

Rapport

**Utlendingsdirektoratet**

# **Evaluering av forsterket avdeling**

**AGENDA**



Utlendingsdirektoratet

# **Evaluering av forsterket avdeling**

AGENDA Utredning & Utvikling AS  
Malmskrivervn 35 • Postboks 542 • 1302 Sandvika  
Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01  
Ref: R5794

## AGENDA Utredning & Utvikling AS

Postboks 542 • 1301 Sandvika • Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01

Oppdragsgiver:	Utlendingsdirektoratet		
Rapportnr.:	R5794		
Rapportens tittel:	Evaluering av forsterket avdeling		
Spesifikasjon:			
Tidsfrist:		iflg	
Ansvarlig:	Finn Arthtur Forstrøm		
Kvalitetssikring:	Geir Magnussen	Verifisert:	
			(dato) (sign)

---

## Forord

Etter 1 til 2 års drift har UDI hatt et ønske om å foreta en evaluering av hvordan ordningen med forsterket avdeling har fungert og blant annet vurdere om målsettingene med forsterket avdeling har blitt oppfylt.

AGENDA Utredning & Utvikling AS har vært engasjert til å foreta evalueringen. Gry Alexandersen, Svein Lyngroth og Finn Arthur Forstrøm har utgjort AGENDAs prosjektteam, med sistnevnte som prosjektleder.

Evalueringen av forsterket avdeling (heretter forkortet til FA) har for oss som konsulenter vært både interessant og vanskelig. Interessant fordi det griper inn i områder vi kan mye om fra før, f.eks. kommuner og spesialisthelsetjenesten. Gjennom tidligere oppdrag har vi også kunnskap om mottakene.

Evalueringen har vært vanskelig fordi det er et vanskelig tema. FAene gir tilbud til svært syke mennesker, og de gjør det innenfor en begrenset ressursramme. Vi ser at utfordringene er mange, og at løsningene ikke nødvendigvis er enkle.

Vi har stor respekt for det arbeidet som både mottakene, UDI, verts-kommunene og spesialisthelsetjenesten gjør for denne gruppen mennesker som bor ved FA, og ser at det gjøres med det beste for den enkelte for øyet. Vi håper at vi har fått vist noe av det i denne evalueringen.

Likevel er det rom for noen forbedringer. Det vil det alltid være. Noen av dem er enklere å håndtere enn andre. Vi håper imidlertid at aktørene tar seg tid til å ta for seg de vanskelige spørsmålene.

Vi ønsker alle aktørene lykke til i det videre arbeidet og vil samtidig benytte anledningen til å takke alle vi har intervjuet, alle som stilte opp i dialogkonferansen samt medlemmer av referansegruppen for et meget konstruktivt samarbeid.

Sandvika, 30. november 2007

AGENDA Utredning & Utvikling AS



---

# Innhold

	SAMMENDRAG	7
1	BAKGRUNN, MEDVIRKNING OG METODE	11
	1.1 Bakgrunn	11
	1.2 Mandat	11
	1.3 Metode	13
	1.4 Organisering	13
	1.5 Disponering av rapporten	14
	1.6 Ordliste	14
2	HVA ER FORSTERKET AVDELING ?	15
	2.1 Bakgrunn for opprettelsen	15
	2.2 Intensjonen med forsterkede avdelinger	16
	2.3 Kravspesifikasjon til driftsreglement	16
	2.4 Forsterkede avdelinger som ett av flere tiltak	18
	2.5 Hvor klart er mandatet?	18
3	RESSURSER	19
	3.1 FAene	19
	3.2 Vertskommunene	23
	3.3 Utgifter til transport	26
	3.4 Oppsummering og konklusjon	26
4	KAPASITET	28
	4.1 Ledige plasser	28
	4.2 Målgruppene og beboerne i FA	28
	4.3 Gjennomstrømningen av beboerne	30
	4.4 Hvor beboerne er i søkeprosessen	31
	4.5 Telling av plasser	32
	4.6 Beboere i andre mottak med behov for FA-plass	33
	4.7 Forskjeller mellom regionene	34
	4.8 Oppsummering og konklusjon	35

5	INN OG UT AV FA	37
5.1	Til FA fra hvor?	37
5.2	Rutiner for å søke beboere inn i FA	38
5.3	Fra FA til hvor?	39
5.4	Rutiner for å flytte fra FA	40
5.5	Drøftinger om flytting fra FA	41
5.6	Bosetting	41
5.7	Oppsummering og konklusjon	42
6	INNHALDET I TILBUDET	44
6.1	Forsterket avdeling	44
6.2	Kommunehelsetjeneste	49
6.3	Spesialisthelsetjeneste	49
6.4	Rett til og behov for	51
6.5	Tilbudet til barna	53
6.6	Oppsummering og konklusjon	53
7	SAMARBEIDET MELLOM DE ULIKE AKTØRENE	55
7.1	UDIs regionkontor	55
7.2	Kommunen	55
7.3	Spesialisthelsetjenesten	56
7.4	Politi	58
7.5	Naboer	59
7.6	Oppsummering og konklusjon	59
8	OPPSUMMERING, VURDERINGER OG ANBEFALINGER	61
8.1	Oppsummering	61
8.2	Vurderinger	64
8.3	Anbefalinger	68

VEDLEGG: Kravspesifikasjon til driftsreglement, tillegg til pkt 4



---

## Summary

Following 1-2 years of operation, AGENDA has evaluated "special needs departments"<sup>1</sup> (FAs) in immigrant reception centers.

The evaluation was commissioned by the UDI (the Norwegian Directorate of Immigration). The purpose of the evaluation has been to ascertain how the FA system has functioned in relation to the objectives set, as well as to make proposals for improvements. Resource utilization and the relationship between resources and tasks in FAs have not been addressed in this evaluation.

The main sources of information have been:

- interviews with representatives of the FAs and key local cooperation partners at all of the four reception centres that have FAs, other reception centres, various levels of the UDI and other relevant persons at a central level
- a dialogue conference with participation by a selection of the interviewed persons

*The main conclusion* is that there is no doubt that the FAs provide a good service for their residents, given the existing organizational and resource framework. The cost of an FA-place is about five times higher than for a regular place, 20-25% of the cost level at an adult psychiatric residential institution and about 5% of the cost level at a BOI.<sup>2</sup> In the opinion of the evaluator, municipal assisted living homes with a 24-hour staffing are most similar to an FA, which also makes "reception centre with 24-hour staffing" a possible alternative name.

*The organization of the service* as a residence with 24-hour staffing for asylum-seekers who need special help *raises many challenges, among others:*

- Determining who will benefit most from the service
- ability to cooperate with other services
- composition and size of the staff at the FA
- The resources of the host municipalities.

---

<sup>1</sup> The Norwegian term is "forsterket avdeling". A direct translation is "reinforced department", but "special needs department" is a more descriptive term. This translation "problem" emphasise that the name itself leads to confusion The Norwegian abbreviation "FA" will be used for clarity in this translation.

<sup>2</sup> option of a residence with specially adapted services (with a high personnel/resident ratio) which the UDI does not currently offer, but purchases from private suppliers for a few residents during specific periods of time.

In addition, the staffing requirement and the name itself leads to confusion as to whether the FA is anything other than a reinforced residence option.

The greatest challenges are linked to psychiatric health care. Asylum-seekers do not receive the same access to psychiatric care as others. This is due to a combination of a lack of capacity and uncertainty regarding whether available methods work within trauma-related help, language problems as well as the safety and future prospects for asylum-seekers in light of the application process and not the issue of rights.

The other major challenge is the lack of procedures for setting goals for residents stay at the center and determining criteria for when residents are released, while the third challenge is linked to extremely marginal financing of the host municipality's tasks. The last challenge is largely resolved through the proposed state budget for 2008.

The most important recommendations are therefore:

- That the reception centres maintain and, if possible, increase the skills of their staff through continued determined recruiting and good, firm relationships with various cooperation partners such as the police, the child welfare authorities, the municipal health service and, not least, psychiatric health care. These are all relationships that can be used to improve skills and to enhance mutual understanding of problems and expectations.
- That the UDI facilitates and actively contributes to retaining and, if possible, further developing good and firm cooperative relationships between the reception centres and various partners - not least in relation to psychiatric health care.
- That the UDI ensures that clear procedures and routines are developed for setting goals for individuals who move into the FA, and in connection with moving out from the FA.
  - In connection with moving out from the FA, consideration should be given to utilizing the competence and evaluations of the primary and specialist health services.
  - It should not be ruled out that such a procedure review may end with a conclusion where return to the "parent reception centre" is not part of the objective for a relatively large number of residents.
- That the UDI should actively seek cooperation with the Directorate for Health and Social Affairs and the RVTSS<sup>3</sup> to ensure the necessary development of expertise within professional disciplines,

---

<sup>3</sup> RVTSS is an abbreviation for regional resource centre for violence, traumatic stress and suicide prevention. RVTSS is organised with a centre in each main health region in Norway (two in the South/East, of which one is in Kristiansand).

---

particularly as regards psychiatric health care, which is important in the treatment of asylum-seekers.

- That the UDI should, in cooperation with the Directorate for Health and Social Affairs, take the initiative to implement a debate on and evaluation of what types of treatment can ethically be initiated vis-à-vis asylum-seekers whose applications have not been processed, or who have received a final refusal.
  - Rights in connection with elective psychiatric health treatment for asylum-seekers with final refusals is part of this issue. Our findings indicate that there are differing practices.



# 1 Bakgrunn, medvirkning og metode

## 1.1 Bakgrunn

UDI ønsket å foreta en evaluering av hvordan ordningen med forsterket avdeling (FA) har fungert og blant annet vurdere om målsettingene med forsterket avdeling har blitt oppfylt.

Det er opprettet til sammen fire FAer, som er lagt som egne avdelinger i ordinære mottak. Mottakene som har FA er følgende:

- Dale Mottak i Sandnes kommune
- Hobøl Mottak i Hobøl kommune
- Leira Mottak i Levanger kommune
- Setermoen Mottak i Bardu kommune

De fire avdelingene kom i drift fra siste halvår 2005 til sommeren 2006, hver med 20 plasser - til sammen 80 plasser.

AGENDA Utredning & Utvikling har vært engasjert for å foreta evalueringen.

## 1.2 Mandat<sup>4</sup>

Målet med prosjektet er å undersøke/dokumentere om forsterket avdeling fungerer i henhold til hensikt og bestilling fra politiske myndigheter, departementet og UDI. Evalueringen skal komme med forslag til eventuelle endringer og forbedringer av nåværende drift.

Følgende problemstillinger ønskes belyst/utredet:

- (1) Samarbeid med helsesektoren<sup>5</sup>
  - (a) Hvordan har samarbeidet mellom forsterket avdeling og helsemyndighetene fungert, og har samarbeidet ført til at beboerne i forsterket avdeling har fått et mer helhetlig tilbud.
  - (b) Hvordan fungerer helsetjenestens tilbud til beboerne, særlig det psykiske helseverns oppfølgings- og behandlingstilbud til beboerne på forsterket avdeling.

---

<sup>4</sup> Er her skrevet i presens, fordi dette er "bestillingen" fra oppdragsgiver skrevet i forkant av arbeidet.

<sup>5</sup> Lokalisering av mottakene har vært essensiell, både for å kunne legge til rette for samarbeid med kommune- og spesialisthelsetjeneste som har behandlingsansvar, og for at beboere med særskilte behov skal kunne få oppfølging fra psykisk helsevern

- (c) Har det psykiske helsevern endret praksis med utskriving og tilbakeføring av pasienter/beboere etter opprettelsen av forsterket avdeling.
- (2) Forholdet til vertskommune og sektormyndighetene<sup>6</sup>
  - (a) Hvordan fungerer samarbeidet mellom forsterket avdeling og vertskommunen/sektormyndighetene?
  - (b) I hvilken grad, og på hvilke ansvarsområder, har opprettelsen av de nye avdelingen ført til merarbeid/ økte belastninger eventuelt avlastning for vertskommunene for eksempel innen barnevern, helse, skole og andre områder.
- (3) Tilbudet til beboerne<sup>7</sup>
  - (a) Bidrar eksisterende rutiner og organisering av tilbudet til å fange opp målgruppen?
  - (b) Er dagens praksis med en uensartet målgruppe hensiktsmessig eller bør det satses på mer spesialisering i de ulike avdelingene?
  - (c) Hvordan har den enkelte beboers individuelle behov blitt ivaretatt, har målsettingen med oppholdet blitt nådd for beboeren?
  - (d) Hvordan tilrettelegges forholdene for barn som er tilknyttet de forsterkede avdelingene?
- (4) Omgivelsenes og samarbeidspartneres oppfatning av forsterket avdeling<sup>8</sup>
  - (a) Hvilke forventninger er det til en forsterket avdeling?
  - (b) Opplever ordinære mottak at inntaksprosedyrer og kapasiteten i de forsterkede avdelingene er tilfredsstillende?
  - (c) Hvordan er naboenes oppfatning av forsterket avdeling?
  - (d) Hvilken betydning, om noen, har opphold på forsterket avdeling på arbeidet med bosetting?

---

<sup>6</sup> UDI har fått tilbakemeldinger fra vertskommuner for forsterkede avdelinger om at opprettelsen av avdelingene har ført til en større belastning på vertskommunen.

<sup>7</sup> Hensikten med opprettelsen av forsterkede avdelinger var å heve standarden på tilbudet til beboere med stort hjelpebehov. UDI ønsker å få belyst ulike sider ved organisering og strukturering av tilbudet, både i UDI og i mottakene med forsterket avdeling, og om innføring av forsterket avdeling har hevet standarden på tilbudet til beboere med stort hjelpebehov.

<sup>8</sup> UDI har ansvaret for mange statlige mottak for asylsøkere. De forsterkede avdelingene er ett element i dette mottakssystemet. Et delmål med opprettelsen av disse avdelingene var å avlaste de ordinære mottakene for krevende beboere. UDI ønsker å få belyst hvordan avdelingene fyller denne forutsetningen og hvilke forventninger og erfaringer ulike instanser har med forsterkede mottaksplasser

---

### 1.3 Metode

Vi har basert denne evalueringen på følgende metoder:

- Gjennomgang og analyse av foreliggende dokumentasjon
- Innsamlet tallmateriale
- Intervjuer (i grupper, enkeltvis og pr. telefon) med
  - Representanter fra departement og UDI sentralt og regionalt
  - Mottaksledere, ledere av FA og ansatte ved FA
  - Mottaksledere ved ordinære mottak
  - Helsepersonell ved de fire mottakene
  - Representanter fra vertskommunene (ordfører/varaordfører, rådmannsnivå og tjenesteledere innenfor helse, skole, barnevern, flyktningetjenesten)
  - Representanter fra spesialisthelsetjenesten og Regionalt Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
- Dialogkonferanse med representanter fra vertskommuner, ordinære mottak og de fire mottakene med FA, samt fra departement og UDI sentralt og regionalt.

Samlet gir dette et omfattende datamateriale som gir et godt grunnlag for å foreta denne evalueringen.

### 1.4 Organisering

Det har vært nedsatt en referansegruppe med følgende representanter:

- Bente Astad, UDI, Mottaksenheten
- Astrid Eik, UDI, Mottaksenheten
- Inger Loneland, UDI, Regionkontor Vest
- Berit Tyldum, UDI, Regionkontor Midt
- Anita Vardøy/Marit Rosenvinge, Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- Inger T Risberg, Sosial- og helsedirektoratet

Referansegruppen har hatt følgende oppgaver:

- Gi råd med hensyn til metodevalg
- Gi råd med hensyn til utforming av intervjuer og valg av informanter
- Kvalitetssikre faktabeskrivelser
- Bidra i drøftingen av funnene

## 1.5 Disponering av rapporten

Resten av rapporten er disponert slik:

- I kapittel 2 ser vi nærmere på begrunnelsen for opprettelsen av FA, og mandatet for avdelingene
- Kapittel 3 gjennomgår ressursene som brukes, både ved FAene og tilskuddet til vertskommunene
- Kapittel 4 tar for seg kapasiteten av denne typen plasser, sett i forhold til gjennomstrømning og lignende
- Kapittel 5 omhandler både flytterutiner (inn og ut av FA) og hvor de som flytter ut flytter til.
- Kapittel 6 omhandler innholdet i det tilbudet som gis til beboerne ved FA
- I kapittel 7 tar vi for oss samarbeidet mellom FA på den ene siden og samarbeidspartnere som vertskommune, andrelinjetjenesten og politi på den andre siden.
- Kapittel 8 drøfter vi funnene, konkluderer og gir anbefalinger.

## 1.6 Ordliste

Det er relativt mange instanser som deltar i arbeidet med asylsøkerne. Disse er kortfattet beskrevet i dette avsnittet og senere angitt med forkortelser etc.

- *BOI* er en forkortelse for Bolig og Omsorgs Instituttet as som er et tilbud om bolig med særlig tilpasset omsorg (med høy personaltetthet) som UDI i dag ikke tilbyr.
  - *BUP* er en forkortelse for Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk – et tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten
  - *DPS* er en forkortelse for Distriktpsikiatrisk Senter. DPS er en faglig selvstendig enhet innenfor spesialisthelsetjenesten som har ansvar for en vesentlig del av de almenpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under felles faglig ledelse og skal samarbeide nært med kommuner i opptaksområdet; bl.a. gjennom å gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere.
  - *IMDI* er en forkortelse for Integrerings- og Mangfoldsdirektoratet. IMDI ble skilt ut fra UDI 1. januar 2006 og er kompetansesenter og pådriver for integrering og mangfold. Direktoratet samarbeider med innvandrersorganisasjoner/-grupper, kommuner, statlige etater og privat sektor. IMDI gir råd og iverksetter statlig politikk.
  - *RVTS* er en forkortelse for regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. RVTS er organisert med et senter i hver helseregion (to i Sør/Øst, hvorav ett i Kristiansand).
-



## 2 Hva er forsterket avdeling?

### 2.1 Bakgrunn for opprettelsen

Ønsket om en type mottaksplasser som kan heve standarden på tilbudene til asylsøkere med særskilte hjelpebehov har lenge eksistert både hos mottakspersonalet, driftsoperatører, UDI og departementet.

Utfordringer og problemstillinger rundt psykisk helse for asylsøkere og flyktninger som bor i statlige mottak førte til at regjeringen Stoltenberg, i *Stortingsmelding nr 17 (2000-2001) Asyl- og Flyktningspolitikken i Norge*, fremmet forslag om å opprette kompetansemottak bl.a. med lengre oppsigelsestid enn ordinære mottak, for å sikre en bedre kompetanseutvikling i mottakssystemet inkludert opplæring av ansatte i andre mottak. Kommunalkomiteen foreslo i tillegg at enkelte mottak kunne få ekstra ressurser for å ta seg av beboere med problemer og som har vansker med å mestre hverdagen i de ordinære mottakene.

Stortingsmeldingen ble fulgt opp av Kommunal- og regionaldepartementet, og det ble nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe. Gruppen gjennomgikk situasjonen vedrørende psykisk helse for beboere i statlige asylmottak og la i desember 2003 fram rapporten *Psykisk helse for asylsøkere og flyktninger i asylmottak*. Arbeidsgruppen la fram flere forslag til tiltak, deriblant opprettelse av kompetansemottak. Politisk ledelse skrinla forslaget om kompetansemottak med særskilt ansvar for veiledning og kompetanseutvikling, men støttet forslaget om å opprette mottak for beboere med stort hjelpebehov. Navnet på den nye mottakstypen ble også endret til forsterket mottak.

Hensikten med opprettelsen var å heve standarden på tilbudet til beboerne, og da særlig til beboere med stort hjelpebehov, men som ikke kvalifiserer for innleggelse i institusjon. I løpet av 2005 inngikk UDI tilleggsavtaler med fire driftsoperatører for statlige mottak om drift av øremerkede plasser for beboere med stort behov for tilrettelegging under mottaksoppholdet. Av hensyn til synergieffekten ble det besluttet at det ikke skulle opprettes nye mottak, men at de nye plassene skulle legges til eksisterende mottak, og da som egne avdelinger. De øremerkede plassene i forsterket mottak vil i dette dokumentet bli omtalt som forsterket avdeling.

Mottakene som ble valgt ble vurdert som velegnet fordi de hadde en hensiktsmessig lokalisering i forhold til regionale helseforetak og de ansatte hadde erfaring i å håndtere beboere med særskilte behov for oppfølging.

Lokalisering av mottakene har vært essensiell, både for å kunne legge til rette for samarbeid med regionale helseforetak og regionale ressursmiljøer og for at beboere med særskilte behov skal kunne få bedre oppfølging fra psykisk helsevern. I tillegg har det også vært viktig å skape en bedre situasjon for øvrige beboere og ansatte i ordinære mottak.

## 2.2 Intensjonen med forsterkede avdelinger

Forsterket avdeling er et døgnbemannet botilbud til beboere med særskilte hjelpebehov. Personer med psykiske problemer er den primære målgruppen for de forsterkede mottakene. Nærmere definert inngår følgende kategorier beboere i ”beboere med særskilte hjelpebehov”:

- personer med psykiske lidelser som ikke er så syke at de er innlagt på psykiatrisk institusjon, men som for eksempel er medisineret og går til poliklinisk behandling
- personer med en atferd som er til stor belastning for andre beboere (som kan skyldes en psykisk lidelse, men som ikke er begrenset til det)
- personer med alvorlig somatisk sykdom/funksjonshemming

Mottakene er ikke, og skal heller ikke være, behandlingstilbud. Samtidig bor det mennesker i mottak som har - eller vil utvikle - psykiske lidelser i løpet av mottaksoppholdet.

Forsterket avdeling skal ha et særlig godt samarbeid med behandlende instanser, herunder spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjenesten og institusjoner i mottakets nærområde. I vurdering og iverksetting av tiltak for beboerne skal sektoransvaret legges til grunn. Beboere som blir vurdert som en fare for øvrige beboere og ansatte skal ikke innkvarteres i forsterket avdeling. Beboerne skal ha tilbud om tilrettelagt informasjon og aktiviteter.

Formålet med å knytte de forsterkede plassene til ordinært mottak er for å stimulere til en driftsmessig synergieffekt.

## 2.3 Kravspesifikasjon til driftsreglement

Kravspesifikasjonen til driftsreglementet (versjon 1.11.2004) inneholder et eget punkt som omhandler beboerrettet arbeid – grupper med særlige behov, der det som tillegg til punkt 4 er gitt en egen kravspesifikasjon for FA-avdelingene (pkt 4.6 Beboere i forsterket avdeling).

Punktet er under revidering. Det er imidlertid ikke vedtatt noe ny kravspesifikasjon, så i utgangspunktet forholder vi oss til versjonen fra november 2004. Kravspesifikasjonen er gjengitt i sin helhet i vedlegg 1. I

---

dette avsnittet skal vi se nærmere på enkelte krav her som er relevante i forhold til denne evalueringen.

- *Generelle krav.* Det er satt krav til at FAene skal ha regelmessig kontakt med andre FA for fagutvikling og kompetansebygging.
- *Krav til organisatoriske og administrative forhold.* Foruten at det er satt krav til vanlig økonomisk/administrativ styring og rapportering, settes det to spesielle krav:
  - FAene skal ha et særlig fokus på tolkebruk (språkassistent) for å sikre kommunikasjonen mellom beboer og ansatt
  - Det skal være en egen plan for samarbeid med eksterne offentlige instanser og institusjoner vedr tilrettelegging for og oppfølging av beboerne
  - Beboernes ressurser og spesielle behov skal kartlegges fortløpende med sikte på best mulig individuell tilrettelegging
  - Virksomme tiltak skal dokumenteres med tanke på oppfølgingen av den enkelte beboer og som ledd i mottakets kompetanseoppbygging
  - Det skal være en egen plan for kontakt med nærmiljøet
- *Krav til boligtilbud.* Botilbudet skal være tilrettelagt for selvhold, og for de som ikke kan ivareta eget hushold. Det skal være en tilpasset boløsning, med tilbud om enerom, desentraliserte botilbud og/eller skjermede botilbud.
- *Krav til bemanning og kompetanse.* Avdelingene skal være bemannet med to personer 24 timer i døgnet. Minimum én av dagbemanningen skal ha helse-/sosialfaglig utdanning (100 % stilling). I tillegg skal det knyttes en psykiatrisk sykepleier i 100 prosent stilling til avdelingen. De ansatte skal få opplæring og veiledning knyttet til aktuell problematikk.
- *Krav til beboerrettet arbeid.*
  - Sektoransvaret skal legges til grunn for vurdering og iverksetting av tiltak.
  - Avdelingene skal utarbeide egne tiltaksplaner for beboerne, med fokus på meningsfulle aktiviteter og hverdagsmestring. Disse skal samkjøres med sektormyndighetenes tiltaksplaner.
  - Beboerne skal ha egne kontaktpersoner i personalet
  - Avdelingens beboere skal så langt som mulig delta i mottakets ordinære aktiviteter, samtidig som beboerne skal tilbys aktiviteter m.v. som er tilpasset deres særlige behov.
- *Krav til personvern, trygghet og sikkerhet.* Det er satt krav til at avdelingene skal ha et særlig fokus på forhold som trygger beboerne og sikrer dem fra uønsket oppmerksomhet utenfra, og et fokus på beboere som må skjermes av hensyn til seg selv eller

andre, på eller utenfor mottaket. Avdelingen skal også ha rutiner for krisehåndtering og brannberedskap.

Kravspesifikasjonen viser at det er satt mange krav til de forsterkede avdelingene. I denne evalueringen skal vi se nærmere på hvordan disse kravene blir ivaretatt, og hva som kan være rimelig å forvente av de forsterkede avdelingene.

## 2.4 Forsterkede avdelinger som ett av flere tiltak

Bruk av forsterkede avdelinger er bare ett av flere muligheter mottakene og UDI har når man skal vurdere tiltak overfor asylsøkere med spesielle behov:

- I enkelte tilfelle settes det inn ressurser for å forsterke aktivitets-tilbudet og lignende til den enkelte beboer ved ordinære mottak.
- Vaktelskap brukes ved behov, der det er fare for utagering og/eller aggressiv atferd m.v. Vaktene settes inn både i ordinære mottak og i FAene.
- Det mest kostbare tiltaket er å plassere enkeltbeboere i omsorgsbolig, som UDI kjøper fra et privat firma (BOI). Her er det døgnkontinuerlig bemanning, og bemanningen er på individnivå.

## 2.5 Hvor klart er mandatet?

Noe av det UDI har vært opptatt av å få svar på, er hvor klart mandatet for FAene faktisk er. Det er flere grunner til at mandatet kan være uklart:

- Begrepet ”forsterket avdeling” sender signaler som tyder på at FA er noe mer enn et botilbud.
- UDI har satt krav til at det skal være en psykiatrisk sykepleier ansatt ved FAene. Det tyder også på at det er noe mer enn et botilbud.
- Det skal utarbeides individuelle tiltaksplaner for beboerne, med fokus på meningsfulle aktiviteter og hverdagsmestring. Det er også noe som normalt antyder at FA er noe mer enn et botilbud.

Samtidig er det slik at man hevder at FA er et botilbud, og er ment å være det.

Det er med andre ord ikke uten videre krystallklart hva mandatet er – er det et rent botilbud med døgnbemanning, eller er det også avdelinger med snev av behandling/omsorg? Vi skal se nærmere på denne problemstillingen underveis i rapporten, og drøfte og konkludere i kapittel 8.

---

## 3 Ressurser

UDI utbetaler følgende type ytelser knyttet til FAene fordelt pr. mottak:

- Driftsoperatør
  - Drift
  - Husleie
  - Penger til beboerne ut fra pengereglementet med mer
- Vertskommunen
  - Vertskommunekompensasjon

Når det gjelder beskrivelsen av ressursene ved FA i avsnitt 3.1 er dette avgrenset til å gjelde driftsmidler<sup>9</sup> og husleie.

I tillegg til driftsoperatør og vertskommunen er det andre ulike offentlige instanser som bidrar i arbeidet. Det grunnleggende prinsippet er at disse instansene (for eksempel sykehusforetakene og politiet) skal yte tjenestene til asylsøkerne uten spesiell kompensasjon fra UDI. I avsnitt 3.3 skal vi likevel peke på en problemstilling de berørte samarbeidende instansene ser i forhold til dette.

### 3.1 FAene

Ressursene i FAene er bestemt gjennom avtalene de enkelte driftsoperatørene har med UDI. Ressursene som kommer brukerne til gode, er imidlertid også avhengig av hvilken type kompetanse de enkelte medarbeiderne har.

#### 3.1.1 Kostnader til drift/ husleie ved FA – sammenliknet med andre tilbud

Vi har fått oversikt over kostnadene for FA-plassene og ordinære plasser fra UDI.<sup>10</sup>

Tabell 3.1 Kostnader for FA-plasser og ordinære plasser.

	Tusen kroner pr plass		Kroner pr døgn		
	Husleie	Drift	Husleie	Drift	Totalt
Ordinær plass	16	37	43	102	145
Plass i FA	26	236	72	647	718

<sup>9</sup> Fordelt mellom ordinære driftsbudsjetter og ekstraordinære behov, en type inndeling som også gjelder for ressursene til vertskommunene (grunntilskudd og ekstraordinære behov)

<sup>10</sup> Dette er tall med utgangspunkt i avtalene som var ved årsskiftet. Det tas forbehold om at ikke alle avtalene er oppjustert med prisjusteringene høst 2007. Selv om det kan være enkelte justeringer som gjør at dette ikke er helt presist, er det imidlertid "riktig nok" for å illustrere nivået i forhold til øvrige tilbud – som er poenget med tabellen.

Driftskostnadene pr. FA-plass pr. år er på rundt kr 236 000 ekskl. husleie og ekstraordinære behov. Til sammenlikning er kostnaden for en ordinær plass på ca. kr 37 000 pr. plass pr. år. Dette innebærer at kostnadene til drift pr. plass i FA, eksklusive husleie, ekstraordinære behov og ytelser til beboere, er kr 647 pr. døgn, mens gjennomsnittskostnaden innenfor ordinær mottak er kr 102.

Inklusive kostnader til husleie blir kostnaden pr. døgn pr. plass kr 718 kroner i FA mot kr 145 i ordinært mottak.

Vi har sammenliknet kostnadene ved FA med andre tiltak, for å vurdere kostnadsnivået. Vi har tatt med følgende:

- Psykiatrisk institusjon
- BOI

Tabell 3.2 Kostnader pr. døgn. Sammenlikninger mellom ulike tilbud.<sup>11</sup>

	Kostnad per døgn	Forholdstall FA
Ordinær mottaksplass	145	0,2
Plass i FA	718	1,0
Voksenpsykiatrisk døgninstitusjon <sup>1)</sup>	3200	4,5
BOI <sup>2)</sup>	14000	19,5

1) Opererer ikke med slike tall lenger, tallene er hentet fra SAMDATA 1998 og er tillagt prissinging  
2) Varierer mellom 13 000 og 15 000 (kilde UDI)

Fra tabell 3.2 ser vi følgende;

- UDIs kostnad til drift for en FA-plass er ca. fem ganger høyere enn for en ordinær plass (718 i forhold til 145).
- Kostnaden pr. døgn ved BOI er ca. 19,5 ganger høyere enn ved FA, noe som gjør at en plass ved BOI koster UDI omtrent det samme som for driftsbudsjettet ved en hel FA-avdeling på 20 plasser.

Riktignok er kostnadene til mottakene eksklusive utgifter til ekstraordinære behov, men vi kan likevel slå fast at kostnadene til FA verken er på linje med ordinære mottak, psykiatriske sykehus eller BOI i kostnader pr. døgn da nivået ved:

- Ordinære mottak er ca. 20 % av nivået ved FA
- Voksenpsykiatrisk sykehus er fire til fem ganger høyere enn nivået ved FA
- BOI er ca. 20 ganger nivået ved FA.

<sup>11</sup> I tillegg til de faste driftskostnadene bruker UDI midler til ekstraordinære tiltak for enkeltbeboere. Dette utgjorde det siste halve året kr 24 pr. oppholdsdøgn for FAene, eller ca. 3,5 % av de beregnede kostnadene og forandrer derfor ikke dette bilde

I avsnitt 6.1 ser vi derfor nærmere på hva FA (blant annet ressursmessig) likner på.

### 3.1.2 Ekstraordinære behov

I en del tilfelle oppstår det ekstraordinære behov ved FAene. Særskilte tiltak kan være:

- Vakthold/skjermingstiltak
- Tiltak som i forbindelse med medisinsk helse og fysiske plager som faller utenfor det Folketrygden dekker av utgifter
- Tiltak rettet mot funksjonshemmede, for eksempel institusjonsopphold, personlig assistent og ombygging av bolig
- Forebyggende tiltak, som for eksempel dekning av utgifter til SFO-plass, støttekontakt, busskort, ekstra miljøarbeider osv.

Tiltakene gjelder overfor personer med særskilte behov, uavhengig av hva slags type mottak de bor i. Det er med andre ord ikke spesielle tiltak for de som bor i FA, selv om tiltak her forekommer hyppigere.

I de tilfellene det oppstår slike behov, sender mottakene søknad om tiltak til regionkontorene. I henhold til mottakene responderer regionkontorene raskt på slike søknader. Det oppleves heller ikke som spesielt vanskelig å bli enige med regionskontorene hva behovet faktisk er i de enkelte situasjonene.

Nivået vedrørende ekstrabehov vil variere. For første halvår har vi fått oppgitt følgende:

- Leira har ikke hatt ekstraordinære tiltak ved FA i den aktuelle perioden, men har hatt det i perioder både før og etter.
- Ved FA i Hobøl utgjorde kostnadene til ekstrabemannning ca. kr 535 000
- FA på Setermoen har hatt 3 beboere som har hatt ekstraordinære tiltak på til sammen 16 uker. De ekstraordinære tiltakene har utgjort til sammen kr 83 000
- Dale har hatt et ekstra ordinært tiltak over ca 4 uker, med en total kostnad på ca. kr 141 000

Dette gjør at de ekstraordinære tiltakene de siste ½ året totalt har utgjort kr 759 000 ved de fire FAene, noe som innebærer en kostnad på ca. kr 26 pr. døgn.

### 3.1.3 Bemanning

I tabellen under viser vi antall årsverk og bemanningen på dag, kveld og natt ved hvert av FAene.

Tabell 3.3 Bemanningen ved FAene

		Hobøl	Setermoen	Leira	Dale
<b>Ant av FA</b>		12,0	10,4	9,3	10,0
<b>Bemanning</b>	<b>Dag</b>	2	2	2	2
	<b>Kveld</b>	2	2	2	2
	<b>Natt</b>	2	2	1	1,5
<b>Psyk sykepleier</b>		Ja	Ja	Ja	Under utdanning

Tabell 3.2 viser at antall årsverk ved FAene varierer mellom 9,3 (Leira) (Setermoen) og 12 (Hobøl). Alle er eksklusive daglig leder, som ikke går i turnus. Tabellen viser videre følgende:

- Alle FAene har to på vakt dag og kveld.
- Det er bare Hobøl og Setermoen som har to på vakt på natten. På begge steder er den ene av de to en hvilende vakt.
- Ved mottaket i Dale er det til sammen tre på vakt om natten, og disse har vakt både ved EM<sup>12</sup> og ved FA. I tabellen er derfor antallet på vakt ved FA delt på to.
- Ved Leira er det kun én på vakt om natten ved FA, men det er til sammen minst to på vakt på mottaket totalt.

Kravet om at det skal være to på vakt hele døgnet er dermed ikke oppfylt ved Leira og Dale. Stordriftsfordeler ved i tillegg å ha et EM, gjør det imidlertid mulig for disse mottakene å spre belastningen noe. En samlet bemanning på henholdsvis to og tre for både EM og FA er sannsynligvis godt nok i forhold til kravet om to på vakt.

Mottakene er opptatt av at bemanningen er lav, og gjør det vanskelig å ha spesielle aktiviteter/arrangementer utenfor mottaket fordi det bør være minimum to personer til stede på mottaket. Midler til ekstra personell på dag eller kveld ville hjulpet betydelig på tilbudet til beboerne, hevder mottakene. Man ville også klart å forebygge vanskelige og farlige situasjoner bedre, hevdes det på mottakene.

### 3.1.4 Personalets kompetanse

Det er et krav at FAene skal ha en psykiatrisk sykepleier i full stilling. Dette kravet er oppfylt ved tre av FAene. UDI har gitt dispensasjon til

<sup>12</sup> Avdeling i mottak for enslige mindreårige (EM), avdeling som også har døgnkontinuerlig bemanning.



Dale mottak, som nå har en ansatt sykepleier som videreutdanner seg til psykiatrisk sykepleier.

Stillingsbetegnelsene ved FAene er gjerne miljøarbeider og assistent. Vi har fått tilgang til utdanningsbakgrunnen til de ansatte ved FAene. Bemanningen består av blant annet ergo- og fysioterapeuter, sykepleiere, vernepleiere, tolker, barnevernspedagoger, sosionomer, økonomer, sosialantropologer, leger som er under videreutdanning osv. Enkelte av de ansatte har dessuten vært beboere i mottak selv. Gjennomgangen peker dermed på at det i FA er mange med relativt høy utdanning, og har en kompetansesammensetting på høyde med hva man finner i kommunale omsorgsboliger.

Likevel er det noen utfordringer med FAene:

- Det kan være vanskelig å få til tilstrekkelig opplæring og veiledning av personalet, særlig de ufaglærte.
- Det er et stort spenn i behovene som skal dekkes, og det kreves dermed et bredt spekter av kunnskap hos de ansatte. Informanter fra spesialisthelsetjenesten peker spesielt på at vernepleierkompetanse, i tillegg til psykiatrisk sykepleiekompetanse, er svært nyttig å ha i personalgruppen.
- Mange nasjonaliteter gjør at kommunikasjon er en stor utfordring. Fra de ulike FAene får vi opplyst at det er flere ansatte med relativt god kompetanse i ulike språk. Det benyttes også kreative løsninger som tegnspråk, bilder/tegninger m.v. I tillegg benyttes det profesjonell tolkehjelp (noe via telefon) samt tolkehjelp fra beboere som snakker norsk/engelsk i tillegg til morsmål.

Vår gjennomgang tyder på at det gjennomgående er relativt lavt sykefravær og turnover i FAene.

## **3.2 Vertskommunene**

### **3.2.1 Grunntilskudd**

Vertskommunene mottar et grunntilskudd på kr 188 000 for året 2007, uavhengig av antall og type mottaksplasser. Deretter mottar kommunen kr 2 030 pr. plass pr. år. Kompensasjonen skal dekke vertskommunenes gjennomsnittlige utgifter til helse, barnevern, tolk og administrasjon i forbindelse med statlige mottak.

I tabellen under har vi beregnet hvor stort grunntilskuddet pr. FA-plass er når vi fordeler grunntilskuddet på det samlede antall plasser ved mottakene.

Tabell 3.4 Vertskommunekompensasjon pr. FA-plass

	Grunntilskudd pr plass	Pr mottaksplass	Sum tilskudd pr plass	Sum tilskudd for 20 FA-plasser
<b>Sandnes</b>	783	2030	2 813	56 267
<b>Hobøl</b>	1 106	2030	3 136	62 718
<b>Bardu</b>	1 567	2030	3 597	71 933
<b>Levanger</b>	1 343	2030	3 373	67 457

Tabell 3.4 viser at kommunene mottar mellom kr 56 267 – 71 933 samlet for 20 FA-plasser pr. år.

Vertskommunene for FA har i notat datert 27. september 2006 oppsummert egne erfaringer med FA. I notatet dokumenterer vertskommunene hvilke erfaringer de har økonomisk, samfunnsmessig og krav til personell og kompetanse. Kommunene har gjennom eksempel fra Hobøl kommune beregnet årskostnaden for en FA-beboer til gjennomsnittlig å ligge på kr 26 900<sup>13</sup>, samlet ca. 1,2 millioner kroner årlig. Særtilfellene er holdt utenfor.

Dette grunntilskuddet er ikke ment å dekke kommunens utgifter til grunnskoleundervisning. Tilskudd til dette formålet gis av sektordepartementet i form av en stykkpris pr. elev.

### 3.2.2 Ekstraordinære behov

I all hovedsak er det driftsoperatørene av mottakene som søker om, iverksetter og får dekket ekstraordinære tiltak. Unntaket er tiltak etter barnevernsloven og etter opplæringsloven. Tiltak etter disse lovene er, som kommunehelsetjenesteloven, et kommunalt ansvar. UDI refunderer deler av vertskommunenes utgifter regulert av disse lovene når det er godkjent av Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Vertskommunene hevder at refusjonsordningene for barneverntjenestene og ekstraordinære utgifter i grunnskolen er til dels uklare, og det går sent å få svar på søknader om refusjon av ekstraordinære utgifter. I enkelte kommuner har dette også ført til politisk fokus, fordi barnevernsutgiftene har blitt uforholdsmessig høye.

Nedenfor har vi et eksempel der vi har tatt utgangspunkt i de aktuelle kommunenes gjennomsnittskostnader for barneverns klienter. Tallene er hentet fra KOSTRA, og gjelder 2006. Her vises netto driftsutgifter pr.

<sup>13</sup> Beregningen er gjort med utgangspunkt i en kapasitetsgrense ved mottak på 110 plasser, og av en "fattig" kommune som ikke har iverksatt alle de tiltakene som burde vært iverksatt.

barneverns klient samlet, og for barn med tiltak utenfor opprinnelig hjem, og barn med tiltak i opprinnelig hjem.

Tabell 3.5 Kommunale kostnader pr. barneverns klient 2006.

	Hobøl	Sandnes	Levanger	Bardu	Lands- gjennom- snitt
<b>Netto driftsutgifter (f 244, 251 og 252) pr. barn i barnevernet</b>	98 814	88 272	70 626	81 127	80 141
<b>Brutto driftsutgifter per barn i opprinnelig familie (f.251)</b>	47 250	24 188	33 000	31 833	28 294
<b>Brutto driftsutgifter per barn utenfor opprinnelig familie (f.252)</b>	310 067	206 357	159 512	322 250	205 466

Tabellen viser at gjennomsnittlig kostnad for én barneverns klient var på kr 80 141 for landet totalt. Dette viser at grunntilskuddet for hele FA som gis til vertskommunene (som vi i tabell 3.4 varierte fra kr 56 267 til kr 71 933) ikke fullt ut dekker kostnaden til en barneverns klient.

Levanger kommune brukte f.eks. ca kr 780 000 til barnevernstiltak for barn i mottak (gjaldt sju store saker der de fleste bodde i forsterket avdeling). Selv om kommunen etter hvert (våren 2007) fikk delvis kompensasjon, hadde en ved avslutningen av regnskapsåret 2006 ikke fått kompensasjon fra UDI. Barnevernsenheten fikk derfor et underskudd i 2006 pga. disse utgiftene, noe som igjen legger grunnlag for lokalbefolkningens og politikernes holdning til arbeid for flyktninger, som i utgangspunktet er grunnleggende positiv.

Kommunene får i tillegg et fast kronebeløp pr. elev til barn i grunnskolen – uavhengig av eventuelle behov for ekstraressurser. Kommunenes erfaring er at de fleste av barna som bor i forsterket avdeling har behov for ekstraressurser. Sandnes kommune har for eksempel ikke fått oppgjør for ekstrakostnader for høsten 2006 enda, og kostnadene for tre barn høsten 2007 beløper seg til kr 460 000 utover det faste kronebeløpet. Her etterlyser kommunene en ordning tilsvarende den som finnes for plassering av barn utenfor hjemmet, der UDI/Kunnskapsdepartementet (som vertskommune i sammenlikningen) må dekke behovet for ekstraressurser.

### 3.2.3 Økt vertskommunekompensasjon i statsbudsjettet

Arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hansen besluttet i februar 2007 å sette ned en arbeidsgruppe som fikk i mandat å foreslå ny fordeling av midler til vertskommunekompensasjon for kommuner med FA og/eller EM, slik at vertskommunene får dekket sine utgifter.

Arbeidsgruppen har levert rapport med forslag. Blant annet på bakgrunn av dette arbeidet er det i forslaget til statsbudsjett for 2008 foreslått å øke vertskommunekompensasjonen med totalt 10 millioner kroner, hvorav mesteparten (ca. 8 millioner kroner) er tiltenkt å gå til kommuner som har asylmottak med FA.

Det arbeides videre med å gjennomgå vertskommunekompensasjonsordningen som sådan, med tanke på å få til bedre ordninger enn det man har med dagens løsning.

### 3.3 Utgifter til transport

Sykehus og politi nevner at de får ekstra utgifter i forbindelse med transport av beboere ved FA. Eksempel på dette er når politiet transporterer beboere fra FA til andrelinjetjenesten. Ofte er dette situasjoner hvor beboerne er til fare for seg selv eller til fare for andre. Fra regionskontorene får vi opplyst at det er politiet som skal betale for transporten fra mottaket til sykehuset. Dersom sykehuset skriver ut en pasient som skal tilbake til FA, og som er for syk til å benytte ordinær taxi er det sykehuset som må dekke denne kostnaden.

### 3.4 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi sett at kostnaden for en FA-plass er ca. fem ganger høyere enn for en ordinær plass, men at kostnadsnivået eksklusive ekstraordinære tiltak bare ligger på 20-25 % av utgiftsnivået ved en voksenpsykiatrisk døgninstitusjon og ca. 5 % av nivået ved BOI.

I tillegg til de faste driftskostnadene bruker UDI midler til ekstraordinære tiltak for enkeltbeboere. Når søknadene om ekstraordinære tiltak kommer til regionkontoret behandles de raskt, mottakene og regionkontorene blir raskt enige om behovet i de enkelte tilfellene. Kostnadene til ekstraordinære tiltak ved FAene utgjorde i gjennomsnitt ca. kr 24 pr. døgn første halvår 2007.

FAene har en bemanning som varierer fra 9,3-12 årsverk. Alle har to på vakt dag og kveld, mens to av FAene har mindre enn to på vakt om natten. Mottakene mener at en styrket bemanning kunne gitt større aktivitetstilbud.

Tre av fire FA har ansatt psykiatrisk sykepleier, ved den fjerde FAen er en av sykepleierne i gang med videreutdanning for spesialisering i psykiatri.

Den øvrige bemanningen ved FAene synes å ha svært forskjellig utdanningsbakgrunn. Mange ansatte har utdanning på høgskole og universitetsnivå. Informanter fra spesialisthelsetjenesten peker spesielt på

---

at vernepleierkompetanse er svært nyttig å ha i personalgruppen – noe de har ved et av mottakene.

Mens FAene får rask behandling av sine søknader om ekstra ressurser, er situasjonen annerledes i vertskommunene. For det første mener de å kunne dokumentere at vertskommunetilskuddet er for lavt, og for det andre går det alt for sakte å få refusjoner for utlegg i barnevern og grunnskole.

Vi konkluderer med at det er spesielt hensynet til vertskommunene som bør ivaretas den nærmeste tiden:

- Vertskommunetilskuddet bør økes, og våre funn indikerer at grunnbeløpet vertskommunen får pr. plass bør være høyere for FA - plasser enn for plasser i ordinære mottak.
  - Behovet for økt vertskommunetilskudd er tatt hensyn til gjennom en foreslått økt bevilgning på 8 millioner i statsbudsjettet.
- Minst like viktig er det at det etableres ordninger som sørger for at kommunene raskt får refundert store ekstraavgifter; spesielt innenfor barnevern og skole.

## 4 Kapasitet

I landet er det til sammen 80 FA-plasser. En av de sentrale problemstillingene i evalueringen har vært om dette er tilstrekkelig til å dekke behovet for slike plasser.

Spørsmålet om kapasitet må sees på fra flere synsvinkler:

- (1) Om plassene hovedsakelig har vært fylt opp
- (2) Hvorvidt plassene benyttes av målgruppen
- (3) Gjennomstrømning av beboere – det vil si hvor stor andel som har flyttet ut fra FA etter opprettelsen
- (4) Hvem som bor i FAene – om det er de som er i målgruppen, og om det er de som er i søkeprosessen
- (5) Hvordan FA-plassene telles

Nedenfor skal vi drøfte hvert og ett av disse punktene.

### 4.1 Ledige plasser

Vi har ikke data for oppfylling av plassene fra opprettelsen og fram til i dag. Vi har imidlertid data for bruken av plassene pr. juli i inneværende år.

Tabell 4.1 Antall ledige FA-plasser pr. 1. juli 2007

	Setermoen	Hobøl	Dale	Leira	Totalt
Antall ledige plasser	2	0	2	2	6

Tabell 4.1 viser at det i hvert fall 1. juli i inneværende år var seks ledige plasser ved FAene. Ut fra dette skulle man anta at det ikke er behov for flere plasser, og at kapasiteten er tilstrekkelig.

De ordinære mottakene melder imidlertid om at de har beboere som hadde passet inn i FA, men som av ulike grunner ikke bor der. De vil for eksempel ikke flytte fra det ordinære mottaket de bor i. Som vi skal komme tilbake til i kapittel 5 er det få beboere i FA som kommer direkte fra transittmottaket. Hadde denne andelen økt, ville antagelig også presset på FA-plassene økt.

### 4.2 Målgruppene og beboerne i FA

Målgruppen for beboerne er tredelt, jfr. avsnitt 2.2.

I intervjuene ba vi FAene og mottakene beskrive hvem FAene var til for. Det var ikke tvil om at det gjaldt alle tre målgruppene, men at brukergruppen med psykiske problemstillinger er den største. Likevel var det

også personer som hevdet at FAene ikke var til for de mest utagerende, de farligste. De får tilbud om BOI i stedet. Det er også signaler om at det er vanskelig å få FA-plass til de med rusproblemer. Disse to gruppene har behov for spesielle boforhold, og ofte sterkere bemanning enn hva FAene har i dag. Det bor imidlertid mange beboere i FA med slike problemstillinger. Samtidig er flere av regionkoordinatorene ganske klare på at dette er to grupper som ikke alltid passer inn i FA fordi bemanningen i FA er tilpasset brukere med lavere behov.

Vi har bedt mottakene om å beskrive dagens beboere ved FA:

- Ved FA 1 er det sju med alvorlige somatiske lidelser, og tre som har psykisk/somatiske lidelser. De resterende åtte har psykiske lidelser. Flere av beboerne hevdes av DPS å ha risikoatferd, og at mange har store traumer.
- Ved FA 2 har om lag 80 % psykiske problemstillinger, gjerne med dobbeltdiagnoser. FA har hatt mange beboere med personlighetsforstyrrelse. Flere av disse beboerne er det problematisk å behandle psykiatrisk. Mottaket har også hatt flere brukere med rusproblematikk, samt mange med utagering, trussel og vold. Det har også vært noen usikre diagnoser, eller brukere med kognitiv svikt.
- Ved FA 3 beskrives beboerne med psykiske lidelser med problemstillinger som psykotiske med vrangforestillinger, personlighetsforstyrrelser, personer med depresjoner som har gitt søvnproblemer og døgnrytmeproblemer, utagerende personer. I tillegg har FAet hatt og har beboere med somatiske lidelser og funksjonshemminger. Her kan nevnes rullestolbrukere, personer med smerteproblemer, og personer som har behov for veiledning mht ADI-funksjonene ("Activities of daily living").
- Ved FA 4 er felles for de fleste at de har psykiske problemstillinger. Dette utgjør om lag 80 %. Dette gjelder også de som har kommet til mottaket, primært av andre årsaker, som for eksempel atferdsproblematikk og utagering.

Mottakene har noe forskjellige synspunkter med hensyn til det å blande målgruppene. Noen synes det fungerer bra, andre er mer tvilende til hvor heldig det er å blande:

- (a) kvinner som får uønsket oppmerksomhet fra menn fordi det blir vanskelig å skjerme dem
- (b) de med depresjoner og tungsinn/angst
- (c) utagerende personer som er voldelige og truer m.v.
- (d) barnefamilier

Alle mottakene er imidlertid enige i at det er vanskelig å ta inn beboere med rusproblematikk, fordi de ofte har en dobbeltdiagnose, og faren for utagering kan være stor.

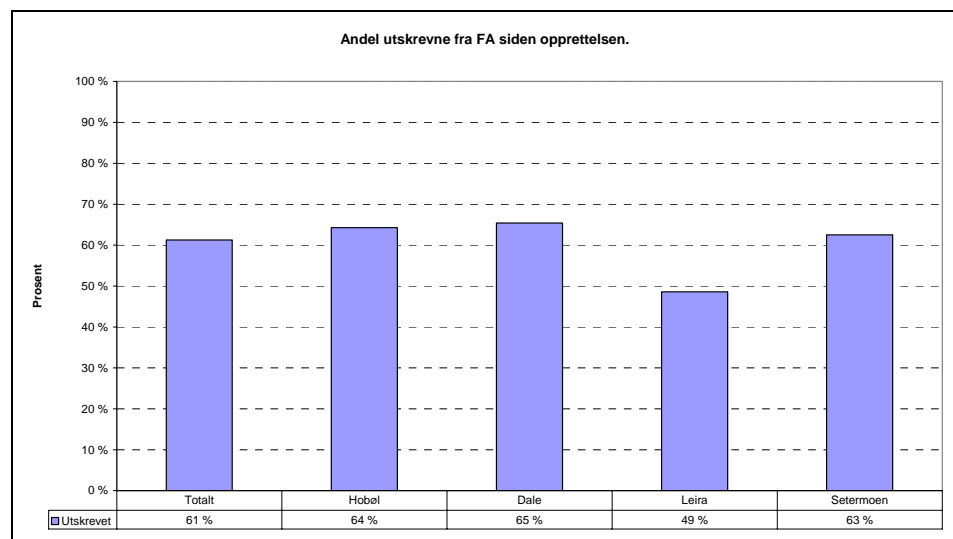
I hvilken grad denne problemstillingen løses ved å spesialisere FAene er usikkert.

UDI er svært opptatt av at blandingen av målgrupper kan reise spesielle problemstillinger knyttet til barn som enten bor i FA, eller som bor i det ordinære mottaket med eller uten pårørende med tilknytning til FA. I tre av mottakene er det desentraliserte botilbud, også for beboere i FA. Her bor stort sett barnefamiliene. I det fjerde mottaket er det ikke slikt desentralisert botilbud, og her kan plassering av barn by på en spesiell utfordring. Et argument mot spesialisering er at det ville være vanskelig å få etablert et FA for enslige menn med psykiske problemer, mens etablering av en FA for barnefamilier ville vært langt mindre problematisk.

Vårt inntrykk gjennom intervjuene er at det beste er å blande målgruppene.

### 4.3 Gjennomstrømningen av beboerne

FAene ble opprettet i 2005/2006.



Figur 4.1 Andel av beboerne som er utskrevet siden opprettelsen. Tall pr. september 2007.



Fra figur 4.1 ser vi at totalt 39 % av beboerne også var beboere ved opprettelsen<sup>14</sup>. Mellom de forskjellige mottakene varierer tallene fra 51 % (Leira) til 35 % (Dale).

Det har med andre ord vært en svært liten gjennomstrømning av beboerne ved FA.

Mottakene forklarer den lave gjennomstrømningen med at det er vanskelig å flytte beboerne når man har fått etablert et behandlingsopplegg for dem. Det skyldes både at ventetiden på eventuelt nytt bosted kan bli svært lang (igjen), og at mottakspersonalet betrakter det som uheldig å flytte beboerne når de har etablert et tillitsforhold både til personalet ved FA og til behandlerne.

Vi har også stilt spørsmål om flytting av beboerne ved FA til andre mottak også til behandlerapparatet. Herfra er signalene om mulighetene for å flytte på beboerne ved FA noe mer delte. I sum virker det som om man heller i retning av at det bør være mulig å flytte beboerne noe raskere enn det som gjøres i dag.

Et annet spørsmål som er reist i løpet av evalueringen er om flytting og større gjennomstrømming egentlig er ønskelig eller nødvendig – eller om en i planleggingen hadde urealistiske forestillinger om dette.

#### **4.4 Hvor beboerne er i søkeprosessen**

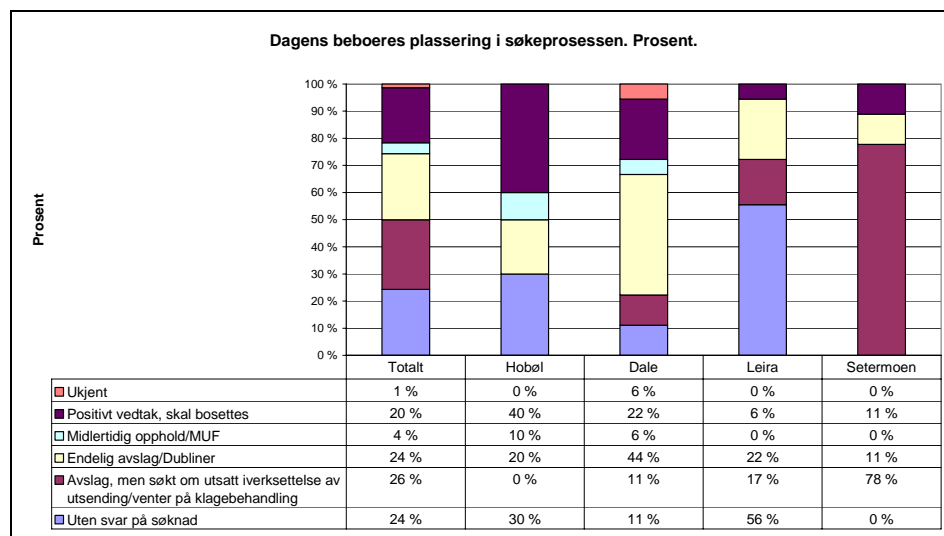
Et mottak er et tilbud om midlertidig bolig med tilhørende økonomiske ytelser og beboerrettede tiltak for personer som søker asyl i Norge. Tilbudet om plass gjelder fra det søkes asyl og til dato for bosetting i en kommune eller til utreisefrist fastsatt av utlendingsmyndighetene.

Personer som ikke overholder utreisefristen skal i utgangspunktet overflyttes til ventemottak, men slik flytting kan dispenseres for personer med spesielle medisinske behov. Dette gjelder for mange av de personene i FA som i dag har endelig avslag.

For å få en mulighet til å vurdere kapasiteten har vi likevel sett nærmere på hvor i søkeprosessen beboerne pr. juli 2007 var. Figur 4.2 viser den prosentvise fordelingen totalt og pr. FA.

---

<sup>14</sup> Dvs de som ikke var utskrevet og som vi ser figuren er 61 %



Figur 4.2 Dagens beboeres plassering i søkeprosessen. Tall innhentet fra mottakene pr. juni 2007.

Figur 4.2 viser at 24 % av de som bor i FA har fått endelig avslag på søknaden. Ytterligere 20 % har fått et positivt vedtak, og skal bosettes. Det betyr at det samlet sett er 44 % av dagens beboere som er ferdig med sin søkeprosess. FAene skal strengt tatt ikke beboes av disse i lang tid. Dette må imidlertid ikke forstås som at disse ikke tilhører målgruppen, men gir en indikasjon på at dersom uttransportering og bosetting kan gå raskere, vil gjennomstrømningen kunne øke. Mottakene forteller oss også at en nødvendig flytter beboere i denne gruppen tilbake til ordinære mottak fordi de tilhører en av disse gruppene og derfor likevel snart skal flytte eller uttransporteres.

På de enkelte FAene varierer tallene noe. Dale er mest ekstreme på den ene siden med 44 % av beboerne med endelig avslag, og 22 % av beboerne med positivt vedtak. På den andre siden finner vi Setermoen, der kun 11 % har endelig avslag, og tilsvarende andel (11 %) venter på bosetting.

Figuren viser også at det totalt er halvparten av beboerne som er inne i søknadsprosessen; enten ved at ikke har fått svar på søknaden (24 %), eller en har fått avslag men har søkt om utsatt iverksettelse eller har en ikke avklart klagesak (26 %). Figuren viser også at Setermoen utmerker seg ved at 78 % av beboerne har fått avslag men har enten søkt om utsatt iverksettelse eller har en ikke avklart klagesak<sup>15</sup>.

## 4.5 Telling av plasser

Flere av beboerne i FA har familier sammen med seg. Praksisen med hensyn til hvordan dette gjør utslag på tellingen av antall besatte plasser i FA varierer:

<sup>15</sup> Det opplyses fra regionkontor nord at disse fikk arbeidstillatelse i oktober 2007.

- (1) Kun den som har behov for ekstra bistand teller
- (2) Hele familien kan være tellet med i starten, mens man så etter hvert ”skriver ut” den delen av familien som ikke har behov for bistand.
- (3) Hele familien teller når man teller opp antall plasser som er belagt i FA.

Det er liten tvil om at tellemåte (1) gir den største kapasiteten i FA-systemet, mens tellemåte (3) gir den laveste kapasiteten.

Det kan være bygningsmessige årsaker til at tellemåten varierer. Det har imidlertid ikke blitt tatt et klart standpunkt til hvordan tellemåten skal være. Det er opp til den enkelte region å definere dette. Vi vil derfor sterkt anbefale at en kommer fram til ens tellemåte.

En viktig premiss for felles vurdering av hvor mange som skal telles med som FA beboere i en familie, er å bli enige om graden av individrettet og familieinnrettet tilnærming – det vil si i hvilken grad en skal ”behandle” hele familien.

#### 4.6 Beboere i andre mottak med behov for FA-plass

Intervjuer med andre ordinære mottak og helsetjenesten i Bærum<sup>16</sup> har gitt følgende informasjon:

- Mottakslederne ved de ordinære mottakene vi har intervjuet mener det er minst like mange igjen i de ordinære mottakene som hadde hatt behov for en FA-plass som det er beboere i FA. Noe av dette skyldes at det er frivillig å flytte til et annet mottak, og beboerne på Østlandet flytter sjelden frivillig til for eksempel Setermoen. Det betyr at de ordinære mottakene har blitt noe avlastet, men sitter likevel igjen med flere beboere med omfattende behov.

De ordinære mottakene er relativt entydige når det gjelder spørsmålet om frivillighet. De ser gjerne at UDI i større grad benytter styringsretten med hensyn til hvilket mottak beboerne får tilbud om å bo i. Mange mener at UDI i langt større grad kunne sagt ”*du får tilbud om å bo her – ta det eller ikke få noe mottaksplass i det hele tatt*”. På den andre siden mener andre informanter at bruk av styringsretten ville være vanskelig for denne typen mottaksplass, fordi det vil være vanskelig å ha beboere ved FA som egentlig ikke vil være der.

- Løren transittmottak er ifølge informanter fra transittmottak/helsetjenesten i Bærum nesten å regne som en egen FA – selv om

---

<sup>16</sup> Som har ansvaret for helsetilbudet (primærhelsetjenestetilbudet), for alle transittmottakene etter egen avtale med UDI, og gjennomfører dermed blant annet alle første gangs helseundersøkelser.

det også overføres beboere fra Løren til FA i Hobøl. Flere av beboerne på Løren har behov for omfattende bistand, på nivå med den bistanden mange ved FA har behov for.

- Mottaket i Hobøl melder også om at det overføres beboere fra transittmottakene til det ordinære mottaket som ofte har psykiske problemstillinger, og disse er ikke meldt inn som FA-beboere.
- UDI mener at problemstillingene som er skissert fra transittmottakene i noen grad kan skyldes uklarhet i rapporteringslinjene pga. omorganiseringer; omorganiseringer som gjør at både transittmottakene og mottaket i Hobøl har fått ulike "regionkontor"<sup>17</sup> å forholde seg til.

#### 4.7 Forskjeller mellom regionene

De fire FAene som er opprettet er ment å skulle dekke hver sine regioner:

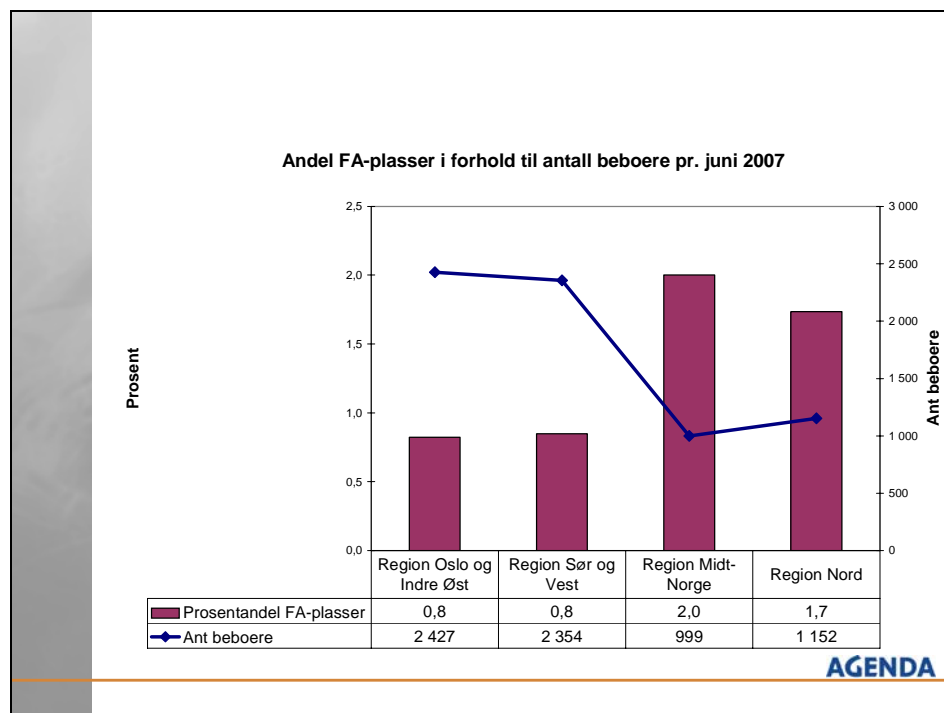
- Mottak i region Oslo og Indre Øst skal dekkes av FA-plassene ved mottaket i Hobøl kommune (Hobøl mottak)
- Mottak i region Sør og region Vest skal dekkes av mottaket i Sandnes kommune (Dale mottak)
- Mottak i region Midt-Norge skal dekkes av mottaket i Levanger kommune (Leira mottak)
- Mottak i region Nord skal dekkes av mottaket i Bardu kommune (Setermoen mottak).

Vi har beregnet hvor stor andel FA-plasser utgjør i forhold til antall beboere i hvert av de fire områdene. Beboerantallet er stadig under endring – vi har tatt utgangspunkt i tallene for juni 2007. Resultatet er vist i figur 4.3.

---

<sup>17</sup> Skrevet i anførselstegn, fordi transittmottakene før delingene av direktoratet var underlagt transitteneheten, som ikke egentlig var en region.

---



Figur 4.3 Andel FA-plasser av plasser med beboere pr. juni 2007, inklusive beboere i transittmottak og ventemottak.

Figur 4.3 viser at det er over dobbelt så stor dekning av FA-plasser i regionene Midt-Norge og Nord sett i forhold til de øvrige regionene. Dersom det skal opprettes flere slike plasser, bør de med andre ord lokaliseres til Oslo og Region Sør, som ikke har noen egne FA i regionen.

Hvorvidt den skjeve fordelingen av plasser har konsekvenser for tilgjengelige plasser, skal vi komme tilbake til i kapittel 5 der vi ser nærmere på rutinene for flytting til og flytting fra FA.

## 4.8 Oppsummering og konklusjon

Gjennomgangen har vist følgende:

- Pr. juli i 2007 var det seks ledige plasser ved FA. Det er imidlertid mulig at behovet for plasser vil øke dersom man overfører flere fra transittmottak i stedet for å vente til de er plassert i ordinært mottak.
- Beboerne ved FA er i målgruppen for den politiske bestillingen av beboerne. Det iverksettes imidlertid alternative tiltak for de mest utagerende og de med rusproblematikk.
- Det er liten gjennomstrømning for FA-plassene, 39 % av beboerne har bodd ved FA siden opprettelsen.

- Halvparten av dagens beboere har enten fått endelig avslag, midlertidig opphold eller positivt vedtak og skal bosettes. Raskere uttransportering og raskere bosetting etter at vedtak er fattet er derfor viktige tiltak for å øke gjennomstrømmingen i FA.
- Plassene telles forskjellig, fra kun den ene beboeren som har behov for bistand, til hele familien.
- Fra de ordinære mottakene fortelles det om et større behov for FA enn det som er av tilgjengelige plasser i dag. Overføringen til FA vil imidlertid neppe øke vesentlig dersom man ikke benytter styringsretten for plassering av asylsøkerne. Dette er imidlertid langt fra uproblematisk å gjennomføre, dersom andelen lite behandlingsmotiverte tvangsflyttede beboere ved FA blir stor.
- Gjennomgangen har også vist at kapasiteten varierer sterkt mellom regionene.

Gjennomgangen har med all tydelighet vist at det er enkelte tiltak som kan iverksettes for å øke kapasiteten ved FAene:

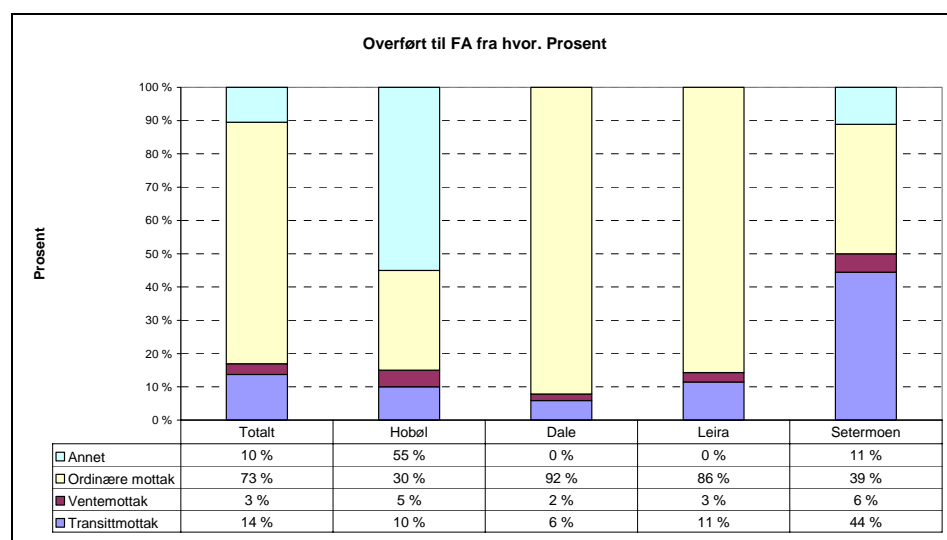
- Med utgangspunkt i målsettingene for FA bør beboere i langt større grad enn i dag overføres til ordinære mottak i den grad det er mulig og/eller forsvarlig. Det er imidlertid reist spørsmål om målsettingen om at FA bare skal være et midlertidig oppholdssted er fornuftig for mange av beboerne.
  - FA-plassene bør telles på samme måte, og da fortrinnsvis på en slik måte som gir størst mulig kapasitet.
  - Dersom kapasiteten skal økes ytterligere, bør det skje ved at det plasseres FA i Oslo og Region Sør.
-

## 5 Inn og ut av FA

I dette kapitlet skal vi se nærmere på rutine for søking av asylsøkere over til FA, og for overføring fra FA tilbake til ordinært mottak. Vi skal også se nærmere på hvor de som flytter ut fra FA faktisk flytter, samt gjengi noe av diskusjonene knyttet til utflytting.

### 5.1 Til FA fra hvor?

Da vi startet arbeidet med evalueringen av FA var vår hypotese at de fleste av beboerne ved FA var innsøkt fra transittmottakene. Her foretas en helseundersøkelse, og vi regnet med at de som hadde behov for å være på FA ville bli fanget opp der. Vi har derfor sett nærmere på hvor de som har bodd og bor på FA har blitt overført fra. Prosentfordelingen er gjengitt i figur 5.1.



Figur 5.1 Flytting fra mottak til FA

Figuren viser at totalt 73 % av beboerne ved FA har vært på ordinært mottak før de kommer til FA. Det er spesielt Dale og Leira dette gjelder for. For Setermoen og Hobøl er det annerledes:

- Beboerne ved FA i Hobøl kommer i overkant av halvparten av beboerne fra ”annet”. Dette er i hovedsak institusjoner/sykehus. De har vært innskrevet ved transittmottak eller ordinært mottak.
- FA på Setermoen har den største andelen beboere som kommer direkte fra transittmottak.

Totalt sett viser oversikten at det blir flytting i hvert fall til tre steder for flertallet av beboerne ved FA. Våre informanter er helt tydelige på at det hadde vært en fordel å redusere antall flyttinger både av hensyn til

effektiviteten i mottakssystemet og av hensyn til den enkelte asylsøker, spesielt for beboerne i FA.

## 5.2 Rutiner for å søke beboere inn i FA

Rutinene for å søke beboere inn i FA oppleves av mottakene som enkle og rasjonelle. I all hovedsak foregår det på følgende måte:

- Det er tre mulige starter:
  - Beboeren selv søker seg over til FA. Dette gjøres i så fall via mottaket hvor vedkommende bor
  - Hjelpemiddelet initierer en søknadsprosedyre
  - Mormottaket<sup>18</sup> mener det kan være fornuftig med overføring til FA
- Mormottaket kontakter deretter regionkontoret og diskuterer muntlig om en beboer bør overføres til FA. Diskusjonen er knyttet til den enkelte beboers problemstillinger og om vedkommende vil passe inn i FA.
- Regionkontoret tar også kontakt med FA i regionen, for å undersøke om vedkommende asylsøker kan være aktuell. Da hender det at mottaket råder regionkontoret til ikke å plassere vedkommende, fordi vedkommende vil påvirke miljøet i negativ retning. Et råd som regionkontoret ofte følger.
- Etter at man blir enig om at det bør søkes om overflytting, fortsetter mormottaket med en skriftlig søknadsprosedyre på et fastlagt skjema. Dette sendes over til regionkontoret.
- Regionkontoret vurderer søknaden, og forsøker å finne plass for vedkommende i egen region. Plass kan finnes ved at det enten er ledig, eller ved at nåværende beboere flytter ut av FA.
  - Region Sør kan henvende seg direkte til andre regioner og mottak uten å gå veien om region Vest, der FA for region Sør befinner seg.
- Dersom regionkontoret ikke finner plass i "eget" FA kontaktes de øvrige regionene pr. telefon, med sikte på å finne egnet plass utenfor egen region. Dersom det ikke finnes ledige plasser settes vedkommende på venteliste.
- Deretter sendes det svar tilbake til beboeren med eventuell tilbud om plass.
- Dersom beboeren velger å flytte til den tilbudte plassen, ordner mottakene dette gjennom prosedyrer som også benyttes for overflytting mellom ordinære mottak. Den kommunale

---

<sup>18</sup> Mottaket asylsøkeren bor i før overflytting til FA

---



helsetjenesten for fraflyttingskommunen oversender helseopplysninger til helsetjenesten i tilflyttingskommunen.

- Det settes i liten grad mål for oppholdet ved innflytting i FA.

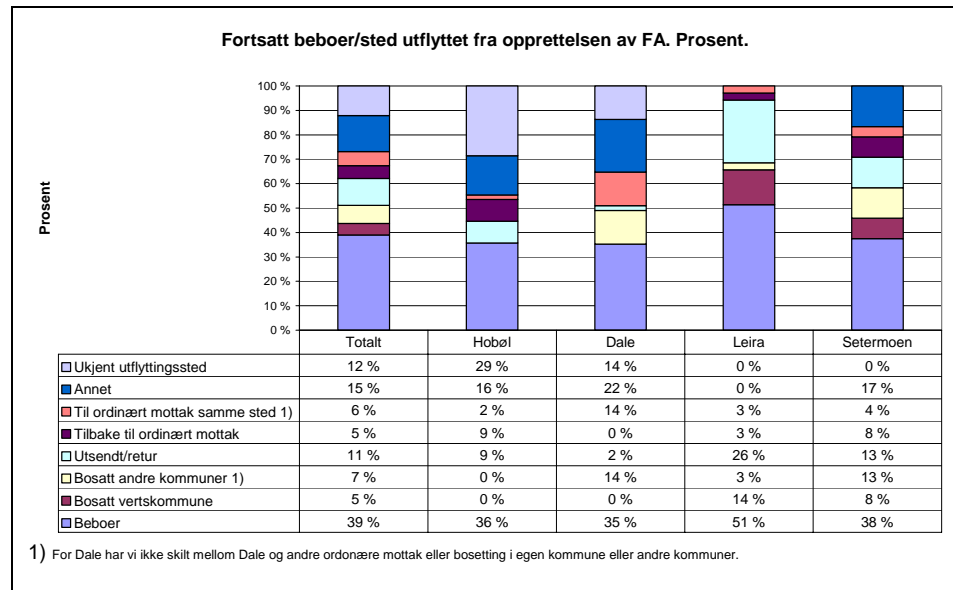
Når andre enn asylsøker selv søker plass i FA, blir søkeren sjelden informert i forkant av søknaden. Vedkommende får informasjonen først når plass tilbys. Flytting til FA er frivillig. UDI benytter sjelden styringsretten sin i like stor grad ved flytting til FA som ved plassering i ordinære mottak. ”Du får dette tilbudet og ikke noe annet” er en mulig innfallsvinkel som ikke benyttes.

De mottakslederne vi har snakket med, har meddelt at det er flere som takker nei til FA-plass enn det er beboere som takker ja. Noe av begrunnelsen er at beboerne ikke ønsker å flytte generelt, andre begrunnelser er at den tilbudte FA-plassen ligger langt unna mottaket, eller for langt nord i landet.

Vi får opplyst at det er noe varierende rutiner vedrørende når mottaket får informasjon fra det mottaket de kommer fra. Fordi asylsøkeren ofte kommer først, foregår mye informasjon muntlig. Dette henger sammen med når, og hvor fort ting skal skje. I overføringsfasen forsøker man å innhente så mye informasjon som mulig. Samtidig oppfordres helse-tjenesten på avsenderstedet om å sende helseopplysningene til den andre kommunen. Den direkte informasjonsoverføring mellom mottakene, uten å gå via regionen, anses som den beste og mest hensiktsmessige.

### 5.3 Fra FA til hvor?

Den opprinnelige tanken med FA var blant annet at FA skulle være et botilbud av begrenset varighet, og at beboerne skulle flytte fra FA og tilbake til motmottaket. I figur 5.2 viser vi hvor beboerne i FA har flyttet. Figuren viser også hvor stor andel av de som har flyttet til FA i siden etableringen i 2005 som fremdeles bor ved FA.



Figur 5.2 Utflytting fra FA - siden etablering i 2005. Tall pr. juni 2007

Figur 5.2 viser følgende:

- Den største andelen av de som har flyttet til FA i løpet av perioden bor der fremdeles.
- Det er bare til sammen 11 % av beboerne som har flyttet til et ordinært mottak (mormottaket eller mottak samme sted som FA). Dale er det mottaket som har høyest andel beboere som har flyttet til ordinært mottak (14 %), Leira har lavest andel (6 %).
- Kategorien ”annet” er den nest høyeste. Her finner vi flytting til blant annet privat og fengsel, og ”forsvunnet”. Svært mange av de utflyttede hører til denne kategorien.

Figuren viser med all tydelighet at det er en liten andel som flyttes fra FA med mindre det dreier seg om ”tvungen” flytting (utreise/retur, bosetting, fengsel og lignende.)

## 5.4 Rutiner for å flytte fra FA

Manglende overføring av beboere til ordinære mottak kan ha sammenheng med at det i liten grad finnes rutiner for utflytting fra FA. Fordi det i liten grad settes noen mål for oppholdet når beboerne ankommer, er det heller ikke rutiner for på hvilket tidspunkt man skal evaluere situasjonen.

Regionene og FAene har imidlertid lister over hvilke beboere som kan flytte dersom man har behov for plassen til en annen.

Når flytteprosessen er i gang, følges gjerne den normale flytteprosedyren som brukes ved flytting mellom ordinære mottak.

## 5.5 Drøftinger om flytting fra FA

I intervjuer og på dialogkonferansen har vi drøftet hensiktsmessigheten med utflytting fra FA og tilbake til mormottaket.

Generelt er det de ansatte ved FAene som ser størst problemer med tilbakeføring til mormottaket eller overføring til andre mottak. Det skyldes følgende forhold:

- De ansatte hevder at beboerne har behov for kontinuitet. Det tar tid å bygge opp tillit, både for de ansatte i mottaket og for helse-tjenesten. Tillit anses å være viktig i behandlingen av beboerne.
- Ventetiden for å få satt sammen et behandlingsopplegg er på ca. ½ år. Det vil være lite hensiktsmessig å flytte beboere fra FA for at de skal vente nye seks måneder på et behandlingsopplegg et nytt sted.

Gjennom intervjuene har vi inntrykk av at representanter fra psykisk helsevern<sup>19</sup> er mindre restriktive enn FA-ansatte med hensyn til flytting. Vår erfaring er videre at RVTS er mer nyansert, og mener at i de tilfellene tillit er viktig og man har et behandlingsopplegg som omfatter livshistorien, bør man unngå flytting. Problematikken til den enkelte FA-beboer kan være så komplisert at det tar lang tid i behandling eller terapi.

Uansett kan det være et poeng å ha rutiner der behandlingsapparatet også er involvert når man drøfter overføring til ordinære mottak.

## 5.6 Bosetting

Som vi har vist utgjør bosetting ca. 11 % av utflyttingsårsakene, hvorav ca. halvparten er til vertskommunen for FA og den andre halvparten til andre kommuner.

En gjennomgang av utflyttede fra FA i Dale viste at de som har flyttet til andre kommuner enn vertskommunen, gjerne er bosatt i kommuner i randsonen av vertskommunen. Det gjør det enkelt for asylsøkerne å opprettholde kontakten med behandlingsapparatet som ble etablert mens de bodde på Dale.

En sentral problemstilling er om det er vanskeligere å få bosatt beboere fra FA enn fra ordinært mottak. Noen hevder at det ikke er vanskeligere å få bosatt personer fra FA, snarere tvert om. Disse beboerne er så godt utredet før bosettingen, at det faktisk blir enklere å få bosatt denne gruppen. Kommunen overtar et helt behandlingskonsept, i stedet for å måtte starte helt på nytt.

---

<sup>19</sup> Dvs fra DPS/ psykiatriske sykehus innenfor spesialisthelsetjenesten

Andre hevder på sin side at det er vanskeligere å bosette de som har bodd på FA. Årsakene til dette er frykt for mennesker med problemstillinger som rus og psykiatri. Det er også frykt for at beboerne ved FA med sine problemer kan føre til store omsorgsbehov med mer som kan belastte kommunens økonomi. Et virkemiddel for å redusere den økonomiske belastningen er at kommunene nå får større deler av utgiftene til store omsorgsbehov finansiert fra staten, ved at en kan bruke integrerings-tilskudd som kommunens egenfinansiering ved beregning av tildeling av tilskuddet til svært ressurskrevende brukere.

Vi vil imidlertid til slutt bemerke at det er svært få som er bosatt, og det derfor kan være vanskelig å trekke bastante konklusjoner på bakgrunn av de få erfaringene man har til nå.

## 5.7 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi sett følgende:

- I all hovedsak kommer beboerne ved FA flyttende fra ordinære mottak. Det er en svært liten andel som blir ”silt” ut allerede i transitt-prosessen.
- Rutinene for å søke beboere inn i FA er klare for de ordinære mottakene. Rutinene for flytting mangler imidlertid en drøfting av hva som skal være målet for oppholdet ved FA.
- Det er kun en liten andel som flytter fra FA tilbake til ordinære mottak. Den største andelen beboere fra etableringen av FAene, bor fortsatt på FAene.
- Det mangler rutiner for vurdering av utflytting fra FA. Når selve flyttingen faktisk skjer følges stort sett samme rutiner som ved flytting mellom ordinære mottak.
- Ansatte ved FA vil i større grad enn enkelte av informantene innenfor psykisk helsevern beholde beboerne ved FA, de ser færre muligheter for utflytting. Samtidig hevder RVTS at det er behov for et behandlingsopplegg som krever tillitt; noe som gjør det vanskelig å flytte beboerne. Lange ventetider for å få til et behandlingsopplegg reduserer også antall flyttinger.

Etter vår vurdering er følgende forhold viktige med hensyn til inn- og utflytting av FA:

- Manglende målformuleringer for oppholdet og evaluering av om målet er nådd.
  - Ved både fastsetting av mål og ved evalueringen bør man vurdere å ha med flere enn beboeren selv og de ansatte ved mottaket. Fastlege og/eller behandlere fra psykisk helsevern kunne vært nyttige bidragsytere i vurderingene

- Det hadde vært en fordel for beboerne om flere hadde flyttet til FA direkte fra transittmottak, slik at man hadde unngått minst en flytting. Det er imidlertid ikke rimelig å forvente at alle FA-beboere blir fanget opp i transittmottaket.

## 6 Innholdet i tilbudet

### 6.1 Forsterket avdeling

#### 6.1.1 Botilbud eller behandlingssted?

I løpet av evalueringen har det vært én problemstilling som har dukket opp til stadighet:

*Hva er en forsterket avdeling?*

Er det et rent botilbud med døgnbemanning? Er det et behandlingssted? Er det noe i midten et sted? Det er mange innfallsvinkler til svaret:

- Begrepet ”forsterket avdeling” indikerer at det er noe mer enn et botilbud. Begrepet medfører at enkelte sentrale rikspolitikere mener at dette er et sted som man skjerner befolkningen for farlige asylsøkere<sup>20</sup>. Samtidig oppfatter også psykisk helsevern at begrepet indikerer en eller annen form for behandling.
- Kravet om at det skal være ansatt psykiatrisk sykepleier i FA kan antyde at dette skal være noe mer enn et botilbud med ansatte på heldøgns basis. I tillegg er det ansatt sykepleiere og andre med helse- og sosialfaglig utdanningsbakgrunn.
- På forskjellig måte deles det ut medisiner ved alle FAene. Heller ikke dette tyder på et rent botilbud.

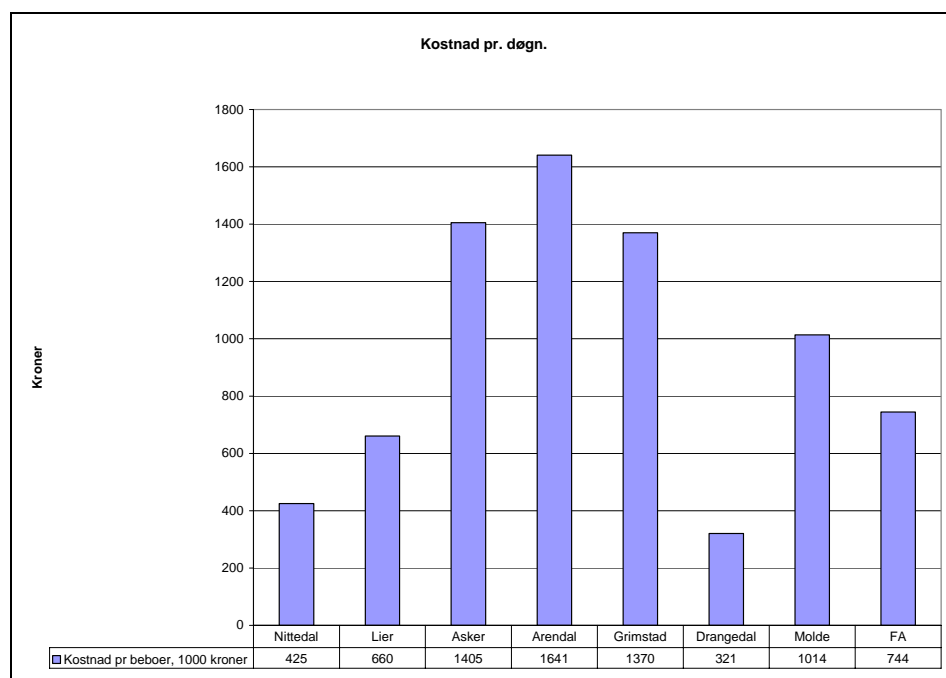
På dialogkonferansen ble det også åpenbart at det ikke er helt klart for FAene selv hva som er mandatet. Er det et botilbud, eller er det noe mer? Dersom FA er en behandlingsinstitusjon er det krav om godkjenning.

Det nærmeste vi har kommet å sammenlikne FA med, er kommunale omsorgsboliger med personalbase (døgnbemanning). Fordi flesteparten av de som bor i FA har psykiske lidelser, har vi sammenliknet med data for omsorgsboliger bebodd av personer med psykiske lidelser. Gjennom mange oppdrag har vi samlet data over kostnadene pr. beboer i slike omsorgsboliger. Dataene er samlet inn i de siste tre årene.<sup>21</sup> I figur 6.1 viser vi kostnadene pr. beboer for kommunale omsorgsboliger og pr. beboer i FA. De kommunale boligene er boliger med heldøgns

<sup>20</sup> Jfr. avisoppslag i forbindelse med løslatelsen av en asylsøker dømt for drapsforsøk, som først ble plassert på et ordinært mottak. FrPs formann Siv Jensen gikk blant annet sterkt ut og sa at det var nettopp for slike personer man hadde opprettet forsterket mottak. Det hører med til historien at vedkommende asylsøker fikk tilbud gjennom BOI (omsorgsbolig med forsterket bemanning). Tilbudet er frivillig, vedkommende har flyttet ut og bor nå på ukjent adresse..

<sup>21</sup> Det finnes ikke data innsamlet for hele kommune-Norge på dette området. Vi er derfor henvist til å benytte data vi har samlet spesielt inn gjennom oppdrag, noe som begrenser utvalget av kommuner.

bemanning (med personalbase), og utgifter som er dekket inn er bistand i boligen, boveiledning, hjemmetjeneste og miljøarbeid.



Figur 6.1 Kostnad pr. beboer pr. år i kommunale omsorgsboliger bebodd av personer med psykiske lidelser og i FA (gjennomsnitt).

Figur 6.1 viser følgende:

- Det er store variasjoner i kostnadene pr. døgn i de kommunale omsorgsboligene, fra kr 320 i Drangedal til ca. kr 1 600 i Arendal.
  - Disse store forskjellene mellom kommunene skyldes noe ulik organisering, at beboerne har svært ulike behov – og at personalfaktoren derfor varierer svært mye.
- Kostnadene pr. beboer i FA som vi i kapittel 3 beregnet til kr 744 pr. døgn (inkludert kr 24 i ekstrakostnader) ligger
  - på omtrent samme nivå som kostnadene for omsorgsboligene i Lier
  - klart lavere pr. beboer enn Asker, Arendal og Grimstad
  - noe høyere enn de kommunene som ligger lavest

Driftskostnadene ved boligen inngår i tallene for de kommunale omsorgsboligene<sup>22</sup>, men inngår ikke i tallene for FA. Figuren kan likevel tjene som en illustrasjon.

<sup>22</sup> Driftskostnadene dekkes av beboerne selv

FAene gir på mange måter det samme tilbudet som omsorgsboligene ved at bistanden i boligene er individuelt tilpasset og baserer seg på miljøterapi. Samtidig er det en stor forskjell ved at omsorgsboligene er en del av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og har et samarbeid med ulike aktører innen den kommunale tjenesteproduksjonen. Selv FAer med kommunal driftsoperatør er ikke i like stor grad integrert i denne type tjenesteproduksjon, mottakene og FAene er særtjeneste.

I intervjuer med ansatte i kommunene har vi fått beskrevet FAene som en omsorgsbolig med forsterket ressursinnsats til psykisk helsearbeid. Vi ser ikke bort fra at det kan være den rette betegnelsen. Når det gjelder navnevalg er det svært viktig å formidle hva innholdet er. Annet aktuelt forslag kan derfor være mottak med døgkontinuerlig personalbase.

### **6.1.2 Som en avdeling i et ordinært mottak**

Alle de fire FAene er avdelinger i et ordinært mottak. Avdelingene har egne innganger, og kan dermed skjermes fra det ordinære mottaket.

En av problemstillingene vi har undersøkt var hvordan det fungerer å ha FA som en del av ordinært mottak. Alle de fire mottakene var udelt positive:

- Det blir et større sosialt fellesskap for beboerne ved FA fordi de kan delta i aktiviteter i det ordinære mottaket
- Beboerne ved FA kan lettere finne et språklig fellesskap med andre beboere, fordi det er mange beboere totalt
- Beboerne ved FA får anledning til å omgås andre, ikke bare de med psykiske lidelser
- FA-beboerne kan få støttespillere på det ordinære mottaket
- Det ordinære mottaket nyter selvsagt godt av at det er bemanning ved FA hele døgnet
- Overfor lokalmiljøet er det bedre med en avdeling i et ordinært mottak enn et rent forsterket mottak

Noen negative erfaringer er det også:

- Barna ved mottaket (enten ved FA eller i det ordinære) kan oppleve negative episoder ved sterk utagering m.v.
- Barn som bor på FA kan bli stigmatisert og mobbet

### **6.1.3 Boligmassen**

Mottakene har boligtilbud enten samlet innenfor en ramme som tilsvarer en tradisjonell avdeling på siden av det ordinære mottaket, eller de har desentrale tilbud der beboerne kan bo sammen med familien.

---



#### 6.1.4 Medisinutdeling

Det er beboerne selv som i prinsippet har ansvaret for å ta medisinen foreskrevet av lege. For beboere som må ha hjelp for å ivareta dette ansvaret (gjelder de aller fleste beboere ved FA) må det være helsearbeidere med autorisert kompetanse som står for medisinutdelingen.

Ved alle FAene er det personalet ved FA som står for medisinutdelingen:

- Ved tre av FAene er det en sykepleier som legger medikamentene i dosetter. Ved et av mottakene doserer hjemmetjenesten medisinene
- Dosettene oppbevares i beboernes rom/leiligheter
- Personalet som er på vakt sørger for at beboerne tar medisinene sine

Mottakene samarbeider med kommunehelsetjenesten om medisinkurs. Personalet ved FAene har etter hvert gjennomført eller skal gjennomføre slike kurs. Kursene er et krav for at de ansatte som ikke er sykepleiere skal kunne bistå med medisinutdeling. Personalet i FAene opplever arbeidet med å legge medisiner i dosetter som tidkrevende.

Når innbyggere i kommunen har problemer med å administrere medisinene selv er det i prinsippet kommunehelsetjenesten som har ansvaret for å hjelpe pasienter med medisineren. At det er mottakene som står for medisinutdelingen skyldes en kombinasjon av praktisk art og at den forsterkede avdelingen har den kompetansen som skal til. Det betyr at mottakene her har påtatt seg en oppgave som ikke eksplisitt følger av kravspesifikasjonen, men som er en konsekvens av krav om kompetanse og hva som er praktisk. For øvrig er det også slik at arbeidsfordelingen mellom omsorgsboligene bebodd av personer med psykiske lidelser og hjemmetjenesten i de aller fleste kommunene vi har referert til tidligere, fungerer på denne måten.

- I Levanger, med kommunalt mottak, er det ikke noen diskusjon da mottaket også bruker kommunens tildelte ressurser (siden mottaket tilføres vertskommunekompensasjonen) til blant annet helse- og omsorgstjenester.
- I Hobøl har mottaket helt bevisst overtatt denne oppgaven, for å lette arbeidet for kommunen

#### 6.1.5 Aktiviteter

Flere av FAene har egne aktivitetsplaner for hver eneste dag. De inneholder aktiviteter som turer, kinobesøk, bowling osv. Det er forskjellige hobbykurs, for eksempel malekurs, og det er opplegg med felles frokost.

I tillegg er beboerne invitert på aktiviteter for det ordinære mottaket. Representanter for beboerne i FA sitter også i samarbeidsrådet i det

ordinære mottaket, og har ansvar for fellesoppgaver som beboerne i ordinært mottak.

I Hobøl har FA og den ordinære avdelingen felles aktivitetsplan som på mange måter likner aktivitetsplanen i Dale. Ved Leira er det lagt opp til diverse aktiviteter som vasking, felles måltid i helg, turer i nærmiljøet, felles handledag, bruk av PC osv. FA-beboerne tar også del i aktivitetene ved det ordinære mottaket. De enkelte får også oppfølging etter deres individuelle behov.

Ved Setermoen er det en fast ukeplan som beskriver aktiviteter. Her kan nevnes fotball/basket og volleyball, datarom, norskopplæring, informasjonsprogram, bowling, turer m.v. Det er felles plan for FA og mottaket for øvrig.

Det er enighet om at både beboerne som er veldig syke får den oppfølgingen de skal ha, og at de friskeste kan delta i lokalsamfunnets tilbud. Men enkelte hevder at de som er ”mellomgruppen” ikke får like bra tilbud. Vår gjennomgang underbygger denne vurderingen.

Samtidig hevdes det fra mottakene at UDI har for høye forventninger til aktiviteter ved FAene med dagens bemanning. Man kan ikke, av sikkerhetshensyn, være kun én på avdelingen om dag og kveld. Så for å øke aktivitetsnivået må man også øke bemanningen med én på de tidspunkt aktivitetene skal foregå.

### **6.1.6 Oppfølging**

Ved flere av FAene er det innarbeidet tiltakskjede, systematisk miljøterapeutisk tilnærming som består av:

- Kartlegging og observasjon
- Konkrete tiltak
- Henvisninger
- DPS
- Parallelt med henvisning til DPS evalueres iverksatte tiltak ved FA
- Rapport utarbeides ved FA og oversendes UDI

Målsettingen med dette miljøarbeidet er først å skape stabilisering og ro i situasjonen. Deretter må man få en status på beboernes situasjon, før man innhenter viktig opplysninger og dokumentasjon. Videre må man ha et pågående arbeid etter eventuell omlegging eller utvikling hos den enkelte beboer.

Vår erfaring fra forskjellige omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser i kommunene er at det er viktig for en god miljøterapeutisk tilnærming til brukerne at man har en systematisk miljøterapeutisk tilnærming.

---

## 6.2 Kommunehelsetjeneste

En del av beboerne ved FA har fastlege. For mange ivaretar tilsynslegen ved helsekontoret ”fastlegefunksjonen” for en del beboere. Uansett om det er fastlege eller tilsynslege som ivaretar legefunksjonen for den enkelte beboer, er det viktig at beboerne har én lege de forholder seg til, og som ivaretar kontinuiteten. Vårt inntrykk er at det er problemer med å få stabilitet over tid i tilsynslegefunksjonen ved tre av mottakene. Det kan også bety at beboerne må skifte lege.

Ved alle mottakene er det helsekontor som er åpen for alle beboerne, enten de bor i ordinært mottak eller i FA. Ved mottaket i Dale er det en direkte forbindelse mellom mottaket og helsekontoret ved at en av helsesøstrene er ansatt delvis av kommunen og delvis av mottaket. Det gjør at vedkommende deltar på interne møter begge steder, noe som letter kommunikasjonen.

Et annet grep som letter kommunikasjonen mot helsevesenet, og også kommunehelsetjenesten, er at det er en helsefaglig kompetent person ved mottaket som tar kontakt med helsetjenesten og fastleger.

Et av de problemene mottakene har, er knyttet til anskaffelse av hjelpemidler. Asylsøkerne har ikke rett på slike hjelpemidler gjennom trygdeavgivningen, selv om behovet er der. Praksis vedrørende hvorvidt en får hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralene varierer fra sted til sted. Mottakene forsøker å skaffe nødvendige hjelpemidler så godt det lar seg gjøre.

## 6.3 Spesialisthelsetjeneste

Beboerne har behov for både somatisk og psykiatrisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Kontakten med den somatiske spesialisthelsetjenesten ser ut til å gå rimelig smertefritt. Vi har derfor lagt forholdsvis liten vekt på den i denne evalueringen.

Vi har tidlige nevnt at FAene ikke driver ”behandling”, men miljøterapi. Beboerne i FA er dermed avhengig av andrelinjetjenesten for å få behandling.

Behandlingen utføres av både sykehus og DPS. Grensen for hva som går til DPS og hva som går til sykehuset er at DPS har noen begrensinger vedrørende hvem en kan ta i mot, blant annet i forhold til tvang. For både polikliniske konsultasjoner og innleggelse kreves det henvisning fra lege på vanlig måte.

Ved innleggelse tar FAene kontakt med fastlege eller legevakt som vurderer og eventuelt legger inn pasienten. Ved flere sykehus er det også

akutt-team. Disse teamene har imidlertid ikke alltid mulighet for å rykke ut på kort varsel.

Ved DPS arbeides det for å forebygge utvikling og forverring av akutte sykdommer m.v. I dette arbeidet er det blant annet sentralt å følge opp medisiner og behandling.

I dette arbeidet er det ofte en stor utfordring med språk- og kulturbarrierer. Det er ikke alltid mulig å få tolketjenesten på annen måte enn pr. telefon, og språket skaper dermed en stor utfordring i forhold til hvilken hjelp som blir gitt.

### 6.3.1 Individuell plan

Alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra helse- og/eller sosialtjenesten har rett på en individuell plan, men ordningen er i liten grad benyttet for beboerne i FA. Erfaringene så langt er at det er sjelden at beboerne har en individuell plan. Ved alle FAene tilstreber en imidlertid å ha tilpasset individuell kartlegging/tiltaksplan for alle. Dette er en plan som skal ivareta brukernes behov ut fra oppholdet i FAene. Starter m/obs. v/døgnrytmeplan som videreføres i form av en tiltaksplan.

### 6.3.2 Kompetanse

Vår gjennomgang tyder på at det ved mottakene og RVTS er enighet om at det er noe manglende kompetanse innenfor psykisk helsevern. Det gjelder spesielt kompetanse om de spesielle traumene den enkelte asylsøker kan ha, gitt den situasjonen vedkommende kommer fra.

For sykehusene er det ofte tidkrevende å bygge opp kompetanse på de ulike områdene. Det er derfor viktig at sykehusene aktivt prioriterer dette arbeidet, gjerne i en dialogprosess med UDI.<sup>23</sup>

Gjennomgangen har også avdekket at det for sjelden benyttes tolk til stede på sykehuset. Årsaken til noe lav bruk av tolk kan være tilgjengelighet. I slike tilfeller benyttes ofte tolk pr. telefon. Vi får også opplyst at enkelte vurderinger blir foretatt på bakgrunn av klinisk observasjon. Manglende språkforståelse kan dermed bidra til å gjøre kommunikasjonen vanskelig. For pasientene kan det bety at behandlingen blir dårligere.

Selv om flere påpeker manglende kapasitet og kompetanse innenfor traumebehandling er det ikke nødvendigvis dette som utgjør den største kompetansemessige problemstillingen. Manglende avklaring av felles forventninger og felles forståelse (der språkproblematikk og kvalitet på

---

<sup>23</sup> RVTSene har som sin viktigste oppgave å drive kompetanseutvikling i tjenesteapparatet, inklusive i psykisk helsevern. De er faktisk etablert med det for øye. Det synes likevel ikke å være tilstrekkelig foreløpig.

---

tolketjeneste er viktig) er en minst like stor utfordring, da en opplever at manglende traumekompetanse også brukes som begrunnelse når problemstillingen er vanlig psykose eller atferdsavvik. Fastere samarbeid både mellom institusjoner, men også mellom enkeltpersoner, beskrives som en god tilnærming for at DPS/sykehus og behandlerne kan øke sin kompetanse.

## 6.4 Rett til og behov for

En av de problemstillingene UDI har vært spesielt opptatt av å få svar på er om asylsøkerne får et dårligere tilbud enn de har behov for. Særlig gjelder det asylsøkere som har fått avslag.

Vår gjennomgang tyder på at ved akutt behandling skilles det ikke på om brukerne har fått avslag, har sak til behandling eller har fått oppholdstillatelse. Når det gjelder elektiv behandling innenfor psykisk helsevern ser det ut til at det innenfor tre av fire FAer ikke gjøres forskjeller med hensyn til hvor beboerne er i søknadsprosessen. Ved det fjerde peker man på at asylsøkere med avslag ikke uten videre har samme rettigheter som andre, og at de heller ikke får det samme tilbudet.

### 6.4.1 Primærhelsetjeneste og trygderefusjoner

Noen av FAene er kritiske til tilbudet fra fastlegene, som de mener ikke er gode nok til å se helheten, i tillegg til at det er språkbarrierer mellom pasient og lege. FA i Dale har en fastlege/tilsynslege ved helsekontoret som også er psykiater, og selv innvandrer. Fra Dale meldes det ikke om tilsvarende problem som ved de andre mottakene på dette området.

På enkelte områder har beboerne ved FAene et problem knyttet til behovene:

- Medisinene kan oppleves å være så dyre at beboerne ikke kjøper. Eksempel på dette kan være tilfeller hvor beboerne har begrensede rettigheter. I slike tilfeller betaler FAene for medisiner, legetgifter transport m.v. Mottaket søker deretter refusjon fra UDI.
- Trygdekontoret dekker ikke utgifter til hjelpemidler og til reise til og fra behandlingssted. UDI og mottakene forsøker å dekke utgiftene i stedet.

### 6.4.2 Spesialisthelsetjenesten

Tre av fire FAene melder om at det ikke er noen forskjell i behandlingen av de som er i søkeprosessen og de som har fått avslag i elektiv behandling innenfor psykisk helsevern. I regionene til tre av FAene foretar ikke spesialisthelsetjenesten et slikt skille. Helse Nord skal til og med ha uttalt dette aktivt, at et slikt skille ikke skal gjøres.

Så er spørsmålet om alle får det de har behov for. Mottakene er gjennomgående kritiske til tilbudet fra psykisk helsevern, og mener at det generelt er dårlig. Problemene med kapasitet og rask hjemsending er gjennomgående for alle, og ikke bare for asylsøkerne.

Informanter fra spesialisthelsetjenesten og RVTS mener likevel at asylsøkerne i dag ikke får et psykiatrisk tilbud på linje med andre. Dette skyldes imidlertid ikke først og fremst problemstillinger knyttet til rettigheter (dvs endelig avslag etc), men en kombinasjon av:

- Manglende kapasitet og usikkerhet om tilgjengelige metoder virker innenfor traumerettet hjelp.
  - Det er faglig tvil om de metoder en vanligvis bruker innenfor dette fagfeltet er brukbare/har noen effekt for asylsøkere<sup>24</sup>.
- Lang ventetid på psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og flytting mellom mottak medfører ytterligere venting på nytt sted.
- Framtidsutsiktene for asylsøkerne; dvs hvor lenge blir de værende i landet.
- Språkproblemer, blant annet fordi tolkene/språkassistentene ikke er gode nok.
- At disse pasientene ikke nødvendigvis er de som står hardest på for å få behandling, blant annet fordi de ikke har et nettverk de kan spille på.

Noen av våre informanter innenfor psykisk helsevern har trukket opp en spesiell problemstilling de mener bør drøftes:

*Hva slags behandling er det etisk og medisinsk forsvarlig å sette i gang før asylsøkeren har fått opphold?*

Dette er et vanskelig, og viktig, spørsmål. Noen fagfolk forteller at den nødvendige behandlingen kan medføre at man først må sette pasienten langt tilbake for så å bygge vedkommende opp igjen. Eksempel på dette er traumebehandling, som ofte kan ta svært lang tid. Helt uavhengig av spørsmålene om hva asylsøkerne har rett til og behov for, kommer altså spørsmålet om det er forsvarlig å sette i gang tung psykiatrisk behandling overfor personer som kanskje skal, eller som helt sikkert skal, sendes ut av landet, og behandlingen ikke kan fullføres. Da kan pasientene være bedre tjent med at de ikke får den behandlingen.

En av våre informanter etterlyste en gjennomgående drøfting av dette vanskelige spørsmålet, en drøfting han mente burde gjøres i et samarbeid mellom utlendingsmyndigheten og spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>24</sup> Det pågår et forskningsprosjekt om dette nå.

---

## 6.5 Tilbudet til barna

Intervjuene med kommunene og FAene tyder på at barna får oppfølging gjennom skole, av sosialkontakt, miljøterapeut eller liknende. Barna ved FA behandles ikke annerledes enn barna ved det ordinære mottaket.

Barna ved mottakene går i stor grad på lokale skoler. Ved flere av mottakene er det egne innføringsklasser for norskundervisning. Det er organisert samarbeid om barn med spesielle behov. Ved flere av mottakene gis det også leksehjelp.

Barn i asylmottak har samme rett til spesialundervisning m.m. som norske barn. Det kan ta lang tid å få behandlet søknader hos PPT. Selv om kommunene ikke umiddelbart får dekket sine ekstraordinære utgifter innenfor barnevern og skole, er likevel vårt inntrykk at barna får det tilbudet de har behov for.

Mottaket i Leira opplyser at de har individuelt tilrettelagte tiltak, i samarbeid med for eksempel barnevern. Det kan dreie seg om for eksempel forebyggende tiltak. Også alle barna som er beboere ved Setermoen FA har tilbud gjennom barneverntjenesten og/eller BUP.

Det sosiale tilbudet til barna kan variere. Barn blir ofte fort integrert i skole, lærer seg språk og deltar i sosiale settinger. Da kan eksempelvis bursdagsfeiringer bli et problem. Både i forhold til bursdagsgaver, men også i forhold til å ha egen bursdagsfest hjemme. Ved Setermoen er ikke det siste et stort problem, de fleste familiene bor desentralisert i egne hus. Man unngår da et institusjonalisert opphold, og forenkler blant annet det å ha besøk av venner i eget hjem.

## 6.6 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi sett på innholdet i det tilbudet som asylsøkerne får.

I FAene har vi sett følgende:

- Det er uklart for de fleste hva FA egentlig er.
  - Heller ikke for driftsoperatørene er det entydig hva FA egentlig skal være, om det skal være et botilbud med noe forsterket bemanning, eller om det skal være noe mer.
  - Det nærmeste vi har kommet å sammenlikne FA med er kommunale omsorgsboliger med døgkontinuerlig personalbase.
  - Omdøping til f.eks. mottak med kontinuerlig personalbase kan være et bidrag til redusere uklarheten om hva tilbudet er.

- Det ser ut til at det er stor grad av enighet om at det fungerer godt med FA som en del av et ordinært mottak.
- Boligmassen i FAene er både rom i en egen felles enhet, og desentrale enheter. I den siste gruppen plasseres gjerne familier, selv om det bare er én i familien som er beboer i FA.
- FAene står selv for medisintilbudet, selv om det i prinsippet er den kommunale hjemmetjenestens ansvarsområde.
- Aktivitetstilbudet til beboerne i FA er todelt, noe er spesielt for dem, men de kan også delta i aktivitetene ved det ordinære mottaket.

Vertskommunen har eget helsekontor ved alle de fire mottakene. Helsekontorene benyttes av alle beboerne som har behov for det, også beboerne ved FA. Noen av beboerne har fått tildelt fastlege, mens fastlegefunksjonen helt eller delvis ivaretas av tilsynslegen for de øvrige.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er det spesielt psykisk helsevern som fremstår som en utfordring. Personalet ved FAene er ikke fornøyd med det tilbudet som gis, men at det ikke er noen forskjell i behandlingen av de som er i søkeprosessen og de som har fått avslag.

Asylsøkerne i dag får likevel ikke et psykiatrisk tilbud på linje med andre. Dette skyldes imidlertid en kombinasjon av manglende kapasitet og usikkerhet om tilgjengelige metoder virker innenfor traumerettet hjelp, språkproblemer<sup>25</sup> samt tryggheten og framtidsutsiktene for asylsøkerne i lys av søknadsprosessen og ikke først og fremst rettighetsproblematikken. Tett langvarig samarbeid mellom FA og psykiatriske sykehus/DPS beskrives som tiltak som bidrar til å bedre situasjonen over tid; ikke minst bidrar til bedre gjensidig avklaring av forventningene.

Vår konklusjon når det gjelder innholdet i tilbudet til beboerne i FAene er følgende:

- Spesialisthelsetjenesten ser ikke ut til å skille mellom beboere som har søknadsprosessen gående, og de som har fått endelig avslag. Problemstillingen er likevel at det er lang ventetid på psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og flytting mellom mottak medfører ytterligere venting på nytt sted.
- Det bør imidlertid gjennomføres en diskusjon mellom UDI, spesialisthelsetjenesten og tilhørende departementer om hvilken behandling som er fornuftig og etisk forsvarlig å gi til hvilket tidspunkt i søknadsprosessen.

---

<sup>25</sup> Som bla skyldes manglende bruk av og kvalitet på tolketjenesten.

---



## 7 Samarbeidet mellom de ulike aktørene

### 7.1 UDIs regionkontor

Alle FAene beskriver samarbeidet med regionkontorene som godt. Det gjør for øvrig også mottakslederne i de ordinære mottakene.

### 7.2 Kommunen

UDI har opplevd at det har vært vanskelig å få etablert FA i enkelte kommuner. Kommunene kan i utgangspunktet ha vært positive, men har takket nei fordi rammebetingelsene i form av driftsbudsjett og bemanning ble for dårlige. Flere kommuner anså bemanningen for å være for lav i forhold til målgruppene.

Kommuner med private driftsoperatører er ikke fornøyd med informasjonen fra UDI i forkant av etableringen av FA. Lokale politikere og toppadministrasjonen har opplevd at etableringen av FA allerede var avtalt med driftsoperatørene, uten at kommunene har hatt noen innvirkning på det.

I kommuner med kommunal driftsoperatør finner vi ikke problemene nevnt overfor.

Fra kommuner med privat driftsoperatør har vi fått to typer svar vedrørende samarbeid og informasjon nå:

- I en av kommunene ønsker kommunepolitikerne seg mer informasjon og kontakt med UDI og mottaket/driftsoperatør etter etablering av FAet også.
- En av kommunene har ikke noen skriftlig avtale, men formelle møter med ordfører, rådmann, lensmann og eventuelle tjenesteleder (skole, barnevern, helse) hver 6. uke, der rådmannen står for innkallingen. Her har UDIs regiondirektør deltatt på de to siste møtene.

Det viktigste daglige samarbeidet skjer på tjenestenivå:

- Den kommunale flyktningetjenesten har i prinsippet kun ansvaret for flyktninger som er primærbosatt i kommunen.<sup>26</sup> Likevel er

---

<sup>26</sup> Med unntak av Levanger kommune, der mottaket inngår som en del av flyktningetjenesten.

mottakene invitert inn i tverrfaglige grupper med ansvar for flyktninger. Dette er en ordning som det er stor tilfredshet med.

- Vertskommunen har egne ansatte ved *helsekontoret* som arbeider ved mottakene. Helsekontoret benyttes av alle ved mottaket. Fysisk tilstedeværelse av både helsesøstere og tilsynslege gjør at det er enklere å opprettholde kontakten. Det er imidlertid variabelt hvordan fastlegene og/eller tilsynslegen arbeider. Fastlegenes/tilsynslegenes rolle er sentral for å få til en kontinuerlig oppfølging av pasientene. Det er imidlertid enkelte andre forhold som også medvirker til at kommunikasjonen fungerer godt. Et eksempel på dette er at Dale har helsesøster som delvis er ansatt av kommunen og delvis av driftsoperatøren.
- Samarbeidet med *legevakten* fungerer noe forskjellig mellom de ulike FAene. Med Dale som eksempel er det på det rene at nettverk betyr mye, ved at en av sykepleierne ved legevakten har vært ansatt ved mottaket.
- Den kommunale *barneverntjenesten* er også en sentral samarbeidspartner. Alle har faste samarbeidsmøter på systemnivå, der man drøfter rutiner m.v. I Levanger kommune har man for eksempel et eget flyktningeteam i barnevernet som har spesiell kompetanse. I tillegg drøftes selvfølgelig enkeltsaker.
- Den daglige kontakten mellom *skolen* og mottaket organiseres på forskjellige måter mellom FAene og kommunene. Et sted går kontakten gjennom sosialkontakt/miljøterapeut for barn ved mottaket. Dette samarbeidet fungerer også godt. Flere av kommunene vi har intervjuet opplyser at skolene savner tidligere informasjon om den enkelte elev før de plutselig står på skolen. Skolene får ikke tid til å forberede starten og vurdere hjelpebehovet.
- *Kultur og fritidssektoren* i Sandnes har opprettet en egen kontaktperson for flyktningsmottaket.

### 7.3 Spesialisthelsetjenesten

Alle mottakene opplyser at de har gode samarbeidsrelasjoner med DPS. Samarbeidet med sykehusene oppleves derimot som mer utfordrende. Dette gjelder særlig beboere som er svært dårlige. Våre informanter peker på at det er en relativt høy terskel for innleggelse, beboere skriver seg raskt ut, og at det er utfordringer knyttet til informasjonsutvekslingen mellom sykehus og FA..

#### 7.3.1 DPS-ene

Flere informanter fra DPS-ene opplyser at de anser hele opplegget med FAene i kommunene som en stor utfordring fordi det i FAene bor

---

mennesker med alvorlige problemstillinger. Noen av beboerne burde kanskje vært på en psykiatrisk institusjon i stedet for å bo på FA.

Gjennom intervjuene har vi også avdekket områder som krever en tettere og bedre kommunikasjon og samhandling mellom DPS og FAene. Vi har eksempler på at enkelte i andrelinjetjenesten anser FAene som en sterk avdeling, mye på grunn av navnet. Samtidig er det blant enkelte ansatte i DPSene liten forståelse og informasjon om hva som foregår i FAene og hvordan de arbeider. Mye av disse utfordringene ville trolig løses ved en bedre og mer systematisert kommunikasjonsprosess.

Ved flere av DPS-ene er man også mottaglige for henvendelser uten at det foreligger en henvisning fra fastlegen. I tillegg har det fra enkelte DPS-er blitt gjennomført besøk ved FA ved jevne mellomrom. Det er også tatt initiativ til et fellesmøte mellom DPS og FA for å avklare problemstillinger, samt gi råd og veiledning.

### ***Samhandling svært viktig***

Vår erfaring fra andre samhandlingsevalueringer er at for å få samarbeidet til å fungere bedre kreves det at begge partene har god kunnskap om hverandre, er godt informert og har avklart gjensidige forventninger.

Ved Leira mottak driver RVTS sammen med psykisk helsevern (dvs. med voksen og BUP) en kombinasjon av veiledning og undervisning.

- Undervisningen foregår i form av månedlige samlinger med god deltakelse fra alle ansatte ved alle tre avdelingen ved mottaket
- Veiledningen foregår mer 1:1 omkring knytter til enkeltpersoner. Og da hovedsakelig i forhold til sykepleierne.

Selve oppfølgingen i forhold til enkeltpasienter følger vanlig mønster. Denne kombinasjonen av veiledning/undervisning oppfattes som svært nyttig – blant annet i forhold til å avklare forventningene til hverandre.

Det kan ofte være en glidende overgang i hvor behandlingen skal foregå. Men hovedregelen er at når det ikke er akuttinnleggelse blir DPS kontakt for å forhindre akuttinnleggelse.

### **7.3.2 Sykehusene**

Samarbeidet med sykehusene oppleves av de fleste informantene som utfordrende. Dette gjelder særlig pasienter som er svært dårlige. Våre informanter peker på at det er en relativt høy terskel for innleggelse, beboere skriver seg raskt ut, og at det er utfordringer knyttet til informasjonen.

Vi har fått opplyst at det ved flere steder har vært eksempler på at kommuneoverlegen eller fastlegen har tvangsinnlagt beboere på sykehus. Dette er beboere som har vært til fare for seg selv, eller andre som bor i nærheten av beboeren. Fra kommunene og fra FAene får vi imidlertid opplyst at for mange beboere returneres til FAene etter kun et døgn. Mens de ble transporter til sykehuset av politi som har benyttet håndjern, returneres de med taxi tilbake neste dag.

I alle vertskommunene opplever kommunen v/kommuneoverlegen det juridiske og medisinske ansvaret for psykisk syke personer som oppholder seg i FA som utfordrende. Det skyldes at kommuneoverlegene føler at de har liten innvirkning på det som skjer ved FA og hvem som bor der, samtidig som de reiser spørsmål ved hvem som har ansvaret dersom vanskelige og farlige episoder skulle oppstå. Dette gjelder generelt, men spesielt for beboere som er for friske til å være på sykehus, men som vurderes å være for syke til å bo i FAene. I tillegg til selve ansvaret opplyser flere av kommuneoverlegene at det går med en del tid til å ivareta disse forpliktelsene..

## 7.4 Politi

Gjennomgående opplyses det at samarbeidet mellom FAene, kommunene og politiet fungerer bra. De fleste av FAene har jevnlig dialog med politiet, og informerer politiet fortløpende om potensielle krevende situasjoner. Politiet er også aktive på å gi veiledning og følge opp mottakene.

Vår vurdering er at politiet har en viktig rolle i samarbeidet om beboerne i FAene. I akutte situasjoner er det ofte politiet som både kommer raskest til situasjonene, og som har rollen med å transportere utagerende og farlige beboere til sykehuset eller annen midlertidig forvaring.

Ved dagtid er det nærhet til politiet for alle FAene. Det samme gjelder imidlertid ikke på kveldstid. Særlig er dette en utfordring ved Setermoen hvor politiets vaktordning kan være en utfordring på kveld og natt. Ved omleggingen av vaktordningen fra Setermoen til Balsfjord ble respons-tiden økt betydelig når politiet er langt vekk fra Setermoen. Dette medfører blant annet lengre utrykkingstid, og det anses ikke som gunstig for mottaket med en så stor avstand.

Politiets vurdering er at FAene har gode rutiner for å dempe ustabile personer på en smidig måte. Politiet vurderer ellers merarbeidet på grunn av FAene som beskjedent til daglig, men at det i enkelte tilfeller kan medføre betydelig merarbeid.

---

## 7.5 Naboer

I hvilken grad FAene oppleves som en utfordring eller et gode for naboene har vært vanskelig å få et korrekt svar på. De fleste i lokalmiljøene omkring FAene er kjent med at det er flyktningmottak, men er kun delvis kjent med at det er en egen forsterket avdeling på mottaket.

Enkelte av FAene har arbeidet aktivt med å informere naboer og gjøre dem kjent med tiltaket. Vi har også fått opplyst i samtaler med naboer, FAene og kommunen at det tidvis er enkelte beboere som er vel nærstående på kveld og natt. Et av mottakene opplyser også at der er en liten endring i retning av noe mer kritisk holdning hos naboene den siste tiden.

Ved Setermoen opplyses det imidlertid at det tidligere var en viss skepsis til tiltaket, men at dette nå er endret. Ansatte ved FAet vurderer det dit at den desentraliserte modellen har en positiv effekt på integreringen, samt reduksjonen av skepsisen i lokalmiljøet.

## 7.6 Oppsummering og konklusjon

Samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerer noe forskjellig:

- På tjenestenivå i kommunene har mottakene og tjenestene etablerte samarbeidsrelasjoner som ser ut til å fungere godt.
- Der det er private driftsoperatører er det behov for bedre samarbeid mellom overordnet nivå i kommunene og driftsoperatørene.
- Samarbeidet mellom mottakene og DPSene fungerer noe forskjellig. De fleste stedene er det faste samarbeidsmøter og kommunikasjon om enkeltbeboere. De fleste DPSene har fått oppklart at FAene ikke er ”sterkavdeling”.
- Samarbeidet med sykehusene innenfor psykisk helsevern er i stor grad preget av at FAene mener at beboerne skrives for raskt ut etter innleggelse.
- Samarbeidet med politiet fungerer meget godt, selv om mottakene som alle andre merker at det i grisgrendte strøk har blitt lenger utrykningstid på kveld og natt etter at politiet iverksatte vaktsamarbeid.
- Forholdet til naboene ser ut til å være på et relativt godt nivå, til tross for enkelthendelser. Naboene er imidlertid ikke nødvendigvis klar over at det er en FA i mottaket.

Samarbeidet med de ulike aktørene ser med andre ord ut til å være forholdsvis godt, selv om det er rom for forbedringer. De forbedringene bør i all hovedsak kunne forbedres lokalt. Spesielt viktig er et tett samarbeid mellom FA, fastlege/tilsynslege og psykisk helsevern – både for å

forbedre kunnskapen og som virkemiddel til en gjensidig avklaring av forventningene.

Det kan imidlertid hende at forbedringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skal løftes på et høyere nivå.

---

## 8 Oppsummering, vurderinger og anbefalinger

I dette kapittelet oppsummerer vi funnene fra intervjuer og tallbearbeiding. Deretter gir vi en vurdering av funnene før vi til slutt gir noen anbefalinger.

### 8.1 Oppsummering

#### 8.1.1 FAenes mandat

Noe av det UDI har vært opptatt av å få svar på, er hvor klart mandatet for FAene faktisk er. Flere av våre informanter opplever mandatet som uklart.

For det første sender begrepet ”forsterket avdeling” signaler som kan tyde på at FA er noe mer enn et botilbud. Dette gjelder både i forhold til sentrale politikere, befolkningen generelt, kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern.

For det andre er kravet til at det skal være en psykiatrisk sykepleier ansatt ved FAene et signal om noe mer enn et vanlig botilbud. I tillegg har FAene i samarbeid med kommunene etter hvert av praktiske årsaker tatt hånd om medisinhandteringen til beboerne. Dette gjelder de beboerne som har behov for bistand til medisiner. I utgangspunktet var det planlagt at den kommunale hjemmesykepleien skulle administrere dette.

For det tredje skal det utarbeides individuelle tiltaksplaner for beboerne, med fokus på meningsfylte aktiviteter og hverdagsmestring. FAene selv hevder imidlertid at bemanningen er for lav til at de kan følge dette fullt ut. Av sikkerhetsmessige årsaker må det til enhver tid være to ansatte på vakt, da er det vanskelig å gjennomføre aktiviteter for enkelte der personalet også skal være med.

Det nærmeste vi har kommet å sammenlikne FA med er kommunale omsorgsboliger med døgkontinuerlig personalbase.

#### 8.1.2 Ressurser

Kostnaden for en FA – plass er ca. fem ganger høyere enn for en ordinær plass. Kostnadsnivået eksklusive ekstraordinære tiltak bare ligger på 20-

25 % av utgiftsnivået ved en voksenpsykiatrisk døgninstitusjon og ca. 5 % av nivået ved BOI.<sup>27</sup>

FAene har en bemanning som varierer fra 9,3 -12 årsverk. Alle har to personer på vakt dag og kveld, mens to av FAene har mindre enn to på vakt om natten. Mottakene mener at en styrket bemanning kunne gitt større aktivitetstilbud.

Tre av fire FAer har ansatt psykiatrisk sykepleier, ved den fjerde er en av sykepleierne i gang med videreutdanning for å spesialisering i psykiatri. Informanter fra spesialisthelsetjenesten peker spesielt på at det ville være nyttig med en styrking av vernepleierkompetansen i FAene.

Mens FAene får rask behandling av sine søknader om ekstra ressurser, er situasjonen annerledes i vertskommunene. For det første var vertskommunetilskuddet for lavt. Det er endret i forslaget til budsjett for 2008, der det er lagt til grunn en økning på 8 millioner kroner. For det andre går det for sakte å få refusjoner for utlegg i barnevern og grunnskole.

### 8.1.3 Kapasitet og antall plasser

Et sentral problemstilling i evalueringen har vært om kapasiteten av plasser har vært tilstrekkelig. Dataene hentet inn viser følgende:

- Mens denne evalueringen har blitt gjennomført har det vært ledige plasser ved FAene (6 plasser pr. juni 2007). Samtidig er det flere i målgruppen ved de ordinære mottakene som tilhører målgruppen, men ikke vil flytte til FA.
- Beboerne ved FA tilhører den politiske målgruppen. Det iverksettes imidlertid alternative tiltak for de mest utagerende og de med rusproblematikk.
- I all hovedsak kommer beboerne ved FA flyttende fra ordinære mottak, det er en svært liten andel som blir silt ut allerede i transittprosessen.
- Rutinene for å søke beboere inn i FA er klare for de ordinære mottakene. Rutinene for flytting mangler imidlertid en drøfting av hva som skal være målet for oppholdet ved FA.
- Det er kun en liten andel som flytter fra FA tilbake til ordinære mottak. Den største andelen beboere fra etableringen av FAene, bor fortsatt på FAene.
- Det mangler rutiner for vurdering av utflytting fra FA. Når selve flyttingen faktisk skjer følges stort sett samme rutiner som ved flytting mellom ordinære mottak.

---

<sup>27</sup> I tillegg til de faste driftskostnadene bruker UDI midler til ekstraordinære tiltak for enkeltbeboere. Dette utgjorde det siste halve året kr 24 pr. oppholdsdøgn, eller ca 3,5 % av de beregnede kostnadene og forandrer derfor ikke dette bilde.

---



- Ansatte ved FA vil i større grad enn enkelte representanter fra psykisk helsevern beholde beboerne ved FA, de ser færre muligheter for utflytting. Samtidig hevder RVTS at fordi det er behov for et behandlingsopplegg som krever tillitt er det vanskelig å flytte beboerne. Lange ventetider for å få til et behandlingsopplegg reduserer også antall flyttinger.

#### 8.1.4 Innholdet i tilbudet

I FAene har vi sett følgende:

- Det ser ut til at det er stor grad av enighet om at det fungerer godt med FA som en del av et ordinært mottak.
- Boligmassen i FAene er både rom i en egen felles enhet, og desentrale enheter. I den siste gruppen plasseres gjerne familier, selv om det bare er én i familien som er beboer i FA.
- FAene står selv for medisintilbudet, selv om det i prinsippet er den kommunale hjemmetjenestens ansvarsområde.
- Aktivitetstilbudet til beboerne i FA er todelt, noe er spesielt for dem, men de kan også delta i aktivitetene ved det ordinære mottaket.

Vertskommunen har eget helsekontor ved alle de fire mottakene. Helsekontorene benyttes av alle beboerne som har behov for det, også beboerne ved FA. Noen av beboerne har fått tildelt fastlege, mens fastlegefunksjonen helt eller delvis ivaretas av tilsynslegen for de øvrige.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er det psykisk helsevern som fremstår som en utfordring. Personalet ved FAene er ikke fornøyd med det tilbudet som gis, men ved tre av FAene mener man at det ikke er noen forskjell i behandlingen av de som er i søkeprosessen og de som har fått avslag.

Asylsøkerne i dag får likevel ikke et psykiatrisk tilbud på linje med andre. Dette skyldes imidlertid en kombinasjon av manglende kapasitet og usikkerhet om tilgjengelige metoder virker innenfor traumerettet hjelp, språkproblemer<sup>28</sup> samt tryggheten og framtidsutsiktene for asylsøkerne i lys av søknadsprosessen og ikke rettighetsproblematikken. Tett langvarig samarbeid mellom FA og psykiatriske sykehus/DPS beskrives som tiltak som bidrar til å bedre situasjonen over tid, ikke minst bidrar dette til bedre gjensidig avklaring av forventningene.

I tre av de fire mottakene bor barna i desentraliserte mottak, og mottakene kan derfor ikke se noen problemer med å ha barn i FA og ordinært mottak her. I det fjerde mottaket er det ikke noen desentrale plasser, noe som er en ulempe i forhold til barna.

---

<sup>28</sup> Det skyldes blant annet manglende bruk av, og kvalitet på tolketjenesten.

### 8.1.5 Samarbeidet mellom de ulike aktørene

Samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerer noe forskjellig:

- På tjenestenivå i kommunene har mottakene og tjenestene etablerte samarbeidsrelasjoner som ser ut til å fungere godt.
- Der det er private driftsoperatører er det behov for bedre samarbeid mellom overordnet nivå i kommunene og driftsoperatørene.
- Samarbeidet mellom mottakene og DPSene fungerer noe forskjellig. De fleste stedene er det faste samarbeidsmøter og kommunikasjon om enkeltbeboere. De fleste DPSene har fått oppklart at FAene ikke er ”sterkavdeling”.
- Tett samarbeid mellom FA, fastlege/tilsynslege og psykisk helsevern – både for å forbedre kunnskapen og som virkemiddel til en gjensidig avklaring av forventningene er svært viktig. Dette samarbeidet fungerer noe ulikt fra sted til sted, og der det ikke fungerer er samarbeidet med sykehusene innenfor psykisk helsevern blant annet preget av at FAene mener at beboerne skrives for raskt ut etter innleggelse.
- Samarbeidet med politiet fungerer meget godt, selv om mottakene som alle andre merker at det i ”grisgrendte strøk” har blitt lengre utrykningstid på kveld og natt etter at politiet iverksatte vakt samarbeid.
- Forholdet til naboene ser ut til å være på et relativt godt nivå, til tross for enkelthendelser. Naboene er imidlertid ikke nødvendigvis klar over at det er en FA i mottaket.

## 8.2 Vurderinger

### 8.2.1 Overordnede vurderinger

Det er ikke tvil om at FAene gir et godt tilbud til de beboerne de har innenfor eksisterende rammer. Det er heller ikke tvil om at FAene ikke er bemannet opp, eller har kompetanse til å gi behandling, selv om de har psykiatriske sykepleiere blant personalet. Det har heller aldri vært meningen at de skal gi behandling i medisinsk forstand.

Gjennom intervjuer med de ulike aktørene er vi heller ikke i tvil om at de som bor på FA er beboere som er svært syke, enten det er somatisk eller psykiske problemstillinger, ofte med dobbeltdiagnoser og rusrelaterte problemstillinger.

### 8.2.2 Blanding av målgrupper

I utgangspunktet mente man nok fra politisk side at også de mest utagerende skulle ha et tilbud i FAene. Flere av disse får imidlertid andre og langt mer ressurskrevende tilbud. Vi betrakter det som en helt

---

nødvendig og praktisk tilnærming til virkeligheten fra UDI sin side. Til tross for denne praktiske holdningen har det likevel vært hendelser ved FAene som antyder at noen av beboerne er farlige for sine omgivelser i enkelte situasjoner.

At barna enten bor i eller rett ved FAene har vært drøftet. For tre av fire FA byr ikke dette på noe problem fordi barna som hovedregel bor i desentrale mottak. Ved Hobøl er ikke situasjonen slik – her er det kun sentralt FA. Å la barn bo sammen med alvorlig psykisk syke kan være et problem. Vi ser imidlertid også at det for Hobøls del vil være helt uaktuelt å for eksempel kun ha enslige menn med psykiske problemer i FA. Det er vanskelig å se for seg hvilke kommuner som vil ønske en slik situasjon.

Dersom det at barn bor sammen med for eksempel utagerende personer er et stort problem, er det etter vår vurdering kun to mulige utganger for Hobøl:

- Mottaket utvider med også desentrale boliger
- FA flyttes fra Hobøl til et annet mottak på Østlandet der det er muligheter for desentralt mottak.

Vi har også sett beboere ved FA med behov for døgkontinuerlig 1:1 bemanning av somatiske årsaker. Vi er mer tvilende til om asylsøkere med så stort bistandsbehov nødvendigvis skal ha plass i FA. Denne formen for bistand kan like gjerne ytes i et ordinært mottak som er fysisk tilrettelagt.

### 8.2.3 Ressurser

Ressursspørsmålet kan deles i to; på den ene siden er det ressursene som mottakene får for å ha FA. På den andre siden har vi ressursoverføringene til kommunene.

Med de ressursene som FAene rår over, kan man neppe forvente mer aktivisering og lignende tiltak fra FAene.

UDI synes å reagere raskt og effektivt når det enkelte FA har behov for ekstraressurser i forbindelse med enkeltbeboere.

Overfor vertskommunene er ikke situasjonen like avklart som den er mellom UDI og mottakene. Riktignok får vertskommunene økt grunn-tilskudd for FAene fra 2008. Hvorvidt det dekker de ekstra utgiftene vertskommunene har, er et annet spørsmål. FAene vil naturlig nok ha en opphopning av barn som har behov for spesial tjenester langt ut over det skolesektoren får tildelt for barn i asylmottak. Tilsvarende vil utgifter for barneverntjenesten raskt overstige vertskommunetilskuddet. Kommunene mener de får dekket ekstra utgiftene de har på disse to områdene, men

rutinene for ”å søke” er uklare og saksgangen tar lang tid, noe som er uheldig.

#### **8.2.4 Kapasitet**

Vi er usikre på om kapasiteten totalt sett er tilstrekkelig. På den ene siden er det tidvis ledige plasser. Samtidig er ikke tellemåten lik i alle FAene. Ved enkelte mottak telles det på en slik måte at kapasiteten spises raskt opp. Dersom flere av beboerne i de ordinære mottakene, og som egentlig tilhører målgruppen, hadde vært villige til å flytte til FAene, hadde antagelig kapasiteten raskt blitt sprengt.

Det er også et tankekors at så mange av beboerne ved FA enten har fått avslag eller skal bosettes. Foreløpig er ikke dette et problem, fordi man i det store og hele ikke har hatt store kapasitetsproblemer. Det vil imidlertid kunne bli et problem dersom flere i målgruppen ønsker seg til FA. Raskere uttransportering og bosetting etter vedtak ser derfor ut til å være effektive tiltak for å øke gjennomstrømmingen og kapasiteten i FA.

Vi har også sett at kapasiteten for FA-plasser varierer mellom regionene. Selv om regionene med FA-plasser samarbeider om bruken av disse plassene, er det ikke tvil om at presset på plasser på Østlandet er større enn i Nord-Norge. Flere ledige plasser i Øst/Sør ville antagelig bli benyttet av beboere i ordinære mottak som i dag ikke vil til ledige plasser i Nord.

Vårt inntrykk gjennom intervjuer, informasjon om antall plasser i FA i forhold til plasser totalt, ulik tellemåte og omfang av behovet for ressurser til ekstraordinære tiltak gir et inntrykk av at ”trykket” på Hobøl er langt større enn ved Leira og Setermoen, mens Dale ligger et sted midt i mellom.

#### **8.2.5 Flytting inn og ut av FA**

Beboerne ved FA kommer i all hovedsak fra ordinære mottak. Det betyr at beboerne må gjennom flere flytteprosesser før de eventuelt bosettes ved FA. Det ville vært en fordel for alle parter om man kunne ha redusert flyttingen ved at flere ble fanget opp i transittmottak og overført direkte til FA derfra. En konsekvens av dette kan være at kapasiteten utfordres raskere.

Rutinene for flytting til FA synes å være rimelig klare. Det mangler imidlertid at det fastsettes noen mål for den enkelte ved innflytting. Den opprinnelige tanken om at de fleste skal bo i tre måneder før man foretar en ny evaluering synes ikke hensiktsmessig. Det tar gjerne lenger tid å få på plass et behandlingsopplegg.

For utflytting fra FA finnes det ikke noen rutiner. I intervjuene har vi fått beskrevet at det er svært ulike vurderinger med hensyn til om den enkelte

---

beboer kan flyttes tilbake til mormottaket eller andre ordinære mottak. Nå er det personell i FA og UDIs regionkontorer som vurderer hensiktsmessigheten ved en overføring til ordinære mottak, ofte i forbindelse med at det er andre som har større behov for plassen.

Vi kan ikke se at verken UDI eller Fas personell har tilstrekkelig kompetanse til å kunne foreta disse typer vurderinger alene. Etter vår vurdering bør primærhelsetjenesten/spesialisthelsetjenesten tas med på råd rutinemessig for å vurdere utflytting av enkeltpersoner. Det er helsetjenesten som skal inneha fagkompetansen til å foreta slike vurderinger, ikke UDI.

### 8.2.6 Innholdet i tilbudet

Beboerne ved FA får tilbud om aktiviteter spesielt for dem og muligheter for deltakelse på fellesaktiviteter dersom det er ønskelig. Avdelingene har døgnbemanning dersom det er behov for kontakt med personell utenfor vanlig dagtid. Ved hvert av mottakene er det også et helsekontor, som benyttes av alle beboerne ved mottakene.

Vi kan ikke se annet enn at beboerne ved FA får et godt tilbud innenfor de rammene som er lagt. Flere ressurser ville imidlertid gitt muligheter for flere aktiviteter.

De største utfordringene i tilbudet til beboerne finner vi i forhold til psykisk helsevern. Det tar lang tid å få et behandlingsopplegg innenfor psykiatrien på plass, noe det også gjør for nordmenn. Lang ventetid fører imidlertid til at det også blir vanskelig å overføre beboerne fra FA til ordinære mottak andre steder i landet, fordi man da må starte på nytt igjen med å få et behandlingsopplegg på plass.

Det er også et problem at det psykiske helsevernet ikke opptrer likt i forhold til rettigheter til elektiv behandling for asylsøkere med endelig avslag. Erfaringer tilsier at også tett kontakt mellom representanter for psykisk helsevern og mottak kan bidra til å få løst denne problemstillingen.

En helt annen utfordring er noe mangelfull bruk av tolker, og at kompetansen innenfor behandling av fremmedkulturelle ikke nødvendigvis er god nok innen psykisk helsevern. Kompetanse bygges best dersom man forholder seg til samme type problemstillinger flere ganger. Det vil i så fall bety en ytterligere grad av spesialisering i spesialisthelsetjenesten.

En tredje utfordring er knyttet til hvilken type psykiatrisk behandling det er tilrådelig å gi. Dette er en debatt som ikke er tatt, mens som det antagelig bør brukes noe tid og ressurser på. Hva er hensiktsmessig å starte på av behandling før asylsøknaden er endelig avgjort? Denne debatten handler ikke om forskjellsbehandling i forhold til lovverk, men i

forhold til hva som er etisk forsvarlig og faglig tilrådelig til personer med usikker lengde på bosted og opphold. Etter vår vurdering er det viktig at denne debatten blir fulgt opp videre.

### 8.2.7 Samarbeid mellom aktørene

De fleste opplever at det er gode samarbeidsrelasjoner mellom de ulike aktørene både på system og individnivå. Som nevnt i de tidligere kapitlene er det behov for å bedre samarbeidet på enkeltområder. Dette handler ikke om uvilje, men snarere en mangel om kunnskap om behovet fra de aktuelle aktørene.

På systemnivå er utfordringene noe større med hensyn til samarbeid mellom mottak og vertskommune der det er private driftsoperatører. Det betyr ikke at samarbeidet oppfattes som dårlig, men at det er mer krevende og at det ser ut som om det er større rom for forbedringer enn der vertskommunen også selv er driftsoperatør.

FAene kan også melde om at den forvirringen de tidligere opplevde fra psykisk helsevern/spesialisthelsetjeneste vedrørende hva FA faktisk er, er i ferd med å bli oppklart. Det er ikke lenger like mange som tror at FA er en ”sterk avdeling”. Men ansatte i FAene mener at beboerne skrives for raskt ut fra psykiatriske sengeposter. Hvor vidt det er spesielt for beboerne ved FA i motsetning til befolkningen for øvrig, har vi imidlertid ikke gått nærmere inn på. Kritikken om det siste har imidlertid vært et gjentagende tema i samfunnsdebatten.

## 8.3 Anbefalinger

Vi har delt våre anbefalinger i tre grupper<sup>29</sup>:

- Anbefalinger som mottakene selv kan håndtere
- Anbefalinger UDI må håndtere internt
- Anbefalinger der UDI bør stå som initiativtaker

### 8.3.1 Anbefalinger for mottakene

Dette er anbefalinger som gjelder mottakene, og som ikke må behandles av UDI eller andre. Det er opp til mottakene selv hva de gjør med anbefalingene:

- (1) Vedlikeholde og om mulig øke kompetansen blant personale gjennom fortsatt målrettet rekruttering og gode faste samarbeidsrelasjoner med ulike samarbeidspartnere som politi, barnevernet, kommunehelsetjenesten og ikke minst psykisk

---

<sup>29</sup> Vi har her angitt UDI. Det er imidlertid opplagt at en del av de utfordringene vi peker på må løses enten av departementet (AID), eller i samarbeid med departementet.

---

helsevern. Relasjoner som kan benyttes til å forbedre kompetansen og til gjensidig forståelse av problemstillinger og forventninger.

- (2) Gjennomføre faste informasjonsmøter med kommunenes politiske og administrative toppledelse.
- (3) Sørge for at skoler/barnehager får informasjon så raskt som mulig når barn med spesielle behov skal begynne på skolen/i barnehagen
- (4) Vurdere å trekke med primærlege/behandlende lege/psykolog mv fra spesialisthelsetjenestene i vurderingene av om det er tilrådelig å flytte beboerne ut av FA.

Mottakene bør kunne ta tak i disse anbefalingene uten at de er behandlet i UDI sentralt.

### 8.3.2 UDI internt

UDI bør ta hånd om følgende:

- (1) Legge til rette for og aktivt medvirke til å bibeholde og om mulig videreutvikle gode faste samarbeidsrelasjoner mellom mottak og ulike samarbeidspartnere - ikke minst i forhold til psykisk helsevern.
- (2) Erstatte begrepet "forsterket avdeling" med noe annet som bedre signaliserer hva FA er, for eksempel "mottaksavdeling med døgnbemanning"
- (3) Avklare hvordan FA-plassene skal telles, slik at det er felles policy i alle regionene og dermed mottakene.
  - En viktig premiss er å bli enige om graden av individrettet og familieinnrettet tilnærming – det vil si i hvilken grad en skal "behandle" hele familien.
- (4) Sørge for å utarbeide klare prosedyrer og rutiner for fastsetting av mål for den enkelte som flytter inn i FA, og ved vurdering av utflytting fra FA.
  - Ved vurdering av utflytting av FA bør man vurdere å trekke veksler på primær- og spesialisthelsetjenestens behandlende personells kompetanse og vurderinger.
  - En bør ikke utelukke at en slik prosedyregjennomgang kan ende opp i en konklusjon der retur til "mormottaket" ikke inngår som en del av målsettingen for relativt mange beboere.
- (5) Vurdere tiltak som kan øke den direkte flyttingen fra transittmottak til FA for å redusere antall flyttinger.
- (6) Gjennomgangen viser at FA i all hovedsak er et godt egnet botilbud for de som har fått dette tilbudet, men at det ikke er egnet for de mest utagerende/ de som har store rusproblem. Utfordringen vedr

disse gruppene av beboere er ikke løst gjennom opprettelsen av FA og bør vurderes nøye framover.

- (7) Tilbakemeldinger fra mottakene om for liten kapasitet til aktiviteter og stor ressursbruk på medisintdeling bør føre til at UDI går nærmere inn i problemstillingen om ressurser til FA og hvem som skal stå for medisintdelingen, særlig sett i lys av at vertskommunetillskuddet øker i 2008.
  - Vi har ikke vurdert ressursbehovet ved FA i forhold til oppgaven og vil derfor ikke gi noen anbefalinger om eventuell endring i ressurstilgang

### 8.3.3 UDI som initiativtaker

- (1) Avklare og informere vertskommunene om, policy og rutiner for dekning av ekstraordinære utgifter. Vi regner med at dette er noe som ikke bare vil gjelde kommuner med FA, men også kommuner med andre typer mottak. Imidlertid er konsentrasjonen av problemer større i kommuner med FA-mottak enn i kommuner med kun ordinære mottak, så det er antagelig viktigst for de fire FA-vertskommunene. Avklaringene må skje også i berørte departementer som kunnskapsdepartementet, men UDI bør ta initiativ inn mot eget departement – som så (eventuelt sammen med UDI) bør forfølge saken overfor andre sektordepartement.
    - Våre funn indikerer at behov for bistand til beboerne fra vertskommunene varierer mye. Dette innebærer at det viktig at en deler inn kompensasjonen i to deler; en fast kompensasjon og en kompensasjon for spesielle behov – den siste med klare søknads- og behandlingsrutiner.
  - (2) UDI bør, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, ta initiativ til at det gjennomføres en debatt om og vurdering av hvilken type behandling det er etisk forsvarlig å igangsette overfor asylsøkere som ikke har fått søknaden behandlet eller som har fått endelig avslag.
    - Rettigheter i forbindelse med elektiv behandling innenfor psykisk helsevern for asylsøkere med endelig avslag er en del av denne problemstillingen. Våre funn tilsier at det er ulik praksis.
  - (3) UDI bør aktivt søke samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og RVTSene for å sørge for nødvendig kompetanseoppbygging innenfor fagfelt innenfor psykisk helsevern som er viktige for behandling av asylsøkere.
  - (4) Selv om sektorprinsippet består, bør en vurdere å spille inn overfor aktuelle departement at etableringen av FA krever spesiell kompetanse og en del kapasitet innenfor psykisk helsevern og stiller spesielle krav vedrørende utrykningstid for politiet.
-



- Forhold som aktuelle departement/ direktorat/ regionale helseforetak bør vurdere å ta hensyn til ved tildeling av ressurser mellom politidistriktene og helseforetakene.
- (5) Vurdere krav til kompetanse og bruk av tolker i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.
- (6) Gjennom evalueringen er det dokumentert at halvparten av dagens beboere enten har fått endelig avslag eller skal bosettes. Raskere uttransportering og raskere bosetting etter at vedtak er fattet er derfor viktige tiltak for å øke gjennomstrømmingen i FA. Det er derfor viktig for UDI å ”trykke på” Politiets utlendingsenhet vedr raskere uttransportering og IMDI vedr raskere bosetting for å få til dette.



## **VEDLEGG 1**



## **Kravspesifikasjon til driftsreglement, tillegg til pkt 4**

Tillegg til pkt. 4 Beboerrettet arbeid - grupper med særlige behov, Kravspesifikasjon til driftsreglementet (versjon 01.11.2004)

Målsetting: Det beboerrettede arbeidet skal tilrettelegges og differensieres ut fra enkelte gruppers særlige behov.

### **Beboere i forsterket avdeling**

Mål: - Gi et tilbud med ekstra vekt på personlig oppfølging, trygge rammer og tilpasset aktivitets- og botilbud.

Målgruppe: Beboere med særskilte hjelpebehov

#### **Generelle krav**

- Forsterket avdeling skal ha planmessig dialog og kontakt med mottak som sender beboere til avdelingen for å sikre kontinuitet i oppfølging og muliggjøre tilbakeføring til ordinært mottak.
- Forsterket avdeling skal ha regelmessig kontakt med andre forsterkede avdelinger for fagutvikling og kompetansebygging.

#### **Krav til organisatoriske og administrative forhold**

- Forsterket avdeling skal ha en egen plan for bemanning, oppgave- og ansvarsfordeling.
- Forsterket avdeling skal utarbeide egen årsplan og –rapport til UDI som redegjør for følgende:
  - økonomi- og administrasjonsfunksjoner
  - aktivitets- og informasjonstilbud
  - kartleggings- og dokumentasjonsarbeid
  - bosettings og returarbeid
  - samarbeid med avsendermottak om overføring og tilbakeføringAvdelingen skal i tillegg rapportere kvartalsvis til UDI på særlige forhold vedrørende driften.
- Driftsoperatør skal sørge for at økonomien knyttet til forsterket avdeling tydeliggjøres i mottakets budsjett og regnskap.
- Forsterket avdeling skal ha et særlig fokus på tolkebruk, herunder bruk av språkassistent, og kunne dokumentere denne overfor UDI på en måte som synliggjør kvaliteten på informasjonsutveksling mellom ansatte og beboere.
- Forsterket avdeling skal ha en egen plan for samarbeid med eksterne offentlige instanser og aktuelle institusjoner vedr. tilrettelegging for og oppfølging av avdelingens beboere. Referater fra samarbeidsmøter skal sendes UDI fortløpende

- Forsterket avdeling skal invitere UDI til samarbeidsmøter mellom mottaket og sektormyndighetene ved behov, men minimum én gang hvert halvår.
- Forsterket avdeling skal foreta løpende kartlegging av beboernes ressurser og spesielle behov med tanke på best mulig individuell tilrettelegging av tiltak.
- Forsterket avdeling skal dokumentere virksomme tiltak med tanke på oppfølging av den enkelte beboer i tiden under og etter opphold i forsterket avdeling og som et ledd i mottakets kompetansebygging.
- Forsterket avdeling skal ha en egen plan for kontakt med nærmiljøet.

#### ***Krav til boligtilbud***

- Forsterket avdeling skal være tilrettelagt for selvhushold, men skal også kunne tilpasse løsninger for personer som ikke kan ivareta sitt eget hushold.
- Forsterket avdeling skal kunne tilby den enkelte beboer en tilpasset boløsning, herunder enerom for enslige og desentralisert og/eller skjermet botilbud for beboere som har behov for det. Innkvarteringsløsningene skal ha god standard.
- Forsterket avdeling skal vektlegge et trivelig bomiljø.

#### ***Krav til bemanning og kompetanse***

- Avdelingen skal være bemannet med minimum to personer 24 timer i døgnet, også i helgene. Minst én av nattevaktene skal være våken. Dagbemanningen skal inkludere minimum én person med helse-/sosialfaglig utdanning i 100% stilling.
- Forsterket avdeling skal i tillegg ha tilknyttet en psykiatrisk sykepleier i 100% stilling på dagtid, ansatt av mottaket eller vertskommunen.
- Driftsoperatør skal sørge for at avdelingens ansatte får opplæring og veiledning knyttet til aktuell problematikk.

#### ***Krav til beboerrettet arbeid***

- Forsterket mottak skal legge sektoransvaret til grunn i vurdering og iverksetting av tiltak som iverksettes for å ivareta beboernes særlige behov.
  - Forsterket avdeling skal utarbeide egne tiltaksplaner for beboerne med fokus på meningsfulle aktiviteter og hverdagsmestring. I de tilfeller der aktuell sektormyndighet utarbeider tiltaksplan for en beboer, bør planene samkjøres.
  - Forsterket avdeling skal sikre at beboerne har egne kontaktpersoner i personalet.
  - Forsterket avdeling skal, i samarbeid med mottakets ordinære avdeling, sørge for at avdelingens beboere kan delta i mottakets
-

ordinære aktiviteter og programmer så langt det er mulig eller hensiktsmessig.

- Forsterket avdeling skal, i samarbeid med mottakets ordinære avdeling, kunne tilby aktivitets-, informasjons- og fritidstilbud tilpasset de særlige behov som avdelingens beboere måtte ha.

***Krav til personvern, trygghet og sikkerhet***

- Forsterket avdeling skal ha et særlig fokus på forhold som trygger avdelingens beboere og sikre dem mot uønsket oppmerksomhet utenfra.
- Forsterket avdeling skal ha et særlig fokus på beboere som må skjermes av hensyn til seg selv eller andre, på eller utenfor mottaket.
- Forsterket avdeling skal ha et særlig fokus på sikkerhet. Avdelingen skal ha egne rutiner for krisehåndtering og brannberedskap.
- Forsterket avdeling skal føre egne beboerlister som oppdateres daglig.
- Forsterket avdeling skal ha egne rutiner for håndtering av personopplysninger som sikrer at all dokumentasjon, notater og lignende som inneholder slike opplysninger er sikret mot innsyn fra uvedkommende og oppbevares nedlåst utenfor arbeidstid.

Forsterket avdeling skal melde alt fravær til UDI.