

Stian H. Thoresen, Marko Valenta og Berit Berg

FLYKTNINGER MED STORE HELSEUTFORDRINGER

Bruk av helseinformasjon i arbeid med
bosetting og kvalifisering



Samfunnsforskning

Postadresse: Dragvoll allé 38 b, 7049 Trondheim
Besøksadresse: Dragvoll allé 38 b, 7049 Trondheim
Telefon: 918 97 727

E-post: kontakt@samforsk.no
Web.: www.samforsk.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

NTNU Samfunnsforskning
Mangfold og inkludering
November, 2022

ISBN 978-82-7570-670-4 (web)
ISBN 978-82-7570-671-1 (trykk)

Omslagsfoto: Martin Adams on Unsplash.com

Forord

Utgangspunktet for denne rapporten er behovet for mer kunnskap om hvordan flyktningers helsemessige situasjon påvirker den videre flyktningprosessen. I første omgang handler dette om overgangen fra mottak til bosetting. I neste omgang handler det om arbeid for den videre kvalifiseringsprosessen og tilrettelegging av denne. Målet har vært å vurdere forbedringer av tjenestetilbudet til flyktninger med helseutfordringer, og i forlengelsen av dette: Hva som må til for å sikre likeverdige tjenester også for denne gruppa.

Flyktninger med omfattende helseproblemer eller funksjonsnedsettelse er en sammensatt gruppe. For noen er utfordringene lette å oppdage i en tidlig fase, mens det i andre tilfeller vil ta tid å avdekke utfordringene og stille riktig diagnose. Et eksempel på dette er Posttraumatisk stressyndrom (PTSD), som er en tilstand som utvikles over tid og som kan ha et forløp som ligner andre og ofte mer forbigående tilstander. Andre eksempler kan være tilstander innen autismespekteret (ASD), som i mange tilfeller først lar seg avdekke og avklare seint i barndom eller ungdomstid. Tilsvarende gjelder utfordringer som dysleksi og dyskalkuli. Felles for disse tilstandene er at de i utgangspunktet ikke er synlige og derfor ikke er så lett å oppdage ved en helsekartlegging i forbindelse med ankomst til Norge eller en tidlig helsekartlegging i mottak eller kommune. Omfattende motoriske utfordringer, sans- eller hørselstap vil derimot lettere oppdages. En forutsetning for å kunne tilrettelegge tiltak, både i mottaks- og bosettingsfasen, er at tilstander avdekkes og at det stilles riktig diagnose. Det er derfor å ha oppmerksomhet rettet mot disse spørsmålene i alle faser av flyktningprosessen.

Denne rapporten handler i første rekke om helseutfordringer som krever særskilt tilrettelegging. Dette gjelder både når flyktninger skal bosettes i en kommune og det videre arbeidet for å sikre tilstrekkelig oppfølging i kvalifiserings- og integreringsarbeidet. Det statlige ekstratilskuddet for å kompensere for merutgifter er derfor et sentralt tema i denne rapporten. Dette gjelder både utformingene av tilskuddsordningen, søknadsprosess, varighet og beløpsgrenser.

Kartleggingen som ligger til grunn for rapporten er gjort i perioden 2020-2021, på oppdrag for Kunnskapsdepartementet. Etter regjeringsskiftet høsten 2021, ble

oppfølgingen av prosjektet overført til Arbeids- og inkluderingsdepartementet, uten at dette fikk konsekvenser for vårt arbeid. Vi vil takke Joachim Kjaerner-Semb og Silje Vatne Pettersen for og god oppfølging av prosjektet. Dere har bidratt til kontinuitet i arbeidet, dere har gitt konkrete og ærlige tilbakemeldinger, og dere har vært gode samtalepartnere underveis.

Trondheim, november 2022

Berit Berg, Stian H. Thoresen og Marko Valenta

Innhold

Forord	3
Tabeller	6
Figurer	7
Sammendrag	8
1. Innledning	14
Problemstillinger	15
Rapportens oppbygging	16
2. Et tematisk bakteppe	17
Tilskuddsordningen	19
Betydningen av god helseinformasjon	21
Helse, bosetting, kvalifisering	23
Helseutfordringer som avdekkes etter bosetting	32
3. Forskningsdesign og metodisk gjennomføring	34
Datagrunnlag	34
4. Bruken av tilskuddsordningen	39
Bruken av tilskuddsordningen etter tiltak og brukerkategori	40
Kommunal organisering og bruken av tilskuddsordningen	49
5. Tilbakemeldinger fra kommunene	52
Erfaringer med å bosette flyktninger med spesielle utfordringer	53
Helseforståelse	55
Introduksjonsprogram og kvalifiseringsarbeid	59
Tilskuddsordningen	63
Faktorer som fremmer eller hindrer kvalifiseringsarbeidet	70
6. Diskusjon og anbefalinger	74
Referanser	85

Tabeller

Tabell 4-1	Søknader (T1 og T2) i perioden 2016-2019	43
Tabell 4-2	Innvilgede midler (i norske kroner) til pedagogiske tiltak i perioden 2016-2019	44
Tabell 4-3	Antall tilskuddssøknader, innvilgelsestrate og avslagsrate 2016-2020	46
Tabell 4-4	Antall innvilgede søknader etter diagnosegrunnlag i 2020	48
Tabell 4-5	Innvilgede søknader og midler i 2019	49

Figurer

Figur 4-1	Innvilgede midler i 2020 etter tiltak (i prosent)	41
Figur 4-2	Antall søknader om tilskudd etter flyktingens nasjonalitet i 2020	42
Figur 4-3	Bakgrunn tilskuddssøknader i 2020 i prosent	43
Figur 4-4	Innvilgede tilskuddsmidler til Oslo, Bergen og Trondheim 2016-2020 (i kroner)	50
Figur 5-1	Svarfordeling etter kommunestørrelse i breddeundersøkelsen	52
Figur 5-2	Kommunenes erfaringer med å bosette ulike grupper flyktinger (prosent)	53
Figur 5-3	Kommunenes erfaringer med å bosette flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne (i prosent)	54
Figur 5-4	Kommunenes oppfatning av helse- og omsorgstjenestenes spesifikke kompetanse i forhold til flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	57
Figur 5-5	Kommunenes oppfatning av helse- og omsorgstjenestenes kompetanse på regelverket knyttet til helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	57
Figur 5-6	Tilrettelegging av kvalifiseringsløpet i introduksjonsprogrammet til flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	60
Figur 5-7	Spesialpedagogisk og annen relevant kompetanse som fremmende for kvalifisering av flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	61
Figur 5-8	Betydningen av individuelle faktorer for kvalifiseringsarbeidet blant flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	63
Figur 5-9	Kunnskap til tilskuddsordningen som fremmende for kvalifisering av målgruppen	63
Figur 5-10	Innvirkning av faktorer i tjenesteapparatet på kvalifiseringsarbeidet for flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	64
Figur 5-11	Påvirkning av andre faktorer for kvalifiseringsarbeidet for flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	66
Figur 5-12	Faktorer som fremmer tilrettelegging av kvalifiseringsarbeidet for flyktinger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne	71

Sammendrag

Flyktninger med store helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne er en sammensatt gruppe med forskjellige behov. Det handler om alt fra det vi tradisjonelt tenker på som sykdom til fysiske, sansemessige og kognitive funksjonsnedsettelse. Rapporten er skrevet på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet og har som målsetting å gi et bedre kunnskapsgrunnlag for å sikre likeverdige tjenester for flyktninger med omfattende helseproblemer og/eller funksjonshemminger. Rapporten består av seks kapitler. Det første kapitlet tar for seg problemstillingen og de forskjellige tilnærmingene som utgjør grunnlaget for studien.

En oppsummering av kontekstuelle temaer er presentert i det andre kapitlet. Det inkluderer en oppsummering av tidligere norsk forskning innenfor feltet, de forskjellige virkemidlene og tilnærmingene som kan fremme bosetting av målgruppen for *Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker*. Videre tar det for seg betydningen av god helseinformasjon, relasjon mellom helse, bosetting og kvalifisering, samt tilrettelagte kvalifiseringsløp. Kapitlet tar også for seg utfordringene for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, samt forskjellige forståelser av- eller tilnærminger til funksjonshemming. Kapitlet avsluttes med forsknings knyttet til utfordringer med bosetting av målgruppen, der vi drøfter et konkret eksempel der en flyktning med store utfordringer ble boende i mange år i påvente av bosetting, som er kjent fra media. Dette inkluderer inklusivt kjente eksempler på utfordringer med å bosette flyktninger med store helseutfordringer, samt utfordringer når helseutfordringer avdekkes etter bosetting.

Vi redegjør for den metodiske tilnærmingen i det tredje kapitlet. Tre informasjonskilder er tatt i bruk: intern IMDi statistikk fra 2016-2020 om tilskuddet for bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker, intervjuer med nøkkelpersoner og en breddeundersøkelse som gikk til alle landets kommuner.

Bruken av tilskuddsordningen, basert på IMDis interne statistikk og informasjon fra nøkkelinformantene, er presentert i kapittel fire. Statistikken viser at mesteparten av innvilgete tilskuddsmidler går til pedagogiske tiltak. Fordelingen, basert på landbakgrunn, følger i hovedsak fordelingen av flykningers landbakgrunn for

øvrig. Kjønnfordelingen av midlene reflekterer også i hovedsak kjønnfordelingen av flyktninger som blir bosatt. Når vi ser på innvilgelsesraten av tilskuddet de siste årene, ser vi en kraftig nedgang av tilskudd 1 (som er et engangstilskudd) fra 2019 og tilskudd 2 (som kan innvilges i inntil 5 år) fra 2020. Statistikken viser også at det er variasjon i kommunenes praksis med å søke om tilskuddet. Bergen er et eksempel på en kommune som i mindre grad søker om tilskudd, mens Trondheim er et eksempel på en kommune som i større grad søker om tilskudd. Dette kan ha en sammenheng med lokale tilnærminger hvor Trondheim har prioritert og systematisert dette søknadsarbeidet, mens Bergen i større grad tar i bruk ordninger gjennom NAV for denne gruppen. Ulik søknadspraksis vil kunne gi forskjellige kvalifiseringsløp og får konsekvenser for retten til kvalifiseringsstønad for enkeltpersonene dette gjelder.

Kapittel fem redegjør for tilbakemelding fra kommunene, basert på breddeundersøkelsen, men også innspill fra nøkkelinformantene. Informantene hadde bred erfaring med å bosette flyktninger og flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne. Selv om den spesifikke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene ble omtalt som generelt god, var det også spesifikke utfordringer som ble påpekt. Denne tendensen så vi også i kvalifiseringsarbeidet. I vårt materiale var det særlig to utfordringer med tilskuddsordningen som gikk i igjen: Søknadsfristen på 13 måneder for tilskuddssøknadene og tendensen til økning i avslagsraten de senere årene.

Det sjette og siste kapitlet drøfter funnene og fremmer anbefalinger rundt rammeverket for tilskuddsordningen, prosessene for tilskuddssøknadene, forståelse, definisjoner og dokumentasjonskrav, samt koordinering og samhandling. Oppsummert omfatter anbefalingene:

- Opprettelsen av et nytt tilskudd, Tilskudd 3, rettet mot flyktninger med særlig store helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse. Dette må sees i sammenheng med en helhetlig vurdering av de forskjellige tilskuddene. Dette tilskuddet må ha lengre varighet og en mer fleksibel økonomisk ramme.
- Utvidelse av tidsfristene for å søke tilskudd slik at de samsvarer med perioden for integreringstilskudd (opptil 5 år etter bosetting). Dette må også omfatte arbeidet med kompetanseheving, økt samarbeid og informasjonsflyt mellom de ulike tjenestene.

- Kompetanseheving blant fagpersoner og harmonisering av regelverk, inklusivt dokumentasjonskrav og lengde på gyldighet av attester mm. Basert på en helhetlig vurdering av anbefalingene vil det også kunne være nødvendig å oppdatere regelverk, retningslinjer og veiledere.
- Bedre koordinering mellom UDI og IMDi og utarbeidelse av en egen prosedyre for personer med særlig høye helseutfordringer som blir boende i mottak eller omsorgstilbud i regi av UDI over lang tid etter at de er innvilget bosetting. Denne prosessen bør sees i sammenheng med Helsedirektoratets tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Summary

Refugees with substantial health challenges and/or disabilities are a diverse group with diverse needs. This report, commissioned by the Ministry of Education and Research, has been developed to ensure equitable services for refugees with substantial health challenges and/or disabilities. The project is grounded in *The government's strategy for the equality of persons with disabilities for the period 2020–2025*. This report consists of six chapters.

The first chapter accounts for the issues and approaches of the report. A summary of the contextual issues is presented in the second chapter. It includes a summary of the limited previous Norwegian research within this area, the different tools and approaches that can facilitate settlement of the target population for *Grants for settlement of refugees with disabilities or challenging behaviours*; the importance of solid health information; relationship between health, settlement, and qualification; as well as modified qualification pathways. The chapter also accounts for challenges related to children and youth with disabilities as well as different conceptualisations, or approaches, to disability. The chapter is rounded off by an account related to the challenges in settling this group, including documented examples of difficulties in settling refugees with poor health and obstacles related to the discovery of health challenges after settlement.

We present the methodological approach in the third chapter. Three sources of information have been utilised: internal statistics from the Directorate of Integration and Diversity (IMDi) 2016-2020 regarding grants for settling refugees with disabilities or challenging behaviour, interviews with key informants, and a survey that was distributed to all the Norwegian municipalities.

Chapter 4 presents the utilisation of the grant scheme, drawing on the statistics from IMDi and information from key informants. The statistics indicate that most of the awarded funds are for pedagogical measures. Award of grants according to country of origin is, broadly speaking, in accordance with refugees' countries of origin generally. Award of grants according to gender also reflect the gender distribution of refugees more broadly. When we review the award of funds over the last few years, there is a substantial decrease in award of grant 1 (which is a

one-off payment) from 2019 and for grant 2 (which can be awarded for up to 5 years) from 2020. The figures also illustrate that there is substantial variation in the approach between municipalities in applying for these grants. Bergen is an example of a municipality that is less likely to seek these grants, while Trondheim is an example of a municipality more likely to apply for funding. This may be related to Trondheim having streamlined the process of applying for this grant scheme while Bergen rather funnels these refugees towards the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) support system. Different practices may have implications for the qualification pathways and financial benefits for the individuals concerned, including the specific qualification grants.

Chapter 5 accounts for the feedback we received from the municipalities in the survey, as well as input from the key informants. The participants, including survey participants, had broad experience with settling refugees with health challenges and/or disabilities. Although the specific competencies of the health and welfare sectors were generally described as good, there were also specific challenges identified. This tendency was also reflected with regards to the introduction program and work with regards to qualification. The participants also specified two challenges with regards to the grant scheme and work related to qualification: the 13-month application deadline for the grant scheme and the recent increase in grant rejections.

The final chapter, Chapter 6, discusses the findings and presents recommendations related to the framework of the grant scheme; processes for applying for the grants; conceptualisation, definition, and required documentation; and coordination and interaction. Summarised, the recommendations relate to:

- Establishment of a new grant, grant 3, for refugees with very substantial health challenges and/or disabilities. This has to be considered within the broader context and evaluation of the other grants.
- Extending the deadlines for grant applications to coincide with eligibility for the integration grant (until 5 years after settlement) combined with the continuation of work to enhance skillsets, foster collaboration, and enhance communication across different services.
- Skills development among professionals and harmonisation of regulations, including required documentation and length of validity for certifications and so

forth. Based on a holistic review of the recommendations, it may also be necessary to update rules, regulations, and guidelines.

- Improve coordination between the Norwegian Directorate of Immigration (UDI) and IMDi and the development of new procedures for persons with very substantial health challenges who remain in refugee reception centres for an extended period of time after being granted settlement but without a municipality who agrees to settle the person. This should be coordinated with the Norwegian Directorate of Health's grant for persons with substantial health and welfare services needs in the municipalities.

1. Innledning

Denne rapporten er skrevet på oppdrag for Kunnskapsdepartementet¹ og er basert på en kartlegging av helseinformasjon i arbeidet med bosetting og integrering av flyktninger med store helseutfordringer. Utgangspunktet for kartleggingen er behovet for mer kunnskap om hvordan den enkelte flyktnings helsemessige utfordringer følges opp i bosettingskommunen, og hvordan helsesituasjonen innvirker på den enkeltes kvalifiseringsløp. Målet er å vurdere hvorvidt det er mulig å forbedre tjenestetilbudet til flyktninger med helseutfordringer og/eller alvorlige funksjonsnedsettelse. Enkelte venter i flere år etter at de er innvilget opphold i Norge og er klare for bosetting i en kommune. Dette er en utfordrende og uverdigg situasjon for flyktingene dette gjelder. De blir værende i et system som er etablert for å være et sted der asylsøkere venter på å få avklart sin asylsøknad – ikke et system som er rigget for å ivareta personer med store utfordringer på bestemt tid. I praksis betyr dette at livet nok en gang settes på vent. I påvente av kommuneplass må mottakene etablere midlertidige løsninger for å ivareta flyktingene dette gjelder. Når kommunene vegrer seg for å bosette personer med store utfordringer, handler dette om usikkerheten knyttet til hvilke tjenester det er behov for og hva dette vil koste på kort og lang sikt. Et springende punkt er derfor om den tilskuddsordningen staten har etablert er god nok.

Bakgrunnen for dette prosjektet er *Regjeringens handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse (2020-2025)*. Handlingsplanen er et tiltak under den såkalte Likeverdsreformen. Her understrekes det at politikken for mennesker med funksjonsnedsettelse skal bygge på likestilling og likeverd, selvbestemmelse, medvirkning, deltakelse og inkludering. I kapitlet «Tiltak innen kunnskapsutvikling og forskning» er det et eget punkt om kartlegging og bruk av helseinformasjon i arbeidet med bosetting og kvalifisering av flyktninger (Tiltak 78)². Tiltaket er ikke nærmere beskrevet i handlingsplanen, men det er uten tvil behov for mer kunnskap om hvordan helseutfordringer påvirker både bosetting og kvalifisering. Dette tiltaket

1 Etter regjeringskiftet høsten 2021, ble ansvaret for oppfølgingen flyttet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet (Aid).

2 <https://www.regjeringen.no/contentassets/4538c7392f3d417a8d7cc48965a603c9/et-samfunn-for-alle---regjeringens-handlingsplan-for-likestilling-av-personer-med-funksjonsnedsettelse-des-2019.pdf>

er også utgangspunkt for FoU-prosjektet som er grunnlaget for denne rapporten. Departementet understreker at det er behov for mer kunnskap om hvordan den enkeltes helsemessige utfordringer følges opp i bosettingskommunen, og hvordan helsesituasjonen innvirker på den enkeltes kvalifiseringsløp. Det overordnede målet er et likeverdig tjenestetilbud for flyktninger med store helseutfordringer eller nedsatt funksjonsevne.

Problemstillinger

Problemstillingene i dette prosjektet er av ulik art og befinner seg på ulike nivå. En mulig kategorisering vil være å se dem i lys av en tidsakse: mottaksfasen, bosettingsfasen, og integreringsfasen. En annen måte å kategorisere på er med utgangspunkt i hvilke deler av tjenesteapparatet som er involvert: Utlendingsdirektoratet (UDI), Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), kommunene – evt. også andre direktorater: Helsedirektoratet (Hdir), Utdanningsdirektoratet (Udir), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). En tredje måte vil være å sortere problemstillingene etter tema: Helse/funksjonshemming, opplæring/kvalifisering, bolig, integrering. En siste inndeling kan ta utgangspunkt i kjennetegn ved den enkelte flyktning: Landbakgrunn, alder, familiesituasjon, utdanning mv. Vi har valgt en kombinasjon der det tematiske er brukt som et utgangspunkt.

Problemstillingene i prosjektet skal bidra både til svar på konkrete spørsmål og til drøfting av utfordringer og dilemmaer – både på individnivå og når det gjelder politikktvikling og forvaltning. Vi er også opptatt av hvordan dette utvikler seg over tid – både for den enkelte flyktning og for dem som har et ansvar for å sette ordningene ut i livet. Følgende problemstillinger har vært sentrale:

- Er samarbeidet mellom bosettingskommunen, mottak, IMDi og andre offentlige instanser godt nok? Hva er utfordringer, og hva flyter?
- Hvor god er helsekartleggingen i mottak, og hvor god er mottaker kommunen til å fange opp/ kartlegge nye bosatte, jf. det kan ta tid før diagnoser kan bli avdekket. Hva har kommune behov for å få vite?
- I hvilken grad er det kommunale tjenesteapparatet tilrettelagt og tilpasset de som skal bosettes, herunder utfordringer knyttet til kommunikasjon og de bosattes

kultur, sykdoms- og helseforståelse?

- Hvordan virker kommunestørrelse inn på i hvilken grad bosatte med nedsatt funksjonsevne blir integrert, sosialt og kvalifiseringsmessig?
- Er kommunene kjent med eksisterende tilskuddsordninger? Hva er utfordringene med disse, er det forbedringsmuligheter, og hva fungerer bra?
- Hvordan opplever kommunene IMDIs tilskudd for flyktninger med nedsatt funksjonsevne? Hva er utfordringer, forbedringsmuligheter/forslag, hva fungerer bra?
- Hvordan er de bosattes helseinformasjonsforståelse (Health Literacy) og kunnskap om det norske helsevesenet?
- Hvordan tilpasser kommunene introduksjonsprogrammet til personer med store helseutfordringer/nedsatt funksjonsevne?
- I hvilken grad spiller variabler som kjønn, alder, utdanningsnivå og landbakgrunn inn på hvordan den bosatte med nedsatt funksjonsevne lykkes i å fullføre introduksjonsprogrammet, og hvordan påvirker dette den videre integreringsprosessen?
- I hvilken grad er lowverket samkjørt for at bosatte med nedsatt funksjonsevne skal få gjennomført kvalifiseringen?

Rapportens oppbygging

Rapporten består av seks kapitler. Etter denne innledningen følger et kapittel som presenterer bakteppet til studien og kapittel 3 som presenterer den metodiske tilnærmingen. Kapittel 4 oppsummerer bruken av tilskuddsordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne, store helseutfordringer og/eller atferdsvanskers basert på IMDIs statistikk og informasjon fra nøkkelinformanter. Det femte kapitlet oppsummer erfaringene blant kommunene basert på funn fra breddeundersøkelsen og intervjuer, samt innspill fra kommunesektoren og politiske signaler som kom mot slutten av 2021. Det viser til pågående og uavklarte problemstillinger. Rapporten rundes av med et kapittel bestående av en diskusjon av funnene og konkrete anbefalinger for bedre tilrettelegging for bosetting og kvalifisering av flyktninger med funksjonsnedsettelse, store helseutfordringer og/eller atferdsvansker.

2. Et tematisk bakteppe

Helseutfordringene i flyktningpopulasjonen er veldokumentert (Berg og Sveaass, 2005; Berg og Tronstad, 2015; Kittelsaa & Berg, 2012; NOU 2011:10, 2011; Svendsen & Berg, 2018; Weiss et al., 2017). Selv om tallene varierer, er det liten tvil om at flyktninger som gruppe er særlig utsatt. Samtidig er det flere forskningsrapporter som viser at flyktninger med helseutfordringer/ funksjonsnedsettelse er vanskelige å bosette og derfor ofte må vente svært lenge i mottak etter at de har fått opphold. I en kunnskapsoppsummering om bosetting av flyktninger (Svendsen og Berg, 2018:63), oppsummeres følgende:

Når det gjelder tema som framstår som klart underforsket, er det lite forskning som omhandler flyktnings helse relatert til bosettingen. Vi vet etter hvert ganske mye om flyktnings helse mer allment, men dette settes i liten grad i sammenheng med bosetting og den sårbarheten de opplever når det nye livet i Norge skal starte.

Selv om temaet kan beskrives som underforsket, er det flere rapporter og utredninger de seinere årene som har berørt spørsmålene som er i fokus i dette prosjektet. I utredningen om organisering av mottakssystemet for asylsøkere (NOU 2011:10) er det to kapitler som tar opp situasjonen for sårbare grupper: Kapittel 24: Identifisering av sårbare grupper, og kapittel 25: Asylsøkere og helsetjenester. Utredningen er avgrenset til å belyse situasjonen i mottaksfasen, men kan også gi et nyttig bakteppe for situasjonen i bosettings- og integreringsfasen.

I en forskningsrapport om tidsbruken i bosettingsarbeidet (Thorshaug, Paulsen og Berg, 2013), slås det fast at personer med særskilte behov, blant annet knyttet til nedsatt funksjonsevne og atferdsvansker, oppleves som en ressurskrevende gruppe å bosette for mange kommuner. Dette er også utgangspunkt for Rambølls rapport *Statlige virkemidler ved bosetting av flyktninger med særskilte behov* (fra 2020), der fokus i første rekke er de økonomiske virkemidlene ved bosetting. Rapporten gir en god beskrivelse av tilskuddsordningene på feltet, men har lite fokus på hvordan systemet fungerer for flyktninger med ulike typer helseutfordringer og funksjonsnedsettelse. Også Riksrevisjonens undersøkelse av myndigheters arbeid med å integrere flyktninger og innvandrere gjennom kvalifisering til arbeid (Dokument 3:4 (2019-2020)) gir et nyttig bakteppe for vår kartlegging, men heller

ikke denne undersøkelsen går inn på ulike grupper flyktninger med særskilte behov.

Nedsatt funksjonsevne er definert vidt og omfatter personer med sansetap, bevegelseshemming, kognitive vansker og kombinasjoner av dette. Det samme gjelder helseutfordringer, som omfatter både fysiske helseproblemer og psykiske utfordringer:

Mange flyktninger har traumatiske opplevelser i form av krig, forfølgelse og vold, herunder tortur, eller hatt en livssituasjon som har innvirket negativt på helsen. Noen har blitt fysisk eller psykisk skadet under migrasjonsfasen. Dette medfører helseutfordringer, både psykisk og fysisk. Flyktninger er særlig utsatt for dårlig psykisk helse; metaanalyse viser at omtrent 40 prosent av flyktninger rapporterer betydelige symptomer på depresjon eller angst og 36 prosent rapporterer symptomer på PTSD³. En norsk studie av flyktninger finner at 48 prosent rapporterer om symptomer på depresjon og angst, og 18 prosent symptomer på PTSD⁴. Andelen som tar kontakt med fastlege for psykiske lidelser eller psykiske plager er høyere blant flyktninger enn blant innvandrere som har kommet til Norge for familiegjenforening.⁵ I tillegg kommer den psykiske prosessen i å etablere seg i et nytt land. Bosettingskommunen er det første virkelige møtet med Norge. Det er naturlig å tenke seg at dette har innvirkning både i bosettingsprosess og kvalifiseringsprosessen.⁶

Helseutfordringene i flyktningpopulasjonen er veldokumenterte, og selv om tallene varierer, er det liten tvil om at flyktninger som gruppe er særlig utsatt. Spørsmålet er hvilke avgrensninger som det er hensiktsmessig å foreta i dette prosjektet. En måte å avgrense på kan være å ta utgangspunkt i den gruppa som utløser ekstratilskudd til kommuner som bosetter flyktninger.

-
- 3 Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2009;69(2):246- 57. i [I FHI rapporten](#) Psykisk helse i Norge (2018: s.31)
 - 4 Lie B, Lavik NJ, Laake P. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. J Refug Stud 2001;14(3):276-94. i [I FHI rapporten](#) Psykisk helse i Norge (2018: s.31)
 - 5 [I FHI rapporten](#) Psykisk helse i Norge (2018: s.31)
 - 6 I notat fra KD som peker på en forhøyet forekomst av både fysiske og psykiske helseproblemer.

Tilskuddsordningen

Målet med ekstratilskuddet til kommuner som bosetter personer med store helseutfordringer, er at det skal bidra til raskere bosetting av flyktninger med alvorlige, kjente funksjonsnedsettelse og/eller atferdsvansker. Tilskuddet skal dekke ekstraordinære utgifter som følger av personens hjelpebehov. Tilskuddet er øremerket og følger den enkelte personen. Tilskuddet kan utløses i inntil fem år⁷ (samme som integreringstilskudd m.m.), og det er kommunene som søker om tilskuddet. Søknadsfristen er 13 måneder etter bosettingsdato.-

Et vilkår for å utløse støtte er at tilstanden for flyktninger det søkes støtte for oppsto før bosetting (IMDi, Rundskriv 05/2020). Oppdraget denne rapporten bygger på har sitt utgangspunkt i 78 i Regjeringens handlingsplan, der Tiltak 78 i planen handler om å foreta en *kartlegging og bruk av helseinformasjon i arbeidet med bosetting og kvalifisering*. Kartleggingen omfatter flyktninger som faller inn under IMDis tilskuddsordning (gruppe 1) og flyktninger med uoppdagede helserelaterte utfordringer som avdekkes etter bosetting (gruppe 2). Også for denne gruppen vil helsetilstanden/funksjonsnedsettelsen kunne påvirke både kvalifisering og videre integreringsløp.

Formålet med dagens tilskuddsordning er å *bidra til raskere bosetting av flyktninger med alvorlige, kjente funksjonsnedsettelse og/eller atferdsvansker*. Rundskrivet sier dette om målgruppen for ordningen:

Målgruppen for ordningen er bosatte flyktninger med nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne, samt personer med voldelig atferd og rusproblemer eller alvorlige atferdsproblemer. Barn som blir født inntil 6 måneder etter at mor er bosatt i en kommune omfattes av målgruppen for ordningen.

7 Fra 2022 er det åpnet for at tilskudd 2 kan utløses i inntil 10 år for personer med «alvorlig funksjonsnedsettelse og/eller alvorlig atferdsvansker som bosettes fra UDIs særskilte botilbud» (IMDi 2022). Dette utdypes senere i rapporten.

Tilskuddsordningen dekker blant annet følgende:

- Pedagogiske tiltak i opplæringssituasjonen
- Miljøarbeider/støttekontakt
- Miljøterapeut
- Brukerstyrt personlig assistent
- Psykiatrisk sykepleier
- Ekstraordinær bruk av tolk
- Transport til/fra lærested
- Ansvarsgruppemøter
- PPT-utredning
- Kommunal egenandel ved barneverntiltak

Når det gjelder gruppe 2, er dette flyktninger som først og fremst skiller seg fra den første gruppen ved at helsetilstanden ikke er oppdaget eller avdekket før bosetting. Personer kan også utløse tilskudd dersom helseutfordringene ikke var kjent før bosetting, dersom utfordringene har *oppstått* før flyktningen ble bosatt i kommunen (og andre kriterier er oppfylt). Disse må imidlertid avdekkes innen 13 måneder etter bosettingen, jf. tilskuddets søknadsfrist.

Det kan være flere grunner til at slike utfordringer ikke blir oppdaget i mottaksfasen. Det kan handle om skjulte diagnoser, det kan handle om mangelfull utredning eller mangelfull kunnskap om sykdom og helse hos flyktningen selv (Health literacy). Det siste kan være i kombinasjon med opplevelser av frykt og skam knyttet til visse typer tilstander. Det kan gjelde både somatiske og psykiske helseproblemer. En del helserelevante tilstander utvikles over tid og er derfor vanskelige å oppdage i en tidlig fase. For flyktninger vil dette først og fremst gjelde flyktninger med posttraumatiske tilstander (PTSD) – tilstander som gjerne utvikles over tid og i mange tilfeller først avdekkes etter bosetting. Tidlig i forløpet kan det være vanskelig å vite om symptomer er «normale reaksjoner på en unormal situasjon», eller om det er i ferd med å utvikle seg til en mer alvorlig tilstand. I tillegg til traumatilstander, har vi også sett eksempler på andre diagnoser som først avdekkes (eller gripes tak i) etter bosetting. Det gjelder blant annet autismespekterforstyrrelser (ASD) som er en medfødt tilstand som i en del tilfeller først diagnostiseres seint i oppveksten eller i voksen alder. Disse diagnosegruppene er eksempler på grupper inkluderes i prosjektet selv om de etter dagens ordning ikke utløse tilskudd ved bosetting. Det

gir viktig kunnskap, samtidig som det også kan bidra til å avdekke mulige mangler ved dagens tilskuddsordning.

Flyktninger som skal bosettes, men fortsatt bor på mottak i påvente av å få tildelt bosettingskommune, vil kunne utløse tilskudd når de er bosatt – forutsatt at de oppfyller de øvrige kriteriene. Denne gruppa er sentral for å få belyst utfordringer i forbindelse med bosettingsprosessen. Et sentralt spørsmål er hvordan lang oppholdstid i mottak påvirke både helsesituasjon, kvalifiseringsmuligheter og integrering. Og i forlengelsen av dette – hva som skal til for å sikre raskere bosetting. Særlig kritisk vil lang oppholdstid i mottak være for barn med alvorlige funksjonsnedsettelser. De vil forsinkes i et opplærings- og habiliteringsløp som allerede er forsinket på grunn av krig og flukt. Selv om vertskommuner er forpliktet til å gi alle innbyggere et likeverdig tilbud, er det i praksis få (om noen) vertskommuner som prioriterer å sette i gang med omfattende tilrettelegging for flyktninger som oppholder seg i kommunen på ubestemt tid (i dette tilfellet på et asylmottak) og mest sannsynlig skal flytte snart. Denne typen saker er det viktig å få bedre innsikt i – både når det gjelder problembeskrivelse og forslag til mulige løsninger.

Betydningen av god helseinformasjon

Bosetting og videre integreringsløp påvirkes av en rekke faktorer – blant annet helsesituasjon. Dette inkluderer kunnskap om egen helse, og gode systemer for tidlig oppdagelse og avdekking av helserelaterte problemer. For flyktninger som er nye i Norge, vil begge deler kunne være en utfordring. Kartlegging av helserelaterte utfordringer skjer gjerne i transittfasen eller tidlig i mottaksfasen. Kartleggingen gjøres av ansatte med varierende kompetanse på både flyktningrelaterte utfordringer og andre helseutfordringer. Dette gjør at kvaliteten på kartleggingen varierer. Flere studier har pekt på betydningen av gode helsekartlegginger i mottak, men per i dag er kravene begrenset til en generell helseundersøkelse ved ankomst og en obligatorisk tuberkuloseundersøkelse. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente⁸. Veilederen gir en god oversikt over rettigheter til helsehjelp, samt råd om hvordan

8 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

det kan foretas gode helseundersøkelser. Men veilederen er kun veiledende, noe som gjør at oppfølgingen er avhengig av dem som til enhver tid møter asylsøkere og flyktninger. Dette er et sentralt tema i dette prosjektet. Selv om vårt fokus skal være på bosettingsfasen, er en god overgang mellom mottaksfasen og bosettingsfasen av stor betydning for utfallet.

Kartleggingsarbeidet må også sees i sammenheng med tiltak 34 i Solberg-regjeringens integreringsstrategi (2019-2022) som omhandler bosettingsordningen for nyankomne flyktninger (Kunnskapsdepartementet 2018). Her understrekes det at *bosettingspolitikken [skal] bidra til høyere sysselsetting blant nyankomne flyktninger gjennom bedre kobling mellom bosetting, medbrakt kompetanse, kvalifisering, utdanning og regionale arbeidskraftsbehov*. Gjennomgangen omfatter også det bosettingsforberedende arbeidet og kartleggingen som gjennomføres før bosetting, samt lengeventende i mottak.

Det har også vært viktig å se nærmere på hvem som mottar helseinformasjon. God informasjon til bosettingskommunen har betydningen for kommunens planlegging, og i neste omgang – for kvaliteten på bosettingsarbeidet. Det er derfor viktig at helseinformasjonen kommer fram til dem som sitter med bosettingsansvaret i kommunene. Her kan regelverket rundt personvern og taushetsplikt være en utfordring. Så lenge helserelevante opplysninger kun formidles til helseansvarlig i kommunen, rapporterer kommuner om at informasjonen ikke kommer fram til dem som trenger den i forberedelser av bosettingen. Dette er særlig utfordrende i saker der det er store helserelevante utfordringer.

Bosetting av familiemedlemmer med store fysiske og eller psykiske helseproblemer vil involvere ulike instanser (helse, opplæring, NAV mm.). Dette er systemer som fins i alle kommuner (selv om de ikke alltid fungerer like godt), men det kan være utfordrende å få alt opp og stå når kommunene ikke har noe historikk på personer og saker. For flyktninger som skal bosettes kan det ofte også være en barriere at de har begrensede norskkunnskaper og heller ikke kjenner det norske helse- og velferdssystemet. Dette omtales ofte som «Health literacy», som kan defineres som «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta

god helse»⁹. Utfordringer med å tilegne seg helseinformasjon vil forsterkes av at mange med kort botid har begrensede norskkunnskaper. Det er derfor viktig å understreke betydningen av å bruke kvalifisert tolk i slike saker. Tolkeloven, som trådte i kraft fra januar 2022, stiller krav om dette. Det er imidlertid for tidlig å si i hvilken grad dette kravet blir fulgt opp i praksis.

Helse, bosetting, kvalifisering

Tiltak 78 handler om å få kunnskap om hvordan helsesituasjon påvirker bosetting og kvalifisering, og i forlengelsen av dette, hvordan helsesituasjonen påvirker den langsiktige integreringen. I kartleggingen har det vært naturlig først å undersøke hvordan helsesituasjonen påvirker bosettingen, og deretter å undersøke hvordan helsesituasjonen påvirker den enkelte flyktnings kvalifiseringsløp. Når det gjelder sammenhengen mellom helsesituasjon og bosetting, er de statlige virkemidlene ved bosetting av personer i målgruppa godt belyst gjennom i en rapport fra Rambøll (2020). Vi vet derimot lite om hvordan tjenestene til personer med store helseutfordringer/nedsatt funksjonsevne ivaretas mens de venter på bosetting. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad de får tilgang til lovfestede rettigheter til helsehjelp, hjelpemidler og opplæring. Og i forlengelsen av dette – hvordan det sikres at helseinformasjonen formidles videre til instanser i bosettingskommunen som har ansvar for å planlegge og iverksette selve bosettingen. Problemstillinger som kun berører mottaksfasen er ikke en del av denne rapporten, men det har vært viktig å få belyst hvordan helseinformasjon videreformidles fra mottaket til bosettingskommunen og gjennom dette bidrar til å sikre gode overganger. Helseinformasjon kan være helt avgjørende for tilrettelegging av bolig, for sosiale tjenester for familiene og for tilrettelegging av opplærings situasjon.

Tilrettelagte kvalifiseringsløp

Tilrettelegging av opplæring/kvalifiseringsløp, med karriereveiledning og utarbeiding av individuell plan som sentrale virkemidler, er en viktig del av

9 <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hva-betyr-lav-health-literacy-sykepleiernes-helsekommunikasjon>

introduksjonsprogrammet for de voksne og er verktøy som også er sentrale i opplæringen av barn og unge. I denne delen av prosjektet har hovedfokus vært på de voksne. Barn og unge har rettigheter etter opplæringsloven og kommer dermed inn i et allerede etablert system for tilrettelagt opplæring. Introduksjonsprogrammet har voksne flyktninger som sin sentrale målgruppe. Også introduksjonsprogrammet skal kunne møte deltakere med ulike kvalifiseringsbehov. Likevel etterlyser flere kommuner bedre ordninger for deltakere med et særlig behov for tilrettelegging pga. helseutfordringer eller funksjonsnedsettelse.

Når det gjelder tilrettelegging for deltakere med funksjonsnedsettelse, vil de individuelle kartleggingene og det som i den nye integreringsloven er omtalt som *integreringsplan* være viktige verktøy (det som tidligere het *individuell plan*). Voksenopplæringen i små og store bosettingskommuner vil ha ulike forutsetninger og varierende erfaring med både kartlegging og tilrettelegging overfor denne målgruppen. I større kommuner er det flere steder ansatte spesialpedagoger, som i samarbeid med lærere som underviser i norsk og samfunnskunnskap bidrar til å utvikle skreddersydde løp for dem med store behov for tilrettelegging. Et eksempel er Trondheim voksenopplæring, som har utviklet ulike typer tilbud for elever som har behov for både mer tid og annen metodikk i opplæringen. *Pedagogisk rehabilitering* er et begrep som benyttes her – en tilnærming som har gitt gode resultater overfor elever med traumbakgrunn og/eller kognitive utfordringer. Ved andre voksenopplæringssteder er det, i samarbeid med faggrupper innen Statped, utviklet undervisningsopplegg der flyktninger med sansetap (syn, hørsel) får tilrettelagt opplæring tilpasset deres behov – blant annet med bruk av tolk/morsmåls lærer/morsmålsassistenter.

Erfaringene fra Trondheim viser hvordan man kan tilrettelegge kvalifiseringstilbud som er tilpasset personer med ulike typer helseutfordringer eller funksjonsnedsettelse. Lignende erfaringer fins også i andre deler av landet, men de er i liten grad systematisert og formidlet tidligere. I denne rapporten vil vi løfte fram noen slike eksempler. Rammene for prosjektet har ikke gjort det mulig å gjennomføre en omfattende undersøkelse av «gode eksempler», men det som beskrives får stå som eksempler på behovet for tilrettelegging, men også formidler erfaringer med hvordan dette kan gjøres i praksis.

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne

For barn og unge gjelder opplæringsloven, og her har flyktninger de samme rettigheter som alle andre barn – inklusive rettigheter til tilpasset opplæring. Den særskilte tilskuddsordningen for bosatte flyktninger kan i tillegg utløse rettigheter som skal kompensere for kommunale utgifter de første årene de er bosatt i kommunen. Målet for alle som bosettes – enten de er barn eller voksne – er å utnytte sitt potensial og bli mest mulig selvhjulpne og selvforsørgende. Når det gjelder barn og unge med omfattende funksjonsnedsettelse, er det i første omgang opplæring for å øke selvhjelpenhet og samfunnsdeltakelse som står på dagsorden. For foreldre vil det være viktig å få tilgang til støtteordninger som gjelder for denne gruppen generelt. Det betyr deltakelse i introduksjonsprogram og videre kvalifisering for arbeid. Fokus på innhold, organisering og tilpasning av introduksjonsprogrammet, vil derfor være viktig både for voksne som selv har en nedsatt funksjonsevne og for familier med barn som har funksjonsnedsettelse. Innholdet i tilretteleggingen vil variere, men i begge tilfeller vil tilretteleggingen ha betydning for den langsiktige integreringsprosessen.

For barn og unge vil noen av de sentrale utfordringene knyttet til, handler om avdekking, identifisering og diagnostisering av kronisk sykdom/nedsatt funksjonsevne. Krig, flukt og asylprosess gjør at mange ikke har fått den helsehjelpen de trenger tidlig i livsløpet. Dette gjør at tilstander som under normale forhold ville vært oppdaget og behandlet tidlig, ikke er tatt tak i (Attanapola 2013; Varvin 2015). Foreldre kan også være redde for å fortelle om både egen og barns sykdom i frykt for at dette kan påvirke asylsaken negativt. Slik er det i mange land, så det bør ikke overraske at foreldre kan ha en slik feiloppfatning¹⁰. Selv om det ikke er noen slik sammenheng (eller om den fins så er det større sjanse for at helseproblemer kan inngå en i helhetsvurdering og påvirke saken positivt), så er det en rekke eksempler på uoppdagede helseproblemer som burde vært utredet og hvor det burde vært iverksatt tiltak (Berg og Sveaass (red.) 2005; Berg og Lauritsen 2009; Berg (red.) 2012; Berg og Tronstad (red.) 2015).

¹⁰ Dette er beskrevet i flere publikasjoner, blant annet i rapporten «Det hainnle om å leve. Tiltak for å bedre psykisk helse for beboer i asylmottak» (Berg og Sveaass m.fl, 2002) og i boka «Innvandring og funksjonshemming» (Berg (red.), 2012).

Vår kartlegging omfatter flyktninger som faller inn under IMDIs tilskuddsordning (gruppe 1) og flyktninger med uoppdagede helserelaterte utfordringer som avdekkes etter bosetting (gruppe 2). En mulig tredje gruppe, som kan ansees som en undergruppe av gruppe 1, er personer med store helseutfordringer eller funksjonsnedsettelse som vil kunne vare livet ut og som kommuner derfor vil kunne vegre seg for å bosette (gruppe 3). Denne gruppen vil kunne bli boende i mottak over lang tid, til tross for at de er innvilget oppholdstillatelse. Kommunene begrunner dette med merkostnadene ved å bosette personer med store, kroniske helseutfordringer som vil bli betydelig større enn det som dekkes av den tidsbegrensede tilskuddsordningen.

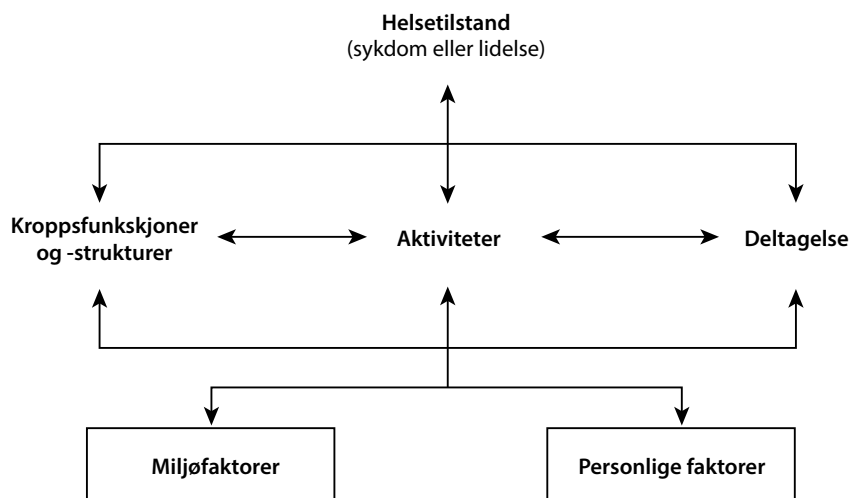
Forståelse av funksjonshemming

Før vi kan gå inn på helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse blant flyktninger bør vi se på hvordan ulike forståelser av funksjonshemming kan ha forskjellig innvirkning blant ulike grupper. Funksjonshemmingsbegrepet er komplekst, til tider kontroversielt, og må sees i kontekst. Det vil si at det er både kulturelle, historiske, sosiale, og helsemessige komponenter i forhold til funksjonshemming eller i forhold til *forståelsen* av funksjonshemming og det er en rekke faglige eller filosofiske tilnærminger til funksjonshemmingsbegrepet (Tøssebro, 2021).

Forståelsen av funksjonshemming er basert på Verdens helseorganisasjons Internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (World Health Organization, 2001,). Klassifiseringen bygger på en forståelse der begrensninger knyttes til både kropp, aktivitet og deltakelse (Tøssebro, 2021). Denne tilnærmingen reflekterer en lang prosess både innad i Verdens helseorganisasjon og i samfunnet mer generelt i tiårene forut. Funksjonshemming har historisk blitt forstått innenfor en medisinsk og personbasert ramme, med hovedvekt på sykdom, diagnose og individuelle hemninger eller mangler. Mange kritiserte denne tilnærmingen og utviklingen av det som blir referert til som den *sosiale modellen* fikk gjennomslag på 1980- og 1990-tallet rundt argumentasjonen at personer må sees i sin lokale kontekst, eller miljø, og at et miljø som ikke er tilrettelagt eller tilpasset personer med ulike funksjonsevner vil være funksjonshemmende. Denne proposisjonen fremsatt av Oliver (1983) hadde stor innvirkning på den Internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse.

Figur 2-1 oppsummerer den internasjonale klassifiseringen av funksjon, funksjonshemming og helse. Skissen illustrerer hvordan en persons funksjon er basert på sammenhenger mellom hans eller hennes helsetilstand, miljøfaktorer og personlige faktorer. Disse sammenhengene kan påvirke eller begrense kroppsfunksjoner, aktiviteter og deltakelse. Den er en sammensetning av medisinske og sosiale tilnærminger til funksjonshemming. Den internasjonale klassifiseringen av funksjon, funksjonshemming og helse er et godt utgangspunkt for å illustrere hvordan aktiviteter kan påvirkes av interne og eksterne faktorer og hvordan deltakelse kan bli begrenset (Tøssebro, 2021).

La oss ta for oss et hypotetisk tilfelle der en flykning nylig har kommet til Norge. Personen er innadventt, deltar ikke aktivt i sosiale aktiviteter og har begrenset kommunikasjon, i hovedsak kroppsspråk som å peke, bruke gester og har en verbalisering som i hovedsak brukes for å få oppmerksomhet. Det kan være en rekke årsaker til dette. Personen kan være sjenert og ha en mer innesluttet personlighet. Personen kan ha talevansker eller psykiske helseutfordringer som begrenser sosial aktivitet og kommunikasjon. Det er selvsagt også mulig at dette rett og slett handler om begrenset språkforståelse på grunn av kort botid i Norge.



Figur 2-1 Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (World Health Organization, 2001).

Kilde: Fig.1 Vekselvirkninger mellom helsetilstander, helsefaktorer og helserelevante faktorer (KITH, 2004).

Kartlegging er viktig for å tilrettelegge eller identifisere passende tiltak. Det er likevel viktig å ta høyde for at personer med ulik kulturell bakgrunn har forskjellige forståelse av funksjonshemming. I noen kulturer og trossamfunn er funksjonshemming assosiert med karma og synder i et tidligere liv, noe som medfører høyt sosial stigma ved å få et barn med funksjonshemming, for eksempel, og er derfor noe familien ofte prøver å holde skjult (Thoresen et al., 2017). Det er i tillegg mulig at enkeltpersoner, basert på feilinformasjon, tror at det å ha en funksjonsnedsettelse vil gjøre det mindre sannsynlig å få innvilget søknad om asyl i Norge, og derfor prøver å skjule eller minimalisere store helseutfordringer og funksjonshemming. Det er også mulig personer i målgruppen for dette prosjektet har lav helseforståelse (Health literacy). God kartlegging vil dermed ofte være tidkrevende og forutsetter at det etableres en god relasjon mellom den som kartlegger og den som blir kartlagt. Dette gjelder både innhenting av informasjon som kan føre til en diagnose og informasjon i forhold til innvirkning av helseutfordringer og funksjonshemming, samt identifisering av tiltak som vil kunne tilrettelegge.

Bosetting av flyktninger med store helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelser

Utfordringer med å bosette flyktninger med store helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelser kan, som nevnt, forlenge oppholdstiden på mottak. I enkelte tilfeller er det snakk om en forlenget oppholdstid på flere år¹¹. Dette vil kunne ha store negative følger for den enkeltes psykiske helse, samtidig som det vil forsinke integreringsprosessen. I en rekke publikasjoner er det slått fast at lang vente- og oppholdstid på mottak kan få store negative følger for den enkelte. For sårbare grupper kan konsekvensene bli betydelig større (Berg og Sveaas, 2005); NOU 2011:10; Berg og Valenta, 2011; Berg, 2018). Dette betyr i praksis at grupper som fra før befinner seg i en sårbar situasjon, som flyktninger med helseutfordringer eller funksjonsnedsettelser, har mindre forutsetninger for å møte de utfordringene lang tid i mottakssystemet representerer.

Men la oss nå skifte fokus. Hvis vi ser dette fra kommunenes side, så står de i det vil kan beskrive som et klassisk dilemma. På den ene siden er de både moralsk

11 Jfr. intervjuer med representanter for UDI, IMDi, KS og asylmottak.

og juridisk forpliktet til likebehandling og til ikke å diskriminere verken grupper og enkeltmennesker. Å si nei til å bosette sårbare flyktninger, kan stride imot dette. På den annen side har ikke staten noen rett til å pålegge en kommune å bosette flyktninger. Når kommuner sier nei til å bosette personer med omfattende behov, begrunnes det med at de er bekymret for kostandene som følger av å bosette personer som er avhengig av omfattende tjenester – gjerne livet ut. Når tjenestebehovet i mange tilfeller varer livet ut, mens de statlige ekstratilskuddene har en tidsbegrensning, fører det til at mange av de små og mellomstore kommunene «ikke tar sjansen». De vet hva et omfattende tilretteleggingsbehov kan koste og er ikke trygge på at de statlige ordningene dekker merutgiftene. Staten henviser til rammefinansieringssystemet, som er ment å ta høyde for at personer med varige behov blir ivaretatt i beregningsmodellen. Dette gjelder enten de er flyktninger eller er født og oppvokst i Norge.

Bosetting av flyktninger er en frivillig kommunal oppgave. Etter anmodning fra staten fastsetter kommunen et antall flyktninger de sier ja til å bosette. Innenfor denne rammen vil kommunene normalt svare ja, men de har også anledning til å svare nei til konkrete henvendelser. Det er denne muligheten en del kommuner har benytter seg av. Begrunnelsen kan være knyttet til personens situasjon eller utfordringer, eller den kan ha sammenheng med den situasjonen kommunen befinner seg i. Ofte vil det være en kombinasjon. Økonomi er ofte inne i bildet – direkte eller indirekte. Kommuner som bosetter flyktninger mottar integreringstilskudd over en femårsperiode. Størrelsen på integreringstilskuddet blir justert for å ta høyde for prisstigningen. Det blir i tillegg «overvåket» av et eget partssammensatt beregningsutvalg som skal påse at «beløpet gir en rimelig dekning av de gjennomsnittlige merutgiftene kommunene har til bosettings- og integreringsarbeid i bosettingsåret og de fire neste fire årene», slik forutsetningen for bosetting og integreringsarbeidet har vært siden den kommunale modellen ble innført tidlig på 1980-tallet (Regjeringen, 2022). I tillegg til integreringstilskuddet er det som vi har vært inne på innført et ekstratilskudd for personer med helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse. Når det gjelder opplæring, er det egne ordninger for refusjon av utgifter.

Det er underforstått at dilemmaet kommunene opplever er noe av utgangspunktet for vår studie, selv om det ikke er en del av prosjektbeskrivelsen å utdype denne problematikken. Tilgang til viktig kontekstuell informasjon og statistikk,

er i første rekke et ansvar som tilligger IMDi og andre statlige departement og etater. Her er det imidlertid potensielle utfordringer i forhold til personvern og informasjonstilgang innenfor rammene av dette prosjektet. Vi har derfor valg å belyse denne problemstillingen ved å vis til noen eksempler som er presentert i media:

I en artikkel publisert på www.nrk.no får vi innsikt i en sak i Lavangen kommune som bosatte over 60 flyktninger etter krisen i 2015. Dette er en liten kommune i Sør-Troms med 1 000 innbyggere. Kommunen jobbet spesielt med å bosette barnefamilier, tilrettelagt for aktiv deltagelse i lokalmiljøet og ble nominert til bosettingsprisen i 2015. Nyhetssaken omhandler en situasjon hvor barna i en av familiene havnet i barnevernets omsorg. «Barnevernloven sier ... at det er kommunen som [var] vertskap idet vedtaket fattes, som må ta de løpende barnevernsutgiftene. Uavhengig av hvor vedkommende senere måtte være bosatt. Mens innbyggertilskuddet går til den nye hjemkommunen.» Det ble estimert at disse utgiftene ville totalt sett nå 72.3 million kroner innen barna ble voksne, noe som utgjør et halt årsbudsjett for kommunen (Rostad et al., 2020).

Selv om ikke dette eksemplet refererer til helseutfordringer eller funksjonshemming, illustrerer det hvordan spesielt små kommunen kan være utsatt for høye merkostnader ved å bosette flyktninger med store behov som staten ikke dekker. Usikkerhet rundt hvilke merkostnader en kommune eventuelt ender opp med relatert til bosetting vil kunne øke utfordringer i forhold til bosetting av flyktninger. Det vil derfor være viktig at tilskuddsordningen effektivt kompenserer for disse merkostnadene.

Vi blir kjent med en annen familie igjennom flere artikler publisert på www.nrk.no med tre funksjonshemmede barn. Første historie, utgitt i 2020, redegjør for utfordringene med å bosette denne familien som inkluderer tre voksne barn (over 18 år på daværende tidspunkt) med såpass høye helseutfordringer og funksjonshemming at de trenger tilsyn døgnet rundt. De tre voksne barna bor på en privat omsorgsinstitusjon syv mil unna mottaket der foreldrene bor. Artikkelen påpeker utfordringen med tilskuddsordningen som tilsier at bosettingskommunene må beregne å påta seg vesentlige utgifter etter de fem første årene hvor tilskudd er tilgjengelig og at det dermed er særlig utfordrende å bosette denne gruppen. Det påpekes at på dette tidspunktet var det 15 personer med store helseutfordringer som

hadde fått godkjent bosetting, men som ventet på en bosettingskommune. Én person hadde ventet i syv år, mens gjennomsnittet var to år for gruppen på 15 personer. Anslaget er at de gjennomsnittlig ekstrakostnadene for kommunene vil være på 1,5 millioner kroner i året for å bosette hver enkelt av disse personene, noe kommunene ikke vil få dekket inn igjennom tilskuddsordningen etter de første fem årene (Pedersen, 2020).

Vi møter den samme familien igjen litt over ett år etter den første artikkelen. Den andre artikkelen er i sammenheng med forslag til statsbudsjettet 2022 om å utvide tilskuddsordning i inntil 10 år, med 6,7 millioner satt av i første omgang. Det er fortsatt anslått 15 personer med store helseutfordringer som venter på bosetting i en kommune, høyst sannsynlig de samme 15 som året før gitt lave antall flyktninger som ankom Norge under koronapandemien. Selv om dette forslaget «gir nytt håp for familien som ingen kommuner vil bosette» påpekes det i artikkelen at en av kommune som ble spurt om å bosette familien tidligere at de ønsker livsvarig finansiering, selv om utvidelsen til ti år anses som positivt (Straumsnes & Pedersen, 2021).

I et intervju som tar utgangspunkt i denne saken påpeker direktøren i Utlendingsdirektoratet at: «Kommunene ønsker ikke å påta seg den økonomiske risikoen det er å bosette denne kategorien flyktninger». Videre påpeker artikkelen at det i 2019 var 30 personer med store helseutfordringer som ventet på bosetting i mottak og at både UDI og IMDi ønsket at tilskuddsordningen skulle utvides til 10 år. Det er mulig at en slik tilnærming vil bedre situasjonen, men ikke gitt. Direktøren påpeker videre at: «Staten betaler for disse i dag. De bor i statlige mottak i regi av UDI. Det er egentlig bare et spørsmål om å flytte denne kostnaden fra en budsjettpost i staten til en annen i form av økt tilskudd til kommunene» (Aarsæther & Andreassen, 2020).

Ifølge artikkelen har det vært mellom 15-30 personer med store helseutfordringer som har fått innvilget oppholdstillatelse, men venter på bosetting. Dette skjer i en periode hvor ankomst- og bosettingstall er lave. For andre grupper skjer bosettingen relativt raskt etter at oppholdstillatelsen er innvilget. Det er derfor liten tvil om at flyktninger med helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse må vente lengre enn andre på å bli bosatt. Her handler det ikke om uker eller måneder, men om ventetid som kan strekke seg over flere år. Vi snakker da om flyktninger som ikke

er tildelt bosettingskommune – ikke om kommuner som har sagt ja til bosetting, men som trenger forberedelsestid for å få etablert et godt bo- og omsorgstilbud. To artikler i medlemsbladet for Norsk forbund for utviklingshemmede, «Samfunn for alle», illustrerer enda en side ved denne problemstillingen:

«Dritan Kreshpaj ble tvangsflyttet fra Verdal til Østre Toten kommune av Utlendingsdirektoratet» (Gitlesen, 2022, s. 12). Etter 15 år i Norge, men uten en bosettingskommune, har UDI jevnlig bedt private omsorgsfirmaer om anbud for Dritans omsorg. Dette endte nylig med «tvangsflytting» 8 timer fra Trøndelag hvor han har familie og det er en kommune som har vist interesse om mulig bosetting. Tvangsflyttingen har hatt en negativ innvirkning på Dritans velferd og adferd: «Dritan skal ha endret seg mye i negativ retning siden han ble tvangsflyttet fra Verdal kommune. Han var både sint og redd, og utagerer mot personalet. Ingen av tjenesteyterne forstår hva han sier. Det er minst 12 år siden Dritan oppførte seg som han gjør i dag» (Gitlesen, 2022, s. 12). Ness (2022) påpeker at å løse denne problemstillingen ikke krever mere penger, men «samordning mellom utlendingspolitikken (UDI) og bosettingspolitikken (IMDi) og litt tid så kommunen får etablert de nødvendige tjenestene» (s. 13).(Gitlesen, 2022; Ness 2022)

Dette eksempelet illustrerer utfordringer knyttet til kommuneøkonomi og fravær av bosettingskommune for personer med store helseutfordringer og/eller funksjonshemming med negativ innvirkning på velferd og adferd.

Helseutfordringer som avdekkes etter bosetting

Ekstratilskuddet til kommuner som bosetter flyktninger med store helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse har som tildelingskriterium at *Tilstanden for flyktingen det søkes om tilskudd for, må ha oppstått eller ha sitt opphav i tiden før bosetting* (Rundskriv 05/2020). Søknadsfristen er 13 måneder etter bosettingsdato. Selv om det gjennomføres helsekartlegging både i transittfasen og ofte i mottaksfasen, vil enkelte tilstander være vanskelig å avdekke. Dette gjelder både helserelaterte problemer og funksjonsnedsettelse. Et eksempel på det først er diagnosen PTSD (Posttraumatisk stresslidelse) som det ofte tar tid å avdekke, selv om den har sin årsak i hendelser lenge før flyktingen kom til Norge (forfølgelse, krig, tortur, flukt). Når det gjelder funksjonsnedsettelse, vil de fleste tilstander

bli avdekket tidlig (sansetap og motoriske utfordringer), mens en del kognitive utfordringer kan være vanskeligere å oppdage før barnet blir eldre. Dette gjelder blant annet diagnoser som mild eller moderat utviklingshemming og tilstander innenfor autismespekteret (ASD). Dette er medfødte tilstander som i mange tilfeller ikke manifesterer seg før barnet er blitt eldre (Berg, 2018).

I tillegg til utfordringer med å oppdage eller avdekke, vil også kulturelle faktorer spille inn. I mange samfunn er det fremdeles knyttet mye stigma til både psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse. Dette kan forsterke problemene med å oppdage tilstanden. Dette gjelder både barn og voksne. Når det gjelder barn, vil det som regel være foreldrene som først får mistanke om at barnet utvikler seg unormalt. Dette kan føre til at foreldrene underkommuniserer eller bortforklarer barnets utfordringer, noe som kan gjøre at barnets tilstand blir oppdaget for seint til å oppfylle kravene i tilskuddsordningen. Språklige utfordringer kan selvsagt også gjøre at tilstander oppdages for seint. Mange diagnoser er såkalte funksjonsdiagnoser der avdekking av tilstand forutsetter at de det gjelder er i stand til å sette ord på hva som er utfordringen. Dette forutsetter et felles språk eller kvalifiserte tolker som har trening i å tolke helse relaterte samtaler. Erfaringsmessig er dette ikke alltid tilfelle. I sum ser vi at en rekke utfordringer kan være vanskelig å oppdage i tide, noe som gjør tilskuddsordningen sårbar.

3. Forskningsdesign og metodisk gjennomføring

I dette prosjektet har vi benyttet tre informasjonskilder. Først har vi analysert interne tall og statistikk rundt *Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker* som er gjort tilgjengelig av IMDi. I tillegg har vi gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner i sektoren samt flykningtjenesten i kommunene. Vi har også gjennomført en breddeundersøkelse der alle landets kommuner ble invitert til å bidra.

Datagrunnlag

Kommuner kan søke IMDi om *Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker*. Målet med ordningen er å «bidra til raskere bosetting av flykninger med alvorlige, kjente funksjonsnedsettelse og/eller adferdsvansker» og «dekke ekstraordinære kommunale utgifter» som skyldes funksjonsnedsettelse, atferdsvansker og/eller rusproblemer (IMDi, 2021b). Statistikken vi presenterer i denne rapporten er basert på interne tall fra IMDi. Vi presenterer dette i tabeller og grafer for å illustrere demografiske karakteristika og utvikling over de siste fem årene (2016-2020). Dette utgjør et viktig bakteppe og gir et bilde av hvordan kommunene tar i bruk denne tilskuddsordningen, samt innsikt i utviklingen de siste årene.

Det er flere begrensninger i vår tilnærming. Først og fremst er det viktig å vektlegge at dette er en beskrivelse og ikke en statistisk analyse av korrelasjoner eller årsakssammenhenger. Det er også viktig å påpeke at komplekse internasjonale og eksterne faktorer kan påvirke migrasjons- og flykningituasjonen og at slike faktorer kan ha varierende lokale innvirkninger. For eksempel så har koronaepidemien begrenset antall flykninger som har ankommet Norge. Til tross for disse begrensningene mener vi at innsikten vi har fått gjennom disse beskrivelsene utgjør et viktig element for å tolke og kontekstualisere innspillene fra informantene. Trianguleringen av informasjon fra forskjellige kilder har vært et viktig virkemiddel for å utvikle og forankre anbefalinger.

Intervjuer med nøkkelpersoner

Det kvalitative materialet består av intervjuer med nøkkelpersoner i IMDi, UDI, Kommunesektorens organisasjon (KS), asylmottak og kommunale flykningstjenester og introduksjonsprogram. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført på telefon eller videokonsultasjoner på grunn av reise- og møterestriksjoner som følge av koronaepidemien. Vi gjennomførte noen lokale fysiske møter på de tidspunktene koronarestriksjonene tillot det. Disse intervjuene var viktige for å dekke en større variasjonsbredde blant nøkkelinformanter med spisskompetanse og dybdeinnsikt på feltet. I denne sammenheng ble «feltet» definert som kunnskap og erfaringer med bosetting av flyktninger med store helseutfordringer, funksjonsnedsettelse og/eller atferdsvansker; personer som jobbet direkte med tilskuddsordningen og/eller tilskuddssøknader og personer med innsikt i introduksjonsprogrammet og bosettingsarbeidet. Informasjonen vi ønsket å innhente igjennom intervjuene skulle være fra personer som jobber direkte med problemstillingene i FoU-prosjektet. Det ideelle ville vært å innhente informasjon fra personer som er direkte berørt, men både knappe tidsrammer og koronapandemien gjorde at dette ikke var mulig.

Form og innhold på intervjuene ble tilpasset de ulike informantgruppene. Flere personer deltok i gruppeintervju (for eksempel et fokusgruppeintervju med en større voksenopplæringstjeneste). Andre nøkkelpersoner bidro gjennom flere intervjuer der vi fulgte opp for avklaringer eller utdypninger ettersom vår innsikt og forståelse utviklet seg igjennom prosjektet. Hensikten med disse intervjuene var å innhente dybdeinformasjon blant nøkkelpersoner. Intervjuene fulgte et semistrukturert format hvor tematikken og veiledende spørsmål fulgte en mal som tok utgangspunkt i informantenes roller og den institusjonen de representerte. I hovedsak ble denne informasjonen notert under intervjuene og sett i sammenheng med funn fra de andre informasjonskildene i denne rapporten. Intervjuene ble også brukt som grunnlag for å utvikle breddeundersøkelsen og analysen av IMDis statistikk, samt for å kontekstualisere og tolke informasjonen fra disse kildene. Informasjon og funn fra intervjuene er derfor innlemmet i analysen av IMDis statistikk og breddeundersøkelsen i de neste kapitlene.

Breddeundersøkelsen

I første kvartal 2021 gjennomførte vi en elektronisk breddeundersøkelse for å kartlegge erfaringer og bruk av helseinformasjon basert på informasjon fra kommunene. Vi benyttet nettskjema, utviklet og administrert av Universitetet i Oslo (UiO) (<https://nettskjema.no/>), som er en sikker løsning for innhenting av informasjon på nett. Den er i tråd med de nasjonale personvernsretningslinjene og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det er forskjellige innstillinger i nettskjema for distribusjon og innhenting av informasjon. For å oppnå full anonymitet, koblet vi fra distribusjonsfunksjonen i nettskjemaet og opprettet en direkte lenke til skjemaet som ble distribuert som blindkopi per epost. Denne fremgangsmåten har flere fordeler når det gjelder for anonymitet, og den er tilrettelagt for at flere i samme enhet (f.eks. kommune) kan sende inn svar. Denne metoden innebærer begrensninger for å følge opp ubesvarte forespørsler i og med at besvarelsen er helt anonymt.

I første omgang distribuerte vi breddeundersøkelsen til alle postmottak i landets 356 kommuner i første uke av mars 2021 med forespørsel om at invitasjonen ble videresendt til kommunens flyktningkontor og/eller andre relevante instanser. Vi er klar over at ikke alle kommuner bosetter flyktninger, tilbyr introduksjonsprogram eller bosetter flyktninger med funksjonsnedsettelse og/eller store helseutfordringer, men i dette prosjektet var vi også interessert i å innhente erfaringer fra kommuner som har bosatt flyktninger tidligere. For eksempel har IMDi kun henvendt seg til 212 kommuner for å bosette flyktninger i 2022 (IMDi, 2021a). Vi vet også at flere kommuner, spesielt større kommuner, er organisert på en slik måte at det er flere tjenester, fagetater og team som kan være involvert i bosettingen og dermed være relevante informanter for breddeundersøkelsen. Dette ble også bekreftet ved at flere kommuner tok kontakt for å informere at de ikke jobbet med målgruppen eller for å klarlegge hvilke enheter i kommunen som ville være relevante å videresende forespørselen til.

Svarprosenten var høyere enn forventet, med cirka 100 svar i løpet av den første uken (i tillegg til tilbakemeldinger om at enkeltkommuner ikke var involvert med bosetting av flyktninger). I og med at breddeundersøkelsen var anonym, uten mulighet for å spore hvem som hadde svart på forespørselen for deltakelse, bestemte forskningsteamet å sende ut en påminnelse til alle postmottakene i

kommunene cirka 10 dager etter den første forespørselen. I tillegg ble det sendt en individuell epost forespørsel til 20 av nøkkelinformantene som jobbet med bosetting av flyktninger.

Før påske 2021 hadde vi mottatt 176 svar. I og med at flere fra samme kommune kunne ha besvart spørreundersøkelsen, noe vi vet var tilfellet, er det ikke mulig å oppgi nøyaktig andel kommuner som svarte på breddeundersøkelsen. Teoretisk høyeste svarprosent vil være 49 % (176 besvarte spørreskjemaer delt på 356 kommuner), under forutsetning av at forespørselen ble videresendt fra postmottaket og at alle kommunene anså breddeundersøkelsen som relevant for dem. Hvis vi kun regner med at 212 kommuner er bosettingskommuner, vil den teoretiske høyeste svarprosenten være på 83 %. Det er vanskelig å vurdere hva som kan regnes som en god svarprosent i denne typen undersøkelser. Tidligere analyser anslår at en svarprosent på rundt en tredjedel er rimelig for denne type undersøkelser (Baruch & Holtom, 2008; Cook et al., 2000). Vi vil derfor si oss godt fornøyd med den svarprosenten som er oppnådd og ser dette som en indikasjon på at kommunene opplever dette som aktuelle problemstillinger å gi innspill til. Det var også mange som ga utfyllende informasjon i de åpne kommentarfeltene. Dette støtter vår oppfatning av at deltakerne i breddeundersøkelsen ønsket å bidra med informasjon og så verdien av å delta i forskningsprosjektet.

Det at vi ikke kan spore hvem som svarte på breddeundersøkelsen, og dermed kalkulere en nøyaktig svarprosent, er en begrensning. Likevel mener vi at dette var en riktig tilnærming for å ivareta anonymiteten til deltakerne og i forhold til funksjonaliteten i nettskjema. Vi mener den relativt høye svarprosenten støtter en slik tolkning.

Ingen av metodene som er benyttet i kartleggingen er uten begrensninger, men ved å kombinere kvantitative og kvalitative data, har vi fått både faktabasert kunnskap og erfaringsdata. Til sammen mener vi dette gir et godt grunnlag for å beskrive situasjonen på feltet, samt gi begrunnede analyser og refleksjoner knyttet til det som fungerer og det som framstår som mangler ved dagens ordning.

Etiske hensyn og begrensninger knyttet til COVID-19 pandemien

Prosjektet var meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Individuelle informanter ga personlig samtykke mens breddeundersøkelsen var anonymisert uten personopplysninger og dermed fritatt fra meldeplikt til NSD. All annen informasjon presentert i denne rapporten er basert på offentlig tilgjengelig informasjon og dermed også fritatt fra NSD godkjenning.

COVID-19 pandemien har hatt stor innvirkning på samfunnet siden tidlig 2020, med variasjoner i regelverk, anbefalinger og sårbarhet fra region til region og mellom forskjellige grupper i befolkninger, for eksempel personer med underliggende sykdom. Mesteparten av informasjonsinnsamlingen til dette prosjektet var derfor elektronisk, gjennom telefonintervjuer, Teams-møter og den nettbaserte breddeundersøkelsen. Vi fikk gjennomført noen lokale besøk til kommunale flykningstjenester og voksenopplæringssteder, men i hovedsak måtte vi av smittevernhensyn erstatte fysiske intervjuer med digitale løsninger.

Sannsynligvis ville vi ha fått et bredere spekter av informasjon og dannet et rikere datagrunnlag uten begrensningene av COVID-19 pandemien. Vi mener likevel vi har et godt og variert informasjonsgrunnlag og at det er lite sannsynlig at hovedfunnene og anbefalingene i denne rapporten ville vært vesentlig annerledes hvis det ikke hadde vært for COVID-19 restriksjonene.

4. Bruken av tilskuddsordningen

Målsettingen med *Tilskuddsordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker* er, som påpekt i kapittel 2, at den skal bidra til raskere bosetting av flykninger med alvorlige og kjente funksjonsnedsettelse, helseutfordringer og/eller atferdsvansker. Ordningen er ment å dekke ekstraordinære kommunale utgifter. En av forutsetningene er at kommunen må dokumentere at utfordringene har oppstått før flykningen ble bosatt i kommunen. Ordningen er todelt: Tilskudd 1 (T1) er et engangstilskudd som kan gjelde i første eller andre bosettingsår, mens tilskudd 2 (T2) er et større tilskudd som kan utbetales årlig i inntil fem år etter bosetting. For bosetting i 2020 var T1 på 190 500 kroner, som ble utbetalt i sin helhet så lenge tilskuddssøknaden kunne dokumentere merkostnader på minst 100 000 kroner, mens T2 var på opptil 1 361 000 kroner (IMDi, 2021b). Satsene for 2021 økte til 196 400 kroner for T1 og 1 430 000 kroner for T2¹², mens innslagspunktet for T1 ble værende på 100 000 kroner (IMDi, 2021b).

Det er en rekke faktorer som kan virke inn på tilrettelegging av kvalifiseringstiltak for flykninger med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. Den mest relevante økonomiske faktoren rettet mot målgruppen er det nevnte tilskuddet for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. Tilskuddsordningen er først og fremst ment som et bosettingsfremmende middel, men den er av relevans for dette prosjektet siden tiltakene den som regel finansierer i første rekke er rettet mot tilrettelegging av kvalifiseringstiltak innen skole og voksenopplæring.

Bruken av ordningen henger også nøye sammen med de *organisatoriske faktorene*, både på kommunalt og statlig nivå. For eksempel kan organisering på kommunalt nivå påvirke effektiviteten i søknadsarbeidet, mens endringer i organiseringsstrukturer

12 Helsedirektoratet forvalter også en tilskuddsordning for Kommunal- og Moderniseringsdepartementet rettet mot *Særlige ressurskrevende helse- og omsorgstjenester*. Gennom denne ordningen kan kommuner søke om refusjon for deler av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene, opptil 80 prosent av dokumenterte lønnsutgifter over et innslagspunkt. Dette gjelder for alle innbyggerne i den respektive kommunen, og er ikke et spesifikt tilskudd for bosatte flykninger. Innslagspunktet for denne toppfinansieringsordningen samsvarer med maksimalbeløpet for T2 (1 430 000 i 2021). Se <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester#regelverk-dette-ma-vaere-med-i-rapporteringen> for mer informasjon. Kommunene må altså selv finansiere minst 20 prosent av utgiftene som overstiger maksimumsbeløpet for T2.

på statlig nivå kan innvirke på måten kommunene følges opp, behandlingen av søknadene og innvilgelsesgraden.

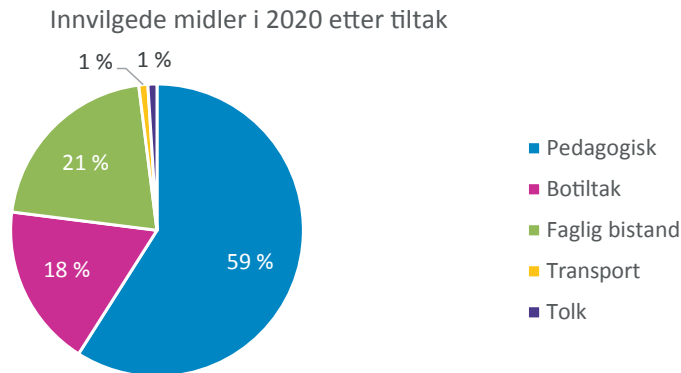
Som vi vil se er det stor variasjon i kommunenes bruk av ordningen, noe som blant annet kan henge sammen med varierende kjennskap til ordningen. Vårt inntrykk er også at det har sammenheng med måten kommunene organiserer arbeidet med bosetting og integrering av flyktninger generelt, og hvordan søknadsarbeidet knyttet til denne spesifikke ordningen er organisert.

I dette kapitlet vil vi komme nærmere inn på bruken av tilskuddsordningen. Dette gjør vi ved å fokusere på intern IMDi-statistikk som omhandler bruken av tilskuddsordningen¹³. Vi har kun fått tilgang til begrenset statistikk, først og fremst rundt tilskuddssøknader fremfor innvilgelser, og har dermed hatt begrenset muligheter til å re-organisere og presentere data på en annen måte enn hva som ble delt med oss. Ettersom den interne IMDi-statistikken ikke er offentlig tilgjengelig har vi i tillegg fått innspill fra fagpersoner på statlig og kommunalt nivå igjennom kvalitative intervjuene for å kontekstualisere og verifisere denne informasjonen så langt som mulig. Kapitlet inkluderer dermed ikke innspill fra breddeundersøkelsen.

Bruken av tilskuddsordningen etter tiltak og brukerkategori

Gjennom ordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker, utbetalte IMDi i 2019 1 milliard kroner til norske kommuner. Disse midlene ble brukt til en rekke tiltak. IMDi skiller mellom fem typer tiltak: pedagogiske tiltak, transport, tolk, faglig bistand og botiltak. Ifølge våre informanter i IMDi brukes midler som inngår i kategorien «botiltak», blant annet til å finansiere institusjonstilbud, bo- og omsorgssenter og avlastningsordninger. I kategorien «faglig bistand» inngår finansiering og oppfølging av ansvarsgruppemøter, konsultasjoner, PPT tjenesten. Figur 2-1 viser fordelingen av midler som ble innvilget i 2020 innenfor de fem kategoriene tilskuddsordningen dekker.

13 Vi fikk tilgang til data fra IMDi som var oppdatert i desember 2020. Det er dermed mulig at disse tallene kan avvike noe fra de endelige tallene for 2020 og vi sendte en forespørsel til IMDi mot slutten av 2021 for å få disse oppdatert, men vi har ikke lyktes med å få mer oppdatert statistikk fra IMDi



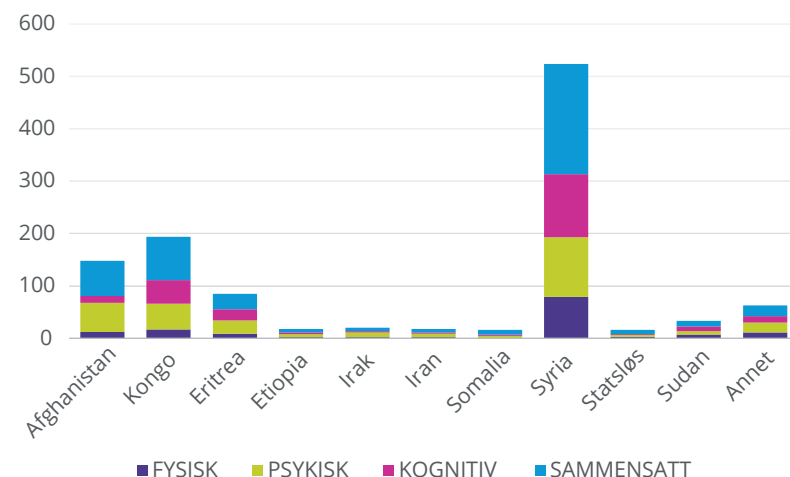
Figur 4-1 Innvilgede midler i 2020 etter tiltak (i prosent).
Kilde: Intern IMDi statistikk.

Selv om figur 4-1 bare viser fordelingen av tiltak i 2020, avdekker gjennomgangen av statistikken for perioden 2015-2020 en lignende fordeling i bruken av tilskuddsordningen for hele denne perioden. Her ser vi at over halvparten av midlene ble brukt til pedagogiske tiltak. Faglig bistand og botiltak står for henholdsvis 21 prosent og 18 prosent av tilskuddsmidlene hvis vi ser hele perioden under ett. Kun 2-3 prosent av midlene gikk til tolketjenester og transport av flyktninger i målgruppen. Innvilgede midler skal kun brukes til å dekke ekstraordinære utgifter for de spesifikke tiltakene ettersom integreringstilskuddet skal dekke generelle utgifter for øvrig.

Som vi kan se av figuren brukes nesten to tredjedeler av midlene fra ordningen til forskjellige måter å tilrettelegge det pedagogiske arbeidet til målgruppen. Dette samsvarer med det vi fikk formidlet fra fagpersonene i IMDi og kommunene. Ifølge dem inngår finansiering av det pedagogiske arbeidet til ekstra lærerressurs, leksehjelp og ansettelser av pedagoger i skole og barnehage som skal følge opp barn i målgruppen. Enkelte kommuner melder tilbake at de har god erfaring med bruken av miljøterapeuter som følger opp flyktningen tett og med fagpersoner med spesiell kompetanse som kan bidra til å tilrettelegge undervisningen til de med særskilte behov. Slike ressurser ble delfinansiert via tilskuddsordningen og brukt i integrerte klasser bestående av elever både med og uten særskilte behov.

Vi har sett nærmere på hvordan tiltakene fordeles på forskjellige kategorier flyktninger. Når det gjelder nasjonalitetsgruppene, er det en positiv sammenheng

mellom bruken av ordningen og størrelsen på flyktninggruppene. Med andre ord er det de største nasjonalitetene som utløser den største bruken av ordningen. Videre er sammensettingen av tiltakene ganske lik i de forskjellige nasjonalitetsgruppene. Figur 4-2 viser sammensetting av søknader om tilskudd etter flyktingens nasjonalitet¹⁴.



Figur 4-2 Antall søknader om tilskudd etter flyktingens nasjonalitet i 2020.

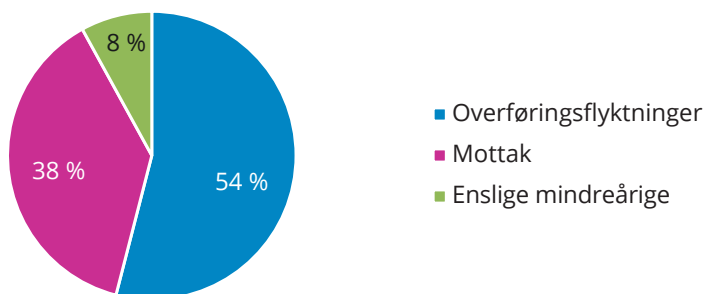
Kilde: Intern IMDi statistikk.

Som vi ser av figuren gjelder mesteparten av søknadene tilskudd til flyktninger som hører til store nasjonalitetsgrupper, som flyktninger fra Syria, Afghanistan, Kongo og Eritrea. Denne fordelingen er igjen i stor grad i samsvar med størrelsen på disse gruppene, blant de som ble bosatt i 2019/2020.

De siste årene har andelen overføringsflyktninger, primært fra Syria og Kongo, vært større enn det totale antallet asylsøkere som har fått beskyttelse i samme perioden. Denne trenden kan også spores i fordelingen av søknadene i og med at flertallet av søknader om tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker gjelder overføringsflyktninger. Søknadene omfatter flere menn enn kvinner og flere gutter enn jenter, noe som igjen gjenspeiler kjønnsfordelingen i det totale antallet flyktninger som ble bosatt de siste årene.

14 Vi har ikke fått tilgang til informasjon om landbakgrunn for innvilgelser, kun søknader, fra IMDi.

I IMDi statistikk skiller en også mellom flyktninger som er bosatt fra mottak, overføringsflyktninger og enslige mindreårige. Mer enn halvparten av søknader om tilskudd gjaldt overføringsflyktninger, mens 38 prosent gjaldt de som ble bosatt fra mottak, og 8 prosent gjaldt enslige mindreårige flyktninger. Vi har ikke fått tilgang til en tilsvarende oversikt over innvilgede søknader.



Figur 4-3 Bakgrunn tilskuddssøknader i 2020 i prosent.

Kilde: Intern IMDi statistikk.

Som illustrert i tabell 4-1 er det en høy andel søknader som gjelder barn, noe som ikke kan forklares med andelen barn blant bosatte flyktninger¹⁵. Det er derimot blitt påpekt at skolen er en «naturlig arena for kartlegging», noe som vil kunne bidra til tidligere identifisering av elever med nedsatt funksjonsevne (IMDi 2017, s. 10-11).

Tabell 4-1 Søknader (T1 og T2) i perioden 2016-2019

	Menn	Kvinner	Gutter	Jenter	Totalt
2016	310	239	311	184	1 044
2017	501	326	518	229	1 574
2018	674	358	768	349	2 149
2019	646	351	769	387	2 153

Kilde: Intern IMDi statistikk.

15 Igjen er det begrensninger i data fra IMDi som gjør at vi ikke kan gi en oversikt over tilsvarende fordeling for innvilgelser.

Den største andelen av innvilgede tilskudd går som nevnt til pedagogiske tiltak, og av disse tiltakene går mesteparten av midlene til å finansiere pedagogiske tiltak for barn. Tabell 4-2 viser fordelingen av midlene til pedagogiske tiltak mellom kvinner, menn og barn (personer under 18) fra 2016-2019¹⁶.

Tabell 4-2 Innvilgede midler (i norske kroner) til pedagogiske tiltak i perioden 2016-2019

	Pedagogiske tiltak			
	Menn	Kvinner	Barn	Totalt
2016	54 407 976	36 252 292	145 844 030	236 504 298
2017	88 858 935	50 794 959	199 911 502	339 565 502
2018	121 852 832	58 610 984	299 106 425	479 570 241
2019	118 016 095	57 785 545	367 626 112	542 427 752

Kilde: Intern IMDi statistikk.

Som vi kan se av tabellen går mesteparten av de pedagogiske midlene til barn. For eksempel gikk mer enn halvparten av midlene til pedagogiske tiltak som ble innvilget i 2019 til barn. En grundigere sammenligning av innvilgede tilskuddsmidler til barn viser at de er den største utgiftsposten i tilskuddsordningen i perioden 2016-2019. Den er mange ganger større enn alle de andre utgiftspostene, som tiltak til tolk, transport, faglig bistand og botiltak.

¹⁶ Det er ikke mulig å skille mellom gutter og jenter i statistikken vi har mottatt fra IMDi.

Begrunnelse for innvilgelse og avslag av tilskuddssøknadene

På sine hjemmesider avklarer IMDi at:

Tilskudd 1 er et engangstilskudd kommunen kan få enten i første eller andre bosettingsår. Kostnadene kommunen søker om å få dekket, må være på minimum 100 000 kroner. Sats for 2021 er 196 400, som blir utbetalt i sin helhet så lenge godkjente tiltak i søknaden kommer over innslagspunktet. Tilskudd 2 kan innvilges årlig i inntil fem år etter bosetting. Kostnadene kommunen søker å få dekket må være på minimum 200 000 kroner per tilskuddsår. Maks tilskudd for 2021 er 1 430 000.¹⁷

Tabell 4-3 presenterer antall tilskuddssøknader, innvilgelsesrate og avslagsrate for 2015-2020. Statistikken viser at avslagsrater har vært rundt to til tre ganger høyere på søknader om T1 enn på T2. Avslagsraten på søknader om både T1 og T2 økte betydelig i 2020. Avslagsraten for T1 var mellom 5,7% og 8,4% i perioden 2015-2018 før den ble nesten doblet til 14,9% i 2019 og mer enn doblet igjen i 2020 til 39,1%. Avslagsraten for T2 var mellom 2,3% og 3,4% i perioder 2015-2019 før den ble tre ganger så høy i 2020 da den økte til 10,1%. Som nevnt tidligere er T1 ett engangstilskudd mens T2 kan innvilges i inntil 5 år. Det vil si at T2 tilskudd gjelder personer bosatt ett, to, tre, fire og fem år tilbake i tid, mens T1 gjelder kun personer bosatt i de forgående 13 månedene.

I statistikken skilles det mellom tre hovedkategorier avslåtte søknader: de som blir avslått grunnet ikke overholdt søknadsfrist; avslått grunnet manglende dokumentasjon; og avslag med grunnlag i ikke overholdte budsjettkrav. I løpet av 2015-2020 er det flest avslag på søknader, både T1 og T2, loggført i statistikken som søknader som ble avslått på grunn av manglende dokumentasjon. Ifølge informantene kan denne økningen i avslagsraten forklares med at IMDi begynte å tolke regelverket på en strengere måte i 2020, noe som førte til en kraftig økning i avslagsrater, særlig på T1 søknader. Dette skjedde samtidig med at søknadsbehandlingen ble overført til IMDi sentralt.

¹⁷ Se <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-for-bosetting-av-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-eller-atferdsvansker/>

Tabell 4-3 Antall tilskuddssøknader, innvilgelsesrate og avslagsrate 2016-2020

	Antall søknader			Innvilgelsesrate (%)			Avslagsrate (%)		
	T1	T2	Total	T1	T2	Total	T1	T2	Total
2015	281	616	897	92,5%	97,6%	96,0%	7,5%	2,4%	4,0%
2016	297	761	1 058	94,3%	97,0%	96,2%	5,7%	3,0%	3,8%
2017	486	1 097	1 583	94,2%	97,7%	96,7%	5,8%	2,3%	3,3%
2018	609	1 580	2 189	91,6%	96,6%	95,2%	8,4%	3,4%	4,8%
2019	569	1 663	2 232	85,1%	96,6%	93,7%	14,9%	3,4%	6,3%
2020 ¹	299	864	1 163	60,9%	89,9%	82,5%	39,1%	10,1%	17,5%

¹Data frem til 7. desember 2020

Andre informanter hevder at en mer restriktiv praksis begynte allerede før den nevnte omstruktureringen i IMDi. Enkelte av informantene erfarer også at de regionkontorene brukte tilskuddet som et viktig virkemiddel i forhandlingene om bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker og dermed viste mer fleksibilitet i behandlingen av søknader. Flere av våre informanter opplever at IMDi er stadig mer rigid i sin behandling av søknader. Det er mer avkryssing og krav om legeattester, noe som vanskeligjør søkeprosessen. For eksempel er det ifølge informanter i kommunene mange saker der legene ikke har tilstrekkelig innsikt til å uttale seg om flyktingens helse og oppfølgingsbehov. Ifølge dem har mange av de bosatte flyktingene psykisk helseutfordringer, noe som krever tilrettelegging av introduksjonsprogrammet eller undervisningen. Ofte er det PPT, fagpersoner på skolen eller andre fagpersoner som ofte møter flyktingen i hverdagen som kan se dette bedre enn en lege. Ifølge enkelte informantene ble uttalelsene fra disse fagpersonene i større grad tidligere tatt i betraktning.

Selv om det finnes ulike forklaringer på en strengere håndtering av søknader om tilskuddet, er flertallet av informantene i kommunene enige om at IMDi har blitt stadig mer restriktive og mindre fleksible i behandlingen av søknadene. Samtidig påpeker flere at avslagene ikke bare skyldes en strengere behandlingspraksis, men at en del søknader er mangelfulle. I en del kommuner mangler de ansatte tilstrekkelig kompetanse og erfaring med denne typen søknadsarbeid, noe som også kan resultere i avslag.

I tillegg til den nevnte økningen i avslagsrater er søknadsfrister, lang behandlingstid og ordningens midlertidighet noe som skaper irritasjon i systemet. Kommunen anser likevel at den største vedvarende svakheten med ordningen er gjeldende frister og midlertidigheten. Enkelte skiller her mellom flyktninger som har stort og åpenbart behov for tilrettelegging og de som har vanskelig identifiserbare, psykiske helseutfordringer. Ifølge informantene kan de med vanskelig identifiserbare utfordringer falle utenfor ordningen grunnet gjeldende søknadsfrister. Det erfares at det ofte er veldig vanskelig å avdekke underliggende psykiske utfordringer, spesielt før flyktningen blir bosatt eller har bodd i kommunen i en lengre periode. Det er mange faktorer som kan vanskeliggjøre identifiseringen av underliggende psykiske utfordringer som seinere kan resultere i et stort behov for tilrettelegging av kvalifiseringsarbeidet. Kulturelle barrierer, manglende begrepsapparat, stigmaet som ofte forbindes med psykiske helse gjør det vanskelig for personer i systemet å avdekke slike underliggende problemer. Dette gjelder både innhenting av informasjon ved uttak av overføringsflyktninger og kartleggingen av asylsøkere i mottakskommunene.

Vi har allerede vist hvordan tilskudd brukes der det ikke er relatert til fysisk utfordringer. Som allerede nevnt skiller IMDi mellom fire diagnosekategorier: Fysiske, psykiske, kognitive og sammensatte funksjonsnedsettelse. Som illustrert i tabell 4-4 er grunnlaget for T1 som oftest psykiske, sammensatte og kognitive diagnoser, mens innvilgede søknader for T2 domineres av sammensatte diagnoser etterfulgt av kognitive og psykiske diagnoser. Vi ser av tabellen at fysiske funksjonshemminger utgjør et mindretall av diagnoser, både blant innvilgede søknader til T1 og til T2. Vi har sett lignende statistikk for perioden 2015-2020, og det ser ut til at fordelingen av diagnosene i 2020 er nokså representativ for hele perioden der psykiske, kognitive og sammensatte diagnoser dominerer, mens de fysiske diagnosene utgjør et mindretall, omtrent 15 prosent av innvilgede søknadene.

Tabell 4-4 Antall innvilgede søknader etter diagnosegrunnlag i 2020

Innvilgede søknader		Diagnose (antall)				Totalt beløp (NOK)
Tilskudd	Antall	Fysisk	Psykisk	Kognitiv	Sammensatt	
T1	182	30	69	31	52	34 684 800
T2	777	99	182	173	321	409 649 423
Total	959	129	251	204	373	444 334 223

Kilde: Intern IMDi statistikk.

De fleste vi har møtt i systemet har nokså god kjennskap til informasjonskanaler og prosedyrer for informasjonsoverføring fra mottakskommuner og IMDi. Likevel mener flere at det ikke nødvendigvis er slik at utfordringen er kartleggingen og prosedyrer for kunnskapsoverføring. Flere erfarer at det er selve konteksten og fasen flyktningen befinner seg i som vanskeliggjør identifiseringen av helseutfordringer og tilsvarende behov for oppfølging og tilrettelegging. Det kan være vanskelig å oppdage underliggende psykiske helseutfordringer i mottaksfasen – enten fordi helseutfordringen ikke er avdekket eller fordi de av flyktningen selv er underkommunisert eller fortrent. Først etter at flyktningen er bosatt og tilværelsen har blitt noenlunde normalisert, kommer traumer til overflaten. Dette kan skje etter noen måneder, men det kan i mange tilfeller ta år før de traumatiske erfaringene blir oppdaget (Berg og Sveaass, 2005). Behovet kan for eksempel melde seg på slutten av introduksjonsprogrammet der utredningen etter hvert viser at flyktningen sliter med posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og andre krigsrelaterte traumer som vil kreve sammensatte tiltak, fortløpende oppfølging og forskjellige former for tilrettelegging av kvalifiseringsarbeidet.

Når det gjelder flyktninger med store og åpenbare helseutfordringer, funksjonsnedsettelse eller atferdsutfordringer, er det ikke primært søknadsfrister som anses som den største utfordringen, men ordningens midlertidighet. Her etterspørres det en ordning som varer lenger enn fem år. Informantene viser til saker der enkelte beboere med store, sammensatte funksjonshemminger og helseproblemer måtte vente på bosetting i flere år i asylmottak. De konstaterer at kommuner kvier seg for å bosette disse flyktningene siden de vil trenge kostbar oppfølging, kanskje for resten av livet. Flere i systemet, både i kommunene, asylmottak, IMDi og UDI, argumenterer derfor med at en ordning som begrenses til fem år er utilstrekkelig.

Det er i stedet behov for en ordning som kan sikre langvarig finansiering og oppfølging av flykninger som hører til den nevnte gruppa.¹⁸

Kommunal organisering og bruken av tilskuddsordningen

Statistikken viser store forskjeller mellom kommunene i bruken av tilskuddsordningen. Noe av ulikhetene kan forklares med den regionale fordelingen av flykninger og bosettingstallene for den enkelte kommune. Det finnes imidlertid kommuner som bosetter mange flykninger, men som ikke er så aktive med å søke om tilskudd. Dette stemmer med det som kom fram i intervjuer med ansatte i IMDi og i kommunene. Tabell 4-5 viser antall innvilgede søknader fra hver region og innvilgede midler i 2019.¹⁹

Tabell 4-5 Innvilgede søknader og midler i 2019

REGION	T 1	T2	TOTALT
	<i>Antall</i>	<i>Antall</i>	<i>Kroner</i>
NORD	21	168	104 351 242
MIDT	52	314	160 454 489
INDRE-ØST	83	353	197 260 024
ØST	138	348	218 729 988
VEST	32	118	83 827 708
SØR	153	304	197 924 714

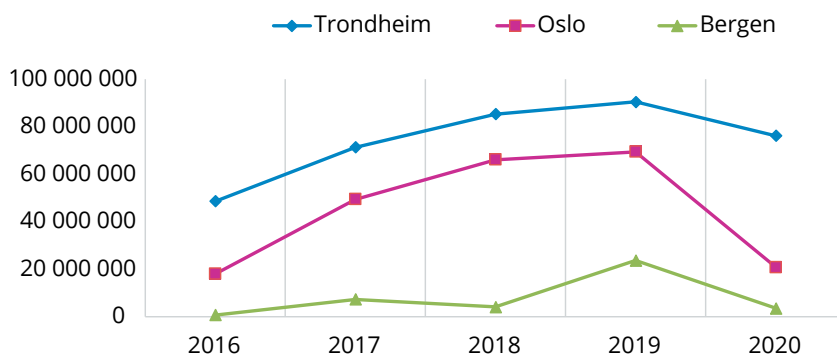
Kilde: Intern IMDi statistikk.

Som vi kan se av tabellen over, har noen regioner sendt inn betraktelig flere søknader og mottatt mer enn det dobbelte i tilskuddsmidlene enn de regioner som har sendt inn færrest søknader. Statistikken viser at region Vest skiller seg ut som den regionen der det kom færrest søknader om tilskudd for bosetting av personer

18 Se <https://www.dagbladet.no/meninger/blir-sittende-fast-i-mottak/72992495>

19 Bosettingskommuner ble inntil 2020 inndelt i seks bosettingsregioner der søknader gikk de IMDis regionkontorer. Regionkontorene ble lagt ned i 2020.

med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. En nærmere undersøkelse av statistikken viser en lignende trend for hele perioden 2016-2020. Dette er også i samsvar med statistikken som viser fordelingen av innvilgede tilskudd i de tre største bosettingskommuner i Norge i den nevnte perioden. Figur 4-4 viser innvilgede tilskuddsmidler (i norske kroner) for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker til de tre største bosettingskommunene i perioden 2016-2020.



Figur 4-4 Innvilgede tilskuddsmidler til Oslo, Bergen og Trondheim 2016-2020 (i kroner).

Kilde: Intern IMDi statistikk.

Som en kan se av figuren over, har Bergen fått innvilget minst i tilskudd, selv om Bergen er en større bosettingskommune i denne perioden enn Trondheim. Trondheim har fått innvilget mest, selv om de har bosatt færre flyktninger enn Oslo og Bergen i denne perioden. Ifølge våre informanter kan dette primært forklares med at Trondheim i større grad har satset på å søke om tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker enn Oslo og Bergen har gjort. Som vi kan se av figuren skiller Bergen seg fra andre store bosettingskommunene ved å ha påfallende få søknader om tilskudd. Selv om Bergen er en av kommunene som bosetter flest flyktninger, er det flere mindre bosettingskommuner med lavere innbyggertall (blant annet Drammen, Kristiansand, Bærum og Lillehammer) som i perioden i perioden 2015-2019 fikk innvilget betraktelig mer fra tilskuddsordningen enn Bergen (IMDi 2017, s.12-13).

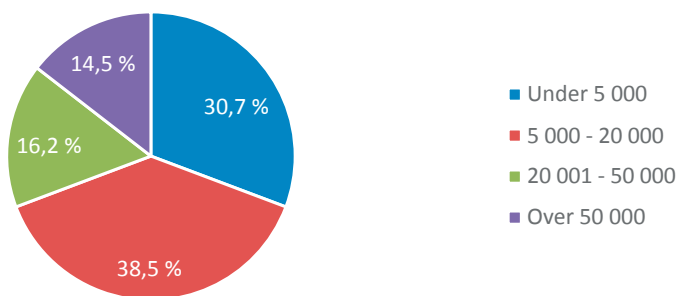
Informantene i IMDi og kommunene har kommentert forskjellene i praksiser når det gjelder søknader om tilskuddet. De har også antydnet årsaker til disse og hva

slags konsekvenser dette har fått for tilrettelegging av tilbudet for målgruppen. De kommunene som har utmerket seg som store søkere formidler at de har økt bruken av tilskuddsordningen ved å ta en rekke konkrete grep. For det første har de sørget for god forankring av søknadsarbeidet i kommuneledelsen. Ledelsen måttet innse at de tapte store beløp hvis de ikke benyttet seg av tilskuddsordningen. De hevder videre at det kan være en fordel å opprette stillinger i kommunen der ansatte har søking om tilskudd for målgruppen som sin primære oppgave. Videre må forskjellige tjenester i kommunen samarbeide hvis de skal kunne skrive en god søknad. Det må også etableres gode samarbeidsrutiner og rutiner om informasjonsflyt, blant annet at medarbeidere i ulike enheter får avklart at de kan dele informasjon om brukeren med fagpersonen som er hovedansvarlig for søknadsarbeidet.

Informanter både i IMDi og kommunene har påpekt at enkelte kommuner sender færre søknader fordi de henviser flyktninger med spesielle utfordringer til NAV. De sluses dermed utenom introduksjonsprogrammet og tilskuddsordningen. Fra enkelte kommuner blir det hevdet at noen av tiltakene som gis utenom de nevnte ordningene kan være bedre utformet enn de tilrettelagte tilbudene som gis innenfor introduksjonsprogrammet og som delfinansieres via tilskuddet. De mener derfor at det ikke nødvendigvis er slik at de kommunene som i liten grad søker om dette ekstratilskuddet tilbyr dårligere tilrettelagte kvalifiseringstilbud til flyktninger med helseproblemer og funksjonshemminger. Vi ser imidlertid at det kan være behov for en avklaring når det gjelder bruken av tiltak i NAV for personer som har rett til et tilrettelagt introduksjonsprogram. For den enkelte handler dette både om kvaliteten på kvalifiseringstilbudet og om retten til kvalifiseringsstønning, som er forbeholdt deltakerne i introduksjonsprogrammet.

5. Tilbakemeldinger fra kommunene

Som vi beskrev i metodekapitlet, sendte vi ut en elektronisk spørreundersøkelse til alle landets kommuner. Dette ble gjort i første halvdel av 2021. I dette kapitlet presenterer vi tematiske funn fra denne breddeundersøkelsen, supplert med innspill fra intervjuene med nøkkelinformanter.



Figur 5-1 Svarfordeling etter kommunestørrelse i breddeundersøkelsen

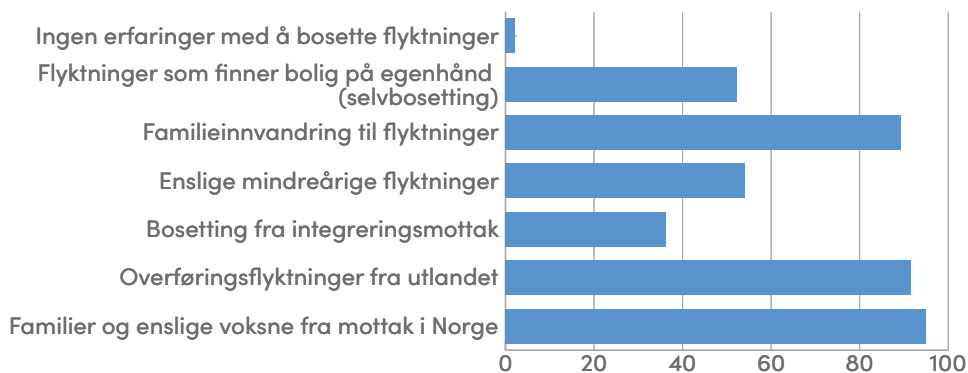
Over 90 prosent av de som besvarte breddeundersøkelsen var involvert i introduksjonsprogrammet i kommunene, med en bred variasjon i type stillinger inklusivt lederroller (f.eks. kommune-, enhet-, fag- og teamledere; rådgivere; konsulenter; koordinatore og saksbehandlere m.m.) og fagområder (helse, velferd, NAV og utdanning m.m.).

Når det gjelder kommunestørrelse, var det en underrepresentasjon av små kommuner. Nesten halvparten av kommunene i Norge har under 5 000 innbyggere (49 %) og en tredjedel har mellom 5 000 og 20 000 innbyggere (33 %). Den resterende sjettedelen består av kommuner med 20 001 – 50 000 innbyggere (12 %) og kommuner med over 50 000 innbyggere (5 %) (Statistisk sentralbyrå, 2021). Som illustrert i Figur 5-1 har i overkant av 69 % av svarene på breddeundersøkelsen kommet fra kommuner med under 20 000 innbyggere. Hvis vi sammenligner dette med den faktiske fordelingen av kommuner etter kommunestørrelse, ser vi likevel at de små og mellomstore kommunene er underrepresentert. Dette kan ha sammenheng med at flere av disse kommunene ikke er involvert i bosetting av flyktninger. Hvis vi kontrollerer for dette, tyder responsen på at vi har en god

svarfordeling fra kommuner av ulik størrelse. Vi mener dermed at vi har god representasjon fra kommunene som bosetter flyktninger og at distribusjonen av kommunene som besvarte spørreundersøkelsen, basert på størrelse, er i samsvar med bosettingspraksis. Alt i alt var responsen fra kommunene i overkant av hva vi hadde forventet. Dette tar vi som en indikasjon på at kommunene er opptatt av å dele sine erfaringer og bidra til å finne gode løsninger for personer med helserelaterte og andre spesielle utfordringer.

Erfaringer med å bosette flyktninger med spesielle utfordringer

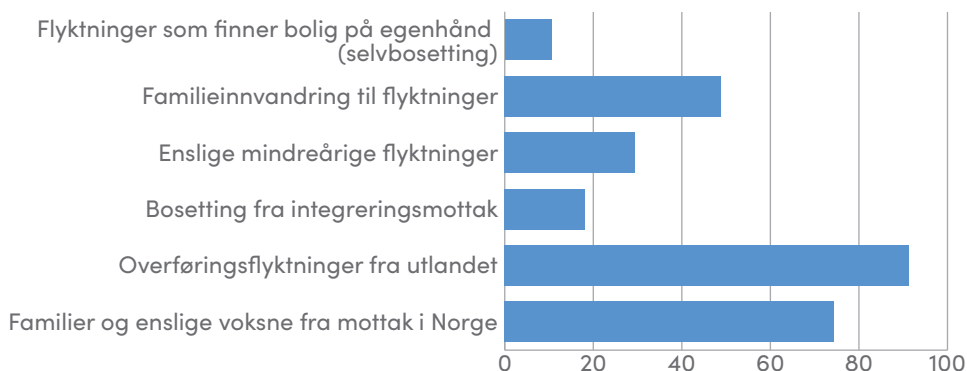
En stor andel av dem som svarte på breddeundersøkelsen hadde erfaringer med å bosette flere kategorier flyktninger. Som illustrert i Figur 5-2, ba vi kommunene om å oppgi hvilke grupper flyktninger de hadde erfaringer med å bosette. De kunne krysse av for flere grupper. Nesten alle hadde erfaringer med å bosette familier og enslige voksne fra mottak (95 %), overføringsflyktninger fra utlandet (92 %) og familieinnvandring til flyktninger (89 %). Litt over halvparten hadde erfaringer med å bosette enslige mindreårige flyktninger (54%) og flyktninger som finner bolig på egenhånd, også kalt selvbosetting, (53 %). En tredjedel hadde erfaringer med bosetting fra integreringsmottak (36%). Kun fire (2 %) oppga at de ikke hadde noen erfaringer med å bosette flyktninger (og gikk dermed ikke videre i spørreundersøkelsen).



Figur 5-2 Kommunenes erfaringer med å bosette ulike grupper flyktninger (prosent)

En stor andel av dem som besvarte spørreundersøkelsen oppga at de hadde erfaringer med å bosette flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne (91.4%). Helseutfordringer eller nedsatt funksjonsevne var ikke definert i dette tilfelle, så det er mulig at respondentene inkluderte flyktninger som ikke oppfylte tilskuddskriteriene eller hvor tilstanden ikke var diagnostisert. Likevel mener vi at denne former for egendefinisjon i dette tilfellet gir en god indikator på den subjektiv forståelsen av de utfordringene kommunene opplever.

Figur 5-3 oppsummerer de forskjellige flyktninggruppene med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne kommunene rapporterte erfaringer med å bosette. De største gruppene var overføringsflyktninger fra utlandet (91 %), familier og enslige voksne fra mottak i Norge (74,4%) og familieinnvandring til flyktninger (49 %). Rundt en tredjedel henviste til erfaringer med enslige mindreårige flyktninger (29 %), mens det var færre fra integreringsmottak (18 %) og flyktninger som fant bolig på egenhånd (11 %).



Figur 5-3 Kommunenes erfaringer med å bosette flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne (i prosent)

Det er viktig å understreke at flyktninger er en heterogen gruppe, og det er store variasjoner i erfaringer og forutsetninger for integrering ved bosetting. Som vi så i kapittel 2, er funksjonsnedsettelse noe som representerer et stort spekter av tilstander – både når det gjelder type og omfang av utfordringer. Tilbakemeldingene fra informantene i breddeundersøkelsen viser til både utfordringer knyttet til selve funksjonsnedsettelsen og de strukturelle betingelsene, som for eksempel de lokale og organisatoriske strukturene og i kompetansen innenfor tiltaksapparatet.

Kommentarer fra breddeundersøkelsen pekte på både positive og negative erfaringer:

Helseutfordringer er mange ganger ikke kjent før bosetting.
(Enhetsleder i mellomstor kommune).

Kommunen har lang og god erfaring med å busette flyktningar med helseutfordringer og/eller nedsett funksjonsevne. Det er godt samarbeid mellom ulike tenester i kommunen knytt til å ivareta den enkelte flyktning.

(Kommentar fra kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).

[Det er] vanskelig å få andre tjenester i kommunen til å ta ansvar. Vi søker tilskudd på mange- i det siste er det blitt vanskeligere (strengere kriterier) å søke og tar lengre tid å få svar.
(Rådgiver i stor kommune).

Kommunens bosetningsarbeid har endret seg svært mye de siste årene i takt med at det er flest overføringsflyktninger som blir bosatt. Dette innebærer en ny, og lang mer ressurskrevende måte å jobbe på, da mange av overføringsflyktningene som blir prioritert er store familier med helseutfordringer både hos voksne og barn.
(Programrådgiver i kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).

Informantene beskrev en rekke utfordringer og andre kontekstuelle faktorer som innvirket på bosetting av flyktninger med helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse, utdypet nærmer i de følgende delkapitlene.

Helseforståelse

Utfordringene knyttet til bosetting og integrering av flyktninger med funksjonsnedsettelse og/eller store helseutfordringer, er mangfoldig og involverer samordning av både kommunale tjenester og et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I tillegg opplever kommunene at det kan være utfordringer når det gjelder flyktingenes forståelse av egen helse og kunnskap om helsesystemet. Personer kan ha problemer med å forstå eller følge både muntlig og skriftlig

informasjon de mottar fra helsetjenesten, og det kan være store avstand mellom det pasienter forstår og hva helsepersonell antar de forstår (Jenum & Pettersen, 2014). Dette er ofte referert til som «health literacy» og kan defineres som «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse» (Jenum & Pettersen, 2014, s. 272).

Migranter og flyktninger har ofte lav «Health literacy» (Zikusooka et al., 2020). Dette er et relativt nytt forskningsområde i Norge, men helsepersonell mener innvandrere fra ikke-vestlige landbakgrunn ofte har dårlig «Health literacy» (Jenum & Pettersen, 2014). En studie utført av Verdens helseorganisasjon og den Internasjonale organisasjonen for migrasjon (IOM) undersøkte «Health literacy» blant Syriske flyktninger i Tyrkia. Studien fant blant annet at «Health literacy» var utilfredsstillende eller problematisk for 83 % av deltakerne (7 105 respondenter) (Zikusooka et al., 2020):

Det tar lang tid og tett oppfølging for å finne ut av helseutfordringene. Flyktninger har ofte lav kunnskap om egen helse og av hva som defineres som en helseutfordring. De har også lav kunnskap om helsebegreper, diagnoser og hvilken hjelp de kan få.

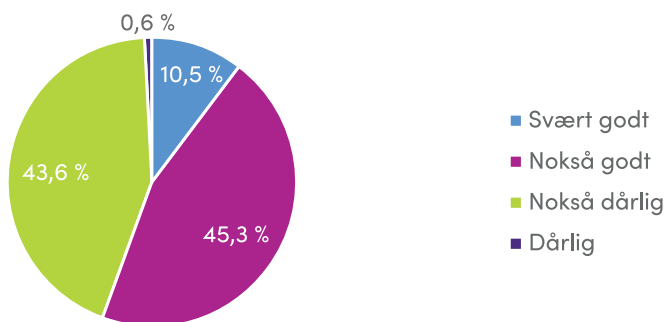
(Enhetsleder i kommune med 5 000-20 000 innbyggere).

Erfaringer er at det er lite informasjon på forhånd, og at informasjon ikke stemmer. At helseapparatet i Norge bruker lang tid på å utrede og at det da gjør integreringen vanskelig. At det er vanskelig å tilby et kvalitativt introduksjonsprogram når personene ikke er utredet. Utfordringer å samarbeide med helse, der vi ikke får noe tilbakemeldinger (vi innhenter samtykke). Utfordringer at helse ikke er god nok på oppfølging, mange timer som glipper. Våre nye landsmenn forstår ikke brev, SMS, eller telefonsamtaler på norsk. Har flere eksempler på at de ikke møter til timer fordi de ikke har fått det med seg og kanskje er helseutfordringen din at du er glemsk (PTSD) etc.

(Programrådgiver i kommune med mindre en 5 000 innbyggere).

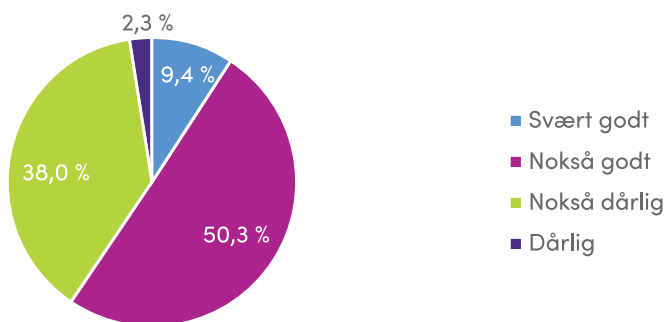
Disse sitatene viser også til utfordringer knyttet til helsesystemet og koordinering mellom flyktningtjenesten, introduksjonsprogrammet og helse- og omsorgstjenesten. Som illustrert i Figur 5-4 svarte bare litt over halvparten (56 %) av

respondentene at helse- og omsorgstjenestene i kommunen hadde svært god eller god spesifikk kompetanse år det gjelder flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne.



Figur 5-4 Kommunenes oppfatning av helse- og omsorgstjenestenes spesifikke kompetanse i forhold til flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne.

Når det gjelder kompetanse om regelverket i forhold til flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne, svarte to tredjedeler av respondentene at helse- og omsorgstjenestene i kommunen hadde svært god og eller nokså god kompetanse, som illustrert i Figur 5-5.



Figur 5-5 Kommunenes oppfatning av helse- og omsorgstjenestenes kompetanse på regelverket knyttet til helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne.

Selv om helse- og omsorgstjenestene har god faglig kompetanse, er det også kulturelle faktorer som kan ha innvirkning på flykningers helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevner. Denne tverrfaglige kompetansen er ikke nødvendigvis tilgjengelig i alle kommuner, spesielt mindre kommuner:

Vi har dyktige helsesykepleiere som har helse og migrasjon som videreutdanning. Det er ikke nok, vi mangler spesifikk kompetanse innenfor andre profesjoner. (Virksomhetsleder i kommune med 5 000-20 000 innbyggere).

Kommunens helse- og omsorgstjenester har nok god kompetanse generelt på helseutfordringer og nedsatt funksjonsevner. Det som er i tillegg her er tverrkulturell kompetanse. Der kommer jo vi flyktningarbeidere inn med vår kompetanse. (Programveileder i kommune med mindre enn 5 000 innbyggere).

Kommuner som viste til komplementær kompetanse og godt samarbeid mellom tjenestene eller på tvers av kommunegrensene, svarte mer positivt når det gjaldt den spesifikke kompetansen til helse- og omsorgstjenestene. Samarbeid av denne typen forutsetter at partene ser behovet for flerfaglighet og er villig til å investere tid til å bygge relasjoner mellom de som jobber i de ulike tjenestene, men også å bygge relasjoner og tillit mellom tjenestene, flyktingene og deres pårørende:

Vi tok imot familie med et barn med helseutfordringer i 2018. Kommunen opprettet en full stilling i barnehage som har fulgt barnet fram til i dag. Stillingen dekkes av T2 tilskuddet. Foreldrene er i et kvalifiseringsløp, en i grunnskole og en i videregående opplæring. Vi har hatt erfaring der det har vært utfordringer. Utfordringene har først og fremst vært å trygge foreldre til å stole og tro på systemet, særlig helsevesen. At foreldre klarer å tro på at det funksjonshemmede barnet kan oppnå mer selvstendighet i sin utvikling og ikke skal «pleies». Barnehage og har klart å møte foreldrene med tålmodighet. Tett oppfølging og kreative løsninger, har stått i situasjonen, og i dag ser vi positive resultater. (Flyktingkonsulent i kommune med mindre en 5 000 innbyggere).

Sitatet over illustrerer hvordan det å se opplæring og helse i sammenheng har bidratt til en positiv utvikling. «Tett oppfølging og kreative løsninger» fremheves som viktig for positive resultater. Eksemplet peker også på både kvalifiseringsprogrammet og tilskuddsordningen som viktige elementer i det til tider «utfordrende» hendelsesforløpet som har pågått over tid, men som i dag har medført «positive resultater».

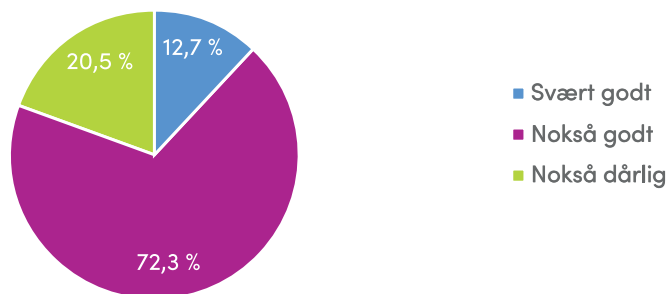
Introduksjonsprogram og kvalifiseringsarbeid

Den nye integreringsloven trådte i kraft 1. januar 2022. Loven medfører både større og mindre endringer for våre målgrupper. For deltakere som var i gang med introduksjonsprogram eller norskopplæring da loven trådte i kraft eller har fått oppholdstillatelse før 1. januar 2021, gjelder fortsatt introduksjonsloven. Samtidig var kommunene i en implementeringsfase når det gjaldt ny lov. Det parallelle løpet kommunene sto i da vi gjennomførte vår kartlegging, ble reflektert i tilbakemeldingene. Dette gjaldt både i forhold til introduksjonsprogrammet og kvalifiseringsarbeidet for øvrig, samt oppgaver knyttet til tilskuddsordningen. Det siste kommer vi tilbake til.

Tilrettelegging av opplæring/kvalifiseringsløp, med kompetansekartlegging, karriereveiledning og utarbeiding av individuell plan som sentrale virkemidler, er en viktig del av introduksjonsprogrammet for de voksne og er verktøy som også er sentrale i opplæringen av barn og unge. Barn og unge har rettigheter etter opplæringsloven og kommer dermed inn i et allerede etablert system for tilrettelagt opplæring. Introduksjonsprogrammet har voksne flyktninger som sin sentrale målgruppe. Også introduksjonsprogrammet skal kunne møte deltakere med ulike kvalifiseringsbehov.

Når det gjelder tilrettelegging for deltakere med funksjonsnedsettelse, vil de individuelle kartleggingene og utvikling av individuell plan (introduksjonsloven) eller integreringsplan (integreringsloven) være viktige verktøy. Her må vi imidlertid anta at voksenopplæringen i små og store bosettingskommuner vil ha ulike forutsetninger og varierende erfaring med både kartlegging og tilrettelegging overfor denne målgruppa. I større kommuner er det flere steder ansatte spesialpedagoger, som i samarbeid med lærere som underviser i norsk og samfunnskunnskap bidrar til å utvikle skreddersydde løp for dem med store behov for tilrettelegging. Et eksempel er Trondheim voksenopplæring, som har utviklet ulike typer tilbud for elever som har behov for både mer tid og annen metodikk i opplæringen. *Pedagogisk rehabilitering* er et begrep som benyttes her – en tilnærming som har gitt gode resultater overfor elever med traumbakgrunn og/eller kognitive utfordringer. Ved andre voksenopplæringssteder er det, i samarbeid med faggrupper innen Statped, utviklet undervisningsopplegg der flyktninger med sansetap (syn, hørsel) får tilrettelagt opplæring tilpasset deres behov – blant annet med bruk av tolk/morsmåls lærer/morsmålsassistenter.

Som illustrert i Figur 5-6 opplevde fire femdeler av respondentene at kommunene klarer å tilrettelegge kvalifiseringsløpet for flyktninger med helseutfordringer og/ eller nedsatt funksjonsevne svært godt eller godt innenfor rammen av introduksjonsprogrammet. Ingen respondenter karakteriserte tilretteleggingen blant kommunene som dårlig, men en femtedel anså tilretteleggingen som nokså dårlig.



Figur 5-6 Tilrettelegging av kvalifiseringsløpet i introduksjonsprogrammet til flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne

En potensiell utfordring når det gjelder tilrettelegging, gjelder for personer med helseutfordringer. Dette gjelder særlig muligheten til å følge introduksjonsprogrammet på fulltid. Det vil også kunne være utfordringer når det gjelder avbrekk fra introduksjonsprogrammet og deretter fortsette eller starte programmet på nytt.

Det er vanskelig å tilrettelegge så lenge deltakelsen må være på fulltid. I mange tilfeller betyr det at flyktninger med nedsatt funksjonsevne ikke har mulighet til å gjennomføre introduksjonsprogram.

(Programrådgiver i kommune med 5 000 – 20 000 innbyggere).

Utfordringen er å få til en kontinuitet over tid. Deltaker kan pga. helseutfordringer/ funksjonsnedsettelse bli borte fra programmet i lang tid, og må "starte" på nytt. Ressurser til å følge opp de som har permisjon av ovennevnte årsaker er ikke prioritert pga. økonomi.

(Virksomhetsleder i kommune med 5 000 – 20 000 innbyggere).

En relatert utfordring gjelder tilgjengelig tid til å gjennomføre introduksjonsprogrammet. Som en leder i en mellomstor kommune uttrykte det: *Ofta har disse behov for et mye lengre løp.*

Kommunene understreker også om betydningen av samarbeid og samhandlinger på tvers av tjenester og etater.

*Har hatt et godt samarbeid med voksenopplæringen slik at enkelte elever har kunnet hatt nettbasert undervisning. Har også fungert meget bra med ergoterapeut i kommunen for å tilrettelegge klasserom osv. for noen.
(Fagansvarlig i kommunen med 5 000-20 000 innbyggere).*

*Betingelser nært samarbeid med voksenopplæring, PPT, spesialisthelsetjenesten. Det kan være utfordrende å gi gode tilbud i spesialpedagogisk for voksne når det handler om språkopplæring og krav til fulltidsprogram.
(Leder for flyktningsjenesten i kommune med 5 000 – 20 000 innbyggere).*

Figur 5-7 viser at flertallet av ansatte i voksenopplæringen og introduksjonsprogrammet vurderte at de hadde svært godt eller nokså god spesialpedagogisk og annen relevant kompetanse for å tilrettelegge kvalifiseringsløpet til målgruppen.

Figur 5-7 Spesialpedagogisk og annen relevant kompetanse som fremmede for kvalifisering av flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne

Innspill fra informantene når det gjelder spesialpedagogisk og annen relevant kompetanse reflekterte noen av de samme problemstillingene som ble tatt opp om tilrettelegging av kvalifiseringsløpet:

*Ansatte i voksenopplæringen er svært god spesialpedagogisk kompetanse. Utfordringen ligger ofte i å lage gode nok helhetlige og langsiktige løp for de med store utfordringer.
(Enhetsleder i kommune med 20 001 – 50 000 innbyggere).*

Samarbeid med spesielt PPT ble også fremhevet som en strategi for å supplere kompetansen i introduksjonsprogrammet:

Internt i avdelingen for bosetting foreligger det lite formell spesialpedagogisk kompetanse, men mye av annen relevant kompetanse. Avdeling for bosetting er også samlokalisert med det lokale PPT kontoret, som legger til rette for tett og god kommunikasjon ovenfor spesialpedagogiske utfordringer. Videre er kommunen i ett prosjekt som legger klare og sterke føringer på bedre tverrsektorielt samarbeid. På

den måten bidrar alle avdelinger både internt i kommunestrukturen og eksternt i tilpassing av det enkelte introduksjonsprogram.

(Fagleder i kommune med under 5 000 innbyggere).

Likevel påpekte noen at det er utfordringer når det gjelder både ressurser og spisskompetanse på elever med særskilte behov.

PPT har for liten kjennskap til vurdering av personer med kombinerte språkvansker og nedsatt funksjonsevne

(Avdelingsleder i kommune med under 5 000 innbyggere).

Med svært få tilfeller blir det avgrenset med nytteverdi av omfattende spesialkompetanse på dette feltet. Andre tilleggsutdanninger er spesialfaglige felt gir bedre nytteverdi. Derfor blir det vanskelig å prioritere etterutdanning i dette. Det kan heller ikke ansettes folk med slik kompetanse i fulle stillinger hvis ikke behovet er tilsvarende. Derfor blir spesialkompetanse ofte leid inn.

(Programveileder i kommune med under 5 000 innbyggere).

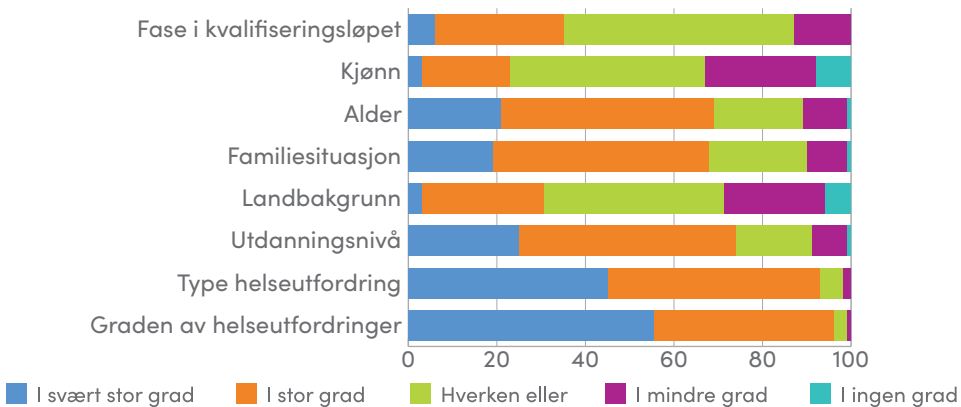
Figur 5-8 illustrerer informantenes oppfatning av hvordan individuelle faktorer virker inn på kvalifiseringsarbeidet overfor flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne. «Grad av helseutfordringer», «type helseutfordringer», «utdanningsnivå», «familiesituasjon» og «alder» var faktorer som informantene mente hadde svært stor eller stor innvirkning. «Fase i kvalifiseringsløpet» ble også ansett å ha innvirkning, mens innvirkning av «kjønn» var en faktor de ikke mente hadde særlig betydning.

Respondentene viste også til andre faktorer som ville kunne påvirke kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne:

Motivasjon til deltakelse er en viktig faktor når det gjelder psykiske helseutfordringer
(Kommentar fra kommune med mellom 5 001 – 20 000 innbyggere).

Erfaringsmessig er ikkje individuelle faktorar avgjerande for kvaliteten av kvalifiseringsarbeidet. Mykje kan tilretteleggast for dersom ein kjem tidleg nok inn. Derfor er det svært viktig med tidligast mogleg informasjon om helseutfordringar.

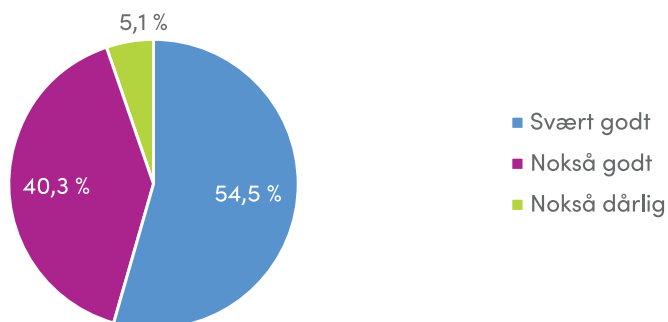
(Kommentar fra kommune med mellom 5 001 – 20 000 innbyggere).



Figur 5-8 Betydningen av individuelle faktorer for kvalifiseringsarbeidet blant flykninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne

Tilskuddsordningen

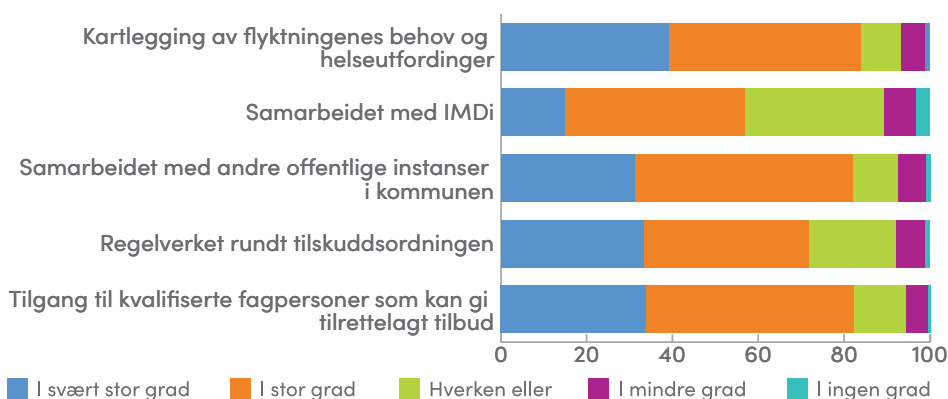
I kapittel 4 redegjorde vi for bruken av tilskuddsordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. Dette inkluderte en oversikt av tiltak og brukerkategorier, samt årsaker til innvilgelse og avslag av tilskuddssøknader, samt forskjeller i bruken av tilskuddsordningen blant kommunene. Dette delkapitlet oppsummerer erfaringene blant informantene i breddeundersøkelsen når det gjelder tilskuddsordningen.



Figur 5-9 Kunnskap til tilskuddsordningen som fremmede for kvalifisering av målgruppen

Som det går frem av Figur 5-9 svarte nesten alle respondentene at de hadde svært god eller nokså god kjennskap til tilskuddsordningen. Nesten ni tideler (88 %) av respondentene representerte kommuner som hadde søkt om tilskudd for flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne tidligere. Likevel var tilbakemeldingen fra informantene at det var store utfordringer når det gjelder tilskuddsordningen, spesielt knyttet til hva som ble karakterisert som utviklingen de seinere årene.

Når det gjelder forhold i tjenesteapparatet som har betydning for kvalifiseringsarbeidet, ser vi i figur 5-10 at en faktor knyttet til tjenesteapparatet har stor eller svært stor betydning for kvalifiseringsarbeidet.



Figur 5-10 Innvirkning av faktorer i tjenesteapparatet på kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne

De forholdene som blir vurdert å ha størst betydning er «Kartlegging av flyktingenes behov og helseutfordringer», «Samarbeid med andre offentlige instanser i kommunen» og «Tilgang til kvalifiserte fagpersoner som kan gi tilrettelagt tilbud».

Selve kartleggingsarbeidet er også tidkrevende, og manglende eller mangelfull kartlegging fra tidligere faser vil kunne virke negativt inn på muligheten til å søke tilskudd innenfor tidsrammen.

Manglende kartlegging av helseutfordringer hos overføringsflyktninger gjør at vi kommer sent i gang med arbeidet og i enkelte tilfeller avdekkes de for sent til at vi kan søke om tilskudd.

(Kommentar fra kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).

Informantene fra breddeundersøkelsen påpekte også at informasjonen ikke alltid kommer frem til kommunene. Nøkkelinformanter fra intervjuene mente det kunne være forskjellige tolkninger av personvern og samtykke som kunne påvirke informasjonsdeling negativt. Informasjonen om forhold som kan ha betydning for bosettingen var ofte «lite utfyllende»:

*Informasjon om helse som medfølger bruker ved bosetting fra integreringsmottak er ofte lite utfyllende. Ofte kommer det frem at utfordringer knyttet til helse har vært til stede uten at dette er opplyst fra integreringsmottaket.
(Kommentar fra kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).*

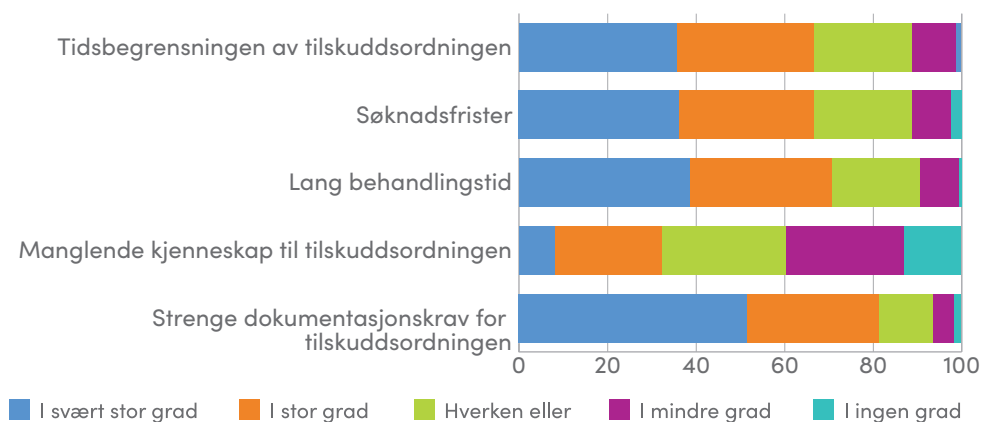
I tillegg kan selve kartleggingsprosessen være tidkrevende:

*Vi mangler gode kartleggingsverktøy for å finne ut av helseproblematikk til nyankomne voksne. Dette gjelder både fysisk og psykisk helse og lærevansker/ kognitive utfordringer. Det gjør at det er svært krevende å få søkt om tilskudd innenfor fristen på 13 mnd.
(Programrådgiver i kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).*

Kartleggingen som foretas både før og etter bosetting blir av mange beskrevet som mangelfull. Dette kan, som informanten over beskriver, handle om at kartleggingsverktøyet ikke er godt nok, men det kan også ha andre forklaringer²⁰. En del tilstander er ikke diagnostisert tidligere og er dermed vanskelig å oppdage også for dem som foretar kartleggingen etter at de har kommet til Norge. Dette gjelder i første rekke psykiske og kognitive utfordringer, men det kan også gjelde somatiske eller motoriske tilstander, eller (moderate) sansetap. Tilstander innenfor autismespekteret er et eksempel på diagnoser som det tar lang tid å utrede. Et tilleggsproblem kan være at en del tilstander i andre deler av verden er tabulagte og at foreldre av den grunn forsøker å skjule at barn ikke utvikler seg normalt. En siste forklaring på at tilstander ikke blir oppdaget før bosetting, er at familier er redde for at helserelaterte tilstander kan påvirke asylsøknaden deres negativt. Av den grunn forsøker de å skjule at det feiler barnet noe.

20 Dette har fram til nylig vært et lite utforsket tema, men NTNU Samfunnsforskning har de seinere årene gjennomført flere forskningsprosjekter om minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn og samlet mye av forskningen i boka *Innvandring og funksjonshemming* (Berg (red.), 2012, utgitt på Universitetsforlaget). Se også publikasjoner fra Torunn Arntsen Sajjad (Sørheim) om pakistanske innvandrere med funksjonshemmede barn. Temaet er også belyst i NOU 2011:10 / *velferdsstatens venterom. Mottakstilbudet til asylsøkere*.

Det er med andre ord flere mulige forklaringer på at kartleggingene ved bosetting ofte er ufullstendige, noe det må tas hensyn til i utviklingen av tiltak. Helseinformasjon («Health literacy») bør derfor være en del av kartleggingsarbeidet, i tillegg til at forventningene til hva det er mulig å oppdage i et tidlig kartleggingsarbeid må være realistiske. Ikke alle tilstander lar seg oppdage i en tidlig fase. Tidsfristen på 13 måneder, som er satt som kriterium for å kunne søke ekstratilskudd, framstår derfor som for kort. Når det fra enkelte kommuner pekes på at det er behov for å utvikle bedre kartleggingsverktøy som kan brukes i den innledende helseundersøkelsen, bør nok dette bare være ett av flere virkemidler.



Figur 5-11 Påvirkning av andre faktorer for kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne.

Figur 5-11 oppsummerer oppfatningene til informantene når det gjelder påvirkning av andre faktorer i kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne. «Streng dokumentasjonskrav» ble ansett som en påvirkende faktor med svært stor grad eller stor grad av innvirkning blant over 80 prosent av respondentene. Over 70 prosent av respondentene mente «Lang behandlingstid» og to tredjedeler mente «Søknadsfrister» i svært stor grad eller stor grad påvirket kvalifiseringsarbeidet.

Helseutfordringene er ikke kjent ved bosetting og kommer gjerne til syne etter fristen for å søke om ekstramidler er utløp.

(Ansvarlig for introduksjonsprogrammet i kommune med 5 000-20 000 innbyggere).

Utfordringer når det gjelder tidsfristene for kartlegging er todelt. Dokumentasjonskravene for tilskuddssøknader er krevende innfor tidsrammen, og kartleggingsarbeidet for å avdekke helseutfordringer er også potensielt tidkrevende. Interaksjonen mellom disse to faktorene har begrenset tilgangen til tilskudd for enkelte i målgruppa.

Streng dokumentasjonskrav. Urealistisk at traumatiserte flyktninger uten skolebakgrunn skal forstå hvorfor de [henvises] til psykolog. Helsepersonell som kartlegger flyktningene kan gi bedre dokumentasjon og uttalelser enn for eksempel en psykolog som har sett flyktningen 1-5 ganger. Mange flyktninger har ikke erfaring med å snakke om psykiske lidelser og heller ikke ord for dette. (Sykepleier i kommune med mer enn 50 000 innbyggere).

Sitatet over viser til at helseutfordringer ikke alltid er identifisert innenfor fristen for å søke om tilskudd. Vi mener at det er viktig å påpeke at det kan være gode grunner til at det tar tid før manifestasjon eller identifikasjon av funksjonsnedsettelse og/eller store helseutfordringer, som illustrert i sitatene under.

Det tek tid å avdekka helseutfordringar spesielt psykiske problem. Språk vert ofte nytta som ei forklaring, når nokon ikkje har forventa utvikling. Etter eitt år er det for seint å søkja om ekstra midlar frå IMDI. Her burde me kunna søkja hjelp i alle 5 åra kommunen har ansvar for ein familie. (Kommunalsjef for oppvekst i kommune med under 5 000 innbyggere).

... Kommunene kan søke IMDi om tilskudd 1 og 2 innen 13 måneder etter ankomst. Erfaringene vi har gjort oss er at 13 måneder kan være kort tid til tross for synlige utfordringer. Hjelpemidlene/helse mm har ofte lang ventetid, lang behandlingstid og det kan også være vanskelig å finne ut av hva flyktningene har av utfordringer - spesielt innen psykisk helse; både diagnostisering og oppfølging/behandling. Dette gjeldet både voksne og barn. ... (Konstituert enhetsleder i kommune med 20 001 – 50 000 innbyggere).

Intensjonen bak tilskuddsordningen er blant annet å kompensere kommunene for merkostnader de har hatt med å bosette flyktninger med funksjonsnedsettelse og/eller store helseutfordringer. Dette vil kunne fremme bosetting av målgruppen hvis kommunene føler at tilskuddsordninger danner et økonomisk sikkerhetsnett, og

at de ikke vil sitte igjen med store økonomiske merkostnader. Tilbakemelding fra informantene indikerer at dette ikke nødvendigvis er hvordan kommunene anser tilskuddsordningen og/eller praksisen.

Det er ikke nødvendigvis regelverket i seg selv som skaper usikkerhet, men ulik praksis når det gjelder behandling, innvilgelse og tilbakemelding i forbindelse med søknadsarbeidet.

... Søkeprosessen til IMDi er uforutsigbar, både opp mot tidsfrister, tilbakemelding på søknader, hva som godkjennes av tiltak, utregninger og økt byråkrati. Det gjør at ting blir uforutsigbart og at det blir "tyngre" for hjelpeapparatet å jobbe systematisk mm. Vi opplever også ulike tilbakemeldinger fra IMDi på «like» saker og hva som innvilges. ...

(Konstituert enhetsleder i mellomstor kommune).

Om lag halvparten (47%) av kommunene som besvarte breddeundersøkelsen antydte at nedleggelsen av regionkontorene hadde vanskeliggjort arbeidet med tilpassing av kvalifiseringstilbudet til flykninger med funksjonsnedsettelse og helseproblemer. Den andre halvparten (52%) mente det ikke hatt noe innvirkning (52%). Kun én deltaker svarte at omstruktureringen hadde fremmet dette arbeidet. Kommentarer som gikk igjen var at «ting tar lengre tid», «det er vanskelig å få tak i folk», «det er manglende informasjon», «det er mangel på kontaktpersoner», de opplever at «IMDi er mer utilgjengelig» og at den nye prosessen er blitt mer «byråkratisk».

Å søke er en omfattende og til tider særs vanskelig og tidkrevende oppgave. Situasjonen har forverret seg de tre siste årene og spesielt de to siste da vi ikke lenger kan henvende oss til IMDis regionkontor.

(Kommentar fra kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).

Også gjennom intervjuene fikk vi et inntrykk av at flere hadde opprettet et nettverk i de tidligere regionkontorene som ble brukt for å få innsikt og veiledning i forhold til tilskuddssøknadene. Man kunne ta en telefon til en saksbehandler for å avklare regelverket eller en saksbehandler i regionkontoret ville ta kontakt for å informere om at det var en mangel i søknaden og behov for å ettersende spesifikk dokumentasjon. Etter nedleggelsen av regionkontorene ble det oppfattet som en

mer byråkratisk og lukket prosess hvor man gjerne fikk et avslag grunnet manglede dokumentasjon fremfor veiledning for å få søknaden innvilget. Usikkerhet knyttet til om tilskuddssøknader vil bli innvilget har flere negative innvirkninger. I tilfeller der flyktningen allerede er bosatt i en kommunene, er konsekvensen at kommunen må forskuttere utgifter de er usikre på når eller om de vil få refundert. Følgende stikkord fra en leder i mellomstor kommune viser hvordan dette kan oppleves:

- *Lang saksbehandlingstid*
- *Innstramning i tolkning av regler, sakkyndige uttalelser som før ble godkjent underkjennes nå.*
- *Utfordringer med at kommunen må "forskuttere" utgiftene (særlig ved saksbehandlingstid som går over årsbudsjetter)*
(Leder i mellomstor kommune).

Når det gjelder personer som ennå ikke har fått innvilget bosetting i en kommune, så kan usikkerhet rundt tilskuddssøknadene medføre at kommunene er mer selektive i forhold til hvem de velger å bosette.

IMDi har blitt vanskeligere tilgjengelige, de har endret saksbehandlingspraksis (i praksis strammet inn), og gjør det i praksis svært vanskelig for kommuner å bosette flyktninger. Det er i dag en større risiko med bosetting enn det det var for 2-3 år siden, noe som kan påvirke viljen til å bosette.
(Enhetsleder, kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).

Vi har blitt mer usikre i det siste på hvem vi kan regne med å få tilskudd for, og vi må kanskje ta det med i vurderingen når vi sier ja til å bosette. IMDi saksbehandlingspraksis er betydelig endret. Det kan ta lang tid fra en flyktning med nedsatt funksjonsevne er bosatt, og til at saken er tilstrekkelig kartlagt til at tiltak kan settes i gang og søknad om tilskudd kan sendes. I tilfeller for eksempel med overføringsflyktninger ser jeg for meg at vi vil ha problemer med å kunne overholde fristen på 13 måneder etter bosetting. Tidligere har det vært enklere å få tilskudd basert på en beskrivelse av funksjonsnedsettelse/ atferdsvansker, nå virker det som at IMDi fokuserer mer på diagnose.
(Programrådgiver, kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).

Som vi ser av kommentarene over, så har lang saksbehandlingstid også innvirkning. Over to tredjedeler av de som svarte på breddeundersøkelsen mente lang behandlingstid hadde svært stor (38 %) eller stor (32 %) innvirkning på kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med funksjonsnedsettelse og/eller store helseutfordringer (som illustrert i Figur 5-5).

Innspill utdypet konsekvensene av økonomisk usikkerhet eller midlertidigheten av tilskuddsordningen:

I de sakene der flyktningenes helsebehov er omfattende og permanente tar kommunen den økonomiske belastningen etter det femte året. Dette gjør at vi har måttet takke nei til flere saker pga. økonomi. Tilskuddsordningen burde vært utvidet til en lengre periode for denne gruppen.

(Tilrettelegger i kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere).

Tilskudd på fem år er for kort for personer som har varig nedsatt funksjonsevne/ helseutfordringer.

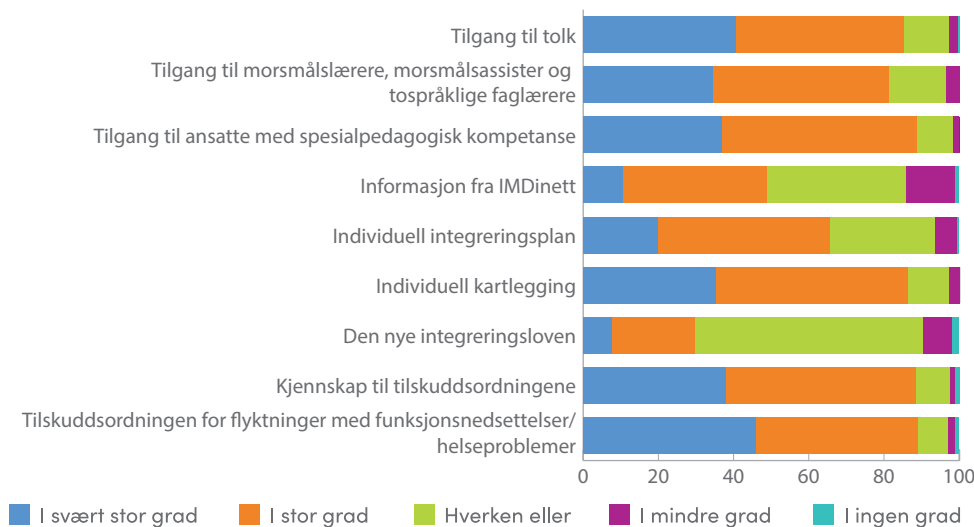
(Rådgiver i kommune med mer enn 50 000 innbyggere)

Sitatene over uttrykker det som formidles av mange kommuner. Storbynettverket til KS har i flere sammenhenger satt dette på dagsorden. De snakker da ikke bare på vegne av de store kommunene, men kanskje vel så mye på vegne av mindre kommuner hvor en ekstrakostnad etter at 5-årsperioden er over vil kunne få store økonomiske konsekvenser på et presset kommunebudsjett. I neste omgang kan dette påvirke disse kommunenes holdning til videre bosetting.

Faktorer som fremmer eller hindrer kvalifiseringsarbeidet

Breddeundersøkelsen omhandler også informasjon om forhold som hemmer eller fremmer kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse. Figur 5-12 viser at både tilskuddsordningen i seg selv samt kjennskap til ordningen i svært stor grad eller stor grad er tilretteleggende faktorer i kvalifiseringsarbeidet. «Individuell kartlegging», «Tilgang til ansatte med spesialpedagogisk kompetanse», «Tilgang til morsmåslærere, morsmålsassistenter og

tospråklige faglærere», samt «Tilgang til tolk» også er viktige tilretteleggende faktorer.



Figur 5-12 Faktorer som fremmer tilrettelegging av kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne

Neste to tredjedeler anså også «Individuell plan» (som det het introduksjonsloven) eller «Integreringsplan» (etter den nye integreringsloven) som sentral for tilretteleggingen, mens det var en mer nøytral holdning til «Informasjon fra IMDinett» og «Den nye integreringsloven».

Det var mange kvalitative innspill fra informantene om faktorer som både hindrer og fremmer kvalifiseringsarbeidet for flyktninger med helseutfordringer og/eller nedsatt funksjonsevne. Mange berører utfordringer det allerede er redegjort for, med innspill som:

- Rask rådgivning og svar på søknad.
- Å kunne stole på kartleggingen som følger saken.
- Kostnader utover 5 årsperioden burde dekkes i større grad.
- Tilgang på riktig kompetanse.
- Lang behandlingstid på søknader.
- Strenge krav til dokumentasjon.
- At ordningen ikke gjelder for familiegjennforente.

- For korte frister for søknad om tilskudd.
- Manglende kunnskap om traumer og andre utfordringer flyktninger kan ha i kommunale skole- og helsetjenester.
- Felles forståelse og mål internt i kommunen.
- Kompetanse og kapasitet i kommunen.

Vi kunne fortsatt listen over med gode innspill fra kommunene, men i stedet for å fortsette listen med enkeltfaktorer mener vi det er viktigere å se på disse i sammenheng og også se på hvordan disse sammensatte utfordringene påvirker de forskjellige prosessene i kvalifiseringsarbeidet. Det kan dermed være vanskelig å identifisere enkeltfaktorer eller enkeltårsaker, som en informant uttrykte det:

Mange utfordringer som flyktninger presenterer er sammensatt på grunn av både erfaring, helseutfordringer og integreringsvansker og det er ofte vanskelig for helse og omsorgstjeneste å skille imellom hva type utfordringer kvalifisere for lovpålagt tjeneste som gjør at flyktninger faller ofte mellom alle stolene.
(Kommentar fra kommune med mer enn 50 000 innbyggere).

Det er også viktig å anerkjenne at innslag av utfordringer, spesielt rundt psykisk helse, vil kunne variere og at nåværende tilskuddsordning ikke nødvendigvis fanger opp alle som har behov for tilretteleggende tiltak basert på funksjonsnedsettelse og/eller helseutfordringer:

Mange nyankomne flyktninger, spesielt barna, fungerer tilsynelatende bra det første året, men i år 2 eller 3 ser vi at en del har et behov for hjelp som er kostbart for kommune pga. [søknadsfristen på 13 måneder]. I tillegg sliter vi med barn som er bosatte er mellom 15-18 år og er derfor ikke en del av det kommunale skolesystem og har ingen rett til introduksjonsprogrammet. Vi opplever at de ofte deltar på en videregående skole tilbud og har derfor ikke utgifter som kan dekkes av tilskuddsordningen. Fylkeskommunen er flink nok til å gi tilrettelagt undervisning, men uten disse utgifter vil ikke kommunens utgifter rekke 200.000 og det oppleves som mindre muligheter for kreative løsninger spesielt når det gjelder deltakelse i fritidstilbudet. Den 5 års fristen er en utfordringer for mange kommuner inkludert oss når vi vurderer å bosette de mest tungt helsesaker.
(Tilrettelegger i kommune med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere)

Som vi ser av kommentarer og innspill fra kommunene, pekes det på en rekke faktorer som skaper utfordringer. Bildet som tegnes er ikke at det er funksjonsnedsettelsen i seg selv som er problemet, men implementeringen av ordningen. Det er en tidkrevende (og komplisert) prosess å foreta kartlegging, det er vanskelig å få til det nødvendige samarbeide på tvers av etater, mange kommuner mener de mangler tilstrekkelig faglig kompetanse, og det peker ikke minst på betydningen av samarbeid på tvers av fag- og sektorgrenser. Det er også misnøye med selve tilskuddsordningen. Det pekes da særlig på tidsbegrensningen på 5 år. Mange mener også at det er en utfordring at det er satt en tidsfrist på 13 måneder etter bosetting for å søke om tilskudd. Tidsfristen tar i liten grad hensyn til at det ofte tar betydelig lenger tid å få innhentet den dokumentasjonen som kreves – f eks. uttalelser fra spesialisthelsetjeneste og PPT.

6. Diskusjon og anbefalinger

Tilskuddsordningen er ment å bidra til raskere bosetting av flyktninger som har en alvorlig nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne, samt personer med alvorlige atferds- og/eller rusproblemer. Flertallet av kommunene betrakter ordningen som det viktigste virkemidlet i deres arbeid med tilrettelegging av kvalifiseringsarbeidet for målgruppen. Vi ser samtidig et behov for videreutvikling av ordningen, spesielt for personer med særlig store helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse. Kartleggingen viser at det også er behov for en tydeliggjøring av hvem som kvalifiserer for ordningen og hvilke dokumentasjonskrav som bør gjelde.

Kartleggingen bekrefter at innretningen og prosessen knyttet til tilskuddsordningen har betydning for bosettingen av flyktninger med store utfordringer. Tidsbegrensningen når det gjelder Tilskudd 2 (T2) gjør at mange kommuner vegrer seg mot å bosette denne gruppa. Dette fører til at flyktninger som har stor behov for tilrettelegging blir værende i mottakssystemet. Informasjon fra IMDi i desember 2021 anslår at det vil være 10-15 personer i denne kategorien (referert til som gruppe 3 tidligere i rapporten). Enkelte har ventet på bosetting i så mye som femten år. Dagens ordning begrenser utbetalinger av tilskudd til en femårsperiode. Det har blitt anbefalt av flere at ordningen utvides til en betydelig lengre periode i saker der det er snakk om flyktninger som har omfattende og langvarige behov for tilrettelegging, og fra 2022 vil det være mulig for kommunene å søke om tilskudd 2 i inntil 10 år. IMDi, etter en skriftlig henvendelse i desember 2021, påpeker:

En slik forlengelse for disse personene vil kunne bidra til at den økonomiske usikkerheten blir mindre for kommunen, og dermed være et incentiv til å bosette disse personene». Det er imidlertid viktig å merke seg at dette kun gjelder flyktninger som bosettes fra UDIs særskilte botilbud. Det har vært ekstraordinære ordninger tidligere for å fremme bosetting av personer hvor det ansees at tilskuddsordningen er for knapp. Det var et ekstraordinært engangstilskudd i 2017 på 500 000 for de om lag ti personene som bodde på institusjon eller pleiehjem med «svært tunge oppfølgingsbehov. (IMDi, 2017, s.9).

Utvidelsen vil ikke nødvendigvis skape store merutgifter for det offentlige systemet. Dels har dette sammenheng med at dette gjelder relativt få saker, dels handler

det om at de økte kostnadene må sees i sammenheng med innsparingene ved at personene flytter ut av mottakssystemet. Mange av dem det gjelder har allerede i mottaksfasen hatt et stort behov for tilrettelegging, noe som også har en kostnadsside. Selve oppholdet og tilretteleggingen i forsterkede asylmottak koster mye, selv om tilbudene blir preget av midlertidighet og at det derfor ikke er mulig å gi et fullverdig tilbud med tilgang til tjenester som målgruppen ville fått etter bosettingen i en kommune.

Flere tidligere rapporter konkluderer med at en må styrke kartlegging og forbedre flyt av helserelevant informasjon fra vertskommuner og IMDi til bosettingskommuner. Dette bekreftes i vår breddeundersøkelse. Kommunene erfarer at kartleggingen tar tid og at omfanget og kompleksiteten i behovet for tilrettelegging ofte vil synliggjøres underveis i under kvalifiseringsløpet og i møter med helsetjenesten i bosettingskommunen. Som illustrert tidligere i rapporten, er det forskjellige helseutfordringer og funksjonsnedsettelse som kan være tidkrevende å identifisere og kartlegge. Dette nødvendiggjør mer fleksibilitet når det gjelder søknadsfrister. Forutsetningen for tilskuddsordningen er at flyktningen må ha påvist en alvorlig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne, alvorlige atferds- og/eller rusproblemer. Kommunen må også dokumentere at utfordringene har oppstått før flyktningen ble bosatt i kommunen, men enkelte flyktninger og helseutfordringer er vanskeligere å utrede enn andre, blant annet barn med kognitive vansker og personer med posttraumatiske lidelser. Dette er krevende arbeid som tar tid og som ofte vanskeligjøres på grunn av ofte manglende kompetanse og erfaring i helsetjenesten når det gjelder håndtering av målgruppen.

Søknadprosessen

Flertallet av flyktninger som bosettes nå er overføringsflyktninger. Når det gjelder denne gruppen, kan det være vanskelig å få en tilfredsstillende kartlegging av deres helsebehov i forkant av bosetting. Dette tilsier at kommunene bør ha realistiske frister for utredning av denne kategorien flyktninger. Det anbefales derfor at IMDi forlenger fristen på 13 måneder. Alternativt kan de eksisterende retningslinjene knyttet til utsettelse av søknadsfristen (jfr. punkt 5.3 i veilederen for kommunene) utvides så de inkluderer flere årsaker til utsettelse.

Kommunene opplever at IMDi er stadig mer rigid i sin vurdering av søknader om tilskudd, og de opplever at dokumentasjonskravet har økt. Det er mer avkryssing og krav om legeattester, noe som vanskeliggjør søknadsprosessen. De opplever også et en strengere fortolkning av regelverket, kombinert med nedleggelsen av IMDis regionkontorer ikke bare har resultert i høyere avslagsrater, men også at IMDis viktige veilednings- og oppfølgingsfunksjon har blitt svekket. IMDi på sin side har gjennom skriftlig tilbakemelding i desember 2021, påpekt at det ikke er en bevisst strategi å innskrenke tilskuddsordningen:

IMDi har ingen intensjon om å stramme inn tilskuddsordningen, men alle søknadene må behandles i tråd med føringer gitt fra Kunnskapsdepartementet gjennom Retningslinjer for tilskuddsordningen. IMDi har også som mål å utøve lik praksis overfor alle kommunene i forvaltningen av tilskuddsordningen. Det er samtidig et krav i RS 05/2021 punkt 3.2 om at IMDi også skal gjøre en helhetlig skjønnsvurdering, og at denne vurderingen gjøres på grunnlag av hvilke tiltak/aktiviteter som i størst grad kan bidra til at målene for ordningene nås, og i hvilken grad målgrupper for tilskuddsordningen blir berørt.

(Skriftlig tilbakemelding fra IMDi, desember 2021)

For å styrke tilskuddsordningen bør det etableres et tettere samarbeid mellom enheten i IMDi som har ansvar for tilskuddsordningen og dem som har ansvar for bosetting, integrering og kvalifisering av flyktninger. Etablering av en arbeidsgruppe som går på tvers av avdelinger kan være en god start.

Det er betydelige forskjeller i kommunenes bruk av ordningen. Noen kommuner søker og benytter seg av ordningen i mye større grad enn andre. Dette kan delvis forklares med organisering av arbeidet i kommunene, men kan også være tegn på at en del kommuner ikke har gjort seg kjent med ordningen i tilstrekkelig grad. Mange anser også søkeprosessen som svært omfattende og ressurskrevende og behandlingstiden som veldig lang noe som virke demotiverende på enkelte. IMDi har i perioder jobbet med opplæring og veiledning av kommuner og produsert nyttige veiledningsmateriell som er ment å hjelpe kommunene i søkerarbeidet. Det absolutt et behov for å videreutvikle dette arbeidet, samt være lydhør på tilbakemeldingene fra kommunene når det gjelder forslag til forbedringer.

Kommuner opplever at IMDinett ikke gir nok informasjon til kommunene som kan forberede dem på kvalifisering av målgruppen. Mange mener også at det er mangel på kompetanse hos helsetjenesten i kommunen om målgruppen. De opplever at helsetjenesten i kommunene ikke har tilstrekkelig kjennskap til regelverket og mange mangler også kompetanse om målgruppen. Flere av dem som har ansvar for kvalifisering og integrering av målgruppen etterlyser et tettere samarbeid med helsetjenesten i kommunen. Det anbefales derfor at arbeidet med kompetanseheving, økt samarbeid og informasjonsflyt mellom de impliserte tjenestene videreføres, og at de impliserte gjøres bedre kjent med eksisterende regelverk og retningslinjer som omhandler målgruppen.

Ulike brukergrupper

Som vi har beskrevet i kapitel 4 brukes store deler av tilskuddsordningen på pedagogiske tiltak rettet mot barn²¹. Det kan diskuteres om det var hensikten med ordningen, eller om behovene for pedagogiske tiltak bør ivaretas gjennom andre ordninger. Det er liten tvil om at tiltakene trengs. Spørsmålet er om disse behovene skal dekkes gjennom eksisterende ordning. Her kan man se for seg ulike modeller – enten som en generell styrking av integreringstilskuddet eller som en tilskuddsordning som er lagt til utdanningssystemet og hjemlet i opplæringsloven. En annen gruppe som det kan være grunner til å sette søkelys på er familiegjenforente. Også i denne gruppen kan det være personer med utfordringer som krever mye oppfølging.

Familiegjenforente er ikke i målgruppen for tilskuddsordningen. Unntaket er dersom de kommer til Norge før flyktningen er bosatt slik at hele familien blir bosatt fra mottak etter avtale med IMDi. Kommunene er forpliktet til å bosette de familiegjenforente medlemmene av flyktninger som allerede er bosatt i kommunen. En kan argumentere med at det ikke vil være behov for å bruke ordningen til å fremme raskere bosetting av disse personer. På den annen side vil dette føre til at som har kommet via familiegjenforening faller utenfor ordningen og får dårligere tilrettelegging enn de som omfattes av denne ordningen.

21 Figur 4-1 illustrerer at 59 prosent av innvilgede midler i 2020 var for pedagogiske tiltak, og tabell 4-2 illustrerer at mesteparten av midlene for pedagogiske tiltak gikk til barn i perioden 2016-2019.

Kommunene som tidligere har erfart at de gjenforente trengte mye og kostbar tilrettelegging kan også kvie seg når det gjelder å bosette enslige flyktninger fordi det er redd for at de familiegjenforente medlemmer har behov for tilrettelegging. Denne usikkerheten vil bli mindre hvis tilskuddsordningen inkluderte familiegjenforente. Dette vil selvsagt også gjelde saker der den som bosettes etter hvert gjenforenes med familiemedlemmer som har omfattende funksjonsnedsettelse med langvarig oppfølgingsbehov. Kartlegging av funksjonsnedsettelse er ofte kompleks og tidkrevende. I mange tilfeller vil det være vanskelig å sette en spesifikk diagnose selv om helseutfordringene og funksjonsnedsettelsene er åpenbare. Dermed vil søknadsfristen for ekstratilskuddet være utfordrende.

Som vi allerede har vært inne på, er flyktninger særlig utsatt for dårlig fysiske og psykiske helseproblemer. Studier indikerer at opptil halvparten av denne gruppen vil ha symptomer på dårlig psykisk helse. Vår kartlegging har imidlertid vist at både søknader og innvilgede midler til Tilskudd 1 (T1) utgjør en relativt beskjeden del av de bevilgede midlene totalt. Dette kan bety at T1 er underutnyttet, eller det kan ha sammenheng med at noen kommuner oppfatter søknadsprosessene som såpass krevende at det ikke er økonomisk rasjonelt å investere ressurser i for mange T1 søknader.

Komplekse helseutfordringer

Vi ser at det særlig er personer med komplekse helseutfordringer og varige funksjonsnedsettelse som har de største utfordringer med å bli bosatt og dermed risikerer lang ventetid i mottak eller tilrettelagte avdelinger til tross for dagens tilskuddsordninger. Det er viktig å påpeke at dette er en relativt liten gruppe. Anslag fra IMDi tilsier at det kan dreie seg om 10-15 personer i 2022.

Fra kommunenes side vil T1, som er et engangstilskudd, bidra til å dekke enkelttiltak for tilrettelegging, mens T2, som har en ramme på inntil 1,52 millioner årlig i opptil 5 år, ikke dekker opp for det behovet flyktninger med omfattende funksjonsnedsettelse og store helseutfordringer har. Problemstillingen vil derfor fortsatt være aktuell selv om T2 nå utvides til opptil 10 år for personer som bosettes fra UDIs særskilte botilbud. Det er derfor behov for andre tiltak som treffer denne gruppen bedre. Et nytt tilskudd for personer med varige funksjonsnedsettelse eller

andre store helseutfordringer som varer lenger en 5 eller 10 år vil kunne bidra til å bedre bosetting og tilrettelegging for denne undergruppen. Innrettingen på et slikt Tilskudd 3 (T3), bør utredes nærmere. Det bør også undersøkes nærmere hvordan tilskuddet vil kunne følge personen fra kommune til kommune hvis personene ønsker å skifte bosted etter bosetting. Det vil muligens også være et behov for å justere rammeverket for tilskudd 1 og 2 hvis et nytt tilskudd 3 opprettes.

I vår kartlegging har vi innhentet erfaringer fra både små, mellomstore og store kommuner. På en del punkter ser vi at erfaringene varierer med kommunestørrelse, men variasjonen er mindre systematisk enn ventet. Vi vil likevel stoppe opp litt ved de største kommunene, med en befolkning på over 50 000 – gjerne omtalt som storbyer. I disse kommunene bor om lag halvparten av landets samlede befolkning. Det er også i disse kommunene de fleste flyktninger med spesielle behov blir bosatt. KS har et eget storbynettverk, som omfatter følgende åtte kommuner: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Drammen, Kristiansand og Tromsø. Dette storbynettverket har lenge vært en tydelig stemme i flyktningfaglige spørsmål, blant annet knyttet til tilskuddsordningen for «flyktninger som har en alvorlig nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne, samt personer med alvorlige atferds og/eller rusproblemer». Høsten 2021 har det pågått en dialog mellom KS og storbynettverket på den ene siden og IMDi på den andre, Kommunene opplever at det har skjedd en innstramming i og med at saker som tidligere er innvilget ikke lenger blir gitt støtte. De mener også at en del beslutninger virker tilfeldige ved at det som framstår som like saker behandles ulikt. De opplever at dagens praksis skaper både faglig og økonomisk uforutsigbarhet og etterlyser derfor en mer konsistent saksbehandling fra IMDi side.

Hovedutfordringen, slik vi vurderer det, handler om hvordan man forstår kompleksiteten i de sakene som det søkes om tilskudd for. Og i neste omgang – hva det vil kreve av kommunene å møte utfordringene hos de flyktingene dette gjelder, og hva det vil koste kommunene. Kommunene etterlyser en søknadsprosess som ivaretar denne kompleksiteten og som tar hensyn til at dokumentasjon på funksjonsnedsettelse eller kroniske helsetilstander tar tid og er avhengig av at instanser som spesialisthelsetjenesten, habiliteringstjenesten, PPT m.fl. har kapasitet og kompetanse til å foreta nødvendig utredningsarbeid og diagnostisering.

Kompetanseutfordringer

En god prosess forutsetter kompetanse både hos søker og søknadsbehandler. Tilskuddsordningen omfatter personer med svært ulike utfordringer, noe som skaper utfordringer i alle ledd i prosessen. Flere av kommunene opplever at viktig kompetanse gikk tapt da behandlingen av disse sakene ble sentralisert. I en sentralisert og digitalisert søknadsprosess blir det vanskelig å samarbeide om gode løsninger. I andre deler av forvaltningen er det nettopp et slikt samarbeid som løftes fram som viktig når komplekse saker skal løses, jfr. endringer i velferdstjenestelovgivningen, som omhandler krav om samordning og samarbeid i sammensatte saker (Difi, 2014; Krana, Markarova, Brøndbo, 2017).

IMDi er gitt anledning til å kommentere disse spørsmålene. De mener at de generelt har en god prosess med kommunene, men understreker at de ikke kan gå inn i enkeltsaker. Slik vi forstår situasjonen handler imidlertid ikke dette om de konkrete sakene, men om forståelser av sakskomplekset og hvordan søknadsprosessen må være for å ivareta dette. Helse, funksjonshemming, rus og atferdsproblemer, som er de områdene tilskuddsordningen skal dekke, er i seg selv store og kompliserte områder som krever faglig kompetanse i alle ledd i prosessen. Her vil kompleksiteten variere. Tilskudd 1-saker vil sannsynligvis kreve mindre av saksbehandlingen enn Tilskudd 2-saker.

Kommunene etterlyser en prosess som ivaretar dette og som gir rom for dialog omkring vanskelige spørsmål. Vi kan heller ikke ta for gitt at kommunene selv innehar den kompetansen som skal til for å utarbeide gode søknader. Selv om de faglige vurderingene bygger på uttalelser fra spesialisthelsetjeneste, PPT mv., er det førstelinjetjenesten i kommunene som har ansvar for å påse at de nødvendige utredningene er foretatt og at de følger saken. Vi ser med andre ord at det er flere som må spille på lag for å få fram en realistisk søknad. Svikter det i et av leddene, vil dette påvirke hele søknadsprosessen.

Når kommunene opplever at saksbehandlingen ikke er konsistent eller at «like saker behandles ulikt», blir det viktig å finne ut hvor i prosessen det svikter. Ut fra kunnskap om ordningen, etterlyser vi en mer kunnskapsbasert prosess der det i større grad skapes et rom for faglige drøftinger underveis. Modellen for dette må drøftes nærmere, men her bør det være mulig å hente inspirasjon fra andre

fagpersoner og –miljøer der det skal tas avgjørelser i komplekse saker. Det kan for eksempel være en idé å etablere rådgivende grupper som både kan gi råd til kommunene og som kan bistå i selve søknadsprosessen. På den måten ivaretas også kommunenes behov for merveiledning underveis.

Anbefalinger

Våre anbefalinger dekker fem temaer: rammeverket for tilskuddsordningen; prosessene for tilskuddsordningen; forståelse, definisjoner og dokumentasjonskrav; kvalifisering og opplæring og koordinering og samhandling.

Rammeverket for tilskuddsordningen

- Vi foreslår derfor et nytt Tilskudd 3 som er direkte rettet mot flyktninger med særlig store helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse. Dette tilskuddet bør ikke være tidsbegrenset. Søknad om T3 bør starte allerede i mottaksfasen. Det må likevel være mulig for kommuner å søke T3 etter bosetting, ettersom det vil kunne være overføringsflyktninger eller andre personer med såpass store helseutfordringer og/eller funksjonsnedsettelse som ikke nødvendigvis blir dokumentert før bosetting. Det er viktig at rammeverket for det nye T3 reduserer risikoen for store merutgifter til bosettingskommunene. Det bør dermed vurderes om flere av områdene som i dag ikke dekkes av tilskuddsordningen, som for eksempel fysisk tilrettelegging og tilpassing av bygg og hjelpemidler i hjemmet, bør dekkes av ordningen (dersom disse ikke dekkes gjennom generelle ordninger).
- Vi anbefaler at det også gjøres en helhetlig vurdering av de ulike tilskuddene slik at de tilskuddene blir komplementære og målrettede.

Prosessene for tilskuddssøknadene

- Tidsfristen for å søke om tilskudd innen de første 13 månedene etter bosetting i kommunen bør utvides. Dette er basert på kunnskap om at underliggende funksjonsnedsettelse og store helseutfordringer, inklusivt psykisk helse, PTSD og autisme, kan ta lang tid å avdekke. I og med at det kun er forhold som inntraff før bosetting, som kvalifiserer for tilskuddet, er begrunnelsen for en slik tidsfrist uklar – ut over at det representerer en kostnadsbesparelse. Det vil dermed

være naturlig at kommunene gis mulighet til å søke om ekstratilskudd for hele integreringsperioden på fem år etter bosetting.

- Vi anbefaler at arbeidet med kompetanseheving, økt samarbeid og informasjonsflyt mellom de ulike tjenestene videreføres. De ulike samarbeidspartnere og tjenestene bør gjøres bedre kjent med eksisterende regelverk og veileder som omhandler målgruppen og eventuelt videreutvikle denne veilederen i felleskap. Dette vil føre til videreutvikling og felles forståelse av informasjon om tilskuddet og kvalifisering av målgruppen. Det er også viktig å etablere et tettere samarbeid i IMDi mellom avdelinger som har ansvar for tilskuddsordningen og de som har ansvar for bosetting, integrering og kvalifisering av flyktninger med tanke på å bedre informasjonsflyt, samt øke fleksibilitet i behandlingen av søknader om tilskudd til målgruppen.

Kvalifisering og opplæring

- Flyktninger med store helseproblemer, funksjonsnedsettelse, atferds- eller rusproblemer vil ofte ha behov for et mer fleksibelt opplæringsløp. For dem som er i målgruppa for introduksjonsprogrammet, bør det åpnes for at opplæringstilbudet kan forlenges til fem år. Dette vil gi dem som trenger mer tid mulighet til å gjennomføre programmet med redusert fart. For andre vil en forlenget frist for gjennomføring av introduksjonsprogrammet gi rom for et tilpasset opplæringsløp i perioder der de av helsemessige årsaker ikke greier å følge et ordinært løp. Dagens ordning gir rom for sykefravær, men for mange med PTSD eller andre psykiske helseproblemer kan redusert fart og tilpasset opplæring være mer hensiktsmessig enn en full sykmelding. Dette vil også være lettere å tilpasse for flyktninger som veksler mellom «gode og dårlige perioder».
- Flyktninger, i likhet med andre som tar utdanning, ha ulike forutsetninger for læring. Mange har gått lite på skole før de kom til Norge, og av dem er det også en betydelig andel som er analfabeter eller funksjonelle analfabeter. Hvis de i tillegg har utfordringer som for eksempel dysleksi eller dyskalkuli, vil mange også ha behov for spesialundervisning. Integreringsloven, som introduksjonsprogrammet er hjemlet i, gir i dag ingen rett til slik opplæring. Vi anbefaler derfor at det innføres en slik rettighet, og at denne hjemles enten i opplæringsloven eller i integreringsloven.

Forståelser, definisjoner og dokumentasjonskrav

- Vi ser et behov for kompetanseheving når det gjelder forståelser av funksjonshemming og helserelaterte utfordringer knyttet til målgruppen. Dette bør være rettet mot fagpersoner som jobber med bosetting og kvalifisering av flyktninger, kommunale helsetjenester, og andre kommunale tjenester. Vi ser også et behov for å harmonisere regelverket knyttet til ordningen med annen regulering som gjelder målgruppen. Dette innebærer blant annet at det ikke er krav om diagnose for å utløse tjenester.
- Vi anbefaler at det foretas en avklaring når det gjelder hvilken type dokumentasjon som er relevant og som det bør stilles krav om for de ulike tilskuddsordningene. Dette inkluderer hvordan beskrivelser av ulike former for funksjonsnedsettelse har på skolegang og utdannelsesløp når det gjelder PPT. Dette vil kunne spille en sentral rolle i en oppdatert veileder og i øvrige retningslinjer.
- Vi anbefaler at det tydeliggjøres hvor lenge attester, samtykkeskjemaer og annen dokumentasjon er gyldig slik at ulike administrative tolkninger ikke ugyldiggjør eller forsinker tilskuddssøknader. Dette vil kunne inngå i en oppdatert veileder eller rundskriv.
- Basert på våre samlede anbefalinger bør det foretas en gjennomgang av både regelverk, retningslinjer og veileder. Dette bør skje i samarbeid med relevante faginstanser og representanter for kommunesektoren.

Koordinering og samhandling

- En del personer med særlig høye helseutfordringer blir boende lenge i mottak eller omsorgssenter i regi av UDI. De blir altså ikke bosatt. Bedre koordinering mellom UDI og IMDi vil kunne gi bidra til raskere og bedre bosetting. En hovedutfordringer ser ut til å være utfordringer når det gjelder mandat og virkemidler ettersom det er kommunene som må samtykke til bosetting. Det bør etableres prosedyrer for å fremme koordinering og samhandling, med sikte på raskere bosetting og helhetlig oppfølging av denne gruppen.
- Vi anbefaler at det utarbeides en egen prosedyre for personer som bor lenge i mottak etter innvilget bosetting, men som ikke får innvilget bosetting i en

kommune pga. nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. En slik prosedyre bør tre i kraft så snart som mulig og seinest i løpet av de første månedene etter at opphold er innvilget. I slike tilfeller, som omhandler en meget lavt antall enkeltpersoner, må det åpnes for at det kan forhandles frem ordninger ut over gjeldende tidsbegrensninger og beløpsbegrensninger, som sikrer at bosettingskommunene ikke blir sittende igjen med urimelige kostnader. Dette vil kunne inkludere en overgangsperiode for etablering av tilbud (for eksempel tilrettelegging av bolig og tilsetting av nødvendig fagpersonell) og et årlig tilskuddsbeløp for å dekke merkostnadene ved bosetting (uten tidsbegrensning) så lenge personen er bosatt i den spesifikke kommunen. For å sikre rask bosetting for denne gruppen bør ordningen tre i kraft når flyktninger bosettes og være i henhold til «Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene» (Helsedirektoratet 2022). Dette er en gammel ordning som bør kunne komme til anvendelse også for flyktninger som bosettes.

Referanser

- Attanapola, C.T. (2013). *Migration and health. A literature review of the health of immigrant populations in Norway*. NTNU Samfunnsforskning.
- Baruch, Y. & Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 6(8), 1139-1160.
- Berg, B. (red.) 2012. *Innvandring og funksjonshemming*. Universitetsforlaget.
- Berg, B (2018). *Kommunikasjon via tolk -faglighet, rettssikkerhet, makt og avmakt*. I Berg, B. & Haugen, G.M.H. (red.). *Marginalitet, sårbarhet, mestring. Metodiske utfordringer i praksisnær forskning*. Universitetsforlaget.
- Berg, B. & Lauritsen, K. (2009). *Eksil og livsløp*. Universitetsforlaget.
- Berg, B. & Sveaass, N. (2005). "Det hainnle om å leve" – tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i mottak. SINTEF.
- Berg, B., & Tronstad, K. R. (Eds.). (2015). *Levekår for barn i asylsøkerfasen*. NTNU Samfunnsforskning.
- Cook, C., Heath, F. & Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836.
- Gitlesen, J.P. (2022), *Dritans uverdige skjebne*, Samfunn for Alle, 2022 nr. 2, s. 12.
- Helsedirektoratet (2022). *Rundskriv IS-4/22 – Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene*.
- IMDi (2017), *Tilskudd ved bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker, på oppdrag for Integreringsavdelingen i Justis- og beredskapsdepartementet*. IMDi.
- IMDi. (2020). *Rundskriv for tilskuddsordning. Rundskriv 05/2020. Tilskuddsordning for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker 2020*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. <https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/tilskudd/rundskriv-2020/tilskuddsordning-for-bosetting-av-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-og-eller-atferdsvansker-2020.pdf>.

IMDi. (2021a, 12. november 2021). *Oppmoding om busetting for 2022*. Hentet 14. november 2021 fra <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/bosettingsprosessen/imdi-anmodning/>.

IMDi. (2021b, 29. oktober 2021). *Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker*. Hentet 14. november 2021 fra <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-for-bosetting-av-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-eller-atferdsvansker/>.

IMDi. (2022, 10. mai 2022). *Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker*. Hentet 18. mai 2022 fra <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-for-bosetting-av-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-eller-atferdsvansker/>.

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav "health literacy" for sykeplerenes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272-280.

KITH. (2004). *Internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Norsk brukerveiledning KITH.

Kittelsaa, A. & Berg, B. (2012). *Dobbelt sårbar. Funksjonshemmete barn og unge i asylmottak*. NTNU Samfunnsforskning.

Kunnskapsdepartement. (2020). *Prop. 89L (2019-2020). Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven)* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-89-l-20192020/id2699012/>.

Kunnskapsdepartement. (2018). *Integrering gjennom kunnskap. Regjeringens integreringsstrategi 2019-2022 Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven)* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/integrering-gjennom-kunnskap/id2617246/>.

Ness, S. (2022), *Verdals ordfører Pål Sverre Fikse og kommunaldirektør Geir Olav Jensen fortjener ros*, Samfunn for Alle, 2022 nr. 2, s. 13.

NOU 2011:10. (2011). *I velferdsstatens venterom. Mottakstilbudet for asylsøkere*. Justis- og politidepartementet.

Oliver, M. (1983). *Social work with disabled people*. The Macmillan Press Ltd.

Pedersen, L. (2020, 17. juni 2020). *Familien med tre funksjonshemmede barn har fått opphold i Norge, men ingen kommuner vil ha dem*. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ingen-kommuner-vil-ta-ansvar-for-familien-med-tre-funksjonshemmede-barn-1.15053685>.

Rambøll Management Consulting, & Oslo Economics. (2020). *Statlige virkemidler ved bosetting av flyktninger med særskilte behov*. Rambøll.

Regjeringen. (2019). *Et samfunn for alle - Likestilling, demokrati og menneskerettigheter. Regjeringens handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020-2025*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-samfunn-for-alle---likestilling-demokrati-og-menneskerettigheter/id2680810/>.

Regjeringen. (2021a). *Meld. St. 25 (2020–2021). Likeverdsreformen — Et samfunn med bruk for alle*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-25-20202021/id2841293/>.

Regjeringen. (2021b, 12. oktober 2021). *Regjeringen vil ha raskere bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne*. Kunnskapsdepartementet. Retrieved 14. november 2021 from <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kd/pressemeldinger/2021/regjeringen-vil-ha-raskere-bosetting-av-flyktninger-med-nedsatt-funksjonsevne/id2876402/>.

Regjeringen (2022). *Prop.1 S (2021-2022) (Statsbudsjettet)*.

Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å integrere flyktninger og innvandrere gjennom kvalifisering til arbeid. Dokument 3:4 (2019–2020)*. Riksrevisjonen.

Rostad, I.L., Siem, B. & Johansen, J.I. (2020, 09.12.2020). *Ned i knestående: Tidligere innbyggere koster den lille kommunen 73 millioner kroner*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/lille-lavangen-kommune-ma-betale-73-millioner-kroner-for-barn-som-bor-spredt-i-hele-landet-1.15278856>.

Sajjad, T.A. (2012). *Pakistansnorske familier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. I Berg (red.) 2012: *Innvandring og funksjonshemming*. Universitetsforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2021). *Statistikkbanken. Befolkning. 11342: Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet (K) 2007 – 2020*. SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/11342/>.

Straumsnes, M. & Pedersen, L. (2021, 14. oktober 2021). *Nytt håp for familien som ingen kommuner vil bosette*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/familien-som-ingen-kommuner-vil-bosette-er-hapefulle-etter-forslag-til-statsbudsjettet-1.15688975>.

Svendsen, S. & Berg, B. (2018). *Kunnskapsoppsummering om bosetting av flyktninger*. NTNU Samfunnsforskning.

Thoresen, S.H., Fielding, A., Gillieatt, S., Blundell, B. & Nguyen, L. (2017). A snapshot of intellectual disabilities in Lao PDR: Challenges for the development of services. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(3), 203-219.

Thorshaug, K., Paulsen, V. & Berg, B. (2013). *Tidsbruken i bosettingsarbeidet. En studie av prosessen fra positivt vedtak til bosetting*. NTNU Samfunnsforskning.

Tøssebro, J. (2021). *Hva er funksjonshemming* (2. ed.). Universitetsforlaget.

Varvin, S. (2015). *Flukt og eksil*. (2. ed.). Universitetsforlaget.

Weiss, N., Djuve, A.B., Hamelink, W. & Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak. Konsekvenser for levekår og integrering*. Fafo.

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. World Health Organization.

Zikusooka, M., Elci, O.C., Íñigo, R.L., Özkan, S., Yapar, D., Ajdini, B., Napokoj, K. & Yasar, G. (2020). *Assessing the health literacy and health communication needs of Syrian refugees in Turkey*. World Health Organization.

Aarsæther, A. & Andreassen, R.N. (2020, 26. oktober 2020). *Mener de har løsningen for flyktninger som ingen vil bosette*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/mener-de-har-losningen-for-flyktninger-som-ingen-vil-bosette-1.15214968>.



 NTNU
Samfunnsforskning