderingen bør inneha – denne oppgaven er selve nøkkelen til å sørge for et forsvarlig og tilrettelagt tilbud til asylsøkere med helseutfordringer, og her ligger den største maktutøvelsen overfor TA: hvem får et tilrettelagt tilbud, hvorfor, hvorfor ikke og hva slags tilbud?

✓ **Definisjon av mottakenes oppdrag og kvalitetskrav**

UDI som oppdragsgiver bør definere hvilket tilbud som skal gis på TA og hva som skal være kvalitetskriteriene for når tilbudet som gis er godt nok. Definisjonen bør spesifisere at TA skal være individuelt tilpasset beboernes behov, virke helsefremmende og bidra til at beboerne er trygge og sikre.

Dagens kravspesifikasjon bør oppdateres med særlig blikk på hvilke forventninger UDI som oppdragsgiver stiller til mottakene om språkkompetanse, boforhold, mulighet for skjerming, sikkerhetstiltak, aktivisering, taushetsplikt og etiske hensyn. Samtidig bør mottakene sikres mulighet til å innfri eventuelle nye krav fra UDI. Dersom endringene har økonomiske konsekvenser, bør også de økonomiske rammene revurderes.

✓ **Samarbeid med IMDi om raskere bosetting**

UDI og IMDi som ansvarlige sektormyndigheter for henholdsvis asylmottak og bosettingsarbeidet bør intensivere sitt samarbeid for å sørge for at beboere på TA med oppholdstillatelse blir bosatt i en kommune. De bør også vurdere hvilke incentiver og verktøy som kan bidra til å gjøre dette arbeidet med effektivt, og lære av *best practices* ved mottakene med TA som i dag arbeider proaktivt med å få bosettingskommuner til å ta imot beboere.

Anbefalinger til andre sektormyndigheter:

✓ **Likeverdige helsetjenester**

Kommunene og helseforetakene med TA innenfor sitt ansvarsområde oppfordres til å gjøre en kritisk gjennomgang av hvorvidt TA-beboerne gis tilgang til likeverdige helsetjenester. Særlig fokus bør vies TA-beboernes tilgang på allmennlege og psykiatrisk helsehjelp tilpasset beboernes behov, og hvordan rutiner for å vurdere pasientenes betalingsevne praktiseres for TA-beboere.

✓ **Tilpassede skoletilbud**

Kommunene med TA oppfordres til å etterstrebe å tilby tilpasset undervisning som ivaretar retten til norskopplæring blant beboerne på TA.

Referanser

- AGENDA Utredning & Utvikling. (2007). *Evaluering av forsterket avdeling*. Sandvika: Agenda.
- Bråten, B. & Sønsterudbråten S. (2017). *Veiledningserfaringer Forsøk med veiledning (ICDP) av foreldre med radikaliseringsbekymringer og foreldre i asylmottak*. Oslo: Fafo.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Molven, O., Holmboe, J. & Cordt-Hansen, K. (2006). Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5.
- Norsk Sykepleieforbund. Helselovgivningen. Available at: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/283686/286497/Helselovgivningen>.
- Paulsen, V., Michelsen, H. & Brochmann, M. (2015). *Barnevernets arbeid med barn i asylsøkerfasen. Faglige utfordringer og barrierer i mottaksapparatet*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Tyldum, G. (2012). Ethics or access? Balancing informed consent against the application of institutional, economic or emotional pressures in recruiting respondents for research. *International Journal of Social Research Methodology*, 15.
- UDI (2014) Rundskriv RS 2010-196. Krav til oppfølging av beboere på tilrettelagt avdeling

Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak

Noen asylsøkere trenger oppfølging ut over det som tilbys i ordinære mottak. Dette kan være personer med fysiske funksjonsnedsettelse, alvorlig somatisk eller psykisk sykdom, eller utviklingshemninger. For å kunne gi et forsvarlig tilbud til denne gruppen har Utlendingsdirektoratet opprettet fire tilrettelagte avdelinger (TA). I denne rapporten ser vi nærmere på hvordan denne ordningen fungerer. Vi finner at det utvilsomt er stort behov for et tilrettelagt tilbud for asylsøkere. Når TA fungerer bra, kan de bidra til at asylsøkere som trenger ekstra helsehjelp får tilgang til de tjenestene de har krav på, og de kan gi avgjørende omsorg til mennesker som er alene med sin sykdom. Det er imidlertid betydelig variasjon mellom de ulike mottakene i hvordan de organiserer tilbudet, noe som gjør at ikke alle beboere på TA får hjelp tilpasset sine behov.



Fafo

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2017:22
ISBN 978-82-324-0384-4
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20630