

Miljørettet helsevernens tilsyn i norske
asylmottak - de profesjonelles syn
på dagens praksis, kompetanse og
måloppnåelse

Line Ø. Angeloff

Master of Public Health

MPH 2014:44



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Miljørettet helsevern tilsyn i norske asylmottak - de profesjonelles syn på dagens praksis, kompetanse og måloppnåelse

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-982282-9-8



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Miljørettet helsevernns tilsyn i norske asylmottak - de profesjonelles syn på dagens praksis, kompetanse og måloppnåelse				
Författare				
Line Ø. Angeloff				
Författarens befattning och adress				
Avdelingsingeniør Miljørettet helsevern i Mossedistriktet, Norge				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare NHV/Extern	
09.12.2014			Lene Povlsen, docent, DrPH	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
45	Norsk	Norsk/engelsk	1104-5701	978-91-982282-9-8

Sammanfattning

Bakgrunn og hensikt: Studien setter fokus på miljørettet helsevernns tilsynsrolle rettet mot psykososiale forhold i norske asylmottak med langtidsopphold. Hensikten var å belyse hvordan de profesjonelle tilsynsutøvere i kommunene ser på dagens tilsynspraksis og i hvilken grad de mener at den er i tråd med lovgivningens intensjoner. Studien søker dessuten å avdekke om tilgjengelige ressurser, lovverk, veiledere og rammebetingelser er tilstrekkelige, og hvilken betydning dette har for kvaliteten på tilsynet.

Metode: Tversnittsstudie med strukturerte telefonintervjuer av 82 personer motsvarende 48,8% av det mulige antallet fagpersoner fra norske kommuner, basert på et spørreskjema med 28 spørsmål med oppsatte svaralternativer og to åpne spørsmål. Data ble analysert med deskriptiv statistikk og kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Ansatte som driver tilsyn etter forskrift for Miljørettet helsevern i dag opplever at de i for stor grad utøver et skjønnsbasert tilsyn, og etterlyser bedre retningslinjer og tydeligere krav i lover og veiledere. Videre etterlyses mer kunnskap direkte rettet mot psykososiale forhold i mottak, kurs og opplæring og bedre rammer for å kunne gjennomføre et forsvarlig tilsyn. Tettere og mer tverrfaglig samarbeid med helsefaglig personell og UDI, samt interkommunal organisering, sees på som en styrke for å bedre kvaliteten på tilsynene.

Konklusjon: Dårlige boforhold (enkel standard), lang oppholdstid og lediggang/passifisering synes å være de største utfordringene for det psykososiale miljøet i mottakene. De viktigste tiltakene for å bedre kvaliteten på tilsynet synes å være økt kunnskap på feltet spesielt rettet inn mot psykososiale forhold, tydeligere krav og retningslinjer i lover og forskrift, og større grad av samarbeid på tvers av fagområder for å imøtekomme behovene til en utsatt gruppe mennesker/beboere i mottak.

Nyckelord

Miljørettet helsevern, psykososialt miljø, asylmottak med langtidsopphold, Norge



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Environmental health inspections in Norwegian accommodation centers for asylum seekers: a professional's view of current practice, competence, and achievement				
Author				
Line Ø. Angeloff				
Author's position and address				
Engineer Section of Environmental Health in Moss District, Norway				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
09.12.2014			Lene Povlsen, Associate professor, DrPH	
No. of pages	Language – thesis	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
45	Norwegian	Norwegian/English	1104-5701	978-91-982282-9-8

Abstract

Background and objectives: This study focuses on the supervision of environmental and psychosocial conditions in Norwegian accommodation centers for asylum seekers with long-term residence. We aimed to examine how professionals from the communities view current practice and to what extent they consider it compliant with legislative intentions. We further aimed to explore the sufficiency of available resources, guidelines, and conditions, and to determine their effect on the quality of the supervision.

Methods: This cross-sectional study used structured telephone interviews with 82 persons, a number that corresponds to 48.8% of the total number of professionals in Norwegian communities, based on a questionnaire comprising 28 closed and 2 open questions. Data was analyzed using descriptive statistics and qualitative content analysis.

Results: Employees who currently oversee regulations for environmental health reported too much discretion-based supervision. They called for better policies and clearer requirements in laws and supervisors, respectively. Furthermore they announced more knowledge directly aimed at psychosocial factors in reception, and more focus from central government on courses and training and better facilities to carry out a proper inspection. Respondents viewed closer and more interdisciplinary collaboration with health professionals and immigration authorities, as well as inter-municipal organizations, as a force for improving the quality of inspections.

Conclusions: Evidence suggests that poor housing conditions, long-term residence, and idleness/pacification comprise the largest challenges for the psychosocial environment in asylum centers. The most important measures for improving the quality of supervision likely require increased knowledge in the field, especially regarding psychosocial factors; clearer requirements; legal and regulatory guidelines; and greater cross-discipline collaboration to fulfill the needs of a vulnerable group of people/residents in reception.

Key words

Supervision of environmental health, psychosocial conditions, accommodation centers for asylum seekers with long-term residence, Norway

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon.....	5
2. Bakgrunn	6
2.1 Asylsøkeprosess og innkvartering i norske asylmottak	6
2.2 Helsemessige forhold i asylmottak	6
2.3 Norske kommuners helsetjeneste, plikter og ansvar	7
2.4 Påvirkning av det psykososiale miljø i mottak	8
2.5 Miljørettet helsevern i asylmottak og kommunens tilsynsrolle	9
3. Teoretisk og begrepsmessig ramme	10
3.1 Health promotion og helsefremmende miljø	10
3.2 Bronfenbrenner's holistiske teori.....	11
3.3 Mål på kvalitet	13
4. Problemformulering og hensikt	13
5. Metodebeskrivelse	14
5.1 Design.....	14
5.2 Deltakere og utvalg	15
5.3 Datainnsamling	16
5.4 Dataanalyse	18
5.5 Etiske overveielser	19
6. Resultater.....	20
6.1 Deltakerne i undersøkelsen.....	20
6.2 Tilsyn i asylmottak – hyppighet, metoder og ressurser.....	21
6.3 Vurdering av psykososialt miljø på tilsynene.....	22
6.4 Opplevd kompetanse og måloppnåelse	24
6.5 utfordringer knyttet til psykososiale forhold i mottak.....	25
6.6 utfordringer knyttet til vurdering av kvaliteten på tilsynet	27
7. Diskusjon.....	29
7.1 Diskusjon av resultater	29
7.2 Metodediskusjon	35
8. Konklusjon og anbefalinger for videre forskning.....	36
9. Takk til bidragsyttere	37
10. Referanser	38
11. Bilag	41

1. Introduksjon

Krig, forfølgelse og fattigdom rundt om i verden skaper hvert år en strøm av mennesker som søker beskyttelse i eller utenfor sitt hjemland. Man antar at rundt 0,2 % av verdens befolkning er i en fluktsituasjon i dag. Ved årsskiftet 2012/13 utgjorde dette 45,2 millioner mennesker, og er det høyeste tallet målt siden årtusenskiftet. I alt 28,8 millioner var flyktninger i eget land, mens 16,4 millioner var flyktninger utenfor hjemlandet (Flyktninghjelpen, 2013).

Mennesker på flukt er en stor utfordring sett i et folkehelseperspektiv. Traumatiske opplevelser i hjemlandet og under flukten kan generere alvorlige helsepåkjenninger psykisk og fysisk. Mange av de som har måttet flykte har post-traumatisk stresslidelse (PTSD), og de psykiske plagene er ofte langvarige selv om forholdene legges godt til rette i mottakerlandet (Folkehelseinstituttet, 2010, side 55-59). Rasisme, tap av sosialt nettverk, ekskludering og identitetsproblemer i møte med en ny kultur er også risikofaktorer som gjør innvandrere mer utsatt for psykiske helseproblemer. Temaet er derfor et sentralt anliggende for alle land som tar imot flyktninger.

Man finner høyere forekomst av PTSD, angst og depresjon blant flyktninger (Fazel et al, 2005). Barn er spesielt utsatt, og blir ofte oversett av hjelpeapparatet (Lustig et al, 2004). Barn av ikke-vestlige innvandrere har flere symptomer på depressivitet enn barn av majoritetsbefolkningen (Socialstyrelsen, 2009). Lengde på opphold i asyltilværelsen synes å ha en negativ effekt på helsen til de som bor i mottak (Hallas et al, 2007; Laban et al, 2007; Nielsen et al, 2008). Integrering viser på den annen side å ha en positiv effekt på helsen. I en svensk undersøkelse hvor en sammenlignet helsestatus til innvandrerbarn født i Sverige og barn ankommet som flyktninger til landet, viste det seg at de integrerte barna hadde en generelt bedre helsestatus enn de nyankomne asylsøkerbarna. Dette har sammenheng med sosiale levekår og risikofaktorer knyttet til det å være flyktning i nytt land. Man regner med at det tar minst ti år før man oppnår de samme levekår som resten av befolkningen (Socialstyrelsen, 2007, 2009).

Asylmottak er et botilbud som norske utlendingsmyndigheter (UDI) tilbyr asylsøkere og flyktninger. Dette er et midlertidig bosted som i stor grad preger den enkeltes hverdag i de første årene etter ankomst. Ved utgangen av august 2014 bodde det 15.050 personer i norske asylmottak. Av disse var 3068 barn i alderen 0 - 17 år. De land som var sterkest representert var (i rekkefølge): Eritrea, Somalia, Afghanistan, Syria og Etiopia (UDI, 2014). De fleste mottakene er organisert som ordinære mottak. Disse utgjør oftest flere boenheter tilknyttet et fellesareal (stue, kjøkken, dusjanlegg), eller man bor spredt/desentralisert i private boliger/leiligheter. Tilsvarende finnes også i Sverige og Danmark. I Danmark kan man søke om tillatelse til å bo i egenfinansiert bolig (Utlendingestyrelsen, 2014). I Finland innkvarteres man i asylmottak mens søknaden behandles. Mottaket sørger for tjenester som er pålagt gjennom lov, som økonomisk støtte, helseoppfølging m.v. (Migrationsverket, 2014). I oktober 2014 bodde 72.873 personer i asylmottak i Sverige (Migrationsverket, 2014). Sverige har den høyeste andelen asylsøkere i Norden, og utgjør fire ganger flere enn i Norge (UDI, 2014).

2. Bakgrunn

2.1 Asylsøkeprosess og innkvartering i norske asylmottak

Når flyktninger ankommer Norge har de behov for et midlertidig bosted mens asylsøknaden behandles. En slik behandling kan ta mange år. Den mest vanlige formen for innkvartering er privat hos slektninger eller i asylmottak. Asylmottak i Norge driftes av ulike driftsoperatører som har kontrakt med Utlendingsdirektoratet (UDI).

Etter ankomst til Norge blir man først overført til et transittmottak, som er et midlertidig boopphold på noen få uker. Her gjennomgår man bl.a. enkelte helseundersøkelser før man overflyttes til et ordinært mottak i en kommune. Å bo i asylmottak er et frivillig botilbud, og asylsøkeren bor i mottaket til han/hun får innvilget søknaden sin og skal bosettes, alternativt velger å returnere til hjemlandet eller blir returnert/uttransportert etter avslag. Enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år får tilbud om å bo i egne mottak/avdelinger som er tilpasset deres behov. Enslige mindreårige under 15 år bor i egne omsorgssentre som Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har ansvaret for (UDI, 2014, a). En del mottak er desentraliserte, dvs at UDI gjennom kontrakter med ulike driftsoperatører tilbyr bosted i utleiebolig/leiligheter spredt rundt i kommunen. Mottakene driftes som oftest av privateide selskaper eller av det offentlige. Ordinære asylmottak betegnes av UDI som *«et nøkternt, men forsvarlig innkvarteringstilbud som sikrer beboernes grunnleggende behov og den enkeltes behov for trygghet.»* (UDI, 2014, b)

Forholdene i et ordinært mottak er som oftest preget av en svært nøktern og enkel standard. Ofte har bygningene vært brukt til helt andre formål enn boliger (f.eks. nedlagt hotellvirksomhet eller eldre militæranlegg). Det er utarbeidet retningslinjer for hvordan mottakene skal driftes. UDI fører tilsyn med driftsoperatørene som driver asylmottakene og kontrollerer at de følger kontrakten og leverer den tjenesten de har forpliktet seg til. UDI har utgitt egne rundskriv som fastsetter bl.a. krav til innkvartering og omhandler hhv. boforhold, fellesarealer, trygghet og sikkerhet, brannsikkerhet, samt krav til utstyr. I tillegg gis det retningslinjer som omhandler mottakets arbeid med barn og unge, arbeid med oppvekstmiljø, beboermedvirkning, informasjon til beboerne, aktivitetstilbud, personellressurser, økonomi mv.

2.2 Helsemessige forhold i asylmottak

De helsemessige forholdene ved å bo i mottak er knyttet til flere faktorer. En negativ faktor for psykisk helse synes å være oppholdstiden. En dansk undersøkelse gjort blant 260 asylsøkerbarn i alderen 4 – 16 år viser at opphold i mottak lenger enn ett år gir økt risiko for psykiske problemer. Antall re-lokalisasjoner (fire eller flere) innebærer også en høyere helserisiko (Nielsen et al, 2008). Forskning på asylsøkere i Danmark og Nederland viser at lengden på asylprosessen og opphold i mottak er assosiert med lavere score på livskvalitet, funksjonalitet, og psykisk helsestatus (Laban, 2008; Hallas, 2007). Trangboddhet i ofte små og enkle (lav standard) boenheter, mangel på nettverk, uvisshet om egen fremtid, sykdom og traumer, gir slitasje over tid, og blir en ytterligere

belastning for den enkelte asylsøker. Lang ventetid på asylsøknaden oppfattes av mottakene selv som den største hindringen for å skape et godt psykososialt miljø i mottak (Berg & Sveaass, 2005).

Det er gjort flere studier som underbygger bekymringen knyttet til asylsøkertilværelsen. Helsetilsynet i Norge gjennomførte i 2004 et landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester til nyankomne innvandrere. Tilsynet omfattet 55 kommuner og konkluderte med at opphold i asyl medvirker til at svært mange asylsøkere frarøves grunnleggende menneskerettigheter og setter spesielt ikke-returnerbare asylsøkere i en vanskelig situasjon (Helsetilsynet, 2005). Det ble uttrykt bekymring for den totale situasjonen asylsøkere opplever over lengre tid i mottak, som utgjør en psykisk og fysisk belastning for den enkelte. Undersøkelsen avdekket bl.a. svikt i formidlingen av de ulike helsetjenestene, mangelfull oppfølging av personer med psykiske lidelser og manglende ivaretagelse av sikkerhet på mottakene, med henvisning til voldsepisoder, seksuell trakassering og overgrep på kvinner. Tilsynet avdekket også manglende bevissthet om og etterlevelse av forskrift for miljørettet helsevern i det lokale helsearbeidet (Helsetilsynet, 2005).

Vold og trusler har vært et velkjent problem og de senere årene ført til et økt fokus på sikkerhet i norske asylmottak. I 2007 ble det utarbeidet en rapport om «Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak» på oppdrag av Helsedirektoratet (2008). Den viste at det ble innrapportert 189 hendelser om vold og trusler i asylmottak i 2007, hvor 7092 personer var bosatt i mottak. Videre viste en rapport utarbeidet av Amnesty International Norge, at vold i nære relasjoner er den formen for overgrep som rammer flest kvinner i asylmottak (IS-1022, s. 40) (Helsedirektoratet, 2010).

2.3 Norske kommuners helsetjeneste, plikter og ansvar

Kommunen har et særskilt ansvar for å påse at det gis nødvendig somatisk og psykisk helsehjelp til asylsøkere og flyktninger bosatt i den aktuelle kommune i tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven. I den forbindelse har Helsedirektoratet (2010) utarbeidet Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (IS-1022). Det anbefales her at mottakspersonell, fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, flyktningekontakt, bosettingskonsulent og andre relevante aktører samarbeider om å sikre forsvarlige helsetjenester til disse gruppene.

Veilederen peker på noen grunnleggende nøkkelfaktorer i det psykososiale arbeidet, og når det gjelder barn er dette faktorer som forutsigbarhet, trygghet og mulighet for ivaretagende voksenkontakt. Traumer og andre grunner kan være årsak til at foreldre har nedsatt evne til å være omsorgspersoner, mange vil trenge hjelp til å gi sine barn den nødvendige støtte og hjelp slik at barna kan delta i daglige normale aktiviteter som f.eks. barnebase og barnehage. Det er et krav fra UDI at mottaket skal ha en egnet barnebase for de yngste barna. Disse er ikke ment som avlastning for foreldre, men for aktivisering av barna.

Hjelp til asylsøkere som trenger bistand for psykiske og psykososiale problemer skal ivaretas i det ordinære behandlingsapparatet. Det er opprettet regionale ressursentre for vold, traumer og selvmordsforebygging (RVTS) i regionene som gir veiledning og råd til kommunene. Ved mistanke om fysisk eller psykisk skade etter tortur eller annen alvorlig traumatisering, henvises det til samtale med lege eller sykepleier. Ved funn av skader eller alvorlige posttraumatiske reaksjoner kontaktes spesialisthelsetjenesten (IS-1022, Helsedirektoratet, 2010).

Vold og trakassering i asylmottak har fått mye fokus i mediene de senere årene. Vold som foregår i det private rom er vanskeligere både å avdekke og å forebygge. UDI holder derfor kurs for å heve kompetanse knyttet til blant annet psykisk helse, risiko for vold, menneskehandel og konflikthåndtering for ansatte i mottakene og deres samarbeidspartnere. Hvert mottak har ansvar for å lage et informasjonsprogram på bakgrunn av UDIs rammeplan for helhetlig informasjonsarbeid rettet mot barn og unge i statlige mottak (IS-1022, s. 40) (Helsedirektoratet, 2010).

2.4 Påvirkning av det psykososiale miljø i mottak

Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2014) definerer god psykisk helse slik:

A state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community.

I denne studien vil det være fokus på de psykososiale forhold. I veileder til miljørettet helsevern (IS-1104, Helsedirektoratet, 2003) omtales psykososiale forhold som en integrert del av det sosiale miljøet: «Sosialt miljø omfatter psykososiale forhold og forhold som påvirker trivsel.» Og videre: «Kildene til å vite hva som fremmer trivsel og gode psykososiale forhold må i stor grad skrive seg fra lokale forhold, kombinert med fagkunnskap.» (Helsedirektoratet, 2010, s. 122).

Psykososialt miljø er basert på et komplekst samspill hvor individet påvirkes av helsemessige, kulturelle, sosiale, strukturelle og fysiske miljøfaktorer. De positive faktorer rettet inn mot psykisk helse i mottak synes å være: Å redusere ventetiden på asylsøknaden, bedre norskopplæring, utvikle samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i kommunen, økt personaltilgjengelighet på kveldstid, natt og helger, et meningsfylt aktivitetstilbud, fagutvikling for personalet, graderte og tilpassede tiltak for enkeltgrupper for å gi økt trygghet, økt forebygging og tidlig intervensjon (Berg og Sveaass, 2005).

En dansk undersøkelse viste at selv med svært traumatiske opplevelser i «kofferten» så vil asylsøkerbarn etter få år, om det kommer raskt inn i en normal hverdag, ha tilnærmet like god psykisk helse som andre barn. Det forutsettes da at ikke barnet utsettes for nye traumer og stressfaktorer (Montgomery, 2010). I en kvalitativ undersøkelse om barns helse i nordnorske asylmottak, pekte man på oppholdstid og foreldrenes situasjon som mest belastende for barna i mottaket, mens skolegang, fritidstilbud og økonomisk

kompensasjon for familienes dårlige økonomi, kompenserte for flere av belastningene i mottakstilværelsen (Sivertsen, 2007). Dette underbygger funnene i den danske undersøkelsen av Montgomery (2010), hvor nettopp normaliseringen av barnas hverdag (dvs. at barna gis samme muligheter som etnisk norske barn) er viktig for å fremme helse, og motvirker negative helsevirkninger ved å bo i mottak.

2.5 Miljørettet helsevern i asylmottak og kommunens tilsynsrolle

Folkehelselovens kapittel 3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) pålegger alle mottak en meldeplikt til kommunen ved nyetablering eller ved vesentlige endringer av driften. Meldeplikten vil i de fleste tilfeller utløse et tilsyn fra helsemyndigheten i den enkelte kommune. Hensikten med tilsynet er å påse at driften er i tråd med lovens krav og ivaretar helse, miljø og sikkerhet til beboerne i mottakene. Dersom det etableres et nytt asylmottak har tilsynsmyndigheten (i dette tilfelle kommuneoverlegen og miljørettet helsevern) både en plikt og en mulighet til å vurdere de helsemessige forholdene ved et mottak.

Folkehelseloven § 9 pålegger kommunen å føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Forskrift for miljørettet helsevern med veileder IS-1104 (Sosial- og helsedirektoratet, 2003) utgjør det viktigste hjemmelsgrunnlaget ved tilsynet. § 10 omfatter helsemessige forhold i virksomheter og eiendommer der allmennheten har adgang, eller som benyttes av mange mennesker, eller hvor mennesker oppholder seg over lengre perioder. Her skal følgende krav oppfylles:

- a) Virksomheten skal ha tilfredsstillende inneklima. Lydforhold og belysning skal ikke medføre helsemessig ulempe og skal være tilfredsstillende i forhold til det virksomheten brukes til.
- b) Det skal etableres et forsvarlig renhold med hygienisk tilfredsstillende metoder.
- c) De sanitære anleggene i virksomheten skal ha en helsemessig forsvarlig utforming, kapasitet og standard.
- d) Institusjoner og virksomheter som driver læring, pleie og omsorg mv., skal sikre et godt sosialt miljø.
- e) Virksomheten skal planlegges, drives og avvikles slik at ulykker og skader forebygges.
- f) Virksomheten skal planlegges, drives og avvikles slik at smittsomme sykdommer forebygges.

Asylmottak skal ivareta et godt sosialt miljø. Dette følger av merknaden til bokstav d: «Bestemmelsen vil først og fremst ha betydning for institusjoner, internater og lignende, for eksempel sykehus, sykehjem, boform for heldøgns omsorg og pleie, aldershjem, annen bolig med heldøgns omsorgstjenester, asylmottak, skoleinternat, barnevernsinstitusjon og fengsler.» Konklusjonen er dermed at asylmottak skal sikre et godt sosialt miljø, samt at kommunen skal føre tilsyn med at dette overholdes jf. § 6.

Veilederen er generell på området sosiale miljøfaktorer og psykisk helse, og skiller ikke mellom mottak og andre type virksomheter den er laget for. Av miljøfaktorer rettet mot psykisk helse trekkes frem tre relevante forhold:

Trygghet og sikkerhet, dvs. fravær av kriminalitet, vold og angst for å bli utsatt for noe farlig og truende. Det pekes på risiko som urbanisering, manglende sosial tilhørighet, rus og arbeidsledighet. Relevante spørsmål på tilsyn vil være: Drives virksomheten slik at kriminalitet, vold og trakassering forebygges? I hvor stor grad påvirkes sosial tilhørighet? Vil forhold som f.eks. boligstandard, ytre miljø, uoversiktlige områder m.v. kunne bidra til kriminalitet og påvirke følelse av utrygghet?

Sosialt miljø. Mangel på gode sosiale og trivselsmessige forhold kan gi utslag i lærevansker, atferdsproblemer, depresjon, angst og nedsatt motstandskraft mot sykdom (veileder s. 122). Aktuelle spørsmål på tilsynet kan være: Hvordan er de trivselsmessige og sosiale forholdene ivare tatt ved mottaket? Hvilke miljøforhold påvirkes i mottaket? Hva gjør virksomheten for å fremme gode sosiale forhold? Er det etablert gode nettverk? Er det tilrettelagt for spesielle behov (barn, kvinner, funksjonshemninger m.v.). Har virksomheten samarbeid med eksterne instanser, som nærmiljø, politi, frivillige organisasjoner osv?

Økonomi, arbeid og tjenestetilbud. Å stå utenfor arbeidslivet gir dårligere fysisk og/eller psykisk helse enn de som er i arbeid (veileder s 124). Aktuelle spørsmål på tilsynet vil være: Hvordan er helsetjenesten og tilbudet rustet for å håndtere de helsemessige konsekvensene av langtidsledighet og opphold i mottaket? Hvordan er samarbeidet og tilbudet ift. kommunens tjenestetilbud, arbeidsmarked og nærmiljøet?

Begrepet «sosiale miljøfaktorer» ble innført i forbindelse med et nytt kapittel om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven i 1988. jfr. Ot.prp. nr 40, 1987-88, men det er mye som tyder på at begrepet er lite brukt, lite kjent og/eller ikke prioritert i kommunene (Helsedirektoratet, 2008). Det er ikke forsket på kontrollmyndighetens utøvelse av tilsyn med psykososiale forhold i asylmottak. Dette, til tross for den høye forekomsten av fysiske og psykiske lidelser, og at stadig lengre oppholdstid kan forverre helseproblemene.

3. Teoretisk og begrepsmessig ramme

3.1 Health promotion og helsefremmende miljø

Folks omgivelser, livsstil og miljø har i stor grad innvirkning på hele livsløpet, også et individs helse og helbred. Helse er definert av WHO (1948, s.1):

Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity.

I Ottawa Charteret for Health Promotion fra 1986 (WHO, 2009) sees helse som en viktig ressurs til livskvalitet, som i en større kontekst påvirkes av så vel politiske,

sosiale, kulturelle og miljømessige forhold. I charteret defineres begrepet «Health Promotion» på følgende måte:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment (WHO, 2009 s. 1).

Helse kan også sees som en ressurs individet selv innehar i forhold til å ivareta sin egen helbred - dette kalles et salutogent perspektiv. Begrepet salutogenese har sin opprinnelse fra en teori fremsatt av Aaron Antonovsky (1979). Istedenfor å fokusere på hvordan vi unngår helserisiko, så han på hvordan vi som individer utvikler evner og forståelse for å kunne håndtere de risikofaktorer som oppstår og påvirker oss. I følge Antonovsky kan vi ikke beskytte oss mot stress og negative påvirkningsfaktorer gjennom et helt liv. Helbred og sykdom må sees i lys av levestil, ressurser og en stadig tilpasning til miljøet hvor ulike stressfaktorer uunngåelig spiller inn. Sunnhet er ikke bare et spørsmål om livsstil, men også om muligheter, begrensninger og påvirkninger innenfor den sosiale, sosiostrukturelle og kulturelle kontekst.

Sentralt i Antonovskys teori er individets iboende kilder til sunnhet («salutogenese») beskrevet som mestrings- og motstandsressurser, samt begrepet «Sense of Coherence», som på norsk oversettes til Opplevelse av Sammenheng (OAS). Begrepet består av tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. OAS sier således noe om et individs evne og ressurser til å oppfatte de ytre og indre stimuli man konfronteres med, i hvilken grad disse oppleves meningsfulle og kan forstås og håndteres slik at man klarer at mestre disse stressfaktorer, og i tillegg opplever motivasjon til å engasjere seg i prosessen. Hos en asylsøker vil stressfaktorer være sterkt knyttet til mer eller mindre belastende og ekstreme hendelser før og under flukt, sykdomstilstand og selve asylprosessen. Det er mye som tyder på at opphold i mottak over tid forverrer helsen og opplevelse av egen mestring, og således reduserer muligheten den enkelte har til selv å ivareta og ta ansvar for sin egen helbred. Lengde på botiden er også en faktor som har stor betydning for den enkeltes helse under opphold i mottak (Nielsen et al, 2008, Laban, 2008; Hallas, 2007). I et salutogent perspektiv viser det seg imidlertid at en normal hverdag og tidlig integrasjon påvirker helsen positivt (Montgomery, 2010, Sosialstyrelsen 2009).

3.2 Bronfenbrenner's holistiske teori

På 70-tallet oppsto det en motpol til psykologiens ensidige fokus på individet løsrevet fra en kontekst, hvor Uri Bronfenbrenner (1979) presenterte en sosialpsykologisk teori med utgangspunkt i individet. Han beskrev hvordan kontekstuelle faktorer på ulike nivåer påvirker sosialisering inn i en kultur. Teorien ble kalt «bioøkologisk» fordi den la vekt på mennesket som en biologisk organisme og aktiv deltaker i sin egen utvikling. Mennesket er plassert i sentrum omgitt av nivåer som spiller inn og har en betydning for ens utvikling. Dette gjenspeiler forståelsen av mennesket og omgivelser som gjensidig avhengig av hverandre og medvirker i et vekselspill.

Mennesker i asyl befinner seg i en situasjon omgitt av mange utenforliggende faktorer, og er i stor grad påvirket av forhold både nært fysisk og tidsmessig, og langt utenfor individet. I denne sammenheng kan de fem nivåene i Bronfenbrenners teori beskrives på følgende måte:

Microsystemet beskriver det nære påvirkningsmiljø som individet kjenner gjennom en lengre tids relasjon eller bekjentskap og som stadig er tilgjengelige for kontakt, som f.eks. familie, venner, skole, barnehage og ansatte i mottaket.

Mesosystemet beskriver relasjonen mellom påvirkningsfaktorer i mikronivået, relasjoner som indirekte påvirker individet som f.eks. hjelpeapparat tilknyttet mottaket, barnas deltakelse i aktiviteter og venners relasjon til andre venner.

Exosystemet beskriver faktorer som individet ikke har direkte kontakt med, men som likevel har en direkte påvirkning på individet. Dette kan være helsepersonell, politisk utforming av økonomiske rammer og lovverk, tilsynsmyndigheter, politi, media, politikere, domstoler, frivillige organisasjoner og interessegrupper som individet ikke deltar i selv.

Macrosystemet beskriver nivået med mer abstrakte faktorer som individet har gjennom felles forståelse av samfunn og kultur blant andre medlemmene i samme kultur som individet, som for eksempel verdier, normer, ideologier og religion.

Chronosystemet refererer til hendelser i livshistorien til en person og hvordan disse kan påvirke individet på ett eller flere av de øvrige nivåene. (Bronfenbrenner, 1994). Eks. på dette er oppvekst, kulturbakgrunn, flukt fra hjemlandet, veien fra barn til voksen, asylprosessen og integrering i et lokalsamfunn.

I et psykososialt helseperspektiv kan Bronfenbrenners teori brukes for å forstå individet og hvordan asylantene påvirkes av og påvirker miljøet i et mottak i en større kontekst. Vi kan bedre forstå asylanten som et unikt individ med sin særegne historie og kulturbakgrunn, familierelasjoner, sosial kompetanse, opplevde traumer og sykdomshistorie og ikke minst har verdier, livsanskuelse og uttrykk som er helt forskjellig fra andres, og således ikke kan sees på som en ensartet gruppe. Kommunens tilsynsarbeid kan sies å ligge utenfor individet rent kontekstuellt, men har i stor grad en påvirkning på individets bosituasjon (mikronivå) i mottaket. Ved å påpeke mangler ved boforholdene eller rutiner kan forbedringer pålegges, noe som igjen virker inn på helse og livskvalitet. Exonivået omfatter f.eks. UDI, massemedia, politisk nivå og politimyndighetene som har alle en innvirkning på de rammer som legges for individet som bor i mottaket, det være seg økonomisk, ressursmessig og, ikke minst, i forhold til de holdninger som preger samfunnet i synet på asylanter som kommer til Norge og som i stor grad også preger politikken.

3.3 Mål på kvalitet

Kvalitet betegnes positivt som oppfyllelse av krav, standarder eller forventninger, eller negativt; som mangler i forhold til forventninger (Grepperud, 2009). I helsesektoren brukes ofte kvalitetsindikatorer sammen med kvalitetsmål. I Nasjonal helseplan (2007-2010) defineres kvalitet i helsetjenesten slik:

Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 278 – 279).

Retningslinjer for tilsynsarbeidet som skal utføres av miljørettet helsevern er nedfelt i veileder til forskriften (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). De metoder som benyttes skal sikre en best mulig kvalitet, og den mest anvendte metode er systematiske og planlagte tilsyn, kalt systemrevisjon, mens stikkprøver og befaring betegnes som verifikasjon. Gjennom en systematisk gjennomgang av internkontroll og rutiner på mottaket kan man etterse at lov og forskrift følges. Der dette ikke følges blir det gitt avvik. Skjønnsmessig vurdering vil alltid være en del av et tilsyn, og her vil den profesjonelles utdanning, ansiennitet, fagkunnskap på feltet osv. kunne spille inn. Det samme vil kunnskap om lokale forhold (Helsedirektoratet, 2010. s. 122). I tillegg vil den profesjonelle også kunne trekke inn annen fagkompetanse der han/hun finner det nødvendig, eller der kommunen har en slik rutine. I en vurdering vil det også ligge krav til forholdsmessighet, dvs. at konsekvensen av vedtaket (eller rettelsen) må stå i forhold til den helsegevinst som oppnås (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 16).

I følge Donabedian (2005) kan en vurdere en tjeneste eller et systems kvalitet ved å analysere forholdet mellom struktur, prosess og resultat. Kvalitetsindikatorene er delt inn i tre dimensjoner: *Strukturdimensjonen*, med rammene og forutsetningene. Her kommer bl.a. mottakets ressurser, kompetanse og kapasitet inn, men også rutiner på mottaket som skal sikre at asylsøkeren får de nødvendige behov dekket. Der nest *prosessdimensjonen* som relateres til de utførende handlinger som pågår mellom den som utfører tjenestene (her: asylmottaket) og mottaker (her: asylsøker). Dette kan f.eks. dreie seg om helsetjenester, aktivitetstilbud og kommunikasjon med beboerne. Til sist har vi *resultatdimensjonen* som viser den målbare effekt som systemet skaper som f.eks livskvalitet, norskopplæring, skolegang og psykisk helse. I en slik kontekst kan vi tenke oss at kommunens tilsyn skal avdekke feil og mangler som ligger i systemet ved å få et overblikk over disse tre dimensjonene i mottaksdriften, og ved bruk av lovverk og skjønn sørge for at mottaket ivaretar alle disse aspekter gjennom den daglige driften.

4. Problemformulering og hensikt

Kommunene har et særskilt ansvar for å følge opp asylsøkere og flyktninger mens de venter på å få behandlet sin asylsøknad. Med utgangspunkt i nasjonale føringer, lovverk og gitte rammer skal kommunene sørge for at de ankomne får de nødvendige

helsetjenester, livsopphold og innkvartering i ventetiden. UDI har ansvar for botilbudet i mottakene. Oppholdstiden kan ofte bli lang. Trangboddhet, dårlig bostandard og manglende helseoppfølging kan være en stor utfordring og helsebelastning for den enkelte. Kommunens tilsyn etter Forskrift for miljørettet helsevern skal påse at driften i mottaket er i tråd med lovens krav og ivaretar helse, miljø og sikkerhet til beboerne (Sosial og helsedirektoratet, 2003). Ved etablering av nye mottak har kommunen som tilsynsmyndighet både en plikt og mulighet til å vurdere de helsemessige forholdene. Miljørettet helsevern omfatter alle miljøfaktorer som kan virke inn på helsen, både fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale. I undersøkelsen er det valgt å legge spesielt vekt på det psykososiale miljøet og faktorer som direkte og indirekte virker inn på dette.

Hensikten med studien er å belyse hvilket omfang, metode og strategier som benyttes i tilsynsarbeidet, hvordan de profesjonelle ser på dagens tilsynspraksis og i hvilken grad de mener at den oppleves å være i tråd med helselovgivningens intensjoner og eventuelt bidrar til å løse utfordringer knyttet til psykososialt miljø i asylmottak. Studien søker å avdekke hvilken kompetanse som finnes innenfor miljørettet helsevern i dag, om de tilgjengelige ressurser, lovverk, veiledere og rammebetingelser er tilstrekkelige, samt hvilken betydning dette har for kvaliteten på tilsynet.

Forskningsspørsmål:

- Hvilke forhold blir vektlagt på tilsynet og hvordan begrunnes dette? Med hvilke metoder, og på hvilket grunnlag gjøres vurdering av psykososiale forhold?
- Opplever de profesjonelle at tilsynet som utøves (metoder, tilgjengelige ressurser og kompetanse) er av en slik kvalitet at det bidrar til å ivareta det psykososiale miljøet og dermed fremmer god psykisk helse?
- Hva er de største utfordringene knyttet til psykososialt miljø i mottakene i dag?
- Opplever de profesjonelle at deres kompetanse er tilstrekkelig for å kunne vurdere psykososiale forhold?
- Er det behov for å endre praksis, rutiner, metoder, ressurstilgang, retningslinjer eller lovverk på dette området?

5. Metodebeskrivelse

5.1 Design

Studien er en kvantitativ tverrsnittstudie som beskriver situasjonen på et gitt tidspunkt (Jacobsen, 2005). Undersøkelsen kan karakteriseres som en ekstensiv design, dvs. at en undersøker et større utvalg av enheter i utgangspopulasjonen for å øke sannsynligheten for å få frem resultater som kan generaliseres til hele populasjonen (Jacobsen, 2005, s. 94). Undersøkelsen er eksplorativ i den forstand at den søker å avdekke ny kunnskap på feltet. Selve undersøkelsen foregikk som strukturerte telefonintervjuer.

5.2 Deltakere og utvalg

Deltakerne i undersøkelsen ble valgt ut i fra forfatterens erfaringer og rettet seg inn mot de fagpersoner som er ansatt for å føre tilsyn etter Forskrift for miljørettet helsevern i kommuner med ordinære asylmottak (sentraliserte og desentraliserte). Det ble skaffet til veie en oversikt over alle UDIs ordinære mottak. I mars 2014 var det 117 slike mottak fordelt på 18 fylker og seks regioner (Bilag 4).

Deltakerne varierer fra kommune til kommune etter hvordan disse organiserer sitt arbeid innen miljørettet helsevern (MHV). I mindre kommuner er det oftest kommunelegen som har ansvar for tilsynet, mens man i større kommuner gjerne har flere ansatte som utfører tilsyn og saksbehandling. Det er primært kommunelegen som har vedtaksmyndighet når det gjelder sanksjoner mot virksomheter som ikke følger lovens krav, men dette kan også være delegert til et interkommunalt selskap (IKS), organisert som et samarbeid mellom flere kommuner. Stillingsbetegnelsen for ansatte innen miljørettet helsevern er oftest ingeniører, konsulenter eller helse- og miljørådgivere. Utdanning og erfaring varierer i målgruppen, men det stilles som oftest krav til høyere utdanning (bachelor eller høyere) og arbeidserfaring ved ansettelser.

Det finnes i dag ikke noe sentralt register over ansatte som fører tilsyn etter forskrift for miljørettet helsevern. Det finnes heller ingen oversikt over kommunelegene. Det ble derfor sendt ut en mail til alle landets kommuner ved hjelp av en mailliste til kommunenes postmottak. Det ble etterspurt om kommunen hadde asylmottak, hvem som hadde ansvar for tilsyn etter forskrift om miljørettet helsevern og kontaktopplysninger til disse (stillingsbetegnelse, epost og telefonnummer). Opplysninger fra kommuner med mottak som ikke svarte, eller svarte mangelfullt ble innhentet enten via hjemmesiden eller ved å kontakte kommunens sentralbord på telefon. Resultatet ble i alt 168 mulige informanter, se Tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over mulige informanter pr. 08.05.2014.

Antall	Funksjon/tittel
36	Kommunelege/Miljørettet helsevern (dekker begge funksjoner)
65	Miljørettet helsevern-ansatt (ingeniør/konsulent/rådgiver m.v.)
58	Kommunelege/kommuneoverlege
9	Andre med tilsynsoppgaver/ansvar

Undersøkelsen retter seg mot ansatte som jobber med oppgaver innen miljørettet helsevern på kommunenivå. For å delta i undersøkelsen måtte informanten oppfylle følgende inklusjonskriterier:

- ❖ Være ansatt kommunalt/interkommunalt/IKS med oppgaver knyttet til miljørettet helsevern (f.eks. avdelingsingeniør/ingeniør, konsulent, rådgiver, helsesøster m.v.) eller; ansatt som kommune(over)lege med delegert ansvar for miljørettet helsevern.
- ❖ Ha deltatt på tilsyn (el. tilsvarende oppfølging) i mottak (gjelder ikke transittmottak eller forsterkede mottak, mottak for mindreårige m.v.) i sitt tilsynsområde.
- ❖ Har et eller flere ordinære mottak med langtidsopphold lokalisert innenfor sitt geografiske arbeidsområde.

Et informasjonsbrev ble sendt til alle informantene på mail i forkant av undersøkelsen (Bilag 1). Brevet inneholdt kortfattet informasjon om bakgrunnen, formålet med undersøkelsen og kriterier for å delta, og gjorde at informanten kunne forberede seg mentalt og eventuelt velge å ikke delta, om det skulle være ønskelig. Brevet ble underskrevet av ansvarlig for undersøkelsen med mulighet for å ta kontakt for spørsmål på mail eller telefon. Hver informant ble tildelt en unik ID.

5.3 Datainnsamling

Data ble innsamlet via telefonintervjuer. Fordelen med telefonintervju er at metoden er rask, har ingen geografisk begrensning, og er rimeligere å gjennomføre enn f.eks. personlig intervju og papiirutsendelser. Bearbeiding av materialet i ettertid er også relativt enkelt å utføre, da svarene kan overføres direkte til en database.

Spørreskjema

Skjemaet inneholdt 28 strukturerte spørsmål med oppsatte svaralternativer, samt to åpne spørsmål, totalt 30 spørsmål. De åpne spørsmålene ble inkludert for å fange opp synspunkter som var vanskelig å forutse på forhånd og for i størst mulig grad å sikre at informantene fikk frem sine synspunkter (Jacobsen, 2005).

Skjemaet var 4-delt: Del I: En innledende del for å avklare om den aktuelle kommunen hadde ført tilsyn med asylmottak eller ikke, hvordan miljørettet helsevern var organisert, og kommunens planer for tilsyn i kommende 2-årsperiode. Del II: Her ble det spurt om tilsynspraksis, hvilke metoder og strategier som benyttes i tilsynsarbeidet, eventuelle samarbeidsinstanser, valg av fokusområder med innvirkning på psykisk helse, bruk av hjemler, skjønn og andre vurderingsgrunnlag. Del III: Her ble det spurt om informantenes egen vurdering av kvaliteten på tilsynet, viktige utfordringer for psykisk helse i mottak og innspill til forbedringer på feltet. Del IV: Denne delen bestod av bakgrunnsspørsmål knyttet til demografi, kjønn, alder, utdanning og yrkespraksis, samt en vurdering av egne kvalifikasjoner.

Spørsmålene ble utarbeidet i samarbeid med veileder, en seniorrådgiver i Sosial og helsedirektoratet, samt en kollega med god erfaring på feltet (som dessuten selv har vært bosatt i mottak). God validitet tilsier at spørsmålene må ha relevans til det man faktisk undersøker (Jacobsen, 2005). Både informasjonsbrevet og spørreskjemaet ble derfor på

forhånd hørt og «testet» ut på nærmeste kollegaer, fem kommuneoverleger og min kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet med lang fartstid innen miljørettet helsevern lokalt, regionalt og på statlig nivå. Ved utforming av studiedesign ble det også benyttet litteratur for kvantitativ metode (Jacobsen, 2005, Hellevik, 1997).

Intervjuere og pilottest

Innsamling av data ble gjort som strukturerte intervjuer over telefon med hjelp fra to intervjuere uten personlig tilknytning til undersøkelsen. Den ene intervjueren jobber som avdelingsingeniør innen miljørettet helsevern og har åtte års praksis med dette. Den andre intervjueren har ingen profesjonell tilknytning til faget, men har jobbet i sosiaalsektoren og skolesektoren i et 20-talls år. Begge er kvinner. I tillegg foretok ansvarlig for undersøkelsen (med åtte års erfaring som avdelingsingeniør innen miljørettet helsevern) selv intervjuer.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en skriftlig veiledning som hver intervjuer måtte sette seg grundig inn i før intervjuene startet, og som også ble gjennomgått muntlig (Bilag 2). Dette ble gjort for å sikre at intervjuerne i størst mulig grad ga lik og relevant informasjon, og for å sikre en mest mulig likebehandling av intervjuobjektene og innsamling av data. Veiledningen ble justert etter testgjennomgang.

Det ble gjennomført tilsammen fem testintervjuer. Testene med en kollega ble gjennomført på kontoret, mens de andre ble gjort over telefon. Siden dataprogrammet ga mulighet for å gjennomføre testintervjuer, ble feil man oppdaget under disse justert i spørreskjemaet før den endelige datainnsamlingen ble påbegynt.

Intervjuundersøkelsen

Etter at informasjonsbrevet ble sendt ut, tok intervjuerne direkte kontakt med den enkelte informant på telefon for å avklare om han/hun var aktuell for og interessert i intervju og for å avtale et tidspunkt for dette. I forkant av intervjuet presenterte intervjueren seg med fullt navn, ga en kort forklaring om bakgrunnen for henvendelsen og hvorfor respondenten var blitt kontaktet. Det ble presisert at undersøkelsen var frivillig og at informasjon kunne ettersendes om ønskelig før intervjuet fant sted. Når begrepet «psykososialt miljø» dukket opp første gang under spørsmålene, ble det lest opp en definisjon for informanten. Dette var for å sikre at begrepet ble forstått riktig.

Ved standardisert telefonintervju leser intervjueren opp spørsmål og svaralternativer for respondenten (Jacobsen, 2005). Totalt ble det intervjuet 82 personer. For informantene som svarte at kommunen ikke hadde hatt tilsyn (26 informanter) ble intervjuet avsluttet etter Spørsmål 4. Det betyr at populasjonen det er beregnet resultater fra tar utgangspunkt i et utvalg på 56 personer. Beregnet tid for intervju var opprinnelig 15 - 20 minutter, men da intervjuene kom i gang, viste det seg at et gjennomsnittlig intervju lå på 40 minutter. Det gikk også mye tid til å finne riktig informant og drive oppsøkende virksomhet. Mange av kommunelegene hadde pasienter og avgrenset kontortid, og i mange tilfeller lot det seg ikke å treffe dem i det hele tatt, selv etter gjentatte forsøk. Dette gjorde at frafallet ble noe større i denne yrkesgruppen, og spesielt for mindre

kommuner der kommunelegen hadde avsatt mindre stillingsbrøk til miljørettet helsevern og hadde mange andre oppgaver i tillegg. Svarene ble registrert rett inn på et elektronisk skjema eller manuelt på papirskjema som var printet ut. Dette var i utgangspunktet en forsikring dersom det skulle oppstå noen problemer med det elektroniske skjemaet. Intervjuer ble i de tilfellene bedt om å legge inn dataene elektronisk før de gikk over til neste intervju. Avslutningsvis hadde informanten anledning til å høre gjennom svarene, og kunne ved behov endre dem. Det ble orientert om at alle svarene ble anonymisert.

5.4 Dataanalyse

Kvantitative data

Svarskjemaer ble avlest optisk og dataene eksportert til et analyseprogram. Deskriptiv statistikk ble hentet ut i form av tabeller, som omfattet:

- Demografiske data, opplysninger om alder, kjønn, utdanning, yrkesbakgrunn, erfaringer med tilsynsarbeid
- Opplysninger om tilsynet som drives, bruk av skjønn, faglige overveielser, bruk av lovverk og kunnskapsgrunnlag
- Vurdering av kvalitet, måloppnåelse, egne kvalifikasjoner, samt forslag til forbedringstiltak

Det ble hentet ut til sammen 190 sider med krystabeller (bivariate og univariate) hvor ulike variabler ble testet opp mot hverandre for å se om det var grunnlag for interessante funn, og for alle tabellene ble det utført CHI-kvadrattest. Dette er et mål for styrken av sammenhengen mellom to variabler (Bjørndal og Hofoss, 2008). Dette lettet arbeidet med å finne interessante sammenhenger i materialet, og det er under resultatene og diskusjonen lagt mest fokus på funnene som var signifikante.

Kvalitative data

Informantene skulle besvare følgende åpne spørsmål i spørreskjemaet: 1) Hvordan vil du beskrive de største utfordringene knyttet til psykososiale forhold i mottakene i dag, og 2) Hvilke forslag har du til tiltak som vil kunne heve kvaliteten på tilsynet rettet mot psykososiale forhold i mottak for asylsøkere.

I analysen ble det benyttet Kvalitativ innholdsanalyse, som er godt egnet for analyse av data fra åpne spørsmål (Graneheim og Lundman, 2004). Følgende trinn inngikk:

- Identifisere meningsbærende enheter (ord eller setninger)
- Forkorte (kondensere) enhetene uten at meningsinnhold endres
- Lage koder, dvs. en kort tittel som beskriver innholdet
- Gruppere koder i underkategorier og kategorier

Siden det ikke lå noen begrensning i forhold til plass i svarfeltet artet svarene seg litt ulikt. Noen besvarte spørsmålene i stikkordsform og noen mer utledende. Teksten ble først lest i sin helhet for å få helhetsinntrykket (innhold og kontekst). Deretter ble meningsenheter understreket. Neste trinn var å kondensere disse uten at vesentlig informasjon gikk tapt. Det kondenserte meningsinnholdet ble så trukket ut og fikk koder som beskrev innholdet på et abstrahert nivå (flere hadde svart i stikkordsform og på denne måten var endel svar allerede kodet). Kodene ble sortert etter likhet og innhold og delt inn i underkategorier. Koder og kategorier ble justert/endret fortløpende under analysen, og forfatteren gikk tilbake til opprinnelig tekst (råmaterialet) hele tiden for å kontrollere at resultater og råmateriale stemte overens. Tabell 2 viser eksempel på fremgangsmåten.

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori
Det fremgår ingen sted hvor mange tilsynsobjekter det skal være per rådgiver innen miljørettet helsevern for at vi skal kunne gjøre en akseptabel jobb. Det oppleves at det er altfor få på jobb til å gjennomføre den tilsynsfrekvensen vi har satt som mål. Jeg rekker ikke over det jeg har i dag. Har ikke hatt anledning til å ta asylmottakene nå som vi skulle - hvert 2. år	Ingen krav til tilsynsfrekvens. Rekker ikke over alle tilsynsobjektene, og har ikke anledning å prioritere mottakene.	Prioriterer bort tilsyn pga mangel på ressurser og tid	Tilsynspersonellens ressurser, kunnskaper og kompetanse

5.5 Etiske overveielser

Deltakerne ble informert om undersøkelsen i forkant, slik at de hadde mulighet til å overveie om de ville samtykke i å delta i undersøkelsen. I informasjonsbrevet ble det understreket at deltakelsen var frivillig, at den når som helst kunne avbrytes, og at deres identitet og svar ville bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Datamateriale med sensitive opplysninger ble bevisst ikke sendt eller etterspurt på mail, men ble innsamlet per telefon. Prosjektplanen med bilag ble i forkant oversendt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Øst-Norge (REK Øst) og funnet akseptert uten krav om en formell godkjenning (se Bilag 3).

6. Resultater

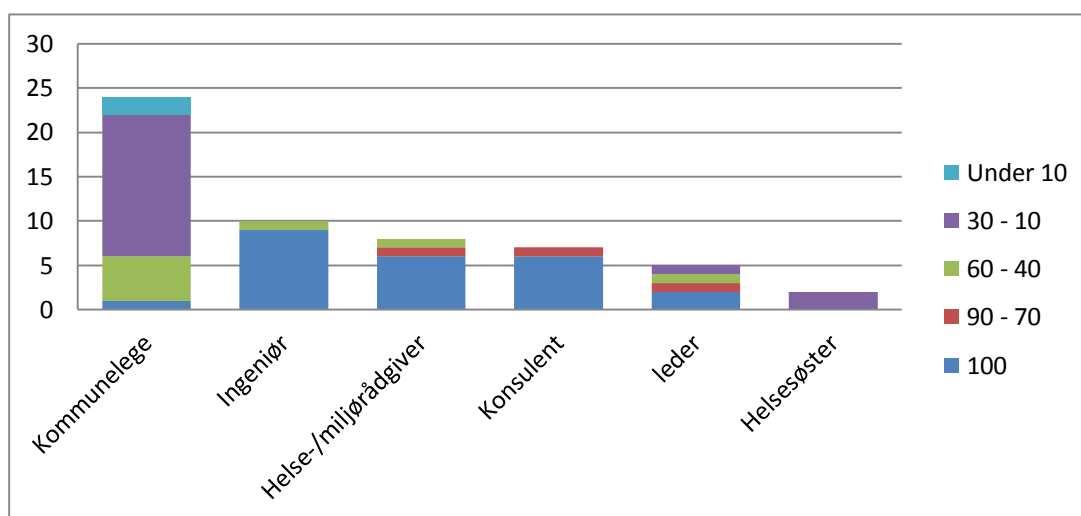
6.1 Deltakerne i undersøkelsen

Kjønn, alder og utdannelse

Totalt 82 personer (48,8% av det mulige antallet, jfr. Tabell 1) ble intervjuet frem til Spørsmål 5. Dersom vedkommende ikke hadde gjennomført tilsyn med mottak, ble intervjuet avsluttet der. Av de 82 som ble intervjuet hadde 56 personer deltatt på tilsyn i asylmottak og besvarte hele undersøkelsen. 46% (n=26) av disse var menn og 54% (n=30) var kvinner. Alder ble under analysen kategorisert i tre intervaller: 55+ som utgjorde 43% (n=24), 40-54 år som utgjorde 36% (n=20) og 18-39 år som utgjorde 21% (n=12). Det var m.a.o. et høyt aldersnivå blant informantene. Ingen av informantene hadde lavere utdanning enn høyskole/bachelorgrad. Av de 56 som fullførte hele intervjuet, hadde 32% (n=18) høyskole/bachelorgrad og 68% (n=38) Master, PhD eller høyere. Gjennomsnittlig utdanningslengde etter grunnskole var 9,5 år. Kommunelegene hadde studert lengst (12,0 år), etterfulgt av lederne (8,2 år), konsulentene (8,0 år), rådgiverne (7,8 år), helsesøstrene (7,5 år) og ingeniørene (7,3 år). Kun kommunelegene hadde medisinsk faglig bakgrunn og 71% (n=17) hadde i tillegg samfunnsmedisin. Konsulentene scoret høyest på tekniske fag med 71% (n=5), lederne og ingeniørene hhv 60% (n=3) og 50% (n=5). Ingen kommuneleger hadde teknisk bakgrunn. Helsesøstrene scoret på helse/omsorgsfag med 100% (n=2), dernest konsulentene med 43% (n=3). Konsulentene scoret høyest på sosialfag/humaniora med 29% (n=2).

Tittel, stilling og stillingsbrøk

På spørsmål om stillingstittel (N=56) oppga 43% (n=24) kommunelege/kommuneoverlege, 18% (n=10) ingeniør/avdelingsingeniør, 14% (n=8) helse-/miljørådgiver, 12% (n=7) konsulent, 9% (n=5) leder (avdelingsleder/daglig leder/faglig leder) og 4% (n=2) helsesøster. Sammenhengen mellom stillingstittel vs. stillingsbrøk illustreres i Figur 1.

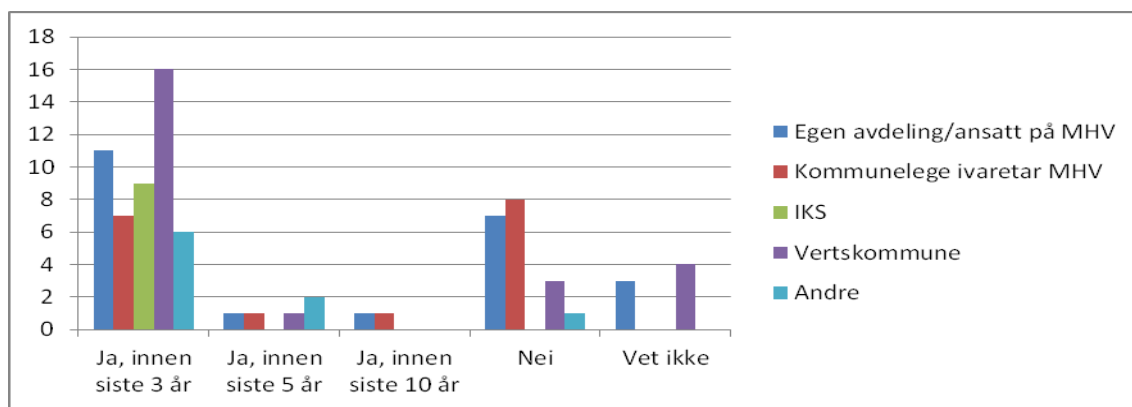


Figur 1. Andel av stillingen tilknyttet miljørettet helsevern (N=56).

Det var en signifikant sammenheng mellom å være kvinne og jobbe i full stilling med miljørettet helsevern. Også i gruppen 90-70 % stilling var kvinnene i flertall, mens på de lavere stillingsbrøkene f.eks 30-10 (N=19) var mennene i klart flertall med 62% (n=12). Det var en signifikant høyere andel menn blant kommunelegene, 75% (n=18).

6.2 Tilsyn i asylmottak – hyppighet, metoder og ressurser

Totalt 83 personer svarte på spørsmålet om kommunen hadde gjennomført tilsyn i asylmottak etter forskrift for miljørettet helsevern (Figur 2). 60% (n=49) svarte «ja, innen siste tre år», 6% (n=5) «ja, innen siste fem år» og 2% (n=2) «ja, siste ti år», 9% (n=7) svarte «vet ikke», mens 23% (n=19) svarte «nei». Alle informantene tilknyttet et IKS (N= 9) hadde gjennomført tilsyn i løpet av siste tre år. Der miljørettet helsevern var ivaretatt av kommunelege (N=17) hadde 41% (n=7) vært på tilsyn siste tre årene, mens 47% (n=8) aldri hadde vært på tilsyn, selv om det var etablert mottak i tilsynsområdet. Hyppigheten fordelte seg likt på sentraliserte og desentraliserte mottak.

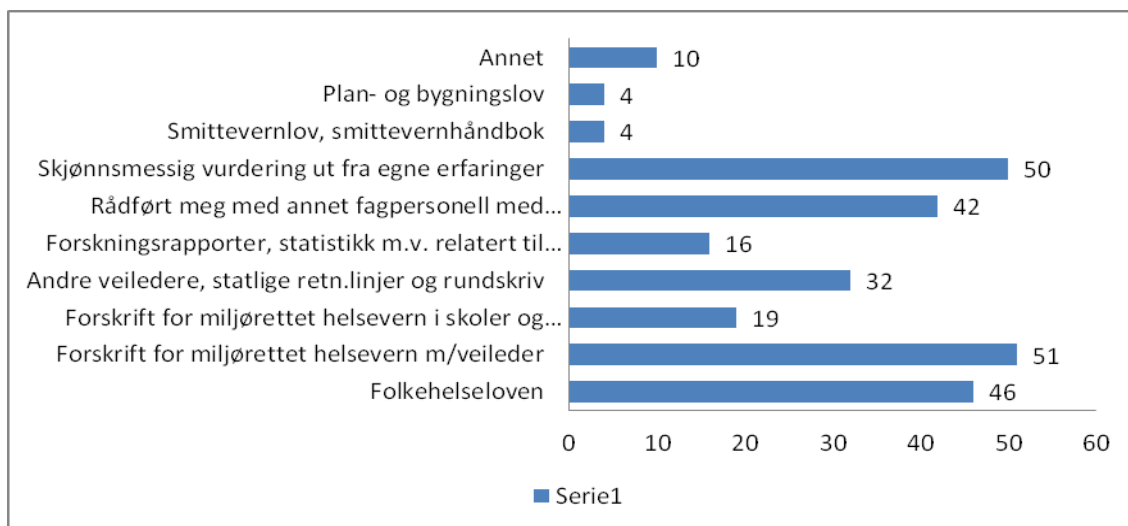


Figur 2. Tilsynshyppighet vs. organisering av miljørettet helsevern i kommunene (N=56)

På spørsmål om kommunen planla tilsyn i kommende to-års periode, svarte halvparten 49% (n=40) «ja», mens 21% (n=17) ikke visste og 30% (n=25) svarte nei. De som hadde planlagt tilsyn i kommende to-årsperiode var i hovedsak kommuner med egen ansatt/avdeling eller vertskommunemodell. Planlagte tilsyn etter en tilsynsplan var mest vanlig. Hele 82% (n=46) oppgav dette, mens 64% (n=36) hadde benyttet hendelsesbaserte tilsyn på grunnlag av klage eller bekymring. Når det gjaldt metoder scoret inspeksjon/stikkprøver høyest med 77% (n=43), så systemrevisjon 62% (n=35) og egenmelding/spørreskjema 18% (n=10). De med høyest utdanning benyttet hyppigst spørreskjema eller systemrevisjon (tilsyn basert på dokumentgjennomgang). For inspeksjon/stikkprøver var det motsatt, hvor de med lavest utdanning scoret høyest.

Når de ble spurt om de opplevde at tilgjengelige ressurser fra statlig hold (lovverk, veiledere og retningslinjer) var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre et forsvarlig og relevant tilsyn, svarte 21% (n=12) ”i høy grad” mens 38% (n=21) svarte ”i noen grad”.

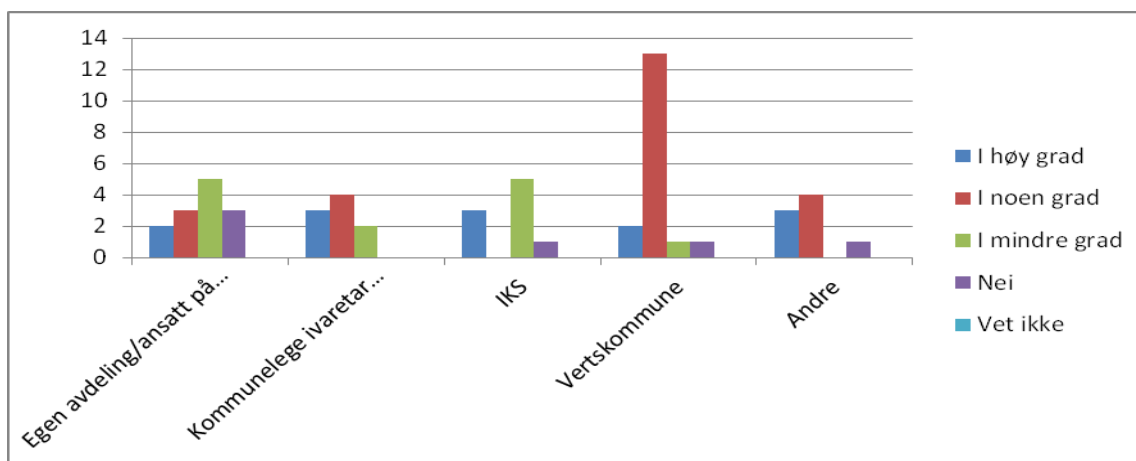
På spørsmål om hvilket lovgrunnlag, faglige retningslinjer og annet kunnskapsgrunnlag som ble lagt til grunn for vurdering av psykososialt miljø var flere svar mulige. Figur 3 viser fordelingen. Ingeniørene skjelte i større grad til Plan- og bygningsloven enn andre yrkesgrupper, og benyttet i signifikant større grad andre kunnskapsgrunnlag enn de som forelå i svaralternativene.



Figur 3. Materiale som ble anvendt i vurderingen av det psykososialt miljø (N=56).

6.3 Vurdering av psykososialt miljø på tilsynene

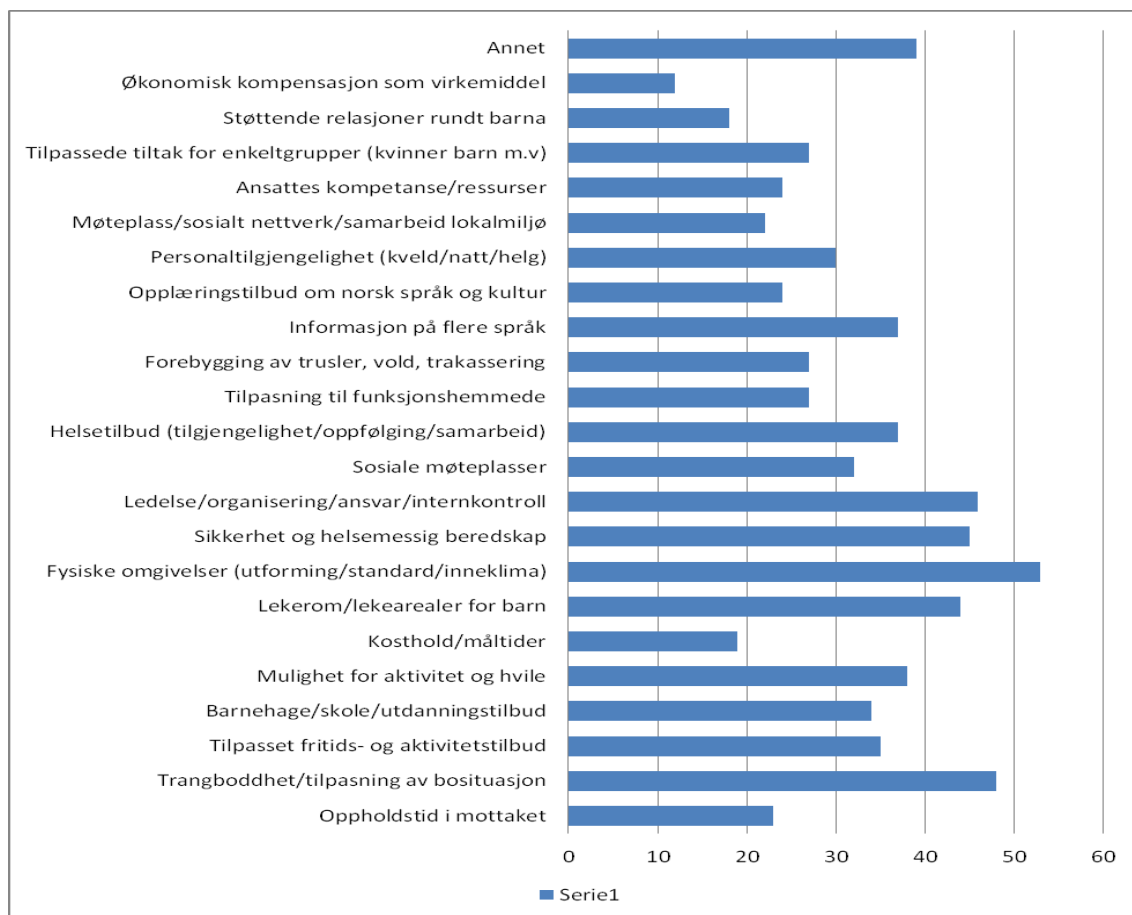
På spørsmålet om psykososialt miljø ble vurdert på tilsynene svarte 43% (n=24) «i noen grad» mens 23% (n=13) svarte «i høy grad» og tilsvarende «i mindre grad». 11% (n=6) svarte «nei». Figur 4 viser hvordan dette slår ut i forhold til organisering:



Figur 4. Vurdering av psykososialt miljø vs. organisering av miljørettet helsevern (N=56).

Figur 5 viser hvilke temaer som er oppe til vurdering som kan ha en direkte eller indirekte relevans til psykososialt miljø ut fra den nevnte definisjonen. 56 personer

besvarte dette (multi)spørsmålet. Størst oppmerksomhet på tilsynene hadde de fysiske omgivelser, som f.eks. utforming, standard og inneklima. Totalt 95% (n=53) av informantene krysset av for dette. Deretter trangboddhet og tilpasning av bosituasjonen (86%, n=48). Videre så man på ledelse/organisering, ansvar og internkontroll 82% (n=46), sikkerhet og beredskap (80%, n=45), og lekearealer for barn (79%, n=44).



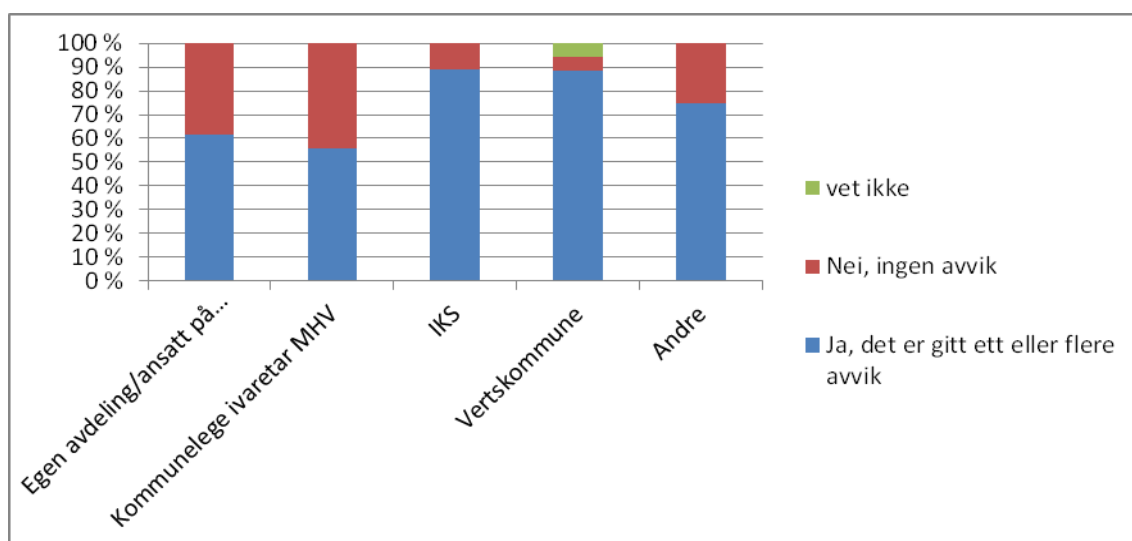
Figur 5. Faktorer av betydning for psykisk helse som er vurdert på tilsynene (N=56).

Det kan se ut som om utdanningsnivå påvirker hvorvidt psykososialt miljø blir vurdert på tilsynene. Blant de som mente at psykososialt miljø blir vurdert «i stor grad» hadde 85% (n= 11) Master/PhD eller høyere. Til sammenligning mente ingen av ingeniørene dette.

Avvik etter forskrift for miljørettet helsevern

Avvik var i like stor grad gitt ved systemrevisjoner som ved stikkprøver. Informantene ble spurt om det var gitt avvik de seneste fem årene og på dette svarte 75% (n=42) av totalen «ja, det er gitt ett eller flere avvik». Kommunelegene var den yrkesgruppen som i størst grad hadde gitt avvik de siste fem årene, da 83% (n=20) svarte dette, mens ingeniørene scoret signifikant lavest med 50% (n=5) på dette spørsmålet. Der hvor man organiserte arbeidet etter vertskommunemodell oppgav 88% (n=15) at de hadde gitt avvik siste fem år, tilnærmet likt som for IKS. Andelen som ikke hadde gitt avvik var

signifikant høyest der miljørettet helsevern var ivaretatt av kommunelegen alene. Det var ingen stor forskjell på om mottaket var sentralisert eller desentralisert hvorvidt det ble gitt avvik eller ikke (Figur 6).



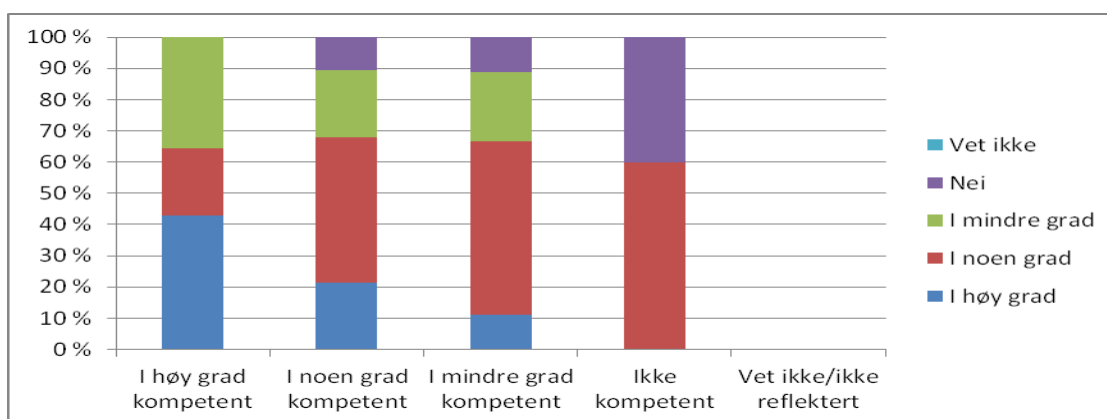
Figur 6. Organisering av miljørettet helsevern vs. bruk av avvik etter forskrift for miljørettet helsevern (N=56).

6.4 Opplevd kompetanse og måloppnåelse

På spørsmål om informanten opplevde seg kompetent til å foreta vurdering av psykososialt miljø i mottak, svarte halvparten, dvs. 50% (n=28) «i noen grad», mens 25% (n=14) anså seg i høy grad kompetent. En liten andel på 9% (n=5) svarte «ikke kompetent». Selv om man ikke anså seg kompetent så svarte så mange som 60% (n=3) at de allikevel «i noen grad» vurderte psykososialt miljø på tilsynene. Lang utdanning ga høyere score på opplevd kompetanse, selv om kun 28% (n=10) av de med lengst utdanning følte seg i høy grad kompetent.

I gruppen med lavest utdanning, dvs. inntil 6 år, anså 33% (n=2) seg å være «ikke kompetent» til å foreta vurdering av psykososialt miljø i mottak (signifikant). I gruppen som definerte seg i høy grad kompetent var 78% (n=11) utdannet på Masternivå eller høyere. I gruppen ingeniører/avdelingsingeniører (N=10) var det signifikant ingen (0%) som følte seg kompetent «i høy grad» til å foreta vurdering av psykososialt miljø i asylmottak, mens hele 40% (n=4) opplevde seg «i mindre grad» kompetent og tilsvarende andel opplevde seg «ikke kompetent». Til sammenligning oppga 38% (n=9) av kommunelegene og de to helsesøstrene «i høy grad» kompetent til å foreta vurdering av psykososialt miljø.

Som vist i Figur 7 påvirker opplevd kompetanse hvorvidt temaet psykososialt miljø blir vektlagt på tilsynene.



Figur 7. Vurdering av psykososialt miljø vs. egen opplevd kompetanse til å foreta vurdering av psykososialt miljø (N=56).

Kun en liten andel mente at deres utdanningsbakgrunn ga relevant kunnskap om asylsøkere og flyktninger. 14% (n=8) svarte «i høy grad», 34% (n=19) «i noen grad», og 25% (n=14) svarte «nei». Ingeniørene var den yrkesgruppen som i minst grad opplevde deres utdanning som relevant, mens kommunelegene opplevde utdanningen som mer relevant.

Kommunelegene var også den gruppen som i høyest grad hadde opparbeidet relevant kunnskap om asylsøkere og flyktninger gjennom sin yrkespraksis. Hele 58% (n=14) av kommunelegene svarte «i høy grad» på dette, mens kun 10% (n=1) av ingeniørene og ingen av konsulentene mente de hadde opparbeidet slik kompetanse. På tross av at en stor andel mente de var lite kompetent til å vurdere psykososialt miljø i asylmottak, var skjønnsvurdering utbredt. Hele 60% av de som opplevde seg «ikke kompetent» brukte skjønnsmessig vurdering på tilsyn. En stor andel av informantene hadde ikke reflektert over måloppnåelse. Hele 70% (n=7) av ingeniørene svarte dette.

6.5 utfordringer knyttet til psykososiale forhold i mottak

Informantene ble stilt det åpne spørsmålet: «Hvordan vil du beskrive de største utfordringene knyttet til psykososiale forhold i mottakene i dag?». Her var det to alternativer; enten å beskrive de utfordringene man så, eller svare «Vet ikke/har ikke reflektert over dette». Totalt 89% (n=50) av de spurte hadde reflektert over dette, men gruppen av ingeniørene skilte seg ut, med en signifikant mindre andel på 70% (n=7).

Svarene på spørsmålet (N=50) ble analysert med innholdsanalyse. Dette resulterte i tre subkategorier (Tabell 3).

Tabell 3. Resultatet av innholdsanalysen

Kategori	Underkategori
Utfordringer knyttet til psykososiale forhold i mottak	Psykososiale og helsemessige konsekvenser av å bo i mottak
	Tilsynspersonellens ressurser, kunnskaper og kompetanse
	Mottakenes fysiske miljø og rammer

Psykososiale og helsemessige konsekvenser av å bo i mottak

I så vel desentraliserte som sentraliserte mottak opplevde de som fører tilsyn at en uheldig sammenblanding av folk fra ulike kulturer, etnisitet, religion og livssituasjon kunne føre til konflikter. Spesielt der enslige menn med en ulik døgnrytme og urolig oppførsel var plassert sammen med barnefamilier, opplevdes større usikkerhet og et høyere konfliktnivå. Lediggang og passivitet ble også sett på som en stor trussel mot den psykiske helsen, og mange ga uttrykk for at det var uverdig å frata asylsøkere retten til jobb og utdanning, slik at de ble gående på «vent» og i usikkerhet uten mulighet for skikkelige aktiviteter eller å kunne utvikle sine evner på en bedre måte. Mange så på lediggang som roten til rastløshet, og påpekte at særlig menn tok ut dette ved å være oppe om natten, sabotere og drive hærverk på mottakets lokaler og inventar. Det sosiale nettverket uteble, og man ble isolert fra omverdenen. Dette forsterket de psykiske problemene som mange allerede hadde.

Langtidsopphold ble av mange nevnt som den største trusselen mot helsen, at livet settes på «hold» i mange år (opptil 15 år som verste eksempelet). Dette skaper apati, depresjon og kan gå ut over omsorgsevne og samspillet foreldre og barn. Barn av psykiske syke foreldre opplevdes å være ekstra utsatte. Retten til barnehage har falt bort, og dette innebærer et dårligere tilbud enn det etnisk norske barn får. Barnebaser kan ikke erstatte barnehageplass i så måte. De som fører tilsyn opplevde at folk, og ofte kvinner, lukker seg mye inne på rommene, og mente dette kunne ha sammenheng med kvinners frykt for oppmerksomhet fra menn. Å stenge ute solen med tette gardiner og hindre god ventilering ved å skalke igjen alle ventiler og vinduer var også et problem sett i lys av det dårlige inneklimate som oppstår i fra før av trange og overfylte rom. Trangboddhet med stenging av lufttilgang, høy luftfuktighet og temperaturer skaper i verste fall problemer med muggvekst og forverring av inneklimate. Enkelte fikk hodepine og dårlig nattesøvn og opplevde humøret svinge. Man fikk heller ikke plass til sine eiendeler eller eget privatliv. Over tid ble dette en psykisk belastning og konflikter kunne oppstå. Ved smitteutbrudd krevdes det også ekstra vernetiltak og innsats da mottakene var ekstra utsatt mht. trangboddhet. Språkbarrierer kan også føre til usikkerhet og engstelse når «apparatet» settes i gang. Ved tvangsutsendelse blir barn ofte tatt ut av skolen uten forvarsel, og barna får ikke sagt farvel til medelever og lærere. Venner og nettverk blir ofte sittende i sorg, og kriseteam har i slike situasjoner måttet innhentes. De som driver tilsyn opplevde hele situasjonen i mottak som deprimerende. Enkelte uttrykte at det var en «tragedie» å måtte bo slik i Norge.

Tilsynspersonelletts ressurser, kunnskaper og kompetanse

På tilsyn i mottakene, særlig de desentraliserte, ble det sjelden benyttet tolk, og det kunne derfor oppstå språkvansker ved at man rett og slett ikke forsto hverandre. Noen opplevde at beboerne hadde liten tillit til at de som førte tilsyn kom for å hjelpe. De kunne bl.a. bli mistenkt for å være utkledd politi med hensikt å kaste dem ut av landet. Endel trakk inn byggfaglig kompetanse på tilsyn, og dette fungerte bra i forhold til det fysiske miljøet. En del mente at miljørettet helsevern ikke hadde forutsetning for å vurdere psykososialt miljø i asylmottak, men at de allikevel utførte dette, mye basert på skjønnsutøvelse. Det opplevdes utfordrende at arbeidet mot asylsøkere og flyktninger var fragmentert og lite koordinert, og man etterlyste mer flerkulturell forståelse. Det ble også uttalt bekymring for at oppfølgingen av psykisk syke var mangelfull. Mens noen opplevde å ha god kontroll på psykososialt miljø i sine mottak (særlig der helsesøster eller annet helsepersonell var sterkt tilstede), hevdet flesteparten at kompetansen var for lav i kommunen og blant tilsynsførere generelt. Mange mente også at det settes av for lite ressurser på boveiledning, med resultat i bl.a. feil bruk av sanitærutstyr, kjøkkenfasiliteter og annet. Dette og trangboddhet ga da økt brann- og ulykkesfare, samt et høyere konfliktnivå i boligene.

Mottakenes fysiske rammer og miljø

Mange informanter oppgav at det var for dårlig standard på boligene til asylsøkere i mottak. Dette gjaldt både sentraliserte og desentraliserte mottak. I desentraliserte mottak var det pga lite areal ofte altfor trangt, slik at rommene ble tatt i bruk til andre formål enn det var ment for. Det var også ofte for dårlig kapasitet på både el-anlegg, sanitære rom og kjøkken. Det ble bl.a. nevnt at 12–19 personer et sted delte på et bad. Lite kapasitet på el-anlegg førte dessuten til utstrakt bruk av «kreative» løsninger. Dagens situasjon med kombinasjon av eldre, slitt bygningsmasse og for trange boenheter, førte til skader på bygg, økt brann- og ulykkesfare og konflikter beboerne imellom. Det ble også nevnt at det generelt manglet tilstrekkelig vedlikehold og rutiner for renhold. Bruk av såkalte «Moelvenbrakker» opplevdes direkte uverdig og ubeboelig på vinteren, da det manglet isolasjon og inngangsparti som tok av for trekk og kulde. Dette utsatte spesielt barna, da de ofte leker på gulvet. Utfordringen var for mange kommuner at UDI syntes å stille lavere krav til bostandard enn det Miljørettet helsevern mente var riktig ut fra lov og forskrift. Informantene mente at den lave bostandarden gikk ut over både personsikkerhet og hygiene, og økte konfliktnivået i boligene.

6.6 Utfordringer knyttet til vurdering av kvaliteten på tilsynet

Informantene ble så stilt det åpne spørsmålet «Hvilke forslag har du til tiltak som vil kunne heve kvaliteten på tilsynet rettet mot psykososiale forhold i mottak for asylsøkere?». 56 personer besvarte dette spørsmålet og 87% (n=49) kom med forslag til forbedringstiltak. De som anså seg «Ikke kompetent» til å vurdere psykososialt miljø i asylmottak skilte seg signifikant ut ved at 60% av disse oppgav at de ikke hadde reflektert over spørsmålet. Svarene på spørsmålet (N=49) ble analysert med innholdsanalyse som resulterte i to subkategorier (Tabell 4).

Tabell 4. Resultatet av innholdsanalysen.

Kategori	Underkategori
Tiltak for å bedre kvaliteten på tilsynet rettet mot psykososiale forhold i mottak.	Behov for tydeligere krav i forskrift og veiledere, bedre rammer og kompetanseutvikling
	Behov for mer tilpasset veiledning, dialog og internkontroll i mottakene

Behov for tydeligere krav i forskrift og veiledere, bedre rammer og kompetanseutvikling

Informantene etterlyste bedre rammebetingelser for de som utfører tilsyn og uttrykte behov for mer ressurser og personell til å prioritere tilsynsoppgaver. Mange etterlyste mer kursing for miljørettet helsevernansatte og sterkere fokus på psykososiale forhold i opplæringen. Mange mente at sentrale myndigheter ikke hadde gjort tilstrekkelig. En nasjonal tilsynsaksjon ble også foreslått. I forhold til dagens regelverk etterlyste flertallet betydelig mer «skal»-krav i lov og forskrift og bedre veiledningsmateriell (egen veileder for asylmottak). Manglende krav i lov og forskrift resulterte i at det ble vanskelig å fastsette avvik på psykososiale forhold, og dette ble derfor nedprioritert til fordel for fysisk miljø som var langt enklere å definere. Mange trakk frem veilederen som allerede finnes for skoler og barnehager, men påpekte også at Arbeidstilsynet og Mattilsynet hadde mer standardisert opplegg for tilsyn, med konkretisering av krav.

Et flertall mente at dagens tilsyn er for sårbart og personavhengig. I dag blir mye vurdert ut fra skjønn til den enkelte som går på tilsyn. Generell kompetanseheving og behov for mer tverrfaglig samarbeid ble nevnt som viktig, da mange opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig fagbakgrunn og kompetanse til å vurdere psykososiale forhold for flyktninger og asylsøkere. Flere uttrykte at det heller ikke var «tradisjon» eller formålstjenlig at miljørettet helsevern skulle føre tilsyn med psykososialt miljø i mottak. De mente at ansvaret burde ligge hos andre instanser med bedre kompetanse. Mange anså allikevel at arbeidet de utførte var viktig i forhold til psykisk helse, men at kvaliteten ville bli bedre om man fikk til et tettere samarbeid med andre faginstanser, som bl.a. UDI og personell med helse- og sosialfaglig bakgrunn, i tilsynsarbeidet.

Det var en klar holdning at UDI bør sette standarden på boligene høyere enn i dag. Det hersket også mistillit i forhold til at UDI i visse tilfeller ikke opptrer «uavhengig» nok. Enkelte påpekte at UDIs tilsynsansvar blir som «bukken og havresekken» og hadde lite tiltro til enkelte driftere av mottak som de mente i stor grad tjente store penger på mottaksdriften. Interkommunal ordning ble trukket frem som en bedre og mer robust organisering av tilsynsarbeidet, som ville kunne gi et bedre sammenligningsgrunnlag mottakene imellom og et mer likebasert tilsyn.

Mer tilpasset veiledning, dialog og internkontroll i mottakene

I svarene fremkom det et ønske om bedre veiledning og informasjon i asylmottakene, spesielt knyttet til det å bo i mottak/desentralisert mottak, men også mer språkopplæring, involvering og aktivisering av beboere. Mange av informantene så på språkbarrieren som et stort problem på desentraliserte mottak der boligene lå spredt og det ikke fantes mulighet for tolk eller å kunne gi informasjon på en tilfredsstillende måte. Mangel på tillit og dårlig informasjon, samt at beboerne ikke var forberedt på tilsynet, var derfor sett på som en barriere for å kunne veilede og skape tillit ved besøket. Det ble også etterlyst tydeligere og bedre internkontrollrutiner som ivaretok det psykososiale miljøet. Gode erfaringer fra helsefremmende arbeid i skoler og barnehager ble nevnt som en viktig ressurs i dette arbeidet, som burde kunne videreføres i asylmottakene, forutsatt at det ble avsatt midler til dette. Mange uttrykte skepsis til om midler i mottak faktisk kom asylsøkerne til gode og ikke havnet i hendene på «mottaksbaroner». Det ble også uttrykt at en raskere behandling av asylsøknaden og kortere botid, samt bedre boligstandard ville kunnet bedre de psykososiale forholdene og gjøre det enklere å få en positiv effekt av tilsynet som føres. Tilpasset boveiledning ift. å drive opplæring innen bolighygiene, bruk av bolig på en forsvarlig måte, samt økt forståelse for risiko ved trangboddhet, var av mange sett på som viktige tiltak for å fremme helsen blant asylanter i mottak.

7. Diskusjon

Under dette kapitlet vil resultatene drøftes med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og relevant teori fra bakgrunn og andre kilder. Til sist blir metodevalget drøftet.

7.1 Diskusjon av resultater

Hvilke forhold blir vektlagt på tilsynet og hvordan begrunnes dette?

Størst oppmerksomhet på tilsynene hadde fysiske forhold som utforming, standard og inneklima. Dette ble understøttet i de åpne spørsmålene der informantene i stor grad beskrev mangelfulle og dårlige boforhold og la stor vekt på hvordan dette påvirket beboernes helse og livskvalitet. Informantene mente at miljørettet helsevern tradisjonelt har hatt størst fokus på fysiske forhold og at dette derfor blir hovedprioritet på tilsynene også i dag. Mange mente at manglende «krav» i dagens forskrift og veileder gjorde at psykososiale faktorer ble mindre vektlagt. Mangel på tilstrekkelige rammer/ressurser (økonomisk og personellmessig) til gjennomføring av tilsyn og lite fokus på opplæring og kursing på området ble også nevnt som viktige årsaker til denne nedprioriteringen. Kun 23% av informantene hadde gjort vurdering av psykososiale forhold «i høy grad» på tilsynene, og mange av yrkesgruppene innen miljørettet helsevern opplevde å ha liten kompetanse for å kunne vurdere dette. Det var sammenheng mellom utdanningsnivå og opplevd kompetanse for å kunne vurdere psykososiale forhold i mottak, der f.eks ingen av ingeniørene opplevde seg i høy grad kompetente og så mye som 40% opplevde seg i liten grad kompetente, mens kommunelegene var den yrkesgruppen (med lengst

utdannelse) som i størst grad hadde opparbeidet slik kompetanse gjennom utdannelse og yrkespraksis. At psykososiale miljøfaktorer er lite i fokus, har støtte fra den delutredningen som ble utført i 2008, der kun 7% av kommunene hadde fattet vedtak om retting eller andre former for sanksjoner knyttet til sosiale miljøfaktorer (Helsedirektoratet, 2008). Det rådet også ulik oppfatning om hva som kan defineres under paraplyen «psykososialt miljø». Mange mente at de fysiske rammene kunne ha stor betydning for psykisk helse på grunn av de spesielt dårlige boforholdene i mottak og den utsatte gruppen mennesker som bor der. Begrepet psykososiale forhold har vært gjenstand for usikkerhet, og diskusjonen om å gi de sosiale miljøfaktorene riktig innhold var heller ikke uproblematisk under delutredningen: (Helsedirektoratet, 2008 s. 12): *«Det er alltid en fare ved å stille opp lister over viktige sentrale miljøfaktorer at de skal virke begrensende og uttømmende på et område som må og bør være under konstant utvikling. Dette kan ha vært en grunn til at det daværende Sosialdepartementet var såpass varsom med å gi begrepet sosiale miljøfaktorer et mer konkret innhold. På den annen side risikerer man at begrepet ikke får noe innhold og dermed heller ikke noen praktisk betydning dersom man ikke gir noen føringer eller eksempler».*

Barnas miljø ble i stor grad vurdert på tilsynene. Et klart flertall mente at barnebaser ikke var tilstrekkelig eller kunne erstatte barnehage i forhold til å gi barna et tilfredsstillende tilbud på dagtid. Manglende utfoldelse der barna ofte i større grad måtte tilpasse seg de voksne ble også sett på som en begrensende faktor for barnet. Manglende ansvar og oppfølging i helse- og psykiatritjenesten ble også nevnt som en bekymring, spesielt for barn av psykisk syke, og understøttes av det landsomfattende tilsynet med kommunenes arbeid med nyankomne flyktninger (Helsetilsynet, 2004). Det er i undersøkelsen ingen indikasjon på at det har skjedd vesentlige endringer siden 2004 når det gjelder omfang av tilsyn fra miljørettet helsevern.

Tydeligere retningslinjer og regelverk ble etterlyst av nesten alle informantene. Det var også en utbredt oppfatning at psykososialt arbeid ikke er et anliggende for miljørettet helsevern alene, og tettere samarbeid med bl.a. UDI, kommunelege, helsesøstertjenesten og psykiatrisk personell ble trukket frem som viktig. Begrensede ressurser og mangel på ansatte til å utføre tilsynsoppgavene oppleves av mange å være en viktig og medvirkende årsak til at mange av kommunene ikke gjennomfører tilsyn med mottak. Sett i Bronfenbrenners perspektiv (Bronfenbrenner, 1979, 1994) vil et individs psykososiale miljø være under konstant utvikling og påvirkning, styrt av både lokale muligheter, politikk, økonomi og samfunnsendringer. Informantene var opptatt av at tilsynene ble understøttet av mer tverrfaglig ekspertise, ble mer håndgripelige, og etterlyste mer egnet verktøy til bruk i arbeidet på lokalnivå, og at dette er en satsing som må styres fra nasjonalt nivå for å skape mest mulig like betingelser på tvers av kommunegrensene.

Hvilke strategier og metoder benyttes, og på hvilket grunnlag gjøres vurdering av psykososiale forhold?

På spørsmål om strategier og metoder som ble benyttet i tilsynsarbeidet var planlagte tilsyn det mest utbredte, etterfulgt av hendelsesbasert tilsyn på grunnlag av klage eller bekymring. Der hvor kommunelegen alene hadde ansvar for miljørettet helsevern var

det derimot en signifikant lavere andel som utførte planlagte tilsyn sammenlignet med f.eks. interkommunale selskap (IKS). Dette kan ha sammenheng med at interkommunale ordninger har et større og mer robust fagmiljø, men også at tilsynsarbeid er omfattende og at kommuneleger har lite tid og ressurser avsatt til å prioritere miljørettet helsevern der de ofte kun har 30-10% av sin stilling avsatt til dette. Derimot var andelen kommuneleger som brukte hendelsesbasert tilsyn basert på klager og bekymring nokså høy (78%, n=7), noe som kan tyde på at man i hovedsak rykker ut når det oppstår mer akutte situasjoner som krever strakstiltak. Ser man på hvilke konsekvenser dette kan ha i et forebyggende og helsefremmende perspektiv, er det nærliggende å tenke at «brannslukning» i form av kortsiktig problemløsning kan ha mindre helsefremmende verdi enn å forebygge gjennom en langsiktig og systematisk gjennomgang av mottakenes internkontrollsystem og rutiner over tid. Ser man dette i lys av Bronfenbrenners sosialpsykologiske teori (1979), har utviklingsperspektivet stor betydning, ikke minst for hvordan individet over tid påvirkes av de nære og sekundære relasjoner i sitt miljø. I det perspektivet vil akutte tiltak basert på inspeksjoner nok kunne gi en kortvarig løsning og gjøre det vanskelig å jobbe målrettet med full oversikt over risikofaktorer som direkte og indirekte påvirker helsen til den enkelte.

Det salutogene perspektivet (Antonovsky 1979, 1987) støtter seg på helsefremmende insentiver som beskyttende og nødvendige for å fremme livskvalitet og helse (Eriksson & Lindström, 2008). Mestring og empowerment er noe som skapes gjennom en mer dyptgripende prosess, og helsefremmende arbeid skal bidra til at den enkelte gjøres kapabel til å forstå og håndtere sin livssituasjon og kunne orientere seg i behandlingsapparatet. Det ble imidlertid uttrykt at manglende språkkunnskap var et problem for å kunne nå beboerne med relevant informasjon. Dette var også en bekymring i Helsetilsynets kartlegging i norske kommuner (Helsetilsynet, 2004).

Inspeksjon og stikkprøver som metode var signifikant mest brukt i desentraliserte mottak. Når det gjaldt systemrevisjon var det ingen forskjell på sentraliserte og desentraliserte mottak. Det har vært mange diskusjoner i fagmiljøet om hvorvidt desentraliserte boliger skal inkluderes, da det er snakk om privat innkvartering som ikke omfattes av forskrift. Det er også mulig at privat innkvartering omfatter så stor boligmasse at det ikke lar seg gjøre å gjennomgå alle boligene av ressursmessige årsaker, og at stikkprøver derfor i større grad benyttes ved desentraliserte mottak.

Bruk av avvik var utbredt. Spesielt de som jobbet i vertskommunemodell og IKS oppga en høy grad av avviksrapportering. I kommuner der kommunelegen alene utførte tilsyn var avvik mindre vanlig, noe som kan skyldes lav stillingsbrøk, kombinert med mer «akutte» og hendelsesbaserte tilsyn som kanskje i mindre grad følges opp med vedtak om avvik og retting. Derimot er fagmiljøet større innen IKS og vertskommunemodellen, der en oftere baserer seg på systemrevisjoner, og i større grad følger opp med avvik. Forskrift for miljørettet helsevern med veileder var ikke overraskende brukt hyppigst som hjemmelsgrunnlag. Nest høyest lå skjønnsvurdering. På spørsmålet om hvordan forbedre kvaliteten på tilsynene, var det mange som påpekte at skjønn brukes i altfor stor grad, noe som øker risikoen for forskjellsbehandling mellom kommunene.

Opplever de profesjonelle at tilsynet bidrar til å ivareta det psykososiale miljøet og fremmer god psykisk helse?

Kun en tredjedel av informantene oppga at tilsynet ga stor eller middels grad av måloppnåelse i form av å fremme psykisk helse i mottak. Bekymringen rundt barn av psykisk syke foreldre, utfordringen rundt lang behandlingstid, dårlige boliger, isolasjon og trangboddhet var fremtredende. Dette understøttes av forskningen på effekter av langtidsopphold (Laban et al, 2008; Hallas et al, 2007; Nielsen et al, 2008). Lang ventetid ble også av mottakene selv oppfattet som den største hindringen for å skape et godt psykososialt miljø i mottak (Berg & Sveaass, 2005).

Blant informantene var det ansatte i IKS og i kommuner der kommunelegen og/eller helsesøster var involvert på tilsynene som uttrykte høyest måloppnåelse i forhold til å fremme psykisk helse i mottak. Det bekreftes av svarene på de åpne spørsmål, der informantene etterlyste mer kompetent helsepersonell og mer samarbeid for å bedre kvaliteten på tilsynet, og dermed større måloppnåelse ift. helse. Sett i et «bioøkologisk» perspektiv, vil det være avhengig av mange faktorer og at flere nivåer skal samspille for å fremme psykisk helse blant asylsøkere (Bronfenbrenner, 1979). Og likeledes, dersom måloppnåelse sees i et kvalitetsperspektiv, vil strukturendimensjonen (kapasitet, organisering, kompetanse) og gode relasjoner mellom de profesjonelle aktørene, kunne bidra til bedre kvalitet på tjenestene og således virke positivt inn på det helsefremmende arbeidet (Donabedian, 2005).

I forhold til metoder på tilsynene skilte «egenmelding med spørreskjema» (papirtilsyn) seg signifikant ut med lavere grad av måloppnåelse. Dette kan ha årsak i at det er vanskelig å avdekke psykososiale forhold ved hjelp av et enkelt spørreskjema, og at det er lettere når man ser forholdene slik det faktisk er ute på mottakene. Det kan også ha årsak i mangel på kunnskap eller opplæring på feltet. Dette ble understreket av informantene da flere oppga at de ikke følte seg tilstrekkelig kompetente til å vurdere psykososiale forhold og etterlyste tydeligere veiledning på området.

Avvik kan i en viss grad gi en pekepinn på om tilsynet har noen praktiske konsekvenser for mottakene i form av retting og forbedring. I forhold til dette var det ingen stor forskjell på sentraliserte og desentraliserte mottak, men det var langt flere som jobbet i et IKS eller en vertskommunemodell som ga avvik. Der hvor miljørettet helsevern var ivaretatt av kommunelegen alene, ble det gitt færrest avvik. Årsaken til dette kan være at kommunelegene i større grad enn de øvrige sitter alene med oppgavene, har liten stillingsbrøk, og dermed ikke har kapasitet til å følge opp mottakene i like stor grad som f.eks. i de interkommunale selskapene.

Hva er de største utfordringene knyttet til psykososialt miljø i mottakene i dag?

Sammenblanding av ulike etniske grupper, der folk med ulik livssituasjon og behov blir tvunget til å bo sammen, øker konfliktnivå, og oppleves av mange som en stor utfordring. Mangel på aktivisering, jobbmuligheter, lang oppholdstid og en usikker fremtid forsterker den psykiske belastningen og oppleves uverdig. Dette er forhold som har støtte i forskning fra flere land (Nielsen et al, 2008; Laban et al, 2008; Hallas et al,

2007). Det har vært en markant økning i antall desentraliserte mottak de senere år bl.a. for å imøtekomme behovet for mottaksplasser. Når beboere er spredt rundt i private boliger vil de ha nærmere kontakt med den «normale» hverdagen og i større grad ta del i lokalsamfunnet (Lidén et al, 2011). Dette ble også påpekt av informantene som mente at tilværelsen i sentraliserte mottak ikke gir den friheten og normalsituasjonen som man kan oppleve ved å bo ute i et lokalsamfunn, hvor en i større grad involveres i det «normale» livet. Dårlig bostandard, trangboddhet og dårlig inneklima oppleves også å gi økt sykdom og mistrivsel.

Å bo i mottak med psykisk syke foreldre ble sett som en uttalt stressfaktor for barna i mottaket. Mange var bekymret for at mange har mentale lidelser i form av depresjoner og PSTS. Det er vel dokumentert at psykiske lidelser er mer utbredt hos asylsøkere og flyktninger (Fazel et al, 2005; Hallas et al, 2007) og at foreldrenes helse har påvirkning på omsorgsevnen overfor barnet, dets utvikling og funksjonsevne (Lustig et al, 2003, Seeberg, 2009, Lidén et al, 2011). Mange barn har også selv opplevd traumatiserende hendelser gjennom krig og flukt, eller blitt eksponert indirekte gjennom opplevde hendelser i nære relasjoner som f.eks. foreldre og søsken (Andersson & Ascher, 2005). Flere informanter uttrykte at psykisk uhelse kombinert med en ustrukturert tilværelse med lite oppfølging var et problem. Dette har støtte i forskningen, som viser at barn som kommer tidlig inn i en «normal» hverdag etter få år vil få en tilnærmet psykisk helse som barna i det landet de har immigrert til (Montgomery, 2010). Norske undersøkelser slår tilsvarende fast at helsefremmende tiltak bør omfatte foreldrenes helse, en tilpasset bosituasjon, skolegang, fritidstilbud, økonomisk kompensasjon og tilgang på kompetanse og ressurser (Sivertsen, 2007; Lauritzen, 2007).

Manglende språkforståelse skaper fort mistillit ved at det vanskeliggjør dialog med beboerne. Manglende retningslinjer, kunnskap og samarbeid på feltet gjør det også vanskeligere å utføre tilsyn med psykososiale miljøfaktorer. Dette hang sammen med manglende personellmessig og økonomiske ressurser til å prioritere psykososiale forhold i mottak. Mens tolk i stor grad brukes i andre sammenhenger, var det lite som tydet på at dette er vanlig på tilsynene. Det var en utbredt holdning at språkforståelsen måtte bli bedre enn den er i dag, og at dette også må omfatte tilsynet som utøves av miljørettet helsevern. Mange påpekte ressursbehov, mer koordinert oppfølging av asylsøkere og flyktninger samt mer samarbeid mellom ulike instanser som viktige forbedringsområder fremover. Tidligere nasjonale kartlegginger (Helsetilsynet, 2005; Statens Helsetilsyn, 2008) pekte på mangler i kommunenes oppfølging i helsetjenesten til flyktninger og asylsøkere og etterlyste bedre samarbeid over etatsgrensene og at mottakene selv i større grad la bedre til rette for å bedre de fysiske og psykososiale forholdene i mottakene (Statens helsetilsyn, 2008).

Opplever de profesjonelle at deres kompetanse er tilstrekkelig for å kunne vurdere psykososiale forhold?

Det var bred enighet blant informantene om at mange som jobber med tilsyn ikke har den nødvendige kompetanse for å kunne føre tilsyn med psykososiale forhold i asylmottak. Spesielt de med naturvitenskaplig og teknisk fagbakgrunn på Bachelor-nivå manglet denne kompetansen. På tross av behovet for mer kunnskap og kompetanse på

området ble det gitt mye avvik, og en nokså høy andel av informantene opplevde seg kompetente til å vurdere psykososiale forhold. Det var først og fremst kommunelegene og rådgiverne som befant seg i denne kategorien, mens ingeniørene i liten grad opplevde sin bakgrunn og kompetanse som relevant. De med lengst utdanning følte seg mest kompetent til å vurdere psykososiale forhold. Lav kompetanse ser ikke ut til å innvirke på hva som faktisk ble vurdert på tilsynene. Utvalget hadde høyt aldersnivå og lang arbeidserfaring, noe som kan forklare den utstrakte bruken av skjønnsutøvelse. Det kan tyde på at vurderingene i denne gruppen gjøres mer ut fra et erfaringsmessig og skjønnsmessig utgangspunkt, enn basert på formell utdanning innen feltet.

Signifikant mange kommuneleger oppga at de i høy grad i sin yrkespraksis hadde opparbeidet kompetanse som er relevant for arbeidet med asylsøkere og flyktninger, mens kun 10% av ingeniørene og ingen av konsulentene mente de hadde opparbeidet slik kompetanse gjennom yrkespraksis. Psykososialt miljø ble således i større grad vurdert på tilsynene såfremt man opplevde seg kompetent til det. Sett i lys av Antonovskys teori (1979, 1987) kan dette forklares med manglende opplevelse av sammenheng (OAS) – ikke minst til komponenten håndterbarhet. Dette sees også i relasjon til skjønnsvurdering, hvor stort sett alle som anså seg i høy grad kompetent benyttet skjønnsmessig vurdering på tilsyn, mens signifikant færre av de som opplevde seg ikke eller i mindre grad kompetent gjorde dette.

Er det behov for å endre praksis, rutiner, metoder, ressurstilgang, retningslinjer eller lovverk på dette området?

Det kom tydelig frem i undersøkelsen at det er gjort for lite i forhold til å styrke fagfeltet miljørettet helsevern i Norge, og at det mangler klare føringer i lover og regelverk ift. innhold, krav, ansvar og organisering rundt tilsynet med psykososiale forhold. Kun 21% av de spurte mente at dagens retningslinjer og lovverk var tilfredsstillende for å kunne gjennomføre ansvarlig og relevante tilsyn, noe som kan tyde på at norsk lovverk på dette området i dag er utydelig og fragmentert (Brekke og Vevstad, 2007). Brekke og Vevelstad (2007, s.72) foreslår en bedre regulering og lovgivning på området for å sikre gode mottaksforhold, forutsigbarhet og ikke minst en mest mulig rettferdig behandling og et tilrettelagt tilbud til mennesker i asyl.

Mange uttrykte at de ikke hadde tid og personell til å gjennomføre så mange tilsyn som de opplevde nødvendig og forsvarlig. Rundt halvparten av informantene hadde ikke planlagt tilsyn i kommende 2-årsperiode, og langt færre i kommuner der kommunelegen alene hadde ansvar. Selv om mange mente at deres arbeid hadde en viss innvirkning på det psykososiale miljøet, mente brorparten at dette ikke kan løses av miljørettet helsevern alene. Informantene etterlyste mer samarbeid med UDI, helsesøstertjenesten, kommunelege og fagpersonell innen psykiatritjenesten for bedre å imøtekomme de store utfordringene i mottakene.

Informantene etterlyste et mer faktabasert kunnskapsgrunnlag. De fleste mente at det er behov for en egen veileder for mottak for bedre å kunne håndtere avvik og ha en forsvarlig og tilfredsstillende kvalitet i tilsynsarbeidet, og viste til veileder for skoler og barnehager (Statens Helsetilsyn, 1998). Det kan synes som om kvalitetsvurdering og

målbare kriterier ikke har vært et prioritert område innen miljørettet helsevern på det psykososiale området, som man ellers ser i helsetjenestene (Donabedian, 2005). Man etterlyste klarere føringer, og generelt bedre koordinering av arbeidet inn mot asylsøkere og flyktninger både på nasjonalt og lokalt plan,

Undersøkelsen viste at informantene hadde varierte oppfatninger av begrepene sosialt miljø og psykososiale forhold, noe som også kom frem i den tidligere delutredningen for miljørettet helsevern (Helsedirektoratet, 2008). En stor andel mente at miljørettet helsevern ikke skal befatte seg med dette, men allikevel hadde 75% av informantene gitt avvik på tilsyn som også innebefattet psykososiale forhold. Den generelle oppfatningen var allikevel at det gjøres for lite for å bedre forholdene i mottak, og at bedre koordinering og samarbeid må til, og at mer ressurser må tilføres kommunene for å sikre et forsvarlig tilsyn og bedre måloppnåelse i arbeidet med psykisk helse i mottak. I lys av den nye folkehelseloven er arbeidet med miljørettet helsevern blitt endret fra å være et helsefaglig anliggende til å bli en felles kommunal oppgave. I dette ligger en mulighet og en forventning om at kommunen styrker sin kompetanse og ressursbruk i et bredere flerfaglig samarbeid om miljørettet helsevern. Det bør nevnes at det psykososiale miljøet i et asylmottak også kan være ivaretatt gjennom annen lovgivning som ikke omtales eller vurderes i denne oppgaven.

7.2 Metodediskusjon

Siden man ikke kan undersøke alle enhetene i populasjonen, må man foreta et representativt utvalg (Jacobsen, 2005). Ut fra kravet om validitet vil en undersøkelse ha gyldighet dersom utvalg av informanter er representativt og relevant i forhold til de som driver tilsyn etter forskrift for miljørettet helsevern i ordinære asylmottak. Siden det ikke fantes noe sentralt register over norske profesjonelle som utførte denne oppgaven, måtte forfatteren og intervjuerne identifisere og sikre at de rette informantene kom med i undersøkelsen. Dette ble først klart da vi kontaktet hver enkelt på mail eller telefon, og fikk stilt de innledende spørsmål i undersøkelsen. På det tidspunkt var utvalgets gyldighet styrket. Valg av tidspunkt var også viktig, da alle intervjuene måtte foregå i arbeidstiden. Spesielt i små kommuner var stillingsbrøken for de som jobbet med miljørettet helsevern så liten at det ble vanskelig å finne plass til intervju. Flere takket også nei fordi de ikke opplevde at ha kapasitet eller fordi intervjuet ville ta for lang tid å gjennomføre. Totalt 48,8% av det mulige antall informanter ble intervjuet.

Et annet spørsmål i forhold til validitet er om valgte metoder for datainnsamling og analyse er velegnet for det som undersøkelsen skal finne ut (Jacobsen, 2005). MPH-studiets hensikt var å undersøke hvordan profesjonelle opplevde dagens tilsyn, og det ble derfor valgt å gjennomføre en kvantitativ tverrsnittstudie. Telefonintervjuer blir betegnet som en egnet metode i forhold til å sikre høy svarprosent med rask gjennomførbarhet (Jacobsen, 2005). Spørreskjemaet ble gjort minst mulig komplekst, slik at spørsmålene var lette å forstå. Når begrepet «psykososiale forhold» kom opp, ble en definisjon lest opp først for å sikre at informanten hadde en mest mulig lik oppfattelse av begrepet og lettere kunne svare relevant på spørsmålet. Det styrket intervjuenes validitet at spørsmålene ble kvalitetssikret av flere med fagkunnskap på

feltet. Spørsmål som ikke var relevante ble fjernet eller erstattet av mer relevante spørsmål. Også etter testintervjuene ble det gjort endringer i skjemaet. Faren ved et strukturert spørreskjema er at det kan bli overfladisk og i stor grad er styrt av hva forfatteren velger stille spørsmål om. På den måten kan informanten oppleve spørsmål som lite relevante eller løsrevet fra sin naturlige kontekst eller den faktiske situasjonen (Jacobsen, 2005). Dette viste også tilbakemeldingen vi fikk fra enkelte informanter, som mente at miljørettet helsevern ikke skal befatte seg med psykososiale miljøfaktorer og at spørsmål som kom opp derfor ikke var relevante.

For å sikre best mulig validitet og fange opp viktige synspunkter som de lukkede spørsmålene ikke ga mulighet for, ble det lagt til to åpne spørsmål. De fleste som ble spurt mente at spørsmålene var dekkende og relevante for undersøkelsen. Unntaksvis var spørsmålet om måloppnåelse for psykisk helse, da noen mente dette var irrelevant og ikke inngikk i lovkravet. Analysen av de kvalitative dataene er beskrevet trinnvis for å gjøre denne delen av undersøkelsen transparent. Det var ikke mulig å sette inn sitater ettersom svarene var basert på telefonintervjuer, men svarene ble lest opp for informantene som hadde mulighet til å justere dem innen intervjuet ble avsluttet. Ekstern validitet har å gjøre med overførbarhet, om funnene har relevans utover den kontekst de er samlet inn i (Jacobsen, 2005). Miljørettet helsevern dekker mange områder som kan ha relevans for det psykososiale miljøet, men det finnes også andre aktører som ivaretar psykisk helse. Deres synspunkter og arbeid er ikke fanget opp i denne undersøkelsen.

8. Konklusjon og anbefalinger for videre forskning

Undersøkelsen har avdekket en rekke mangler og behov innenfor tilsynsarbeidet til miljørettet helsevern rettet mot asylmottak. Informantene uttrykte at psykososiale forhold var et vanskelig tema å ta tak i, og at det manglet både på kompetanse og klare retningslinjer for hva som skulle vurderes. Tradisjonelt har også arbeidet med miljørettet helsevern vært mer rettet inn mot fysiske miljøfaktorer. Språkbarrierer, manglende veiledning og manglende tillit til tilsynspersonell forsterker problemet med å gjennomføre tilsyn i mottak. Mange opplevde en maktesløshet ved at man i liten grad kan påvirke de viktigste helseproblemene ved å bo i mottak, nemlig dårlig bostandard, lengden på asyloppholdet og lediggang. Det ble etterlyst mer ressurser og kompetanse, samt koordinering og samarbeid på alle nivåer. Et nærmere og mer systematisk samarbeid ble etterspurt mellom UDI og miljørettet helsevern, samt andre faginstanser i kommunen, spesielt helsesøstre, kommunelegene og annet helsepersonell. Man etterspør et tydeligere regelverk, egen veileder og generell kompetanseheving både innen profesjonene og i utdanningen, spesielt for de med teknisk fagbakgrunn. Rammene bør også styrkes, slik at tilsynspersonell kan utføre de nødvendige tilsynene i alle mottak. Dette innebærer også økt tilsynsfrekvens, noe som krever økte ressurser i form av personell, kompetanse og samarbeid. Interkommunale ordninger synes å være riktig veien å gå og en viktig forutsetning for å få til mer robuste fagmiljøer og mer likeartede tilsyn. Faktagrunnlag og tydeligere krav i forskrift og veiledere bør sikre at tilsynene i mindre grad baseres på den enkeltes skjønnssutøvelse.

Studien har ikke gått i dybden på hvordan UDI utfører tilsyn i dag. Det er heller ikke gjort en sammenligning mellom UDIs tilsyn og den praksis som utføres i kommunene. Intervjuer av ansatte og beboere i mottakene ville kunne gitt et bilde på hvordan tilsynet fungerer fra deres ståsted. Videre kunne det være interessant å intervjuer helsepersonell og andre kommunale instanser som jobber direkte mot asylsøkere og flyktninger for å få et bredere grunnlag for å vurdere den totale kvaliteten på tjenestene som gis.

9. Takk til bidragsytere

Arbeidet med denne oppgaven har vært en utviklende og lærerik prosess med stor relevans til mitt daglige arbeid. En spesiell takk til min veileder, universitetslektor/-DrPH Lene Povlsen ved NHV som trodde på meg og har vært en formidabel støtte og veiledet meg fra start til slutt. Likeledes vil jeg rette en stor takk til seniorrådgiver Finn Martinsen i Sosial- og helsedirektoratet for hans støtte og innspill til selve planen og spørreskjemaet. I min egen stab vil jeg takke min arbeidsgiver Kommunalavdeling helse og sosial for velvilje og økonomisk mulighet til å fullføre min mastergrad, samt kommuneoverlegene Rune Davidsen, Knut Michelsen, Lise Wangberg Storhaug, Morten Laudal og Hans Morten Sundt for faglig støtte og inspirasjon. Takk for et fantastisk godt samarbeid med tilsyn i mottak over flere år, og ikke minst oppmuntring til å gjennomføre denne masteren. Takk til min kollega Suzana Akilah, som helhjertet har støttet meg og påtatt seg en større arbeidsbyrde for å fristille meg til å kunne skrive, og ikke minst for uvurderlig hjelp i arbeidet med intervjuene. Takk også til Bjørg Aune som utførte intervjuene på en utmerket måte. Takk til NHV og deres forelesere som har inspirert meg gjennom disse årene. Til sist vil jeg takke Rune T. Eilertsen i Validator AS for god veiledning og hjelp med det statistiske materialet. Takk også til min familie som har holdt «fortet» oppe der hjemme alle de uker jeg har tilbragt på kurs i Gøteborg.

10. Referanser

- Andersson, H.E, Ascher, H. et al. (2005). *The Asylum-seeking child in Europe*. Centre for European Research, Gøteborg University
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Berg, B. og Sveaass, N. (2005). *Det hainnle om å leve*. Rapport SINTEF, 2005
- Bjørndal, A, Hofoss, D. (2008). Statistikk for helse og sosialfagene. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brekke, J-P og Vevstad, V. (2007). *Receptions conditions for asylum seekers in Norway and the EU*. Institutt for samfunnsforskning, rapport 2007:4.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harv.University Press.
- Bronfenbrenner, U (1994). *Ecological models of human development*. In International Encyclopedia of Education, Vol 3, 2nd. Ed.Oxford; Elsevier. Reprinted in Guvain, M & Cole, M (Eds.), Readings on the development of vchildren, 2nd Ed (1993, pp.37-43). NY: Freman.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly* vol. 83, pp. 691-729. Reprint from The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966, vol. 44(3).
- Eriksson & Lindström. *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*. Health Promotion International 2008;23
- Fazel, M, Wheeler,J & Danesh, J (2005). *Prevalence of serious mental disorder in 7000 erfugees resettled in western countries: a systematic review*. Lancet, 365, 1309-1314
- Flyktningehjelpen (2013). *Flyktningeregnskapet*. Nettside: <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9157666>
- Folkehelseinstituttet (2010). *Folkehelserapporten 2010. helsetilstanden i Norge. Helse blant flyktninger og innvandrere*.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today vol. 24, pp. 105–112.
- Grepperud S. (2009). *Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig?* Tidsskrift Norsk Legeforening vol. 129, pp. 1112-4.
- Hallas P, Hansen AR, Stæhr MA, Munk-Andersen E, Jørgensen HL (2007). Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from

Denmark. *BMC Public Health*, vol. 7:288. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/288>

Hellevik, O. (1997). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 5. utg. Oslo. Gjøvik Trykkeri.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om miljørettet helsevern av 25. April 2003 nr. 486*

Helse- og Omsorgsdepartementet (2011). *Folkehelseloven av 24.06.2011 nr 29, kap 3 om miljørettet helsevern*

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal helseplan (2007-2010)*. S. 278 – 279.

Helsedirektoratet (2008). *Sosiale miljøfaktorer - intensjoner og innhold. Delutredning i gjennomgang av miljørettet helsevern*. Rapport IS-1659.

Helsedirektoratet (2010): *Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Revidert utgave av IS-1022 (2003).

Helsedirektoratet (2013). *Om tilsyn med helsemessige forhold ved utleieboliger og om tiltaks- og grenseverdier for radon i utleieboliger, barnehager og skoler*. Rundskriv IS-8/2013.

Helsetilsynet (2005). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Rapp 3/2005.

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Laban, C.J, Komproe IH, Gernaat HB, de Jong JT. (2008). *The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol vol. 43, pp. 507-515.

Liden, H, Seebeerg, M.L., Engebrigtsen, A. (2011). *Medfølgende barn i asylmottak – livssituasjon, mestring, tiltak*. Institutt for samfunnsforskning. Rapport 2011:1

Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, Keane T, Saxe GN. (2004). Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 43, pp. 24-36

Migrationsverket (2014). Aktuell statistikk. <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Aktuell-statistik.html>

Migrationsverket (2014) http://www.migri.fi/asyl_i_finland/mottagningsverksamhet

Montgomery, E. (2010). Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study. *Dev Psychopathol* vol. 22, pp. 477-489.

Nielsen, SS, Nørredam M, Christiansen KL, Obel C, Hilden J, Krasnik A. (2008). Mental Health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 8:293. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/293>

Utlændingestyrelsen (2014): Ny i Danmark. Nettportal. https://www.nyidanmark.dk/da-dk/Ophold/asyl/hvor_kan_asylansoegerne_bo/hvor_kan_asylansoegerne_bo.htm

Seeberg, M.L. (2009). *Små barns hverdager i asylmottak. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)*, rapport 14/09.

Sivertsen, H.B (2007) *Barn i asylmottak - en kvalitativ studie*. Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø.

Socialstyrelsen (2007). *Selrappporterad hälsa hos personer med utenlandsk bakgrund – underlag til samlad redovisning av integrasjonspolitikens resultat*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2009). *Migration and public health* (Chapter from the Swedish Public Health Report 2009, in supplement of The Scandinavian Journal of Public Health.

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Veileder i miljørettet helsevern*. IS-1104.

Sosial- og helsedirektoratet (2010). *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Veileder IS-10/22.

Statens Helsetilsyn (1998). *Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.* Nr. 3/98.

Utlendingsdirektoratet (2014). *Statistikk og regelverk* <http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/>

Utlendingsdirektoratet/UDI (2014,a). Informasjon om ulike typer asylmottak. Nettside: <http://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-mottak/ulike-typer-asylmottak/>

Utlendingsdirektoratet/UDI (2014,b). *Regelverk og rundskriv knyttet til drift av mottakene. Krav til innkvarteringstilbud*. Rundskriv RS 2008-031, oppdatert 10.03.13.

World Health Organisation (1948). *Constitution of the World Health Organisation* http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (August 2014)

World Health Organisation (2009). *Milestones in health Promotion. Statements from Global Conferences*.

World Health Organisation (2014). *Mental health: a state of well-being* <http://www.who.int/features/qa/62/en/> (August 2014)

11. Bilag

Bilag 1. Informasjonsbrev til informantene

Til

Kommunens ansatte innen Miljørettet helsevern
Kommuneoverlege med ansvar for Miljørettet helsevern
Andre med delegert ansvar for tilsyn etter forskrift for miljørettet helsevern

Moss, 07.05.14

Kjære kollega

Du vil i nær fremtid bli kontaktet med forespørsel om å delta i en intervjuundersøkelse. Håper du har tid og mulighet til å delta. Undersøkelsen er i form av et intervju, og retter seg mot deg/dere som jobber med oppgaver innen miljørettet helsevern på kommunenivå. Undersøkelsen danner basis for min masteroppgave i *Folkehelsevitenskap* ved Nordisk Høgskole for Folkehelsevitenskap i Göteborg. Den er landsdekkende og resultatene vil bli forelagt for statlige myndigheter (bl.a. UDI, Helsedirektoratet og Statens Helsetilsyn).

Temaet for oppgaven er: *Miljørettet helseverns tilsynsrolle i kommunene. Hvordan ivaretas det psykososiale miljøet i norske asylmottak med langtidsopphold?*

Med psykososialt miljø menes her; helsemessige, kulturelle, sosiale, strukturelle og fysiske miljøfaktorer i mottak som kan virke inn på en persons psykiske helse. Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på god psykisk helse er: "En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeidet på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet."

Undersøkelsen retter søkelyset på kommunens tilsynsrolle i ordinære asylmottak med langtidsopphold (herunder både sentraliserte og desentraliserte mottak). Målet er å kartlegge hvordan tilsynet fungerer i dag? Hvilke metoder og ressurser som benyttes i arbeidet? Er dagens tilsynspraksis egnet for å fremme god psykisk helse for de som bor i mottak, eller er det behov for å endre praksis, rutiner, ressurser, retningslinjer eller lovverk på området?

Kriteriene for å være med på undersøkelsen er at du oppfyller *ett* av følgende punkter nedenfor:

- ❖ Ansatt kommunalt/interkommunalt/IKS med oppgaver knyttet til miljørettet helsevern (f.eks. avdelingsingeniør/ingeniør, konsulent, rådgiver, helsesøster m.v.)
- ❖ Ansatt som kommunelege/kommuneoverlege med delegert ansvar innenfor miljørettet helsevern
- ❖ Har deltatt på tilsyn (eller tilsvarende oppfølging) i nevnte type mottak (gjelder ikke transittmottak eller forsterkede mottak, mottak for mindreårige m.v.) i ditt nedslagsfelt.
- ❖ Har et eller flere ordinære mottak (med langtidsopphold) lokalisert innenfor ditt geografiske arbeidsområde.

Undersøkelsen er helt frivillig. Du kan også når som helst avbryte intervjuet. Opplysningene behandles konfidensielt. En skolert intervjuer vil ta kontakt med deg på telefon eller mail, og gjøre en avtale om tidspunkt for et intervju. Vedkommende skal presentere seg med fullt navn og gi en kort forklaring på bakgrunnen for intervjuet og hvorfor nettopp du har blitt kontaktet. Dette brevet sendes ut i forkant som utfyllende informasjon.

Undersøkelsen vil altså foregå som et strukturert intervju over telefon. Beregnet tid er ca. 15 minutter. Du vil bli stilt spørsmål med svaralternativer, samt noen åpne spørsmål. Svarene blir registrert rett inn på et elektronisk skjema, så det er fint om du tar pauser slik at svarene rekker å bli registrert. Avslutningsvis vil du få anledning til å høre gjennom svarene, og ved behov kunne endre dem. Alle svarene vil bli anonymisert og makulert når analysen er gjort.

Undersøkelsen er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, med hjemmel i forskningsetikkloven og helseforskningsloven.

Spørsmål om undersøkelsen kan rettes til undertegnede på tlf. 95 11 79 34 eller epost: master_folkehelse@hotmail.com

På forhånd, tusen takk for at du deltar i undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Line Ø. Angeloff
Avdelingsingeniør
Miljørettet helsevern i Mossedistriktet

Mob: 95 11 79 34

Bilag 2. Intervjuguide/veiledning til intervjuer

Før intervjuet:

- Sørg for å slå av andre telefoner, slik at intervjuer kan jobbe uforstyrret
- Ha informantbrev og notatblokk foran seg før en ringer opp vedkommende.
- Spør om vedkommende har fått lest brevet, hvis ikke så gjengi formålet med undersøkelsen og kort hva den går ut på (alternativt kan man avtale å ringe tilbake etter at han/hun har fått lest brevet).
- Spør om vedkommende vil delta på intervjuet, som varer ca 20 min. Forsikre han/henne om at dataene oppbevares konfidensielt og at anonymitet vil bli ivaretatt.
- Sier vedkommende nei, eller det ikke passer, prøve å finne et annet tidspunkt. Hvis vedkommende fremdeles ikke vil, så avrund samtalen på en hyggelig måte. Spør om vedkommende kjenner andre i kommunen som er aktuell for intervju, noter navn, epost og telefon. Send dette til Line, som sender ut informantbrev med kopi til intervjuer (Suzana eller Bjørg) som da følger opp.
- Sier vedkommende ja til å intervjues, så husk: Noter ned ID nummer på oversikten over informanter (manuelt på arket), som skal være det samme som du registrerer inn på skjemaet. Hver ID skal være unik for den ene personen og ikke gis til andre.
- Dersom ikke informant har fått lest informasjonen, så sender vi det på epost og ringer opp etter at de har lest det, ellers tar det for lang tid.
- Les spørsmål og svaralternativer i sin helhet. Er det ett kryss må alle alternativer leses opp først. Er det mulig med flere kryss kan de besvares etter hvert som du leser de opp. Det skal oppgis om det er mulig med flere kryss. Informanten kan når som helst avbryte og/eller gå tilbake til tidligere spørsmål og endre svaret sitt.
- På første spørsmål der psykososialt miljø blir nevnt, skal definisjonen leses opp.
- Be informanten om å snakke rolig, slik at du rekker å få skrevet alt inn i skjemaet.
- Åpne spørsmål: Her ber du informanten ramse opp mest mulig punktvis, dersom det lar seg gjøre. Få med mest mulig info slik at det er forståelig når analysen skal gjøres. Snakker personen fort, så be han/hun om å snakke saktere. Dersom du ikke har fått skrevet alt inn i skjemaet, så kan du skrive notater ved siden av, men dette må føres inn i det elektroniske skjemaet før du begynner på neste informant.

Etter intervjuet:

- Når intervjuet er over spør du om det er behov for å lese opp svarene en gang til, hvis ikke, så avslutt på en effektiv og hyggelig måte og takk for at vedkommende deltok i undersøkelsen. Forsikre han/hun samtidig om at dataene oppbevares konfidensielt og at anonymitet vil bli ivaretatt.
- Dersom du eller informanten er usikker på noe, eller av en grunn ønsker å vite mer om undersøkelsen, kan ansvarlig for undersøkelsen kontaktes på telefon/epost.
- Husk å notere ned antall ringeminutter.

Bilag 3. Bekreftelse fra etisk komite

Vår ref.nr.: 2014/799 D

Hei! Viser til fremleggingsvurdering for prosjektet "Miljørettet helsevern tilsynsrolle i kommunene. Hvordan ivaretas det psykososiale miljøet i norske asylmottak med langtidsopphold?"

Studien setter søkelyset på miljørettet helsevern tilsynsrolle rettet mot asylmottak i kommunene. Hvordan fungerer tilsynet i dag? Er tilsynet (metoder, tilgjengelige ressurser og kompetanse) som utøves i norske asylmottak med langtidsopphold av en slik kvalitet at det bidrar til å ivareta det psykososiale miljøet og dermed fremme god psykisk helse?

Datainnsamlingen dreier seg rundt intervjuer av ansatte som jobber med oppgaver innen miljørettet helsevern på kommunenivå.

REKs vurdering

Prosjektet faller utenfor REKs mandat da det ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan. Prosjektet er dermed ikke fremleggelsespliktig og kan gjennomføres uten godkjenning fra REK. Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen
Emil Lahlum
Førstekonsulent

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845523

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)
<http://helseforskning.etikkom.no>



Bilag 4. Oversikt over ordinære norske asylmottak fordelt på fylker og regioner

Region	Fylke	Mottak	Totalt i regionen
Region Oslo	Akershus	5	5
Region Indre Østland	Oppland	11	28
	Hedmark	7	
	Østfold	5	
	Buskerud	5	
Region Sør	Vestfold	3	20
	Vest-Agder	9	
	Aust-Agder	4	
	Telemark	4	
Region Vest	Hordaland	8	21
	Sogn- og Fjordane	6	
	Rogaland	7	
Region Midt Norge	Sør-Trøndelag	4	18
	Nord-Trøndelag	6	
	Møre og Romsdal	8	
Region Nord	Nordland	13	25
	Troms	10	
	Finnmark	2	

