

Tromsø, 30.06.2023

## Innspill til ny stortingsmelding om integrering

### Helseutfordringer blant flyktninger og behov for tilpasninger i introduksjonsordningen

*Johanna Laue<sup>1</sup>, Susanne Rolandsen<sup>1</sup>, Marianne Vikan<sup>2</sup>, Stina-Smetana Svensen<sup>3</sup>, Kjersti Øvergaard Dahlberg<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>UiT Norges arktiske universitet

<sup>2</sup>Harstad kommune

<sup>3</sup>Senja kommune

<sup>4</sup>Sør-Varanger kommune

Dette dokumentet er et felles innspill fra Senja kommune, Sør-Varanger kommune og Harstad kommuner, og forskningsprosjektet HelseIntro ved UiT Norges arktiske universitet, til arbeidet med ny stortingsmelding om integrering. De tre overnevnte kommunene er samarbeidspartnere i HelseIntro.

Innspillene er baserte på foreløpige resultater fra forskningsprosjektet HelseIntro og gjenspeiler også virkeligheten i overnevnte kommunene.

Vi ønsker å komme med innspill til punkt 1 om utfordringer i integreringsarbeidet og hva som skal til for å gjøre dette arbeidet enda mer effektivt, samordnet og målrettet.

Vårt hovedbudskap er at dersom det med «effektivitet» menes å redusere programtiden og/eller øke tempo for lovpålagte oppgaver og progresjon i introduksjonsprogrammet, så vil det kunne virke svært uheldig inn på mulighetene for kvalifisering for flyktninger med helseutfordringer. Dette kan muligens gjøre introduksjonsordningen mer ineffektiv i et langtidsperspektiv.

#### Helseutfordringer og konsekvenser

Flyktninger, uansett landbakgrunn, har høy forekomst av både somatiske og psykiske helseutfordringer (1,2,3). Eksisterende kunnskap (4,5,6,7,8) og erfaringer fra kommunene peker på helseutfordringer som en av flere faktorer som påvirker deltagelsen i introduksjonsprogrammet negativt, samt mulighetene for å komme i arbeid etterpå. Kommunene opplever også en økning i bosetting av flyktninger med mer komplekse (helse)utfordringer.

Kort programtid ser ut til å være svært uheldig for flyktninger med helseutfordringer. Både tjenesteapparatet rundt flyktingene og flyktingene selv ser behov for lengre programtid - og deltid - dersom flyktingene opplever egne helseutfordringer, eller at familiemedlemmer har helseutfordringer.

Det tar tid å avdekke helseutfordringer blant flyktninger, og det tar tid å tilrettelegge introduksjonsprogrammet etter helseutfordringene. I HelseIntro finner vi eksempler på deltakere

som har gått igjennom et program som ikke var tilpasset deres helsemessige forutsetninger, ettersom informasjonen om helsetilstanden deres ikke kom fram.

For eksempel har deltakere gått arbeidsrettede løp, før det like ved programslett har blitt oppdaget at de av helsemessige årsaker ikke vil være arbeidsføre. Vi finner også at særlig psykiske helseutfordringer i stor grad påvirker læringsutbyttet, for eksempel på grunn av fravær eller konsentrasjonsvansker.

Vi ser også at det å ha omsorgsoppgaver for barn, og særlig barn med helseproblemer, påvirker deltakeres læringsutbytte og progresjon. Dette gjelder spesielt for kvinner.

Videre finner vi at flere deltakere har måttet avslutte programmet før tiden, ettersom helseutfordringene ikke lot seg forene med å delta i programmet (på grunn av manglende muligheter for tilrettelegging/fleksibilitet). Vi finner også at noen deltakere med helseutfordringer har klart å fullføre programmet, men med begrenset læringsutbytte.

Konsekvensene av dette er flere; et program som er dårlig tilpasset deltakeres helsetilstand, sluttmaal som av helsemessige årsaker er lite realistiske å oppnå, og dårlig læringsutbytte og norskkunnskaper. Dårlige norskkunnskaper gjør overgangen til videre skolegang og arbeidsliv utfordrende, ettersom norskkunnskaper er viktig for å komme seg inn i det norske arbeidsmarkedet.

Dårlige norskkunnskaper etter endt programtid er problematisk, spesielt ettersom integrering til arbeid og aktivitet har vært et uttalt integreringspolitisk mål.

Deltakere med helseutfordringer som har måttet avslutte før programtiden, eller har fullført med dårlig læringsutbytte, befinner seg i etterkant av programmet i en svært vanskelig situasjon. De har ikke lengre tilgang til introduksjonsprogrammet, som er en arena hvor de kan tilegne seg kunnskap om det norske samfunnet og norsk språk, og de har helseutfordringer og dårlige norskkunnskaper som hindrer dem i å delta i arbeidslivet. De er avhengig av stønad fra NAV, og flere opplever seg som isolerte og utenfor både arbeidslivet og det norske samfunnslivet. Dette kan igjen påvirke helsetilstanden deres negativt.

Vi er derfor kritiske til å effektivisere integreringsarbeidet, dersom det skulle bety å redusere programtiden ytterligere. Dette vil kunne få store konsekvenser for flyktninger med helseutfordringer.

## Anbefalinger

### Vi oppfordrer regjeringen til å

- **ta hensyn til helseutfordringer blant flyktninger når integreringsmeldingen og integreringspolitikken skal utformes**

Det er godt dokumentert at flyktninger har flere helseutfordringer enn den generelle befolkningen, og mange sliter særlig med psykisk helse og psykososiale problemer. Helseutfordringer påvirker deltakelsen i introduksjonsprogrammet, og mulighetene deres for videre utdanning, tilknytning til arbeidsliv og deltakelse i øvrig samfunnsliv.

- **ikke korte ned lengden på introduksjonsprogrammet**

Vi finner at flyktninger med helseutfordringer trenger tilstrekkelig med tid til opplæringen. Det tar tid å avdekke helseutfordringer og tilrettelegge programmet etter

helseutfordringene. Helseutfordringer påvirker dessuten læringsutbyttet i stor grad. Flyktninger med helseutfordringer må derfor sikres god tid til å kunne tilegne seg de nødvendige kunnskaper og ferdigheter for videre utdanning, tilknytning til arbeidslivet samt deltakelse i øvrig samfunnsliv.

- **utrede mulighet for at flyktninger kan delta på deltid i introduksjonsprogrammet**

Per i dag åpner ikke integreringsloven opp for deltidsdeltakelse i introduksjonsprogrammet, noe som kan føre til at flyktninger med helseutfordringer deltar på fulltid uten å ha en reell sjanse til å nå kvalifiseringsmålene sine. Vi mener at en åpning for at flyktninger som har behov for dette bør kunne deltar på deltid (samme antall timer totalt) for å øke læringsutbyttet for den enkelte. En slik endring i lovverket ville også være mer i tråd med den generelle arbeidslivspolitikken i Norge, der deltidsdeltakelse og tilrettelegging er en av hovedstrategiene for å få og holde mennesker med helseutfordringer i meningsfylt arbeid.

- **undersøke hvordan integreringsloven og folketrygdloven kan fange opp flyktninger med helseutfordringer på en bedre måte**

Per i dag har ikke flyktninger som er permittert fra introduksjonsprogrammet, eller må avslutte programmet tidlig, rettigheter i forhold til for eksempel arbeidsavklaring i regi av NAV. Slike «kløfter» mellom regelverkene kan føre til at flyktninger med helseutfordringer fratas alternative kvalifiseringsmuligheter og muligheten til kvalifisering i det ordinære arbeidsmarkedet.

- **åpne for framtidvalg og integreringsplanen på et senere tidspunkt**

Flyktninger tar valg om fremtiden sin og introduksjonsprogrammets innretning på et for tidlig stadium, ifølge mange flyktninger og ansatte i norske kommuner. Det kan være særlig utfordrende for flyktninger med helseutfordringer. Vi advarer mot å framskynde slike valg.

## Utfyllende informasjon

### Tidspress før programstart for både flyktninger og ansatte i flyktingtjenesten

Flyktingtjenestene i kommunene opplever store utfordringer knyttet til kvalifisering av flyktninger med helseutfordringer. En grunnleggende utfordring er det tidspresset som den tidligere introduksjonsloven og spesielt den nåværende integreringsloven legger opp til. Flyktninger må starte introduksjonsprogrammet senest tre måneder etter ankomst, og i løpet av denne tiden må mye organiseres. Flyktninger er opptatt med møter hos politi, barnehager, skoler, boligkontor og helsetjenesten. Særlig familier med barn har mange forpliktelser i den første tiden etter at de har blitt bosatt i en ny kommune.

Også ansatte i norske kommuner opplever tidspress før programstart. Arbeidet innebærer samarbeid og koordinering med andre aktører og flere lovpålagte oppgaver som må gjennomføres innen gitte tidsfrister. Nytt i lovverket er for eksempel karriereveiledning, som gjennomføres av en ekstern aktør og deretter integreres i arbeidet med flyktingenes individuelle plan, som utarbeides av flyktingtjenesten og deltakeren i programmet.

De obligatoriske oppgavene og tidsfristene som preger arbeidet kan begrense mulighetene for å sette av tilstrekkelig med tid til å avdekke helseutfordringer. Det gjør det igjen vanskelig å finne hensiktsmessige løsninger for å tilrettelegge i kvalifiseringsplanen, som flyktninger skal signere før programoppstart. Vi frykter at ytterligere effektivisering av integreringsarbeidet, dersom det

medfører kortere tidsfrister og/eller flere lovpålagte oppgaver, vil gjøre dette arbeidet enda vanskeligere.

Samtidig vil vi trekke fram at tilstrekkelig tid ser ut til å være en viktig forutsetning for å oppnå et målrettet og samordnet integreringsarbeid i kommunene.

### Tidspress til hinder for å avdekke/tilrettelegge for helseutfordringer

Introduksjonsprogrammet krever fulltidsdeltakelse, og deltakerne skal starte i programmet innen tre måneder etter ankomst til Norge. Den nye integreringsloven legger opp til differensiert og for noen en relativt kort programtid.

Det er ikke alltid mulig å avdekke helseutfordringer i løpet av de tre første månedene. Flyktninger befinner seg ofte i en "Honeymoon-fase" i den prosessen der de med sin kultur møter vår (akkulturasjon). De er ofte preget av eufori og fremtidshåp, og særlig psykiske helseutfordringer viser seg ofte i liten grad. Generelt kan det være utfordrende å diagnostisere og behandle psykiske lidelser/symptomer. Dette kan skyldes blant annet manglende ressurser i kommunene (mangel på fastleger for eksempel), utfordringer med tanke på samarbeid mellom tjenestene, tabu og stigmatisering av psykisk helse i noen kulturer, samt manglende kulturkompetanse i helsetjenesten. I tillegg kan det skje ulykker som krever relativt mye helsehjelp underveis i programperioden (for eksempel et komplisert brudd etter fall på is), noe som er umulig å forutsi før programstart.

Større helseutfordringer som IMDi i utgangspunktet ønsker å formidle videre til kommunene før bosetting blir heller ikke alltid kjent for kommunene, noe som gjør tilrettelegging i introduksjonsprogrammet utfordrende.

Med andre ord er det vanlig at flyktninger starter i introduksjonsprogrammet uten at helseutfordringene deres er avdekket og avklart, og uten at det var muligheter for å finne gode løsninger for tilrettelegging. Når programmet har startet opp, og lærer eller programrådgivere bemerker manglende progresjon i norskopplæringen, opplever de at det ofte er svært tidkrevende å identifisere hvorfor progresjonen er dårlig og sette i gang en utrednings- og behandlingsprosess. I løpet av denne tiden er det stor risiko for at vedkommende deltar i programmet uten særlig progresjon.

Den relativt korte tiden flyktningene deltar i programmet, og den lange tiden det kan ta å avdekke og tilrettelegge for helseutfordringer, medfører en risiko for at man ikke oppnår kvalifiseringsmålene man satte ved programstart.

### Utfordringer i små kommuner

Små kommuner kan stå overfor spesielle utfordringer når det gjelder kvalifisering av flyktninger med helseutfordringer. Geografisk avstand til relevante tjenester, som spesialisthelsetjenesten, genererer mye reisetid og dermed fravær fra opplæringen for flyktninger som trenger utredning og behandling. Dette gjelder også for foreldre som må følge syke barn til helsetjenester i andre byer.

Det er også utfordrende å finne tilrettelagte praksisplasser og tiltak som tar hensyn til helseutfordringene til flyktninger. Dette kan være særlig utfordrende for små kommuner når det kommer mange flyktninger på kort tid, eller når de flyktingene som bosettes har mange spesielle behov. I tillegg er små kommuner mer sårbare for nedbemanning og tap av kompetanse i flyktingetjenestene og blant helsepersonell som jobber med flyktninger.

Mangelen på ressurser skaper ventetid og reisetid for flyktninger som av helsemessige årsaker er avhengige av hjelp i helsevesenet og av tilrettelagte praksisplasser. Slik bruk av tid på reising og venting får ikke deltakere i programmet igjen innenfor dagens rammeverk.

### Helsepersonells taushetsplikt hindrer avdekking av helseutfordringer

Dårlig informasjonsflyt mellom tjenestene i kommunene, spesielt fra helsepersonell til programrådgivere og lærere på voksenopplæring, gjør tilrettelegging av innhold i introduksjonsprogrammet vanskelig. Viktig helseinformasjon blir ofte ikke tilgjengelig der den trengs (flyktingtjenesten og voksenopplæring), men blir liggende i helsetjenesten på grunn av taushetsplikt og manglende informasjonsutveksling. Dette hindrer tilpasning av programinnholdet og påvirker deltakernes læringsutbytte.

Manglende kunnskap om introduksjonsordningen i helsetjenesten og manglende flyktingefaglig kompetanse gjør også at helsetjenestens bidrag til samarbeid rundt tilrettelegging oppleves som lite hensiktsmessig og lite hjelpsom for flyktingetjenesten og for lærere.

Manglende informasjon og ineffektiv kommunikasjon mellom relevante aktører gjør at flyktninger som kunne ha fått god tilrettelegging ikke får det innenfor rimelig tid. De må dermed delta lengre enn nødvendig i introprogrammet uten tilrettelegging, med sannsynlig dårligere læringsutbytte.

### Utfordringer ved (for) tidlig utforming av individuell plan

Et annet poeng som vi ønsker å dra fram handler om valgene som programdeltakere tar med tanke på Integreringsplanen. Integreringsplanen skal utarbeides før programstart, og før den utarbeides skal deltakerne ha karriereveiledning. Dette medfører at deltakere må ta valg om framtiden sin i Norge på et svært tidlig tidspunkt - før de har fått mulighet til å gjøre seg kjent med det norske utdanningssystemet, arbeidslivet og øvrig samfunnsliv.

Vi finner at flere programdeltakere opplever det som vanskelig å ta slike avgjørelser på et så tidlig stadium, og at de ikke har forutsetninger for å ta slike valg på dette tidspunktet. Dessuten opplever flere ansatte det som nærmest umoralsk å pålegge deltakere å ta slike valg så tidlig.

Problematikken gjelder for programdeltakere både med og uten helseutfordringer. Det kan gjøre seg særlig gjeldende blant flyktninger med helseutfordringer, i og med at mye kan være uavklart på et så tidlig tidspunkt med tanke på å avdekke og diagnostisere helseutfordringer og avklare om de er arbeidsføre.

Vi ønsker derfor å advare mot effektivisering i integreringsarbeidet, dersom det medfører at slike prosesser og valg framskyndes ytterligere.

### Behov for migrasjonsteam, flyktningefaglig kompetanse og tett oppfølging

Flyktingetjenestene ser behov for å ha særskilte tjenester for flyktninger - spesielt for de med helseutfordringer som krever mange forskjellige tjenester, oppfølging og koordinering - for at disse flyktningene også ha så godt utbytte som mulig av introduksjonsprogrammet.

Helsedirektoratet anbefaler også kommunene å opprette tverrfaglige migrasjonshelseteam. Mange komplekse utfordringer, flyktingers manglende systemforståelse tidlig etter bosetting, og behov for tett oppfølging gjør at kommunene opplever det som både ønskelig og nyttig å ha flyktningefaglige team i kommunene. Slike team har bedre mulighet enn de ordinære tjenestene til å følge opp flyktningene på en hensiktsmessig måte og for at de skal få bedre utbytte av introduksjonsprogrammet til tross for helseutfordringer. Uansett er det viktig å merke seg at det ordinære tjenesteapparatet også må ha kompetanse og ressurser til å gi tjenester til flyktninger på sikt.

Vi ønsker også å påpeke at samarbeidet mellom flyktingetjenestene og NAV oppleves som svært viktig, men samtidig som svært utfordrende. NAV-systemet er ofte ikke tilpasset til flyktingenes behov i bosettingstiden eller til kravene i introduksjonsprogrammet. Overgangen til NAV oppleves som vanskelig, og det oppstår en "forvaltningskløft" som har blitt større etter innstramningene i folketrykkløven for flyktninger etter 2021.

Vi anser flyktningefaglig kompetanse, tett oppfølging og samarbeid mellom ulike offentlige etater som svært viktig for å kunne bidra til mer samordnet og målrettet integreringsarbeid innenfor dagens lovverk, med for noen for lite tid til kvalifisering. Vi mener det må tilrettelegges for å gjøre dette mulig i det videre integreringsarbeidet.

### Manglende ansvarliggjøring av det ordinære tjenesteapparatet

Selv om flyktningefaglige team kan oppleves som hensiktsmessig og nyttig, kan det også følge konsekvenser med å konsentrere tjenester i slike team. For eksempel må det ordinære tjenesteapparatet på et tidspunkt overta ansvaret. Dette må skje når kompetansen i et slikt team ikke strekker til når flyktningene for eksempel har for alvorlige helseutfordringer, og seinest når programtiden er over.

Samarbeidet mellom teamet og det ordinære systemet kan være utfordrende på grunn av at dette involverer ofte mange ulike aktører, og fordi det er mangefull flyktningefaglig kompetanse og kunnskap om introduksjonsordningen i det ordinære tjenesteapparatet. Erfaringene fra kommunene viser at det kan være "enkelt" for de ordinære tjenestene å overlate alt arbeid som gjelder flyktninger til disse teamene. Ofte må ansatte i slike team strekke seg veldig langt, og ofte langt over eget kompetanseområde, for å ivareta brukerne sine behov. De ordinære tjenestene fratas dermed muligheten og plikten til å selv opparbeide seg kunnskap om introduksjonsordningen og flyktningefaglig kompetanse, selv om de trenger det på sikt uansett.

Ansatte i kommunene etterspør en overordnet strategi for bosetting av flyktninger, og en diskusjon i hele kommunen omkring hva og hvordan man skal få til at flyktninger blir godt integrert i lokalsamfunnet. De som jobber i flyktingetjenestene og flyktningefaglige team kan oppleve at arbeid med flyktninger ikke har stor nok fokus i resten av kommunen.

Det oppleves som lite bærekraftig for en langsiktig integreringsprosess, utover introduksjonsprogrammet, å konsentrere flyktningefaglig kompetanse til spesielle flyktningefaglige team.

Tatt i betraktning at det er ressurskrevende å opprette team og samarbeidsstrukturer med ordinære tjenester, bør det undersøkes hvorvidt opprettelse av slike team er hensiktsmessig for integreringsprosessen på sikt. Basert på våre funn er behovet for slike team begrunnet i tidspresset og i kravene som introduksjonsordningen og lovverket rundt den skaper.

## Referanser

1. FHI. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn [Internett]. [Oppdatert 26.08.2022]. Tilgjengelig fra: [Helse blant personer med innvandrerbakgrunn - FHI](#)
2. Helsedirektoratet. Tilleggsinformasjon: Særlig forhold som gjelder personer som er fordrevne fra Ukraina [Internett]. [Oppdatert 05.09.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asyloskere-flyktninger-og-familiegjenforente/tillegg#sykdommer-ukraina>
3. Strømme EM, Haj-Jounes J, Hasha W, et al. Health status and use of medication and their association with migration related exposures among Syrian refugees in Lebanon and Norway: a cross-sectional study. BMC Public Health 341(2020).
4. Myklebø S. Arbeidsretting som innovasjonside og praksis. Oversettelse og samarbeid i introduksjonsprogrammet for flyktninger. Høgskulen i innlandet. 2019.
5. Svendsen S, Berg B. Kunnskapsoppsummering om bosetting av flyktninger. NTNU samfunnsforskning. 2018.
6. Berge T, Birkeland P, Havgar H. Særskilt tilrettelegging av norskopplæringen. Kompetanse Norge. 2017.
7. Djuve AB, Pettersen HC. Virker tvang? Erfaringer med bruk av økonomiske sanksjoner i introduksjonsprogrammet for flyktninger. Fafo-rapport 1997:234.
8. Karlsdóttir A., Sigurjónsdóttir HR., Ström Hildestrand Å., Cuadrado A. Policies and measures for speeding up labour market integration of refugees in the Nordic region: A knowledge overview. Stockholm: Stockholm: Nordregio. 2017.





## **Om forskningsprosjektet HelseIntro**

I HelseIntro skal vi frambringe kunnskap og kompetanse som kan brukes i utviklingsarbeid i kommunene. Målet er å bedre forholdene for flyktninger med helseutfordringer i introduksjonsprogrammet, og bedre deres sjanser til å lykkes i arbeidsmarkedet og i samfunnet. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd og varer fra 2021 til utgangen av 2025.

<https://uit.no/project/helseintro>

### **Prosjektleder og kontaktperson på UiT:**

Johanna Laue

[johanna.laue@uit.no](mailto:johanna.laue@uit.no)