



UiT Norges arktiske universitet



Funn og anbefalinger fra HelseIntro (2021-2026)

*– et forskningsprosjekt om flyktninger,
Introduksjonsprogrammet og helseutfordringer.*



Støttet av
Forskningsrådet

Innhold

Oppsummering og anbefalinger	1
1. Bakgrunn, formål og forskningsspørsmål.....	4
1.1 Introduksjonsprogrammet: bakgrunn og relevans for HelseIntro	4
1.2 Prosjektets mål og forskningsspørsmål.....	6
1.3 Teoretiske og faglige utgangspunkt	8
1.4 Prosjektoppbygging.....	11
1.4.1 Studiedesign og metodevalg	11
2. Resultater	22
2.1 Helseutfordringer blant deltakere i introduksjonsprogrammet og deres sammenheng med program- og arbeidslivsdeltakelse	23
2.1.1 Utbredelse av helseutfordringer blant deltakere i introduksjonsprogrammet 23	
2.1.2 Helseutfordringer blant deltakere som ikke oppnår målet ved introduksjonsprogrammet.....	26
2.1.3 Helseutfordringers effekt på deltakelse i arbeidsmarkedet etter fullført introduksjonsprogram.....	30
2.2 Introduksjonsprogrammets sosiale og psykososiale betydning.....	32
2.2.1 Introduksjonsprogrammet som en grunnstein for livet i Norge	32
2.2.2 Introduksjonsprogrammet som brobygger til lokalsamfunnet, en sosial arena og et fellesskap	34
2.3 Nye roller, nye rammer: Kjønn, familie og ungdomsliv i det nye samfunnet.....	38
2.3.1 Kvinner mellom omsorg, helse og programdeltagelse	38
2.3.2 Menn i møte med det norske likestillingssamfunnet.....	46
2.3.3 Ungdom med fluktbakgrunn. Tilhørighet, identitet og hverdagsliv i Nord- Norge	49
2.4 Sted, klima og helse	55
2.4.1 Store avstander og få fritidstilbud	55
2.4.2 Nordnorsk klima og dets betydning for helse og hverdagsliv	57
2.5 Hvordan Integreringsloven legger premisser for deltakere med helseutfordringer 61	
2.5.1 Få tilretteleggingsmuligheter.....	61
2.5.2 Lite reell brukermedvirkning.....	63

2.5.3	Fulltidskravets konsekvenser sett fra ansattes perspektiv	68
2.6	Samarbeid og tjenesteorganisering	72
2.6.1	Utfordringer med avdekking og behandling av helseutfordringer blant programdeltakere	73
	Ressursmangel	73
	Sykdomsforståelse og systemforståelse	74
2.6.2	Kommunikasjon i tverretattlig samarbeid rundt flyktninger med helseutfordringer	77
2.6.3	Tjenesteorganisering i kommunene	81
3.	Om samarbeid med praksisfeltet i Helselntro	86
3.1	Design thinking som samarbeidsbasert forskning.....	86
3.2	Gjennomføring av dialogseminarer basert på design thinking	87
3.3	Erfaringer ved å bruke design thinking i dialogseminarene	89
3.4	Dialogseminarets overraskende element	90
4.	Publikasjoner og formidling	93

Forord

HelseIntro – en studie om helseperspektivet i introduksjonsprogrammet for flyktninger (heretter kalt HelseIntro) er et samarbeids- og kompetanseprosjekt gjennomført i perioden 2021–2026. Prosjektet er et samarbeid mellom UiT Norges arktiske universitet, NORCE, Fafo, Harstad kommune, Senja kommune og Sør-Varanger kommune, og har vært finansiert av Norges forskningsråd. Seks kvinner med fluktbakgrunn har deltatt i prosjektet som forskningsassistenter. Denne rapporten samler kunnskap og resultater fra prosjektperioden.

Prosjektet har vært gjennomført i en periode med betydelige endringer i feltet, blant annet innføringen av Integreringsloven i 2021 og en vesentlig endring i flyktningpopulasjonen etter Russlands fullskalainvasjon av Ukraina. Til tross for disse endringene har det gang på gang vist seg at HelseIntros problemstillinger og funn fortsatt er høyaktuelle.

Jeg ønsker å rette en varm takk til alle som har bidratt til forskningsarbeidet. Først og fremst takker jeg alle som har delt sine erfaringer og gitt oss innsikt i hverdagslivet sitt. Uten dere ville HelseIntro ikke vært mulig. Jeg takker også alle forskere, kommunale representanter og forskningsassistenter for engasjert og verdifullt samarbeid gjennom hele prosjektperioden. For øvrig ønsker jeg også å takke medlemmene av referansegruppen som har alltid stilt opp ved behov. Takk også til kommunikasjonsrådgiver Jan Fredrik Frantzen og prosjektøkonom Julia Pyanchenkova for uvurderlig støtte. Til slutt en spesiell takk til Anje og familien, som disponerte sin hytte som basis for skrivearbeidet slik at denne rapporten kunne ferdigstilles.

AI har blitt brukt i prosessen mot ferdigstilling av rapporten, spesielt til å forenkle språket og korte ned avsnitt. AI har ikke blitt brukt til å genere innhold. Jeg tar fullt ansvar for innholdet i denne rapporten.

Tromsø, 23.06.2026

Johanna Laue, prosjektleder

Prosjektmedarbeidere i HelseIntro

UiT Norges arktiske universitet Johanna Laue, Susanne Rolandsen, Tina Hansen, Bjørn-Eirik Johnsen, Rita Sørly, Vår Mathisen, Anne Ragnhild Grini, Gunn Elin Fedreheim

NORCE Kjærsti Thorsteinsen, Sindre Myhr

Fafo Hanne Kavli og Rebecca Nybru Gleditsch

Kommunale samarbeidspartnere

Harstad kommune: Marianne Vikan, Anne-Torill Drønen

Sør-Varanger kommune: Steinar Johansen

Senja kommune: Hilde Kathrin Larsen Arnesen, Ståle Sigvald Larsen, Grethe Semmingsen og Stina Smetana-Svensen

Forskningsassistenter Juhaina Almama, Hend Attar, Mona Ghanei, Idil Cadey, Cereen Faroun, Rahma Ahmed Mohamed

Kommunikasjonsrådgiver: Jan Fredrik Frantzen



UiT Norge
arktiske universitet



Sør-Varanger
kommune



Harstad kommune
Attraktiv hele livet



SENJA
KOMMUNE



Fafo

N O R C E

Oppsummering og anbefalinger

HelseIntro har undersøkt sammenhengen mellom helse, kvalifisering og integrering for flyktninger i introduksjonsprogrammet, med et særlig blikk på små og mellomstore kommuner i Nord-Norge. Gjennom en kombinasjon av nasjonale registerdata, kvalitative intervjuer med ansatte og programdeltakere, etnografisk feltarbeid og en aksjonsrettet arbeidspakke har HelseIntro bidratt med helhetlig kunnskap, fra beskrivelser og sammenhenger på gruppenivå, det overordnede lowerket til kontekstspesifikke betraktninger og den enkeltes hverdagsliv.

Registerstudiene viser at helseutfordringer er svært utbredt blant personer som har deltatt i introduksjonsprogrammet til og med 2019, og at de særlig er knyttet til muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Analysene tyder videre på at helseutfordringer under programmet henger sammen med lavere sannsynlighet for overgang til arbeid eller utdanning ved programslutt, og at de også har mer langvarige negative effekter på senere arbeidsdeltakelse. Psykiske diagnoser har den sterkeste negative sammenhengen med overgang til arbeid eller utdanning og seinere arbeidslivsdeltakelse.

Det er signifikante forskjeller mellom kjønn med tanke på forekomst av ulike diagnoser og dets påvirkning på overgang til arbeid eller utdanning ved programslutt eller seinere arbeidslivsdeltakelse. Registerstudiene gir dermed et bilde på gruppenivå av at helse er en sentral faktor for kvalifisering og integrering, og av at betydningen av ulike helseutfordringer varierer mellom kvinner og menn.

De kvalitative studiene tyder på at introduksjonsprogrammet fyller en bredere funksjon enn ren kvalifisering. Programmet kan fungere som en sosial arena der relasjoner, felleskap og tilhørighet bygges. Lærerne fremstår som sentrale, ikke bare faglig, men også som omsorgspersoner og bindeledd til lokalsamfunnet.

Der den lokale implementeringen lykkes med dette, ser programmet ut til å ha et betydelig potensial til å motvirke isolasjon og ensomhet, med positive effekter på deltakernes psykiske helse. Funnene peker samtidig på at tilrettelegging er viktig for å motvirke utskrivelse før fullført programtid og for å unngå sosial isolasjon og tap av norskferdigheter.

Funnene tyder videre på at kjønn, alder og familiesituasjon kan ha betydelig innvirkning på hvordan programdeltagelsen og den første tiden i Norge oppleves. Flere kvinner med store omsorgsoppgaver og egne helseutfordringer opplever det som krevende å forene fulltidsdeltakelse med ansvar for barn og husholdning, noe som i noen tilfeller kan føre til utskriving og til at de gir opp egne mål om utdanning og arbeid.

Samtidig er praksiser i hjemmet, som matlaging, ikke bare praktiske oppgaver, men også måter å opprettholde identitet, kontinuitet og omsorg på. I tillegg tar slike praksiser også tid og kan komme i konflikt med tidskrav fra introduksjonsprogrammet.

Flere menn beskriver statusfall, tap av forsørgerrollen og en følelse av å bli oversett, noe som kan virke negativt inn på psykisk helse og livskvalitet. Ungdom kan på sin side måtte navigere mellom familiens forventninger og det nye samfunnets normer, der omsorgsoppgaver både kan være en belastning og en kilde til mening og tilhørighet.

Studiene tyder også på at bosettingssted og klima kan ha betydning for helse og hverdagsliv. Distriktsbosetting kan by på særlige utfordringer for flyktninger med helseutfordringer, blant annet gjennom lang reisevei til helsetjenester og et begrenset kollektivtilbud, noe som kan være både fysisk belastende og tidkrevende og potensielt kan gå ut over progresjon og læringsutbytte.

Få sosiale arenaer og fritidstilbud kan forsterke opplevelsen av isolasjon, og det nordnorske klimaet ser ut til å påvirke helse og livskvalitet både direkte, gjennom kuldens innvirkning på fysiske plager og risiko for fallskader, og mer indirekte, ved at mørketid og vinter kan bidra til psykiske belastninger og redusert sosial deltakelse.

På systemnivå tyder funnene på at det juridiske rammeverket i begrenset grad er tilpasset deltakere med sammensatte og kroniske helseutfordringer. Kravet om fulltidsdeltakelse fremstår som den mest sentrale barrieren og kan utløse en selvforsterkende spiral der sykdom fører til fravær, fravær til stress, og stress til ytterligere forverring av helsen.

Ansatte i flykningstjenestene forsøker å finne løsninger innenfor lovens rammer, men beskriver disse som «tynne» tiltak som sjelden gir tilstrekkelig tilrettelegging, og som i noen tilfeller befinner seg i et juridisk grenseland. Reell brukermedvirkning ser ut til å være vanskelig å oppnå, blant annet fordi viktige valg må tas tidlig i bosettingsfasen, og fordi helse i liten grad inkluderes i integreringsplanene.

Til sist tyder funnene på at det tverretatlige samarbeidet, særlig mellom flykningstjenester og helsetjenester, er preget av flere sammenfallende barrierer. Helseutfordringer avdekkes ofte sent, dels fordi informasjonen fra IMDi ved bosetting ikke alltid er tilstrekkelig detaljert, dels fordi helseutfordringene ofte er sammensatte og i seg selv tidkrevende å avdekke og behandle, og dels fordi manglende systemforståelse blant flyktninger, kulturelle forhold som tabu knyttet til psykisk helse og ressursmangel i helsetjenestene kan forlenge identifiseringsprosessen.

Sen avdekking er særlig problematisk gitt programmets begrensede tidsramme. Informasjonsdeling på tvers av tjenester hemmes av taushetsplikt, manglende IT-løsninger og ulike problemforståelser, og kan føre til dobbeltarbeid og fragmentert oppfølging. Samlokaliserte tverrfaglige team ser ut til å kunne redusere flere av disse

utfordringene. Et gjennomgående funn er likevel at tjenester med særskilt ansvar for flyktninger i kommunene opplever å bære et uforholdsmessig stort ansvar, også for oppgaver som prinsipielt tilhører de ordinære tjenestene.

Samlet sett tegner registerdata og kvalitative data et bilde av at helse, kvalifisering og integrering henger tett sammen, og av at dagens introduksjonsprogram i for liten grad er innrettet mot deltakere med sammensatte helseutfordringer og omfattende omsorgsansvar.

Mens registerstudiene viser at helseutfordringer er forbundet med svakere overgang til arbeid og utdanning på gruppenivå, gir de kvalitative studiene innsikt i hvordan kravet om rask og fulltidsbasert progresjon kan komme i konflikt med den enkeltes helse, livssituasjon og mulighet til reell deltakelse.

På bakgrunn av dette løfter vi frem følgende overordnede anbefalinger:

- Det bør etterstrebes å identifisere helseutfordringer hos programdeltakere så tidlig som mulig, men det må også bli økt forståelse for at spesielt sammensatte helseutfordringer er tidkrevende å identifisere og følge opp.
- Helse bør gis en mer eksplisitt plass i integreringsplanen og i arbeidet med den.
- Programmet bør gjøres mer fleksibelt for deltakere med sammensatte behov, blant annet ved at deltidsdeltakelse og fleksibel progresjon utredes som reelle alternativer i lys av prinsippene for et inkluderende arbeidsliv.
- Tiltak bør være sensitive for kjønn og familiesituasjon, slik at det blant annet legges bedre til rette ved graviditet og omsorgsansvar, og slik at menns psykososiale utfordringer i bosettingsfasen møtes mer eksplisitt.
- Den sosiale og potensielt helsefremmende funksjonen til introduksjonsprogrammet, og lærernes rolle som omsorgspersoner og bindeledd til lokalsamfunnet, bør anerkjennes og forankres strukturelt, slik at den ikke overlates til den enkelte ansattes initiativ.
- Det tverretatlige samarbeidet bør styrkes, fortrinnsvis gjennom samlokaliserte tverrfaglige team med helsepersonell eller faste møtepunkter mellom tjenestene, og gjennom bedre løsninger for informasjonsdeling.
- Endelig bør ansvarsfordelingen mellom flyktningsspesifikke og ordinære tjenester vurderes nærmere, med sikte på en organisering som både ivaretar behovet for tett oppfølging den første tiden etter bosetting og sikrer kontinuitet for de mest sårbare når den intensive oppfølgingsfasen er over.

1 Bakgrunn, formål og forskningsspørsmål

Prosjektet har blitt utviklet gjennom flere år, først og fremst gjennom UiTs nettverk MigraNord (UiT Norges arktiske universitet, u.å.), som hadde som formål å styrke dialogen mellom forskere og praksisfeltet om problemstillinger knyttet til innvandring og migrasjon i en nordnorsk kontekst. Prosjektets endelige fokus – betydningen av helse for deltakelse i introduksjonsprogrammet for flyktninger – er forankret i praksisfeltet gjennom førstehåndserfaringer fra ulike ansatte i tjenestene som deltok på seminarer arrangert av MigraNord. På bakgrunn av disse erfaringene utviklet forskere først et forprosjekt og deretter det endelige prosjektet, som begge fikk støtte fra Norges forskningsråd. I det følgende introduserer vi kort introduksjonsprogrammet og gir en kort beskrivelse av HelseIntro sin bakgrunn. Deretter gjør vi rede for prosjektets formål og den faglige bakgrunnen.

1.1 Introduksjonsprogrammet: bakgrunn og relevans for HelseIntro

Introduksjonsprogrammet er den norske statens sentrale virkemiddel for integrering av flyktninger. Programmet ble etablert gjennom introduksjonsloven i 2003 og erstattet av integreringsloven i 2021, og har som mål å gi deltakerne grunnleggende norskferdigheter, kunnskap om det norske samfunnet og arbeidsrettet kvalifisering (Integreringsloven, 2021). Alle flyktninger mellom 18 og 55 år har både rett og plikt til å delta, og deltakelse er knyttet til økonomiske ytelser (Integreringsloven, 2020).

Programmet er heltidsbasert og helårlig, og varer i dag typisk mellom tre måneder og tre år, med begrensede muligheter for forlengelse. Dette innebærer en innstramming sammenlignet med tidligere lovgivning, som åpnet for forlengelse opp til fem år. En større andel av deltakerne mottar nå kortere programmer (Tyldum et al., 2024).

Deltakerne har rett til individuell tilrettelegging, herunder mulighet til å erstatte arbeidsrettede aktiviteter med helsefremmende tiltak som behandling eller rehabilitering. Kommunene er pålagt å starte opp introduksjonsprogrammet så snart

som mulig etter bosetting, og senest tre måneder etter bosetting (Integreringsloven, 2021).

Det er et mål at 70 % av deltakerne skal være i lønnet arbeid eller utdanning innen ett år etter fullført program. Det er kjent at utdanningsbakgrunn, alder og kjønn er faktorer som påvirker i hvilken grad deltakerne går over til arbeid eller utdanning (Lunde, 2024). Det er blant annet kjønnsforskjeller, med færre kvinner som når regjeringens mål om overgang til arbeid eller utdanning. Dette er bakgrunnen for at HelseIntro har et særskilt fokus på kvinner.

Resultater fra et forprosjekt pekte på flere barrierer som hemmer deltakelse i introduksjonsprogrammet. Dette inkluderer utfordringer med samarbeid på tvers av offentlige tjenester, et lite fleksibelt juridisk rammeverk, vanskeligheter med å involvere flyktninger i utarbeidelsen av individuelle planer tilpasset helsebehov, samt manglende samsvar mellom de høye kravene i introduksjonsprogrammet og de daglige utfordringene flyktninger med helseproblemer ofte står overfor. Konsekvensene kan være legemeldt fravær og frafall fra programmet.

Tiltak for å forbedre effektiviteten av introduksjonsprogrammet, som «Hurtigsporet», har vist seg å primært ha støttet ressurssterke flyktninger med betydelig utdanningsbakgrunn og personlige ressurser (Fedreheim, 2021).

Samlet sett var bakgrunnen for HelseIntro at introduksjonsprogrammet, ikke treffer alle deltakere like godt. Eksisterende tiltak har i stor grad kommet ressurssterke flyktninger til gode, mens flyktninger med helseproblemer og særlig kvinner fortsatt møter betydelige barrierer for deltakelse og progresjon. På denne bakgrunnen hadde HelseIntro som overordnet mål å forstå sammenhengen mellom helse og programdeltakelse, og å bidra med kunnskap som kan støtte kommunene i å legge bedre til rette for flyktninger med helseproblemer i introduksjonsprogrammet.

1.2 Prosjektets mål og forskningsspørsmål

HelseIntro bygger på kunnskap om at flyktninger har høyere forekomst av og risiko for ulike helseutfordringer sammenlignet med befolkningen for øvrig, og på erfaringer fra praksisfeltet som tyder på at disse helseutfordringene kan gi dårligere utbytte av introduksjonsprogrammet og i konsekvens kan forsterke ulikhet, marginalisering og segregering.

HelseIntro's hovedmål var derfor å bidra med kunnskap som kan belyse sammenhenger mellom helse, kvalifisering og integrering og som kan være nyttig for forskere, beslutningstakere og kommuner.

Denne kunnskapen skal på kort og lang sikt bidra til bedre forhold for flyktninger med helseutfordringer i introduksjonsprogrammet, og styrke deres muligheter for å lykkes i arbeidslivet og samfunnet.

De spesifikke målene med prosjektet har vært

- Å forstå sammenhengen mellom ulike typer helseutfordringer og risiko for frafall fra introduksjonsprogrammet og arbeidsledighet.
- Å forstå prosessene på kommunalt nivå og individ-/familienivå som kan føre til at flyktninger med helseutfordringer ikke får fullt utbytte av programdeltagelse.
- Å forstå hvordan flyktninger kan bli mer involvert i beslutningsprosesser om tilpasninger i introduksjonsprogrammet.
- Å identifisere spesielle behov hos flyktningkvinner (med helseproblemer eller som omsorgspersoner for syke familiemedlemmer).
- Å støtte strategisk arbeid i tre nordnorske kommuner knyttet til integrering av flyktninger med helseproblemer.
- Å formidle prosjektets resultater til relevante målgrupper lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

De fire første målene er operasjonalisert gjennom prosjektets fire empiriske arbeidspakker. Tabellen nedenfor viser hvilke forskningsspørsmål som er knyttet til hver arbeidspakke. Mål 6 som er operasjonalisert i arbeidspakke 5 er ikke omtalt i denne rapporten.

Prosjektets forskningsspørsmål:

Hvordan kan flyktninger med helseutfordringer få bedre utbytte av deltakelse i introduksjonsprogrammet?

Arbeidspakke	Forskningsspørsmål
1	Er helseutfordringer, og hvis ja hvilke, forbundet med økt risiko for frafall fra introduksjonsprogrammet og senere arbeidsledighet?
2	Hvilke barrierer skaper helseutfordringer for deltakelse i introduksjonsprogrammet? Hva er flyktningenes erfaringer med tilpasning av programmet og deres involvering i beslutninger om programtilpasning? Hvordan hemmer eller fremmer det juridiske rammeverket kommunenes arbeid med programtilpasning?
3	Hva er hverdagsutfordringene til familier der én eller flere har helseutfordringer, og hvordan påvirker dette deltakelsen i programmet? Hvordan påvirker deltakelse i programmet hverdagen til barn og unge i flyktningfamilier? Hvordan er situasjonen for kvinner med helseutfordringer eller med syke ektefeller og barn når det gjelder deltakelse i introduksjonsprogrammet?
4	Hvordan kan samarbeid på tvers av tjenester og brukerinvolvering i programtilpasning for flyktninger med helseutfordringer forbedres? Hva kan være alternative løsninger for å unngå sykemeldinger og frafall fra introduksjonsprogrammet for flyktninger med helseutfordringer?

1.3 Teoretiske og faglige utgangspunkt

I Norge og Skandinavia er integrering i stor grad forstått som deltakelse i arbeidslivet, og introduksjonsprogrammet er det sentrale statlige virkemiddelet for å forberede nyankomne flyktninger på å bli selvforsørgende (Integreringsloven, 2020). Denne koblingen mellom integrering og arbeid er imidlertid omdiskutert (Fernandes, 2015). Vi har tatt utgangspunktet i at deltakelse i introduksjonsprogrammet er en del av en toveis integreringsprosess der ansvaret ikke utelukkende kan legges på den enkelte flyktning (Ager & Strang, 2008). Vellykket integrering forutsetter at aktørene som omgir flyktningen, som for eksempel ansatte i flyktningtjenesten, helsepersonell, lærere og arbeidsgivere, aktivt bidrar til å skape betingelser for deltakelse. Dette er særlig viktig fordi disse aktørene, i kraft av sin rolle som det Lipsky kaller «bakkebyråkrater» (Lipsky, 1980), i praksis er de som oversetter politiske intensjoner til konkrete avgjørelser i møte med den enkelte deltaker. Uten kunnskap om hvordan disse aktørene forstår og håndterer helseutfordringer hos flyktninger, ville bildet av hva som hemmer og fremmer programdeltagelse forblitt ufullstendig.

Ansatte i kommunale tjenester, eller «bakkebyråkratene», befinner seg imidlertid i en krevende posisjon. De må kontinuerlig balansere mellom systemets krav og den enkeltes behov (Lipsky, 1980). I HelseIntro var vi særlig opptatt av å forstå hvordan denne balansegangen utspiller seg når deltakere har helseutfordringer, og i hvilken grad flyktningene selv involveres i beslutninger om tilpasning av programmet.

God helse kan sees på som en forutsetning for å håndtere hverdagens krav og utnytte egne ressurser (Venkatapuram, 2013). Psykiske lidelser er utbredt blant flyktninger og opptrer ofte sammen med fysiske tilstander som kroniske smerter og hjerte- og karsykdommer (WHO, 2022). Belastninger etter bosetting inkludert diskriminering og sosioøkonomisk stress kan opprettholde eller forverre psykisk uhelse (Hynie, 2018). For kommunale tjenester innebærer dette at de må forholde seg til et sammensatt bilde av migrasjonsrelaterte, sosiale og medisinske utfordringer hos den enkelte deltaker. Slike helseproblemer kan være diffuse, vanskelige å sette ord på og utfordrende å diagnostisere i en kompleks kulturell og institusjonell kontekst.

Vi har tatt utgangspunkt i to teoretiske perspektiver for å ramme inn sammenhengen mellom helse og programdeltagelse. Teorien om allostatisk belastning (Beckie, 2012) belyser hvordan akkumulert, kronisk stress som diskriminering, omorganisering av familieroller og det å navigere i et nytt samfunn over tid kan svekke kroppens reguleringsevne og øke sykdomsrisikoen. Selve deltakelsen i introduksjonsprogrammet kan i seg selv utgjøre en slik belastning (Djuve et al., 2017). Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1987) supplerer dette ved å rette oppmerksomheten mot mestringsressurser. Han påpeker at det er ikke utfordringene i seg selv, men den enkeltes evne til å forstå, håndtere og tillegge dem mening, som avgjør hvordan de påvirker helsen. Sosiokulturell bakgrunn og tidligere livserfaringer er avgjørende for denne prosessen. Begge teoriene er særlig relevante for å forstå konsekvensene av såkalt postmigrasjonsstress. Med postmigrasjonsstress menes belastninger som oppstår eller vedvarer etter ankomst til vertslandet, for eksempel diskriminering, omorganisering av familieroller, språkbarrierer, sosial isolasjon og materielle vansker (Al-Baldawi, 2018, Hynie, 2018). Ifølge teorien om allostatisk belastning kan slike vedvarende stressfaktorer akkumulere og gi fysiologiske helsekonsekvenser over tid. Antonovsky minner oss samtidig om at den samme belastningen kan oppleves og håndteres svært ulikt avhengig av den enkeltes ressurser og livsbakgrunn. Når selve deltakelsen i introduksjonsprogrammet kommer på toppen av disse belastningene (Djuve et al., 2017), kan det samlede presset bli uforenlig med kravet om rask arbeidsmarkedsintegrering. Dette er bakgrunnen til at vi i HelseIntro var åpne for at «suksess» ikke alltid speiler myndighetenes forventning om arbeidslivsdeltakelse, men kan ha ulikt innhold for ulike programdeltakere.

Introduksjonsprogrammet adresserer ikke bare eksplisitte mål om overgang til arbeid og utdanning, men også et mer implisitt mål om at flyktninger skal bli aktive, selvforsørgende borgere fremfor å bli eller forbli passive mottakere av sosiale tjenester. Dette er tett knyttet til begrepet myndiggjøring. I HelseIntro følger vi Fernandes som understreker at myndiggjøring også forutsetter at vertslandene legger betingelse til rette for at flyktninger kan ta ansvar og kontroll over eget liv (Fernandes, 2015). Vi var derfor opptatt av hvilke betingelser, inkludert det juridiske rammeverket, har hvilke konsekvenser for flyktninger med helseproblemer og deres programdeltakelse.

Referanser

- Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Beckie, T. M. (2012). A systematic review of allostatic load, health, and health disparities. *Biological Research for Nursing*, 14(4), 311–346. <https://doi.org/10.1177/1099800412455688>
- Al-Baldawi, R. (2018). Familjestruktur i en förändrad miljö. *Fokus på familien*, 46(2). <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487>
- Djuve, A. B., Kavli, H. C., Braanen Sterri, E., & Bråten, B. (2017). *Introduksjonsprogram og norskopplæring: Hva virker for hvem?* Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2017/20639.pdf>
- Fedreheim, G.E. (2021). En polycystudie av et tiltak for å få flyktninger hurtig i arbeid: «Hurtigsporet ble importert fra Sverige, men kom til Norge for å dø!». In A. A. Kane & Ø Spjelkavik (eds.), *Arbeidsinkludering, læring og innovasjon i NAV*. (pp. 163–190). Orkana. QA: Arbeidsinkludering, læring og innovasjon i NAV – Orkana Forlag
- Fernandes, H. G. (2015). (Dis)empowering new immigrants and refugees through their participation in introduction programs in Sweden, Denmark and Norway. *Journal of Immigrant and Refugee Studies*, 13(3), 245–264. <https://doi.org/10.1080/15562948.2015.1045054>
- Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- Integreringsloven. (2020). *Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-11-06-127>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Lunde, H. (2024, 23. september). *To av tre i arbeid eller utdanning etter endt introduksjonsprogram*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/utdanning/voksenopplaering/statistikk/introduksjonsordningen-for-nyankomne-innvandrere/artikler/to-av-tre-i-arbeid-eller-utdanning-etter-endt-introduksjonsprogram>
- UiT Norges arktiske universitet. (u.å.). *MigraNord*. Hentet 04.06.2026 fra <https://uit.no/research/migranord>
- Venkatapuram, S. (2013). Health, vital goals, and central human capabilities. *Bioethics*, 27(5), 271–279. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01953.x>
- World Health Organization. (2022). World report on the health of refugees and migrants. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>

1.4 Prosjektoppbygging

HelseIntro er finansiert av Norges forskningsråd innenfor kategorien kompetanse- og samarbeidsprosjekter. Dette innebærer at et sentralt mål er å utvikle kunnskap i tett samarbeid med praksisfeltet, slik at resultatene kan tas i bruk direkte av aktører utenfor akademien. HelseIntro bygger derfor på prinsipper for deltakende forskning (Bergold & Thomas, 2012). Tre kommuner (Harstad, Senja, Sør-Varanger) har vært offisielle samarbeidspartnere, og seks kvinner med fluktbakgrunn har vært ansatt som forskningsassistenter.

Prosjektets empiriske fokus er på små til mellomstore kommuner i Nord-Norge. Dette fokuset er valgt fordi de har sammenlignbare størrelser og fordi de deler geografisk og klimatisk kontekst, herunder begrenset tilgang til spesialisthelsetjenester, kaldt klima og relativt ekstreme lysforhold som kan særskilt relevans for både helse og integrering. Prosjektet bidrar dermed med kunnskap om innvandring og helse i Nord-Norge.

1.4.1 Studiedesign og metodevalg

Studiedesignet og den tematiske inndelingen er inspirert av Bronfenbrenners (1979) økologiske modell for menneskelig utvikling. Modellen plasserer individet i sentrum og understreker sammenhengen mellom ulike systemer, fra det nære familie- og hverdagslivet til det overordnede lovverket og samfunnsstrukturen. Dette har gitt oss en ambisjon om å se arbeidspakkene i sammenheng, slik at kunnskap fra de ulike nivåene kan informere hverandre og, samlet med erfaringsbasert kunnskap fra samarbeidspartnere og forskningsassistenter, gi et mest mulig helhetlig bilde av problemstillingen.

HelseIntro har en tverrfaglig og tverrmetodisk tilnærming som kombinerer kvantitative og kvalitative metoder. Arbeidspakkene (AP) representerer ulike kontekster og analysenivåer:

- En kvantitativ analyse av registerdata på nasjonalt nivå (AP1).
- Utforskende kvalitative studier som adresserer systemnivået i kommunene (AP2) og familie- og hverdagslivskonteksten (AP3).
- En arbeidspakke inspirert av aksjonsforskning og basert på prinsipper av Design Thinking (AP4), som har som mål å initiere endring.

I det følgende gjør vi rede for metodene i de ulike arbeidspakkene.

Arbeidspakke 1

Er helseutfordringer, og hvis ja hvilke, forbundet med økt risiko for frafall fra introduksjonsprogrammet og senere arbeidsledighet?

I arbeidspakke 1 kombinerte vi data fra ulike registre for å se nærmere på hvordan helseutfordringer i introduksjonsprogrammet påvirker overgang til arbeid eller utdanning ved programslutt og arbeidsdeltakelse på sikt.

Register og utvalg

Utvalget består av alle deltakere i introduksjonsprogrammet i tidsrommet 2005-2020, der data fra «kommune-stat-rapportering» (KOSTRA) i perioden 2005-2016 og «Nasjonalt introduksjonsordning» (NIR) i perioden 2017-2020 ble brukt for å identifisere deltakere. Datamaterialet om deltakelse i IP inneholder informasjon om tiltak, deltakerkommune, introduksjonsstønad, startdato, sluttdato og avslutningskode/status ved årsskiftet. Fra databasen «Kontroll og utbetaling av helserefusjon» (KUHR) har vi opplysninger om besøk i primærhelsetjenesten i tidsperioden 2006-2020, dette inkluderer også diagnoser satt ved besøk. Fra Navs AA-register (2005-2014), Lønns- og trekkoppgaveregister og A-ordningen (2015-2020) har vi informasjon om arbeid etter endt introduksjonsprogram.

Data fra Statistisk sentralbyrås befolkningsregister gir opplysninger som alder, kjønn, fødeland og andre bakgrunnsopplysninger.

Datamaterialet ga god informasjon om inntekt og arbeid etter endt introduksjonsprogram, men inneholdt ikke opplysninger om deltakernes eventuelle videre utdanningsløp.

Innledningsvis har vi koblet sammen registerdata for rundt 83 000 flykninger med besøk i primærhelsetjenesten for alle introdeltakere i perioden 2006-2020.

Tabell 1 viser beskrivende statistikk med utgangspunkt i registerdataene for deltakerne som deltok i introduksjonsprogrammet i tidsperioden 2005 og 2020. Totalt var det 82988 individer, med litt flere menn enn kvinner.

Tabell 1. Deskriptiv statistikk for deltakere i introduksjonsprogrammet i perioden 2005 og 2020.

	N (%)	M	SD	Median	Min	Max
Kjønn						
Menn	46 637 (56,2)					
Kvinner	36 351 (43,9)					
Alder ved oppstart	82 988	30,82	8,87	29	18	76
Sivilstatus						
Ugift	27 713 (33,4)					
Gift	39 764 (47,9)					
Enke	1577 (1,9)					
Skilt	5588 (6,7)					
Separert	3839 (4,6)					
Ukjent sivilstatus	4507 (5,5)					
År bodd i Norge	82 981	7,98	4,64	7	1	40
Fødeland – antall (andel)						
Eritrea	18935 (22,8)					
Somalia	15684 (18,9)					
Syria	11801 (14,2)					
Afghanistan	6011 (7,2)					
Irak	4659 (5,6)					
Etiopia	3435 (4,1)					
Iran	3042 (3,7)					
Sudan	3039 (3,7)					
Myanmar	2187 (2,6)					
Andre	14195 (9,0)					
Antall deltakere	82988					

Arbeidspakke 2

Hvilke barrierer skaper helseutfordringer for deltakelse i introduksjonsprogrammet?

Hva er flyktingenes erfaringer med tilpasning av programmet og deres involvering i beslutninger om programtilpasning?

Hvordan hemmer eller fremmer det juridiske rammeverket kommunenes arbeid med programtilpasning?

Arbeidspakke 2 hadde som formål å gi en dypere forståelse av sammenhengen mellom programdeltakelse og helseutfordringer. Med utgangspunkt i perspektivene til ansatte i relevante kommunale tjenester har arbeidspakken undersøkt hvordan juridiske rammeverk, tjenesteorganisering og tverrprofesjonelt samarbeid henholdsvis hemmer og fremmer deltakelse for flyktninger med helseutfordringer. I tillegg har vi utforsket flyktingenes egne erfaringer med å kombinere helseutfordringer og deltakelse i introduksjonsprogrammet.

Datagrunnlaget

Vi gjennomførte 24 individuelle intervjuer med ansatte i de tre samarbeidende nordnorske kommunene (23 personer, hvorav én ble intervjuet to ganger), ett fokusgruppeintervju med 4 kommunalt ansatte, og 12 individuelle intervjuer med tidligere deltakere i introduksjonsprogrammet. Semistrukturerte intervjuer ble valgt fordi denne tilnærmingen gir fleksibilitet til å følge opp informantenes egne perspektiver, samtidig som sammenlignbarhet på tvers av intervjuer ivaretas (Kvale & Brinkmann, 2015).

De ansatte som ble intervjuet, representerte ulike offentlige instanser, inkludert flykningtjenestene (med ulike stillinger), voksenopplæring, NAV, helsesektoren (flyktingleger, sykepleiere, fastleger og en kommuneoverlege) og arbeidsgivere med deltakere fra introduksjonsprogrammet i arbeidstrening. Dette bidro til variasjon i hvilke arenaer og situasjoner informantene møtte flyktingene, samt hvilke roller de spilte i flyktingenes liv.

Intervjuene med tidligere programdeltakere inkluderte seks menn og seks kvinner i alderen fra midten av 20-årene til rundt 60 år, med ulike nasjonaliteter, men

hovedsakelig fra land i Midtøsten og Nord-Afrika. De fleste var kvoteflyktninger, mens noen hadde kommet gjennom familiegjenforening. Asylsøkere ble ikke inkludert i utvalget ettersom denne gruppen ikke har rett til å delta i introduksjonsprogrammet. Utvalget ble strategisk sammensatt for å sikre bredde i type helseutfordringer og erfaringer med programdeltakelse.

Rekruttering

Samarbeidskommunene bidro til rekrutteringen gjennom sine nettverk, særlig for deltakere i introduksjonsprogrammet. Et sentralt inklusjonskriterium var at deltakerne hadde erfaring med helseutfordringer som hadde påvirket deres deltakelse i programmet. De fleste mulige deltakerne samtykket til deltakelse, mens et mindretall av slo eller ikke responderte uten at dette vurderes å ha påvirket utvalgets sammensetning i stor grad.

Ukrainske flyktninger er underlagt særskilt lovgivning (Utlendingsloven, 2008, § 34) og deltar i et separat introduksjonstilbud. De er derfor ikke inkludert i studien.

Datainnsamling

Semistrukturerte intervjuer med ansatte i kommunene ble gjennomført vinteren og våren 2022, mens en fokusgruppediskusjon med utvalgte ansatte ble gjennomført høsten 2022 for å utdype temaer som ikke ble dekket tilstrekkelig i de individuelle intervjuene (særlig 'brukermedvirkning'). Intervjuer med deltakere i introduksjonsprogrammet ble gjennomført fra vinteren 2022 til våren 2023.

Intervjuene varte fra 40 minutter til to timer. Ansatte ble intervjuet på sine kontorer, mens deltakere i introduksjonsprogrammet ble intervjuet på leide lokaler eller andre steder utenfor myndighetsrelaterte kontekster, for å ivareta konfidensialitet og skape tryggest mulige rammer for samtalen. Kun ett intervju ble gjennomført i en deltakers hjem av praktiske årsaker.

Intervjuene med ansatte ble holdt på norsk, mens intervjuer med deltakere i introduksjonsprogrammet ble gjennomført på deres morsmål med kvalifiserte tolker fra Nasjonalt tolkeregister. Vi tilstrebet å kun bruke tolker på kvalifikasjonsnivå A eller B. For å styrke konsistensen i oversettelsen ble samme tolk (nivå A) benyttet i omtrent

halvparten av intervjuene. I de øvrige intervjuene ble det brukt andre tolker fra samme register. Vi er bevisste på at tolking ikke er en nøytral prosess, men innebærer fortolkning og seleksjon, og vi har søkt å imøtekomme dette ved å gjennomgå tolkede passasjer kritisk i analysen. Alle intervjuer ble tatt opp og transkribert.

Intervjuguider ble utarbeidet i tråd med forskningsspørsmålene og inkluderte åpne spørsmål for å gi deltakerne mulighet til å dele sine erfaringer med minst mulig føringer fra intervjueren. Tre av fire forskere gjennomførte intervjuene, og alle brukte samme intervjuguide i henholdsvis intervjuene med ansatte og programdeltakere.

Analyse

Dataene ble analysert i flere trinn, i tråd med en induktiv og temasentrert tilnærming. Først gjennomførte alle medlemmene av arbeidspakken en kollektiv kvalitativ analyse (Eggebo, 2020). Formålet var å skaffe seg en systematisk oversikt over det omfangsrike materialet og identifisere sentrale temaer på tvers av intervjuene. Den kollektive analysen bidro til å teste individuelle tolkninger mot kollektiv faglig vurdering og utnytte forskernes ulike faglige perspektiver.

Basert på den kollektive analysen ble sentrale temaer identifisert, og to forskere kodet deretter materialet i NVivo etter et forhåndsavtalt kodeskjema, med åpning for induktiv koding dersom nye analytiske temaer fremkom. NVivo ble benyttet som et organiserings- og søkeverktøy, uten at programvaren i seg selv stod for den analytiske fortolkningen. Deretter arbeidet enkeltforskere videre med avgrensede problemstillinger med sikte på vitenskapelige artikler, og benyttet analysemetoder tilpasset de respektive forskningsspørsmålene som ble søkt å bli besvart i de respektive artiklene.

Arbeidspakke 3

Hva er hverdagsutfordringene til familier der én eller flere har helseutfordringer, og hvordan påvirker dette deltakelsen i programmet?

Hvordan påvirker deltakelse i programmet hverdagen til barn og unge i flyktningfamilier?

Hvordan er situasjonen for kvinner med helseutfordringer eller med syke ektefeller og barn når det gjelder deltakelse i introduksjonsprogrammet?

Arbeidspakke 3 var delt i to delstudier, som vi omtaler i det følgende som «Kvinnestudien» og «Ungdomsstudien». Der AP2 retter søkelyset mot systemnivået, setter AP3 individet og familien i sentrum.

«Kvinnestudien»

Kvinnestudien hadde som formål å utforske hverdagslivet til flyktningkvinner med helseutfordringer som deltok i introduksjonsprogrammet i små nordnorske kommuner. Gjennom etnografisk feltarbeid med deltagende observasjon og dybdeintervjuer har vi søkt å forstå hvordan tre kvinner subjektivt erfarte kombinasjonen av å ha helseutfordringer og delta i programmet, og hvordan dette preget hverdagslivet deres som nyankomne i to nordnorske kommuner.

Utvalg og rekruttering

Studien inkluderer tre kvinner med ulike bakgrunner, helseutfordringer og erfaringer med introduksjonsprogrammet. Ansatte i samarbeidskommunene bidro til rekrutteringen, som foregikk i perioder fra vinteren 2022 til våren 2023. Hovedkriteriet for deltagelsen var at de skulle ha helseutfordringer som påvirket programdeltagelsen. To av de forespurte kvinnene takket ja til å delta, mens en avslo. Etter at feltarbeidet var påstartet ble en tredje kvinne med helseutfordringer som deltok i introduksjonsprogrammet deltaker i studien.

I den følgende presentasjonen av deltakerne har vi gitt de fiktive navn som kvinnene selv har valgt.

Salima, 50 år, fra Syria, var enslig mor til syv barn etter at hun mistet mannen sin under krigen. Hun hadde bodd åtte år i en flyktningleir i Libanon før hun og fem av barna kom til Nord-Norge som kvoteflyktninger. Hun var i sitt første år av introduksjonsprogrammet da hun takket ja til studiedeltakelse. Salima hadde fullført videregående skole og arbeidet som klesdesigner, men slet med sterke smerter, muskelspenninger, søvnløshet og store bekymringer for en sønn som fortsatt befant seg i krigssoner i Syria.

Reima, 53 år, fra Afghanistan, var enke og mor til syv barn. Hun hadde bodd flere år i Pakistan før én av sønnene klarte å komme til Nord-Norge, og resten av familien kom senere gjennom familiegjenforening. Hun var i sitt andre år av introduksjonsprogrammet og hadde bodd i kommunen i to og et halvt år ved studiestart. Reima hadde ingen formell utdanning og kunne verken lese eller skrive, men hadde arbeidserfaring fra en teppefabrikk. Hun slet med rygg smerter og bekymringer for en sønn som fortsatt var i Iran.

Zhara, 27 år, fra Afghanistan, var gift og mor til to barn i barnehagealder. Hun vokste opp i Iran og kom til Norge gjennom familiegjenforening åtte år før vi møttes. De første årene i Norge var preget av usikkerhet knyttet til oppholdsstatus. Hun var i sitt siste år av introduksjonsprogrammet da hun ble med i studien, og slet med depresjon, søvnløshet og stressrelaterte plager.

Datainnsamling

Det ble gjennomført etnografisk feltarbeid i perioden mai 2022 til juni 2023, med 12 feltbesøk på mellom to og sju dager på to de ulike steder der kvinnene bodde. En forsknings assistent bidro som refleksjonspartner og oversatte viktige ord og begreper. Under besøkene fulgte forskeren kvinnene i introduksjonsprogrammet på dagtid, og tilbrakte kvelder og helger i hjemmene deres.

Utgangspunktet for den etnografiske studien var å samle kvinnes livshistorier, men kvinnene syntes det var vanskelig å snakke om fortiden, og spente seg opp under dybde intervjuene, og dette ble forsterket når tolk var til stede. Det var på kjøkkenet kvinnene slappet de av, da åpnet samtalene seg, og uformelle utvekslinger fløt lettere med Google

Translate eller familiemedlemmer som tolket. Dette metodiske skiftet ga tilgang til erfaringer og andre type fortellinger som formelle intervjuer ikke fanget opp, der det å gjøre ting sammen ble en sentral inngang til samtale og innsikt.

Materialet består videre av samtaler med ansatte, lærere og andre deltakere i introduksjonsprogrammet, samt fotografier og tegninger fra deltakerne. Alle intervjuer ble tatt opp, transkribert og anonymisert. Feltnotater ble skrevet ned daglig under feltarbeidet.

Analyse

Datamaterialet ble organisert i en tabell der materialet knyttet til de tre kvinnene ble sortert kronologisk, i tråd med feltarbeidets forløp. Gjennom gjentatte gjennomlesninger utkrystalliserte temaer seg gradvis, en prosess som beskrives som abduksjon (Hammersley & Atkinson, 2019; Madden, 2017), der lesingen styres av et ønske om å oppdage det mest betydningsfulle i materialet. Nye analytiske innsikter fremkom i skjæringspunktet mellom deltakernes egne utsagn, erfaringer fra den deltagende observasjonen, kontekstuell kunnskap, forskningsspørsmålet og teoretiske rammeverket som ble brukt til de tre vitenskapelige artiklene som var planlagt basert på dette materialet. Relevante temaer ble markert og sammenlignet på tvers av de tre kvinnene, og likheter, ulikheter og kontraster ble løftet frem.

«Ungdomsstudien»

Ungdomsstudiens mål har vært å bidra med kunnskap om hva ungdom opplever som viktig for å oppnå et godt hverdagsliv på en ny hjemplass etter flukt.

Forskningsspørsmålene som har styrt arbeidet har vært hvordan dagliglivet oppleves for ungdommene, og hvordan introduksjonsprogrammet påvirker hverdagen til ungdom i flyktningfamilier.

Rekruttering

Studien inkluderte semistrukturerte intervjuer med 12 ungdommer i alderen 16–20 år med tidligere flyktningbakgrunn, hvorav fire gutter og åtte jenter fra Midtøsten og Afrika.

Alle var bosatt i små distriktskommuner i Nord-Norge med sine familier, og botiden i Norge varierte fra ett til seks år. Deltakerne ble rekruttert gjennom kontaktpersoner i samarbeidskommunene som hadde kjennskap til familiene og ungdommene. Kontaktpersonene formidlet muntlig og skriftlig informasjon om studien til mulige deltakere. Ved første møte ble samtykkeskjema gjennomgått, og det ble presisert at deltakelse var frivillig og at ungdommene kunne trekke seg når som helst uten å oppgi grunn.

Datainnsamlingen

Dataene ble samlet inn i to faser.

I fase 1, høsten 2021 og våren 2022, ble intervjuene gjennomført som fysiske møter der deltakerne selv valgte sted. Ti intervjuer fant sted i flyktningtjenestens lokaler, mens ett søskenpar ønsket intervju hjemme med mor til stede. De fleste intervjuene ble gjennomført på norsk, og kun i ett tilfelle var tolk til stede. Ved behov ble engelske begreper benyttet for å sikre felles forståelse, og dialogen ble støttet av gestikulering, kroppsspråk og tydelig tale. En tematisk intervjuguide strukturerte samtalen, med fokus på ungdommenes erfaringer med flukt, ankomst og bosetting i små arktiske kommuner. Temaene inkluderte hverdagsliv, familie, skole, venner og fritid, samt utfordringer og muligheter knyttet til integrering. Ungdommene ble også spurt om hva de savnet, hva de satte pris på, og hvilke tiltak de mente kunne forbedre mottak, etablering og integrering i lokalsamfunnene. Intervjuene varte mellom 30 og 60 minutter og ble digitalt lydopptatt og transkribert verbatim.

I fase 2, som foregikk på våren 2023, ønsket vi å undersøke hvordan ungdommene opplevde sin nåværende situasjon. En forespørsel ble sendt via SMS til fire av ungdommene i én av samarbeidskommunene, med spørsmål om de ønsket å delta i et nytt intervju i gruppeformat. To ungdommer, en gutt og en jente med bakgrunn fra henholdsvis Syria og Somalia, takket ja. Begge samtykket til å bli intervjuet sammen og til at en forskningsassistent deltok i samtalen. Totalt deltok fem personer i intervjuet: de to ungdommene, to forskere og en forskningsassistent.

Analyse

Datamaterialet ble analysert i flere trinn, tilpasset de to fasene. I fase 1 beveget samtale med ungdommene seg frem og tilbake i tid, samtidig som de fulgte en kronologi og en overordnet narrativ: hva som hadde ført ungdommene dit de var i dag, hva de gjorde nå, og hva de ønsket for fremtiden. I fase 2 ble gruppeintervjuet analysert av en forsker i samarbeid med en forskningsassistent, med utgangspunkt i prinsippene for tematisk analyse. Samarbeidet med forskningsassistenten, som selv hadde flukterfaring, bidro til å berike diskusjonene og ga dypere innsikt i datamaterialet.

Referanser

- Bergold, J., & Thomas, S. (2012). Participatory research methods: A methodological approach in motion. *Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), Art. 30. <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1801>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3. utg.). SAGE Publications.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Eggebo, H. (2020). Kollektiv kvalitativ analyse. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 4(2), 106–122. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2020-02-03>
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice* (4. utg.). Routledge.
- Madden, R. (2017). *Being ethnographic: A guide to the theory and practice of ethnography* (2. utg.). SAGE Publications.
- Utlendingsloven. (2008). *Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her* (LOV-2008-05-15-35). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-05-15-35/kap4#%C2%A734>

2 Resultater

Dette kapitlet presenterer funnene fra HelseIntro, basert på data samlet inn og analysert både innad og på tvers av prosjektets arbeidspakker.

Enkelte problemstillinger er analysert i dybden som grunnlag for vitenskapelige publikasjoner, mens andre temaer er belyst mer overordnet gjennom systematisk gjennomgang og kategorisering av datamaterialet. Der det er grunnlag for det, løfter vi frem hovedfunn i form av konkrete anbefalinger. Referanser til publiserte artikler finnes i slutten av rapporten.

Før vi presenterer funnene, ønsker vi å rette oppmerksomhet mot hvordan resultatene bør leses og forstås. Registerdata gir et statistisk bilde av mønstre på gruppenivå, men fanger ikke opp individuelle erfaringer og kontekst. De kvalitative dataene gir innsikt i informanternes egne opplevelser og perspektiver og forskernes observasjoner, men kan ikke generaliseres til å gjelde alle flyktninger i introduksjonsprogrammet. Til sammen utfyller de to datatypene hverandre og gir et mer helhetlig bilde enn hver av dem ville gjort alene. Det er videre viktig å understreke at de gruppene vi beskriver, som programdeltagerne, kvinner, menn, ungdom og ansatte i ulike kommunale tjenester ikke er homogene. Disse informantene har ulike bakgrunner, erfaringer og livssituasjoner, og møter ikke identiske utfordringer. Når vi i det følgende beskriver mønstre og tendenser på tvers av intervjuene, er dette analytiske generaliseringer basert på fellestrekk i materialet og ikke påstander om at funnene gjelder alle deltakere i introduksjonsprogrammet eller representerer forhold i alle norske kommuner.

2.1 Helseutfordringer blant deltakere i introduksjonsprogrammet og deres sammenheng med program- og arbeidslivsdeltakelse

I dette kapitlet belyser vi 1) *utbredelsen av helseutfordringer blant deltakere i introduksjonsprogrammet*, 2) *helseutfordringer blant deltakere som ikke oppnår målet ved introduksjonsprogrammet ved programavslutning*, og 3) *spesifikke helseutfordringers effekt på deltakelse i arbeidsmarkedet etter fullført introduksjonsprogram*.

Vi kommer til å vise at helseutfordringer er svært utbredt blant deltakere i introduksjonsprogrammet, særlig innenfor muskel- og skjelett relaterte diagnoser og psykiske diagnoser, og at helseutfordringene er knyttet til lavere sannsynlighet for overgang til arbeid eller utdanning etter fullført program.

Psykiske diagnoser har den sterkeste negative sammenhengen for overgang til arbeid eller utdanning, særlig for menn. Kvinner har ellers både høyere forekomst av helseutfordringer og lavere overgang til arbeid eller utdanning enn menn.

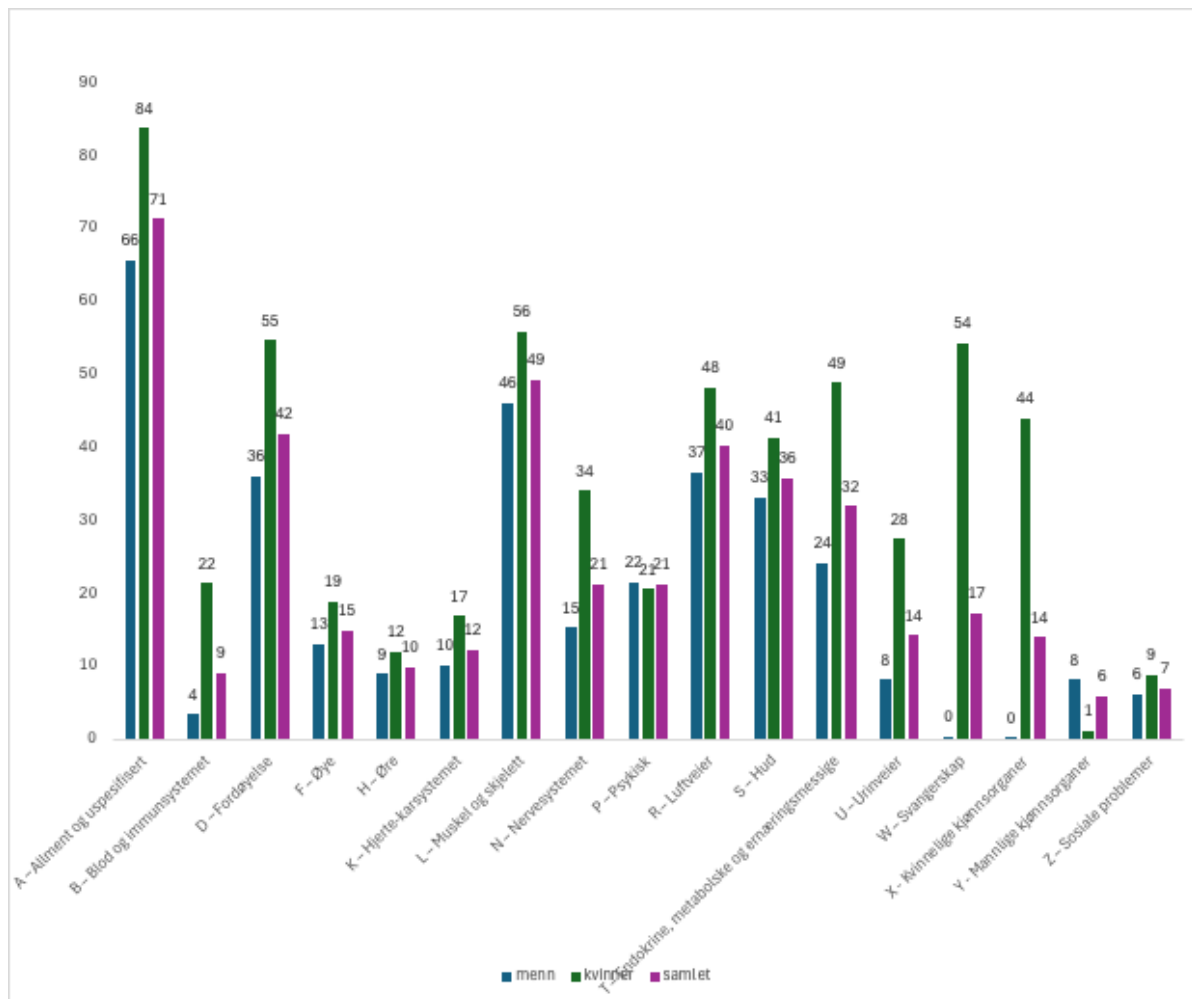
2.1.1 Utbredelse av helseutfordringer blant deltakere i introduksjonsprogrammet

Vi ønsket å få oversikt over hvilke helseutfordringer programdeltakere har. Først analyserte vi data fra deltakerne som avsluttet introduksjonsprogrammet i 2017, 2018 eller 2019. Her kartla vi andelen som hadde minst én diagnose innenfor hver av de 17 diagnosegruppene i ICPC-2¹ (se Helsedirektoratet), mens de deltok i programmet. Deretter utvidet vi analysen til å omfatte alle deltakere som avsluttet programmet mellom 2005 og 2018, men avgrenset samtidig fokuset til psykiske diagnoser samt muskel- og skjelett systemet, både under og etter programmet (frem til 2020).

¹ For en oversikt over diagnosegruppene i ICPC-2, se her <https://finnkode.helsedirektoratet.no/icpc2/chapter>

Vi finner at flyktningene som avsluttet programmet i 2017, 2018 eller 2019 mottok diagnoser innenfor alle de ulike diagnosegruppene i løpet av programperioden, se Figur 1. Fra figuren ser vi at det var en betydelig andel av flyktningene som mottok én eller flere diagnoser blant annet innenfor diagnosegruppene A *Allment og uspesifisert* (71 %), L *Muskel og skjelettsystemet* (49 %), og D *Fordøyelsessystemet* (42 %). Samtidig ser vi at det for alle diagnosegruppene var en større andel kvinner enn menn som mottok diagnoser, med unntak av P *Psykiske* diagnoser og diagnoser knyttet til Y *Mannlige kjønnsorganer*. Vi ser også at 54 % av de kvinnelige deltakerne har legebesøk knyttet til W *Svangerskap, fødsel og familieplanlegging*. Det er verdt å merke seg at hvert ICPC-2 kapittel inneholder både symptomkoder og koder for mer presist definerte sykdomsdiagnoser slik at diagnosegruppene bør kun tolkes som indikatorer på registrerte helseplager og egner seg i mindre grad for å trekke slutninger om spesifikke sykdommer. For eksempel, er både A97 *Kontakt/undersøkelse for administrativt formål*, A27 *Engstelig for sykdom IKA* og A04 *Slapphet/trøtthet* hyppige koder innenfor diagnosegruppe A *Allment og uspesifisert*, mens hyppige koder innenfor L *Muskel og skjelettsystemet* inkluderer L02 *Rygg symptomer/plager*, L15 *Kne symptomer/plager* og L18 *Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi*. Diagnoser knyttet til smerter er også hyppig innenfor andre diagnosegrupper for eksempel N01 *Hodepine*, N89 *Migrene* og N95 *Tensjonshodepine* innenfor gruppe N *Nervesystemet* og D01 *Magesmerter, generell*, D02 *Epigastrisk magesmerter*, og D06 *Magesmerter lokalisert* innenfor D *Fordøyelsessystemet*. Innenfor gruppe T *Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer* er T91 *Vitaminmangel/ernæringsforstyrrelse* og T90 *Diabetes type 2* hyppig brukt.

Figur 1. Prosentandel introduksjonsdeltakere med diagnoser i de ulike ICPC-2 diagnosegruppene blant flyktninger som avsluttet introduksjonsprogrammet i perioden 2017-2019, N = 17 343.



Når vi så nærmere på alle deltakerne som avsluttet programmet i perioden 2005-2020, fant vi at 20,1 % fikk minimum én legemeldt P *Psykisk* diagnose under introduksjonsprogrammet, mens 44,9 % fikk minimum én L *Muskel og skjelett* diagnose. Andelen som mottok en slik diagnose etter avsluttet introduksjonsprogram steg til 26,6 % for psykiske diagnoser og 55,3 % for diagnoser knyttet til muskel og skjelett systemet. Av disse fikk 9,2 % psykiske diagnoser både under og etter de deltok i introduksjonsprogrammet, mens 28,8 % fikk muskel og skjelett diagnoser både under og etter endt program.

Samlet sett viser våre analyser at en betydelig andel av deltakerne i introduksjonsprogrammet har diagnoser som potensielt kan påvirke både deres

deltakelse i programmet og videre kvalifisering og mulighet til deltagelse i arbeid eller utdanning etter programmet. Funnene viser at helseutfordringer er svært utbredt blant deltakere i introduksjonsprogrammet i flere diagnosegrupper. Utbredelsen gjelder ikke bare et mindretall, men en betydelig andel av deltakerne. Dette danner et viktig grunnlag for å forstå både deltagelse i programmet og senere overgang til arbeid eller utdanning.

I de neste delkapitlene går vi nærmere inn på hvordan helseutfordringer under og etter programperioden påvirker deltagelse i utdanning og arbeidsmarkedet etter fullført introduksjonsprogram.

2.1.2 Helseutfordringer blant deltakere som ikke oppnår målet ved introduksjonsprogrammet

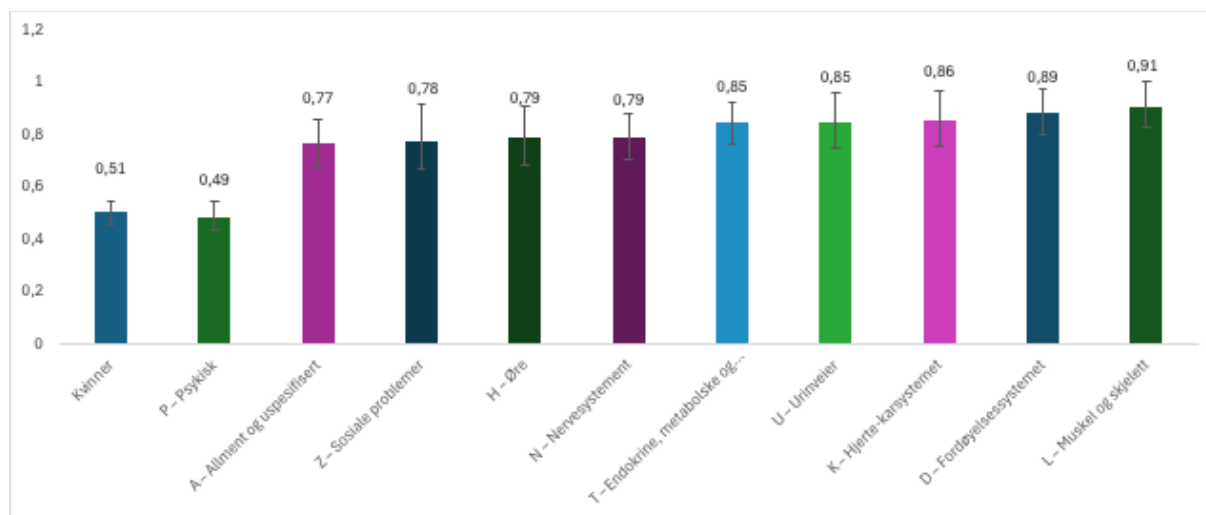
I neste steg undersøkte vi om det å ha helseutfordringer under introduksjonsprogrammet kan være medvirkende årsak til at noen flyktninger ikke kommer i jobb eller utdanning etter programavslutning. Vi ønsket å identifisere hvilke diagnosegrupper som er forbundet med manglende overgang til arbeid eller utdanning ved utgangen av programmet, og om dette varierer mellom kvinner og menn. Datagrunnlaget som ble benyttet var flyktninger som fullførte introduksjonsprogrammet i perioden 2017-2019².

I analysene brukte vi avslutningskode i NIR som utfallsvariabel. Denne ble omgjort til en dikotom variabel kodet 1 dersom deltakeren gikk videre til videregående opplæring, grunnopplæring eller arbeid og 0 dersom deltakeren gikk videre til sosiale stønader, andre stønader eller annet. Helseutfordringer ble målt som registrerte diagnoser hos lege i løpet av tiden i introduksjonsprogrammet. Følgende kontrollvariabler ble også tatt inn i analysene kjønn, alder, sivilstatus, landbakgrunn, bostedssentralitet, år bosatt i Norge og programtid. Vi fant at kvinner i mindre grad gikk videre til arbeid eller utdanning etter endt introduksjonsprogram (Odds Ratio = 0,51, $p < .001$, se Figur 2). Når det gjelder helseutfordringer var alle de inkluderte diagnosegruppene assosiert med en

² Med unntak av flyktninger som ble registrert som flyttet, gikk over på kvalifiseringsstønad eller mistet retten til programmet (totalt 17 343 individer).

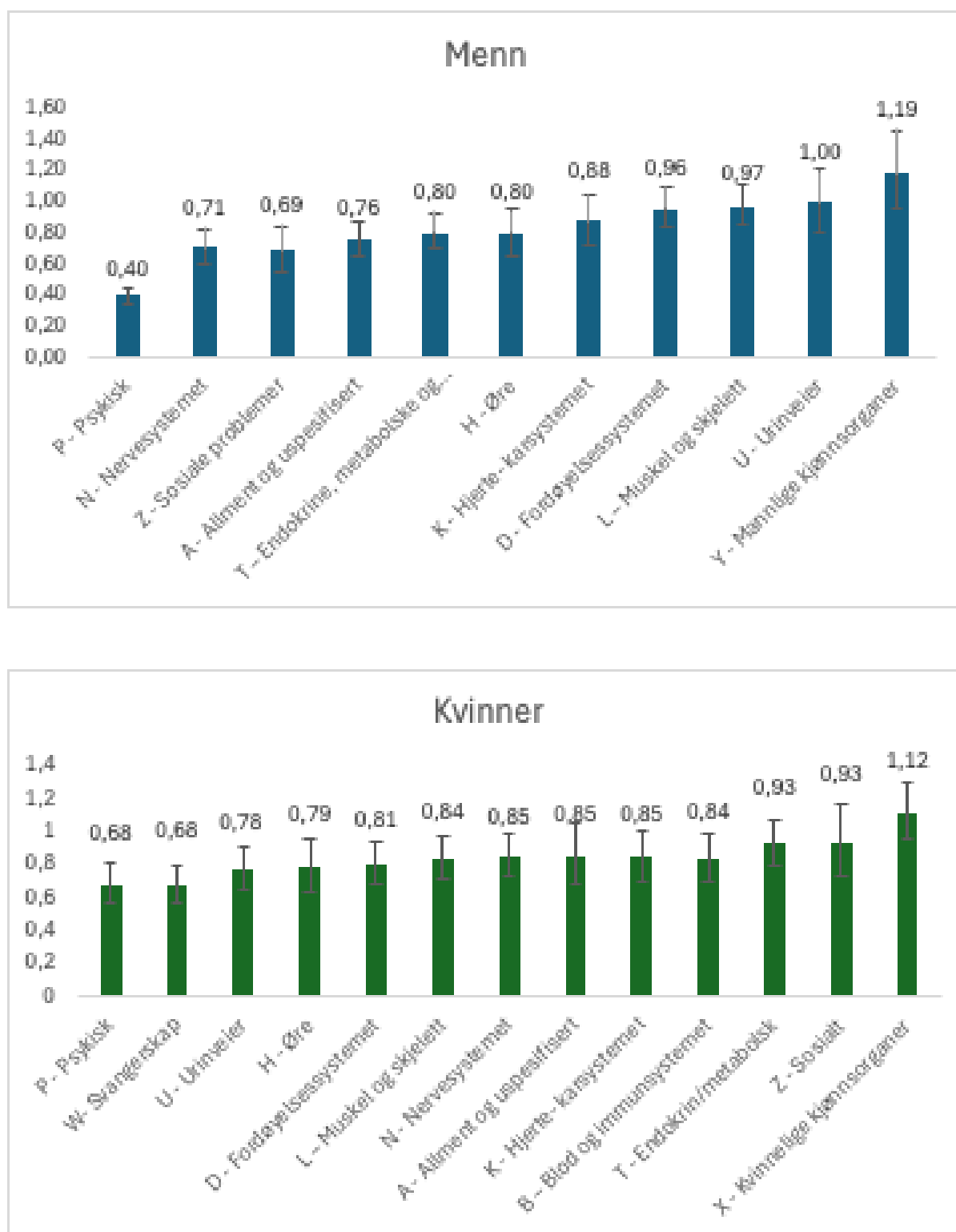
signifikant lavere sjanse for å gå videre til arbeid eller utdanning, med unntak av L *Muskel og skjellet* diagnoser.

Figur 2. Odds ratio for overgang til arbeid eller utdanning etter avsluttet introduksjonsprogram.



Ettersom vi fant signifikante kjønnsforskjeller og noen av diagnosegruppene kun var representert blant et kjønn, estimerte vi også separate modeller for menn og kvinner, se Figur 3. For begge kjønnene ser vi at psykiske diagnoser er mest negative for overgangen til arbeid eller utdanning, der det for menn er assosiert med 60% lavere sjanse (OR = 0,40) og for kvinner 32 % lavere sjanse (OR = 0,68). Videre er det diagnoser knyttet til N *Nervesystemet* og Z *Sosiale problemer* som har størst betydning for menns overgang til arbeid eller utdanning. Blant kvinner er diagnoser knyttet til W *Svangerskap, fødsel og familieplanlegging* av større betydning, ellers er det relativt moderate effekter for de andre diagnosegruppene.

Figur 3. Odds ratio for overgang til arbeid eller utdanning etter avsluttet introduksjonsprogram, separate analyser for menn og kvinner.



Oppsummert fant vi at helseutfordringer under deltakelse i introduksjonsprogrammet er forbundet med lavere sannsynlighet for overgang til arbeid eller utdanning etter avsluttet introduksjonsprogram.

- *Flyktninger med minst en registrert diagnose under introduksjonsprogrammet, hadde generelt svakere overgang til arbeid eller utdanning enn de uten registrerte helseutfordringer*
- *Psykiske diagnoser hadde sterkest negativ sammenheng med overgang til arbeid eller utdanning. Dette gjaldt både for menn og kvinner, men sammenhengen var særlig tydelig blant menn.*

Analysene avdekket også tydelige kjønnsforskjeller, både i helseutfordringer og overgang til arbeid og utdanning. Kvinner hadde gjennomgående lavere sannsynlighet enn menn for overgang til arbeid eller utdanning etter avsluttet introduksjonsprogram, samtidig som kvinner oftere hadde registrerte helseutfordringer innen flere diagnosegrupper. Når vi ser spesifikt på forskjeller mellom menn og kvinner, finner vi videre at:

- *For menn var særlig diagnoser relatert til psykiske og sosiale problemer forbundet med lavere sjanse (odds) for overgang til arbeid eller utdanning.*
- *For kvinner var psykiske diagnoser, men også flere andre somatiske diagnoser forbundet med lavere sjanse (odds) for overgang til arbeid eller utdanning etter avsluttet introduksjonsprogram. Dette inkluderer blant annet diagnoser knyttet til muskel- og skjelettplager, fordøyelsessystem, urologi og graviditet.*

2.1.3 Helseutfordrings effekt på deltakelse i arbeidsmarkedet etter fullført introduksjonsprogram

I den siste analysen i registerstudien undersøkte vi hvordan helseutfordringer blant flyktninger påvirket deres deltakelse i arbeidsmarkedet minimum et år etter avsluttet introduksjonsprogram. Her fokuserte vi på psykiske og muskel- og skjelettrelaterte helseproblemer ettersom dette er helseutfordringer som har sammenheng med sykefravær og trygd i Norge, samt at disse diagnosegruppene er utbredt blant flyktningene og bedre avgrenset tematisk.

Utvalget består av 60 325 flyktninger som fullførte introduksjonsprogrammet i perioden 2005 og 2018, der vi kombinerte registerdata fra Kostra, NIR, KUHR og SSB for å analysere sammenhengen mellom helsebelastninger under introduksjonsprogrammet og arbeidsdeltakelse i 2020.

I analysene brukte vi arbeidsdeltakelse i 2020 (sysselsatt/ikke sysselsatt) som utfallsvariabel, mens legemeldte P *Psykiske* og L Muskel- og *skjelett* diagnoser som deltakerne har fått mens de deltok i introduksjonsprogrammet var de primære forklaringsvariablene. I tillegg inkluderte vi kjønn, alder, sivilstatus, antall barn, landbakgrunn, bosteds sentralitet, år bosatt i Norge og programlengde.

Gjennom logistisk regresjonsanalyser fant vi at det å få en diagnose mens man deltar i introduksjonsprogrammet reduserte sjansene for arbeidsdeltakelse etter fullført program signifikant:

- *Deltakere som fikk en psykisk diagnose mens de deltok i introduksjonsprogrammet hadde 37 prosent lavere sjanse for sysselsetting i 2020 (OR = 0.63).*
- *Deltakere som fikk en muskel- og/eller skjelett diagnose mens de deltok i introduksjonsprogrammet hadde 14 prosent lavere sjanse for sysselsetting i 2020 (OR = 0,84).*

Konklusjon og anbefaling for kapittel 2.1

Helse er en sentral faktor for flyktningers overgang til arbeid og utdanning ved avslutning av introduksjonsprogrammet. Helseproblemer er utbredt i denne gruppen og vi finner at helseutfordringer under introduksjonsprogrammet har sammenheng med lavere sjanser for å gå direkte over til arbeid eller utdanning etter programslett, samt har langvarige negative effekter på arbeidsdeltakelse. Helse bidrar dermed til ulikhet i overgangen til arbeid eller utdanning, og betydningen av ulike typer helseplager varierer mellom kvinner og menn.

Psykiske lidelser utgjør en særlig betydelig barriere for integrering, målt som deltakelse i arbeid og utdanning. For kvinner er spesielt diagnoser relatert til graviditet assosiert med lavere sannsynlighet for overgang til arbeid eller utdanning etter avsluttet introduksjonsprogram. Dette reflekterer trolig både midlertidig fravær og mer strukturelle barrierer i overgangen mellom familie- og arbeidsliv.

Samlet sett peker funnene på behovet for et sterkere helseperspektiv i introduksjonsprogrammet og mer helhetlige tiltak som kan støtte deltakere med sammensatte utfordringer. Tiltak som integrerer helsefremmende aktiviteter og bedre helsetjenester i programmet kan bidra til bedre arbeidsmarkedsintegrering.

2.2 Introduksjonsprogrammets sosiale og psykososiale betydning

I dette kapittelet ser vi nærmere på *introduksjonsprogrammets betydning for deltakerne utover det rent kvalifiserende for arbeidslivsdeltakelse*.

Vi vil beskrive hvordan introduksjonsprogrammet kan utgjøre en viktig sosial arena for programdeltakerne og hvordan det kan gi deltakerne kjennskap til lokalsamfunnet de er bosatt i. Slike erfaringer ser ut til å bidra til bedre psykososial helse blant programdeltagere.

Kapittelet baserer seg på individuelle kvalitative intervjuer med kvinnelige og mannlige programdeltakere, samt etnografisk feltarbeid hvor vi har fulgt tre flyktningekvinner periodevis i et år. Feltarbeidet inkluderer deltakende observasjon på introduksjonsprogrammet og i kvinnes hverdagsliv, samt intervjuer med kvinnene.

2.2.1 Introduksjonsprogrammet som en grunnstein for livet i Norge

Samtlige informanter har uttrykt at de er positivt innstilt til introduksjonsprogrammet og motiverte for å delta. Informantene oppfatter programdeltagelse som en forutsetning for å skape seg gode liv i Norge. Hva 'gode liv' betyr kan variere for den enkelte.

Informantene har blant annet fortalt om sine drømmer og ambisjoner om å ta utdanning og/eller få seg jobb, om at barna deres kan få en god utdanning, om permanent oppholdstillatelse og statsborgerskap, om å lære språket, forsørge familien og ha god helse. Introduksjonsprogrammet anses av våre informanter som helt essensielt for å kunne oppnå drømmene og ambisjonene.

Informantene ser på introduksjonsprogrammet som den viktigste arenaen for å lære norsk, tilegne seg kunnskap om det norske samfunnet, bli kjent med lokalsamfunnet og få kontakt med andre innbyggere i nærmiljøet. Programmet anses også som et nødvendig steg mot å nå drømmene alle hadde ved ankomst til Norge. Inntrykket fra intervjuene er at introduksjonsprogrammet for disse informantene oppleves som noe

de genuint ønsker å delta i, ikke bare noe de er forpliktet til. Ingen av informantene uttrykte negative holdninger til programdeltagelse. Det bør likevel nevnes at dette delvis kan gjenspeile reelle erfaringer, men også kan ses i lys av metodiske forhold. Det kan ha sammenheng med blant annet utvalgets sammensetning og den dynamikken som oppstår i en intervjusituasjon, der informanter kan være tilbakeholdne med kritikk overfor en forsker.

For de fleste informanter anses introduksjonsprogrammet som svært betydningsfullt i de første ukene og månedene etter ankomst til Norge. Flere informanter opplever overgangen til Norge som stor: de befinner seg i et nytt samfunn uten å kjenne noen eller å kjenne språket. For informantene har introduksjonsprogrammet utgjort en trygghet i denne tiden. Flere av informantene våre har sagt at dersom de ikke hadde hatt introduksjonsprogrammet å gå til i denne fasen, hadde de bare blitt sittende hjemme alene, uten å komme ordentlig i gang med å starte et nytt liv på et nytt sted. Introduksjonsprogrammet blir slik sett en måte å komme i gang med livene sine på et nytt sted.

«Introduksjonsprogram er veldig bra fordi først får man mulighet til å lære språk, og så får man mulighet til å forstå hvordan man skal leve sammen med andre folk i Norge. Og så får man forberedelse sånn at man kan være klar til å arbeide».

Blant informantene i denne studien ser utfordringer med programdeltagelse ikke ut til å skyldes manglende motivasjon. Fraværet eller utskrivningen av programmet før fullført programtid oppstår heller i forbindelse med helseutfordringer og/eller omsorgsoppgaver som gjør deltakelse vanskelig å gjennomføre. Flere forteller at de presset seg til å møte opp til tross for helseproblemer, og til tross for at deltakelsen ble opplevd som å forverre helsen. Flere informanter som ble skrevet ut av programmet, beskriver dette som et tap av kunnskap, av norskferdigheter, av jobbmuligheter og av en viktig sosial arena.

«Jeg hadde likt å kunne fortsette på introduksjonsprogrammet, men på grunn av min helsetilstand så kunne jeg jo ikke det. For hvis man fortsetter så kunne man nok dra nytte av introduksjonsprogrammet».

2.2.2 Introduksjonsprogrammet som brobygger til lokalsamfunnet, en sosial arena og et fellesskap

De fleste informantene i denne studien fremhever betydningen av relasjonene til lærerne på skolen. Lærerne beskrives som omsorgsfulle og imøtekommende, og som personer som ivaretar deltakerne også utover det rent faglige, blant annet ved å hjelpe med praktiske spørsmål og ved å følge opp hvordan deltakerne har det. For mange informanter ser lærerne ut til å bety mye, også utover sin rolle som lærere, noe som kan bidra til at de opplever en følelse av tilhørighet.

«Ja, med alle faktisk. Lærerne, veilederne i programmet og alle de andre, de behandlet ikke oss som noe annet enn deres egne venner. Og dette utgjorde en slags motivasjon for oss til å gå på skolen».

Lærerne spiller dessuten en aktiv rolle i å gjøre deltakerne kjent med lokalsamfunnet. De informerer om lokale tilbud og aktiviteter, som bibliotek, frivilligsentraler og kulturkafeer. De tar også deltakerne med på utflukter til steder i nærmiljøet, som biblioteket, kinoen og lokale turmål. Slik får deltakerne en direkte og konkret kjennskap til lokalsamfunnet gjennom selve programdeltagelsen, og lærerne blir direkte involvert i å skape en forankring i nærmiljøet.

«Vi hadde veldig dyktige lærere. Rådgiverne i kommunen, de også, de var veldig respektfulle mennesker og meget greie med oss. Det var [navn på ansatt] da som hadde ansvaret for oss i introprogrammet. Han pleide å ta oss med ut på tur. Han framstod

ikke som leder. For oss fungerte han som en slags kamerat, en slags kollega, venn».



En plakat som henger på inngangsdøren på voksenopplæringen i en kommune. Foto: Anne Ragnhild Grini.

I tillegg til de gode relasjonene som deltagerne får til lærerne sine, finner vi at introduksjonsprogrammet utgjør en sosial arena og et fellesskap hvor det kan skapes viktige bånd og meningsfulle relasjoner mellom deltakerne.

"Alle i klassen er snille, på hele skolen er alle snille, alle respekterer hverandre veldig mye, alle liker hverandre, alle hjelper hverandre."

Personlig kontakt og en følelse av trygghet og tillit kan skapes blant annet gjennom aktiviserende undervisningsaktiviteter. Dette er faktorer som flere trekker frem som betydningsfulle ved deres programdeltagelse og kan tolkes som viktig for at programdeltakere opplever en følelse av tilhørighet.

Flere informanter gir uttrykk for at det oppleves som vanskelig å komme i kontakt med lokalbefolkningen, få venner og bygge et sosialt nettverk utenfor programmet. Dette ser ut til å gjelde særlig i den tidlige bosettingsfasen, når både lokalsamfunnet og språket er nytt og ukjent. I denne konteksten får introduksjonsprogrammet ekstra stor betydning, både som brobygger til lokalsamfunnet og som sosial arena. For mange av deltakerne er programmet ett av få steder hvor de jevnlig snakker med andre utenfor sin egen husholdning, og ett av de viktigste stedene hvor de får kjennskap til det samfunnet de nå er en del av.

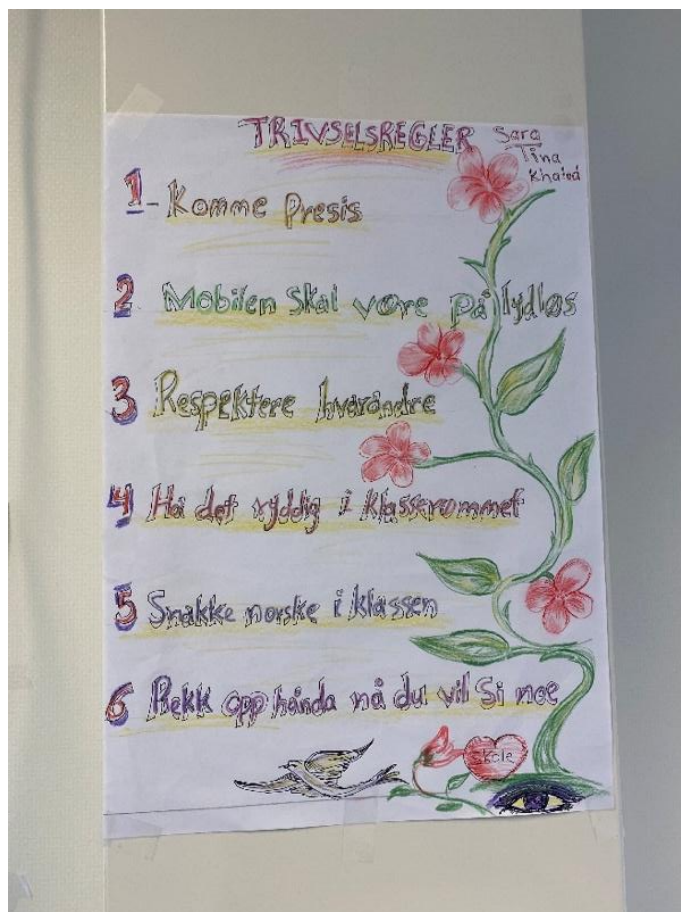


Foto av klasseromsregler: 1) Kom presis 2) Ha mobilen på lydøs 3) Respekter hverandre 4) Hold klasserommet ryddig 5) Snakk norsk i timen 6) Rekk opp hånden når du vil si noe.

Foto: Anne Ragnhild Grini.

«Man blir bedre mentalt, ja, så lenge man er alene, kan det hende at man blir deprimert, ja, så det er viktig for det man kan kalle mental helse, den psykologiske siden, å ha et fellesskap rundt seg.»

Introduksjonsprogrammets betydning som sosial arena og et fellesskap blir spesielt synlig i fraværet av det, altså i de tilfeller hvor våre informanter har blitt skrevet ut av introduksjonsprogrammet før fullført program grunnet helseutfordringer. Flere av våre informanter som har blitt skrevet ut av programmet forteller at de savner lærerne, å møte venner og det å ha muligheten til å snakke med andre. Særlig for disse programdeltakerne fremstår de sosiale og psykologiske aspektene ved programdeltagelse som minst like viktige som de faglige.

Etter utskrivningen beskriver flere at de tilbringer det meste av tiden alene hjemme. Noen gir uttrykk for fortvilelse over situasjonen, og beskriver hverdagen som preget av isolasjon og ensomhet. I tillegg opplever de at norskkunnskapene og det sosiale nettverket de hadde bygget opp, gradvis svinner hen.

"Her [hjemme] sitter jeg bare alene med smertene."

Samlet sett finner vi at introduksjonsprogrammet ser ut til å kunne bøte på noen av utfordringene knyttet til ensomhet og isolasjon som kan være størst i den første tida etter ankomst, ved å tilby et sted hvor programdeltakerne møter andre, deltar i sosiale fellesskap og gradvis finner sin plass i lokalsamfunnet.

Konklusjon og anbefaling for kapittel 2.2

Introduksjonsprogrammet fyller en langt bredere funksjon enn ren kvalifisering. Programmet kan være en arena der sosiale relasjoner knyttes og tilhørighet bygges. Lærerne tillegges en særlig viktig rolle. I tillegg til det faglige og språklæring har de også en rolle som omsorgspersoner og som bindeledd til lokalsamfunnet. Dersom lokal implementering lykkes med å skape nettopp dette, har introduksjonsprogrammet et betydelig potensial å motvirke isolasjon og ensomhet, med positive effekter på deltakernes psykiske helse.

Funnene understreker viktigheten av tilrettelegging for å motvirke utskrivelse av programmet før fullført program, og for å unngå sosial isolasjon og tap av norskferdigheter. Videre bør den sosiale og omsorgsmessige dimensjonen ved lærerrollen, samt deres arbeid med å knytte programdeltakere til lokalmiljøet, anerkjennes og forankres strukturelt, slik at dette ikke overlates til den enkelte lærers initiativ.

Introduksjonsprogrammets potensial som helsefremmende arena bør løftes frem og tas på alvor.

Funnene understreker viktigheten av tilrettelegging for å motvirke utskrivelse av programmet før fullført program, og for å unngå sosial isolasjon og tap av norskferdigheter. Videre bør den sosiale og omsorgsmessige dimensjonen ved lærerrollen, samt deres arbeid med å knytte programdeltakere til lokalmiljøet, anerkjennes og forankres strukturelt, slik at dette ikke overlates til den enkelte lærers initiativ.

Introduksjonsprogrammets potensial som helsefremmende arena bør løftes frem og tas på alvor.

2.3 Nye roller, nye rammer: Kjønn, familie og ungdomsliv i det nye samfunnet

I dette kapittelet retter vi fokus mot *kjønn, familieliv og ungdomsliv*.

Ungdom, kvinner og menn som kommer til Norge står overfor en betydelig overgang til et nytt samfunn. Vi vil belyse hvordan kvinner og menn opplever utfordringer knyttet til å navigere gamle og nye kjønnsroller, noe som også kan påvirke deres deltakelse i introduksjonsprogrammet og deres helse. Ungdom kan på sin side kan oppleve vansker med å finne sin plass i det nye lokalsamfunnet og med å etablere relasjoner til jevnaldrende. Samtidig vil vi vise hvordan særlig ungdom og kvinner som er nye i Norge skaper meningsfulle hverdager og gode forutsetninger for et liv i Norge.

Kapittelet bygger på data som består av intervjuer med ungdom i alderen 16-19år, intervjuer med kvinnelige og mannlige programdeltakere, samt intervjuer med ansatte i kommunale tjenester. Det er også gjennomført etnografisk feltarbeid hvor vi har fulgt tre flyktningekvinner periodevis i et år. Feltarbeidet inkluderer deltakende observasjon på introduksjonsprogrammet og i kvinnenenes hverdagsliv, samt intervjuer med kvinnene.

2.3.1 Kvinner mellom omsorg, helse og programdeltagelse

I denne delen retter vi fokus mot *kvinnene* vi har intervjuet og fulgt gjennom etnografisk feltarbeid. Vi ser nærmere på deres erfaringer med å delta i introduksjonsprogrammet parallelt med store omsorgsoppgaver og egne eller barns helseutfordringer.

Omsorgsoppgaver og tap av støttende nettverk

Våre kvinnelige informanter beskriver alle betydelige omsorgsoppgaver i hverdagen. De forteller at de har hovedansvar for matlaging, husarbeid og barn. Ifølge informantene er det i stor grad kvinnene som følger barna til barnehage, skole og lege, og som er hjemme når barna er syke. Flere begrunner denne arbeidsfordelingen med kjønnsrolleforventninger og -mønstre fra hjemlandet.

Omsorgsoppgavene innebærer også en rekke praktiske utfordringer som er nye for mange av kvinnene. Eksempelvis må de holde styr på bussavganger for å følge barna til barnehage, skole eller lege, håndtere påkledning av barn vinterstid og koordinere levering og henting i barnehage eller skole, for å så rekke sitt eget introduksjonsprogram. Dette kan være særlig utfordrende hvor kollektivtransporten er begrenset, som for eksempel når bosted er utenfor sentrum.

Samlet sett opplever flere av de kvinnelige informantene at mye faller på dem, og at de bærer et tungt ansvar alene. Vi finner at det å ha store omsorgsoppgaver og ansvar hjemme kan føre til stress – særlig i en tidlig bosettingsfase hvor de er nye i Norge og ukjente med norsk samfunnsliv og norske systemer. For kvinnene som selv har helseutfordringer som påvirker energi, kapasitet og fysisk mobilitet, kan denne kombinasjonen bli særlig belastende.

Selv om flere av de mannlige informantene gir uttrykk for at de er engasjerte i barna sine og ønsker dem det beste, ser stress knyttet til omsorgsoppgaver ut til å være et fenomen som i langt mindre grad preger deres hverdag. Noen av de kvinnelige informantene forteller dessuten at ektemennene tok mindre del i hjemmearbeidet etter ankomst til Norge enn de hadde gjort tidligere. Årsakene som nevnes er blant annet klimatiske forhold, manglende skolebakgrunn og begrenset norskkunnskap. For disse kvinnene oppleves situasjonen som ekstra krevende, ettersom mer ansvar dermed hviler på dem alene.

«I forhold til mannen min så har det vært vanskelig for ham å kunne tilvenne seg til et nytt land, samtidig det å kunne jobbe. Og derfor måtte jeg legge en ekstra innsats og jobbe med tilvenning her i Norge sånn at jeg kan hjelpe meg selv og være til hjelp for resten av familien».

En faktor som forsterker disse utfordringene, er fraværet av støttende nettverk. I hjemlandet var kvinnene omringet av storfamilien, og flere kunne bidra både med praktisk hjelp og emosjonell støtte. Flere av kvinnene som vi har intervjuet opplever at

de mistet dette støtteapparatet etter at de kom til Norge. Tapet av storfamilien kan påvirke kvinnenes mulighet for å oppnå en god balansegang mellom de mange oppgavene, ansvarsområdene og forventningene de møter i Norge.

«Da vi var i [hjemland] da var det slik at vi var omringet av min familie og min manns familie. Og de kunne alltid være til hjelp og støtte oss. Men da vi kom hit så ble alt skjøvet over på meg».

Tapet av storfamilien handler ikke bare om praktisk hjelp, men også om de relasjonene og den hverdagskulturen som utgjorde rammen rundt livet i hjemlandet. Kvinnene som deltok i den etnografiske studien, legger ned betydelig innsats i å gjenskape en følelse av hjem på det nye stedet.



Fra venstre: Salimas krydder, Salimas blå morter og støter fra Libanon, svart te og søte kaker servert hos Salima.

Alle foto: Anne Ragnhild Grini.

Dette foregår ofte gjennom matlaging og bruk av gjenstander de har hatt med seg fra hjemlandet eller fra flyktningeleirer.

Tekanner, teglass, serveringsbrett og mortere kan være kjære eiendeler som fungerer som broer mellom livet de hadde før og livet de lever nå.

Matlaging handler dessuten ikke bare om selve maten, men om fellesskapet rundt måltidet og det å vise omsorg for sine nærmeste. Likevel kan måltidene også romme en ambivalens, ettersom fraværet av storfamilien da blir særlig tydelig.

«Det jeg savner mest, er når vi begynner å spise sammen med [stor]familien. Det er det jeg savner mest. Eller når moren min begynner å lage mat på kjøkkenet, jeg husker det.»



Reimas måltid: Santa Maria-tortilla servert med blomkålsgryte og kylling-kikertgryte, pickles og salat.

Foto: Anne Ragnhild Grini.

Religiøs praksis, som bønn, rituell vasking og lesning av hellige tekster, er også en viktig del av hverdagslivet i hjemmet.

For flere av kvinnene bidrar bønn til rytme, struktur og mening, og blir en sentral ressurs i arbeidet med å skape stabilitet i en ny livssituasjon. Religiøse praksiser fungerer som måter å håndtere helseplager og styrke livskvalitet, samtidig som de skaper kontinuitet med kulturelle og familiære tradisjoner fra hjemlandet.

«Å be gir sinnsro; det blir helt behagelig når man ber. Når jeg ikke ber, føles det som om noe mangler. Når jeg er ferdig med å be, føler jeg meg veldig komfortabel og ren.»



Bønn. Foto: Anne Ragnhild Grini

Gjennom bønnen beskriver kvinnene at de opplever redusert stress, ro, klarhet og øyeblikk av frihet. Religiøs praksis er også en måte å være følelsesmessig nær familie og venner de har mistet, savner eller er bekymret for, og kan bli en måte å delta i et større eksistensielt fellesskap på.

Proessen med å skape et nytt hjem handler for kvinnene i stor grad om å gjenskape noe som har gått tapt samtidig som de forsøker å etablere trygghet og stabilitet i det nye. Arbeidet med å skape hjem tar tid, og tiden kan bli knapp som deltager i introduksjonsprogrammet. Hjemme og arbeidet som gjøres der blir et sted der fellesskap, verdier og identitet uttrykkes, har stor betydning for deres livskvalitet og psykiske helse.

Når kravene og ansvaret overstiger kapasiteten

Flere av de kvinnelige informantene beskriver utfordringer med å finne en bærekraftig balanse mellom omsorgsansvar hjemme, egne eller barns helseutfordringer og kravene som stilles i introduksjonsprogrammet. Programmets forventninger om fulltidsdeltakelse, egeninnsats, oppmøte og progresjon oppleves for mange som lite forenlige med deres øvrige oppgaver og ansvarsforhold ellers i hverdagen.

«Det som er vanskelig det er at man skal kunne lære seg å lese og samtidig dra frem og tilbake for å gjøre alt det man må gjøre. Særlig om vinteren, og at man skal kunne rekke alt annet. Så det blir vanskelig å kunne gjøre alt dette samtidig».

Utfordringene viser seg på flere måter. Praktiske forhold som henting og levering til skole og barnehage kan stjele fokus fra undervisningen. Egne eller barns helseutfordringer medfører ofte fravær i forbindelse med legebesøk og reiser til behandlingssteder, samt at smerter og fysiske begrensninger kan påvirke konsentrasjon og læringsutbytte. Selv om noe av fraværet kan være gyldig fravær, vil det likevel kunne spille uheldig inn på kvinnenenes progresjon og læringsutbytte, siden det samlet sett betyr oppbrudd i undervisningen.

Flere kvinnelige informanter beskriver et konstant press som henger over dem, med bekymringer knyttet til fravær og om de klarer å fullføre programmet. Flere forteller at de presset seg til å gå på skolen selv når de ikke hadde helse til det. Flere har også uttrykt at presset og belastningen i seg selv kan påvirke helsen deres ytterligere negativt. Eksisterende helseutfordringer oppleves som at de forverres, og nye helseutfordringer kan oppstå. Dette gjelder både fysiske plager og psykisk stress.

«Noen ganger føler jeg meg så utmattet at jeg lurer på om dette virkelig er et godt liv, fordi det innebærer så mye press. Det er ingen frihelger; jeg må være hjemme og passe på barna, gå på skolen hver dag, og deretter hente barna. Selv når jeg er syk, må jeg gå på skolen. Det er rett og slett ikke mulig! Senere, da jeg diskuterte dette med skolen, fortalte lærerne meg at jeg hadde vært fraværende. Det ble veldig negativt og kompliserte ting enda mer. Jeg har mye smerte inni meg (peker på hjertet sitt).»

En tilleggsbelastning som vi særlig fant blant kvinnene i den etnografiske studien var at de bærer på en dyp lengsel etter familie og venner som ikke er til stede i det nye livet. Denne lengselen, kombinert med bekymringer for familiemedlemmer i hjemlandet, beskrives av flere som en kilde til uro og indre smerte, kan forsterke de helsemessige belastningene og virke negativt inn på deres psykiske helse og livskvalitet.

Opplevelsen av overbelastning gjenspeiles også i kvinnenenes behov for avbrekk. Flere av våre kvinnelige informanter som har hatt legemeldt fravær opplevde at det først var i sykemeldingsperioden at de følte de oppnådde en viss balanse i hverdagen, og at de strakk til. Noen kvinner fortalte også om at de ble skrevet ut av programmet fordi helse- og omsorgssituasjonen deres ikke lot seg forene med kravene om fulltidsdeltakelse.

Det er verdt å merke seg at det utelukkende er de kvinnelige informantene som har beskrevet denne type balanseproblematikk. Ingen av de mannlige informantene i studien har gitt uttrykk for tilsvarende utfordringer knyttet til kombinasjonen av omsorgsansvar, helse og programdeltagelse.

Behov for fleksible løsninger og deltid

Overbelastningen som flere av de kvinnelige informantene beskriver, ser i noen tilfeller ut til å få alvorlige og langvarige konsekvenser. Det kan påvirke kvinnenenes drømmer, mål og fremtidsmuligheter.

Vi finner at flere av kvinnene som vi har intervjuet har gitt opp sine mål om utdanning og jobb. Selv om flere kom til Norge med konkrete ambisjoner knyttet til utdanning eller yrkeserfaring fra hjemlandet, opplever de at kapasiteten for å både gjøre skolearbeid, delta i introduksjonsprogrammet på fulltid og ta var på barn ikke strekker til. I slike situasjoner fortalte flere at de har satt hensyn til barna, særlig de som har helseutfordringer, foran egne planer.

«Etter all den belastningen som jeg har og etter at alt det som vi har vært igjennom så tenker jeg at den tanken må jeg legge helt bort til siden. For jeg har ikke tid til meg selv en gang, all min tid den går til

å passe på mine barn og til huset og hjemmet til hele familien. Så jeg får ikke tid til å kunne tenke på å begynne på videregående skole. Så den tanken den er borte vekk».

Det er også her verdt å merke seg at dette mønsteret ser ut til å gjelde de kvinnelige informantene spesifikt. Selv om noen av de mannlige informantene heller ikke har nådd sine mål og ikke hadde fått arbeid grunnet helseutfordringer og/eller manglende norskkunnskaper, er det ikke den samme kombinasjonen av fulltidsdeltakelse, omsorgsansvar og helseutfordringer som ser ut til å ligge til grunn for mennenes situasjon.

Flere av de kvinnelige informantene gir uttrykk for at deltidsdeltakelse i introduksjonsprogrammet kunne ha gjort situasjonene de står i mer håndterbare. De opplever ikke at omsorgsansvaret og helseutfordringene er uforenlige med programdeltagelse som sådan, men med kravet om fulltidsdeltagelse. Deltagelse på deltid, enten i form av færre dager per uke eller kortere skoledager, beskrives av flere som en løsning som ville gjort det mulig å oppnå en bedre balanse mellom programdeltagelse og ivaretagelse av egen helse og barna. De trekker eksempelvis fram at de ville hatt mulighet til å føle seg opplagt og vært mer tilstede i hverdagen. Flere framhever at deltidsdeltakelse ville gjort det mulig å være en bedre og mer tilstedeværende mor, eksempelvis ved å følge opp barna bedre, hjelpe dem med lekser og å snakke mer med dem.

«Og dette gjør jo at man får mer tid til sine barn, og da i den perioden her hvor jeg har fått sykemeldingen så har jeg jo ikke våknet og ikke vært opplagt. Jeg våkner ikke og jeg er sliten».

«En mor skal være hjemme, tilgjengelig for barn og lage mat osv., legge til rette for at de skal få utbytte av sin undervisning. Og dette bidrar også til at de får det bedre psykisk. Så jeg tenker at en kvinne som har barn kan være på skolen to eller tre dager, ikke at hun skal

gå en full dag. Og samtidig så vil hun kunne ha nytte av å komme seg på skolen og samtidig ha mulighet til å ta seg av sine barn».

2.3.2 Menn i møte med det norske likestillingssamfunnet

I dette delkapittelet retter vi fokus mot *utfordringer som flere av de mannlige informantene* beskriver i møtet med nye kjønnsrolleforventninger i Norge, samt opplevelsen av en ny sosioøkonomisk status ettersom de står utenfor arbeidslivet i Norge.

Delkapittelet bygger på kvalitative intervjuer med mannlige programdeltakere som selv har erfart helseutfordringer i løpet av programtiden. Felles for disse informantene er at helseutfordringene har lagt hindringer i veien for å komme ut i arbeid.

Likestillingsfokus og opplevelsen av å bli nedprioritert

Menn som kommer til Norge, ankommer et samfunn med uttalte likestillingsmål og -diskurser. Mennene som vi har intervjuet opplever at det er et stort likestillingsfokus i Norge, og at mye fokus rettes mot kvinner. Det er fokus på at kvinner skal få jobb og utdanning, og generelt sett opplever våre mannlige informanter at kvinner løftes opp og fram. Samtidig som de selv må forholde seg til nye forventninger til mannsrollen, er de vitne til at konene og døtrene deres møter nye forventninger enn det som har vært normen i hjemlandet.

Flere informanter understreker at de er positive til at kvinner får muligheter og rettigheter. En av dem forteller stolt at konen hans er den eneste kvinnen i nærmiljøet som har fått jobb etter språk- og arbeidspraksis. En annen gir uttrykk for at det er menns oppgave å løfte og hedre kvinnen. Likestilling som sådan oppleves ikke som et problem for disse informantene.

Likevel finner vi en ambivalens, ved at fokuset på kvinner og likestilling kan oppleves utfordrende for mennene. Det som oppleves som utfordrende, er ikke at kvinner løftes frem, men en følelse av at menn nedprioriteres. At likestillingsfokuset i Norge, mottaksapparatet og introduksjonsprogrammet går på bekostning av

oppmerksomheten rettet mot menns situasjon og behov. Dette kan føre til at menn føler seg glemt.

«Her i Norge så skal det ikke være noen forskjell på verken mann eller kvinne, de skal være helt like uten forskjeller. Og jeg tenker at det er såpass mye likestilling, og samtidig så tenker jeg at alt som det blir mye av det kan ha motsatt effekt. Jeg ser til og med at menn har blitt mindre likestilt enn kvinner. Og jeg er jo en mann, jeg har ikke blitt spurt hva det er jeg sliter med helt siden jeg kom til Norge. Ingen har spurt meg om noe».

Statusfall, klassereise og ny (kjønns)identitet

Våre informanter har vært i jobb i hjemland eller i transittland. Noen har god utdannelse, og har hatt høyt rangerte jobber. Flere forteller at de har vært hovedforsørger i familiene. De beskriver seg selv som produktive mennesker med betydningsfulle oppgaver og som har bidratt både i samfunnet og i familien.

Etter ankomst til Norge har helseutfordringer, gjerne i kombinasjon med begrensede norskkunnskaper, lagt hindringer i veien for å komme ut i arbeid for våre informanter. Noen er erklært uføre og mottar stønad fra NAV. Andre ønsker å arbeide, men opplever at helseutfordringene begrenser hvilke jobber de kan utføre og gjør det svært vanskelig å komme inn på arbeidsmarkedet. Våre informanter står dermed utenfor arbeidslivet i Norge, som er en ny posisjon for dem. Å innta en ny sosial posisjon i Norge beskrives av flere som et personlig nederlag.

Utfordringen har to dimensjoner. Den første gjelder deres sosioøkonomiske status. Historier om hvordan det har gått med de mannlige informantene i Norge, minner om en klassereise nedover hvor de var i arbeid, produktiv og familiens forsørger i hjemlandet, til en tilværelse som NAV-mottaker i Norge. Flere opplever seg som fattig i Norge ettersom de ikke har lønnet arbeid og siden de mottar ytelser fra NAV.

Opplevelsen av å føle seg fattig blir særlig synlig i konkrete hverdagssituasjoner, som når de ikke har råd til å gi barna lommepenger. Her blir også fallet i sosioøkonomisk status synlig.

«Og hvis jeg vil gi noen lommepenger til min sønn, 20 kroner eller bare småpenger sånn at han kan kjøpe seg en tyggis, så hadde jeg ikke råd til å kunne gjøre det. Så jeg følte at hele situasjonen har snudd seg opp ned, og at jeg har blitt utsatt for mye ydmykelse».

Den andre dimensjonen handler om tap av identitet og verdighet. For mange er det å være i arbeid og forsørger svært viktig i deres kultur. Det å ikke lenger kunne forsørge familien oppleves som pinlig og nedverdiggende. Dette ikke bare overfor seg selv, men også overfor omgivelsene og barna. Flere informanter fortalte om at de føler seg mislykket når de nå ikke får seg jobb i Norge eller klarer å være forsørger.

«Og det er veldig flaut å fortelle dem at man er uføretrygdet allerede i min alder. Sønnen min for eksempel han ble jo spurt om hva faren hans jobbet med, og da sa han at jeg var uføretrygdet. Jeg syntes at det var så flaut at sønnen min måtte si det. (...) vi er vant til å jobbe. Og det å jobbe det er livet, selve livet.»

«Jeg opplever det slik nå at folk kommer med almisser liksom og gir meg almisser. Og det er veldig vanskelig å ta inn over seg (...) Det føles veldig tungt».

Samtlige av de mannlige informantene en sterk vilje til å gjennomføre introduksjonsprogrammet. De forteller at de ikke ønsket fravær, ikke ville skrives ut og ikke ønsket å gå ned til deltid, selv når helsen tilsa det. For disse mennene ser det ut til at nettopp det å fullføre programmet har vært en måte å opprettholde en følelse av verdighet og mestring i en ellers krevende periode. For noen ble dette likevel ikke mulig, fordi helseutfordringene til slutt var for store til å overkomme.

Samlet sett ser kombinasjonen av statusfall, tap av forsørgerrollen og opplevelsen av å bli nedprioritert i et norsk likestillingssamfunn ut til å kunne påvirke de mannlige informantenes psykiske helse og livskvalitet negativt. Dette skjer parallelt med at de forsøker å gjennomføre introduksjonsprogrammet under krevende forhold.

2.3.3 Ungdom med fluktbakgrunn. Tilhørighet, identitet og hverdagsliv i Nord-Norge

I dette kapitlet løfter vi frem perspektivene til *ungdom* som er bosatt med familiene sine i Nord-Norge. Vi har intervjuet 12 ungdommer fra Syria, Kongo, Somalia og Eritrea. Spørsmålene vi ønsket å få belyst i intervjuene handlet om det å komme til et nytt hjemsted, i et nytt land og i et arktisk område – om hverdagsliv, familie, skole, venner og fritid. Hvordan opplevdes ankomsten til Nord-Norge? Hva satte de pris på, og hva savnet de? Hva var utfordrende, og hva ønsket de var annerledes? Og hva er viktig at hjelpeinstanser kjenner til når familier og unge mennesker ankommer?

I intervjuene fikk ungdommene styre samtalen selv. De snakket i stor grad om nåtid og fremtid, og i mindre grad om fortid. Når de trakk inn tidligere erfaringer, var det gjerne for å kontekstualisere hvorfor de befant seg der de nå bor. De fortalte kortfattet om landene de som barn hadde forlatt, og som lyttere fornemmet vi at alle hadde opplevd mye dramatisk. En gutt fra Syria sa:

«Vi så ikke noen død eller sånt, men vi hørte... vi var veldig, veldig redde.»

En jente fra Syria hadde opplevd krigen på nært hold, men ønsket ikke å snakke om hverken krigen eller flukten.

En fellesnevner for ungdommene var at de alle som barn ble tvunget til å flykte med familiene sine vekk fra det som var kjent og kjært. Alle hadde bodd i flyktningleirer, enten i Tyrkia, Libanon eller Uganda, i mange år. Leiroppholdet beskrives av alle som en krevende tid preget av evig venting. Særlig utrygt opplevdes det når fedrene hadde reist til Norge i forveien, og ungdommene måtte være alene med mor og søsken i årevis. For dem som heller ikke hadde en eldre bror å støtte seg på, var situasjonen ekstremt vanskelig. Flere forteller om store omsorgsoppgaver fra tidlig alder. En jente jobbet

eksempelvis på fabrikk fra hun var syv år, fordi moren måtte være hjemme med de yngste. Ingen av ungdommene hadde tilgang til skolegang i leirene. En felles drøm var å få «a ticket out» og komme i gang med livet på et nytt sted.

Ankomst: Å bli tatt imot og føle seg ønsket

Det å bli tatt godt imot ved ankomst beskrives av ungdommene som svært betydningsfullt. En jente fra Syria uttrykte dette slik:

«Tenk at vi kom til et hus. Et eget hus! Eget rom! Et soverom bare til meg. Jeg elsket det! Og folk var klare for å hjelpe oss med praktiske ting som rekvisisjon og penger, og viste oss hvor vi kunne handle mat».

En annen jente fra Syria trakk frem at det hun husker best var at de fikk leker når de kom til Flyktningetjenesten, og/eller at det sto leker på nattbordet. Gleden ved å fortelle om mottagelse på flyplass, og det å bli kjørt til det nye hjemmet med tilhørende oppredde senger og leker på nattbordet, understøttet utsagnene om at disse erfaringene var av stor betydning. Det gav en opplevd anerkjennelse, trygghet og bekreftelse på å være ønsket. Det å få praktisk hjelp fremsnakket alle ungdommene som sentralt etter å ha kommet til en fremmed plass, i en helt ukjent kontekst. At flyktningetjenesten var tilgjengelig både praktisk og emosjonelt, kom også tydelig frem i intervjuene. Å ha et vennlig ansikt å forholde seg til, og en plass å gå til om det skulle trenge, var uvurderlig. En ungdom fremhevet at det var viktig at barna ved ankomst fikk holde på med aktiviteter mens de voksne snakket, at voksne tok initiativ til at barn og norske voksne tegnet og spilte brettspill sammen. Denne typen tilrettelagte møteplasser beskrives som trygge og gode, og for mange ble de starten på vennskap som fortsatt har stor betydning.

Relasjoner, tilhørighet og opplevelsen av egenverdi

Opplevelsen av egenverdi var et sentralt tema i ungdommenes fortellinger. For ungdommene som deltok i denne studien, var opplevelsen av egenverdi sterkt påvirket av deres tidligere erfaringer og roller i familien. Ungdommene forklarte at mange av rutinene i hjemmet i dag ofte er nært knyttet til arbeidsfordelingen de hadde i flyktningleirene. I leirene var det nødvendig at alle bidro, enten ved å ta vare på hverandre eller ved å tjene penger. Erfaringene ser ut til å ha formet ungdommenes forståelse av egenverdi og var en sentral del av deres kultur og identitet. De var oppvokst med at *«vi gjør ting for hverandre, ikke bare for oss selv.»* De fremhevet at hjelpeinstanser bør respektere og forstå den kulturelle betydningen av arbeidsfordelingen, fremfor å se det som et hinder, og understrekte at oppgavene var så internaliserte at det ikke var mulig å bare gi slipp på dem. Samtidig forteller de at omfanget av oppgaver har økt etter ankomst til Norge, der de også hjelper foreldre og søsken med lekser og andre praktiske utfordringer. De forklarte dette som overganger som må finnes ut av etter hvert.

Vennskap og relasjoner med jevnaldrende er en annen bærebjelke i ungdommenes fortellinger. De snakket om viktigheten av å ha venner, og om forskjeller mellom norsk og for eksempel somalisk eller syrisk ungdomskultur.

«Vi er mye mer sosialt avhengig av hverandre enn det norske folk forstår og vet. Vi flirer og har det gøy. Vi er «ertete», fleiper, hører på musikk, danser, koser oss, og vi er veldig lojale med hverandre.»

Det å ha venner fra samme kulturelle bakgrunn ble beskrevet som særlig verdifullt. Jentene sa for eksempel at de kan diskutere åpent for eksempel om kropp og kjærester.

Vi forsto at relasjoner med jevn gamle er generelt sett avgjørende for ungdommenes opplevelse av tilhørighet og egenverdi. *«Å ha noen som blir glade for å se deg»*, og som du kan *«henge» med*, ble beskrevet som særdeles viktig for å få innpass i et fellesskap. Det derfor viktig å fremheve at for mange ungdommer opplevdes det å få venner en prosess som krever støtte på flere områder. Ungdommene i studien fremhevet at hjelp til å lære

det norske språket er en grunnleggende forutsetning for å kunne kommunisere og bygge relasjoner. Videre påpekte de betydningen av å få hjelp av voksne til å delta i fritidsaktiviteter sammen med jevn gamle, siden slike arenaer gir muligheter for sosialt samvær og vennskap.

Skolen beskrives som en sentral arena ikke bare for læring, men også for sosial tilhørighet. Lærernes holdninger og væremåte trekkes frem som avgjørende for hvordan ungdommene opplever skolehverdagen, ved at de fortalte at en vennlig og imøtekommende lærer kan gjøre en stor forskjell. Ungdommene fremhevet verdien av å lære at det er greit å be om hjelp, og at lærere aktivt bidrar til å knytte dem sammen med andre i klassen. Slik fungerer skolen som et sted der både faglig utvikling og mellommenneskelige relasjoner kan vokse frem side om side.

Familieliv, foreldreroller og relevans for introduksjonsprogrammet

Flere av ungdommene reflekterer over kontrasten mellom å ha vokst opp i land preget av brudd på menneskerettigheter, og det å leve i velferdsstaten Norge. En jente fra Kongo trakk frem forskjellene mellom Uganda og Norge på denne måten:

«En ting er å lære om norsk kultur og norsk samfunn på skolen. En annen ting er faktisk å forstå hvilke muligheter som ligger i velferdsgoder.»

Skolegang, som de fleste av ungdommene ikke hadde tilgang til i leirene, fremheves som et stort privilegium.

«Hvis det var i Afrika, kunne ingen hjelpe oss med å betale hus. Men her i Norge når du flytter ut, så er det Lånekassen. Du kan låne, få stipend og lån. Etter skole kan du få jobb, så kan du betale tilbake. Det er så mange muligheter ved å være her i Norge. Det gjør livet bedre. Det er veldig bra.»

Denne bevisstheten om muligheter ser ut til å bidra til motivasjon og fremtidstro hos ungdommene. Samtidig understreker vi at det er viktig å legge til rette for at disse mulighetene blir reelle og tilgjengelige i praksis.

Ungdommene i studien kommer fra kulturer der familiebånd har en sterk posisjon gjennom hele livet, der beslutninger gjerne gjelder hele fellesskapet og der omsorg for foreldre og søsken er en selvfølgelig del av tilværelsen. Dette skiller seg fra en mer individualistisk orientering som ofte preger det norske samfunnet, der ungdommer tidlig forventes å søke selvstendighet. Denne kulturelle forskjellen kan by på særlige utfordringer i hverdagen både for ungdommene selv og for foreldrene deres.

Mange foreldre vi har møtt gjennom prosjektperioden gir uttrykk for en følelse av å ha mistet kontrollen over barna etter ankomst til Norge. En av HelseIntros forskningsassistenter formidler det slik:

«Vi har mistet kontroll over våre barn og ungdommer. Hjelp, hva gjør vi nå? Hvordan skal vi klare hverdagen, introduksjonsprogrammet og foreldrerollen når vi ikke lenger har kontroll?»

Det å navigere i en ny kultur som forelder og forstå ulike måter å være ungdom og familie på, beskrives av flere foreldre vi har snakket med uformelt som krevende og forvirrende.

Konklusjon og anbefalinger for kapittel 2.3

Funnene tyder på at kjønn, alder og familiesituasjon kan ha betydelig innvirkning på flyktningers erfaringer i introduksjonsprogrammet og den første tiden i Norge. Felles for alle gruppene er at møtet med det norske samfunnet og introduksjonsprogrammet rommer både muligheter og belastninger.

Kvinner med store omsorgsoppgaver og helseutfordringer kan oppleve det som krevende å kombinere fulltidsdeltakelse med ansvar for barn og husholdning, noe som i noen tilfeller kan føre til utskriving før fullført programtid og at de gir opp egne mål om utdanning og arbeid. Samtidig er matlaging og andre praksiser i hjemme ikke bare praktiske oppgaver, men også måter å opprettholde identitet, kulturell kontinuitet og omsorg for familien på.

Menn som opplever utfordringer med å ha progresjon i språklæring og med å finne lønnet arbeid kan på sin side oppleve statusfall, tap av forsørgerrolle og en følelse av å bli oversett i det norske systemet. Dette kan potensielt påvirke psykisk helse og livskvalitet negativt. Ungdom kan befinne seg i en posisjon der de må navigere mellom familiens forventninger og det nye samfunnets normer, ofte med betydelige omsorgsoppgaver. Det er samtidig viktig å understreke at disse oppgavene ikke utelukkende oppleves som en byrde, men er en del av deres identitet og en kilde til mening og tilhørighet.

Funnene peker mot at en mer fleksibel deltakelsesmodell, der deltidsdeltakelse inngår som et reelt alternativ for noen grupper, bør utredes nærmere, slik at programmet kan gjennomføres uten at det går på bekostning av helse, omsorg eller læringsutbytte. Det bør også rettes større oppmerksomhet mot menns psykososiale utfordringer i bosettingsfasen, og disse bør adresseres mer eksplisitt i relevante støttetjenester. Matlaging, ivaretagelse av hjemmet og kollektive omsorgsoppgaver bør anerkjennes som bærere av identitet, kontinuitet og omsorg, og møtes med forståelse fremfor å betraktes utelukkende som hindre for deltakelse og integrering.

Videre bør introduksjonsprogrammet benyttes som en arena for dialog om familieroller og generasjonsmøter, for eksempel om ungdoms hverdagsliv, lojalitetskonflikter i møte med ulike kulturelle forventninger, og hvordan foreldre og ungdommer kan finne frem til gode kompromisser. Endelig bør mottaksfasen styrkes for barnefamilier og ungdom, med vekt på tilrettelagte møteplasser, fritidsaktiviteter og relasjonell støtte fra voksne.

2.4 Sted, klima og helse

I dette kapittelet trekker vi frem funn som handler om det å *bosettes i distriktskommuner i Nord-Norge, og hvordan både det geografiske stedet og det nordnorske klimaet kan oppleves å påvirke helsen.*

Selv om HelseIntro i utgangspunktet fokuserer på introduksjonsprogrammet og hvordan helseutfordringer påvirker programdeltagelsen, har datainnsamlingen også gitt oss innsikt i aspekter som berører bosetting og mulige helsemessige konsekvensene av dette.

Kapittelet baserer seg på et datagrunnlag som består av kvalitative intervjuer med programdeltakere.

2.4.1 Store avstander og få fritidstilbud

Informantene våre er bosatt i små og mellomstore nordnorske kommuner. De fleste bor i kommunesenteret, men noen er bosatt utenfor. Alle har selv hatt helseutfordringer i løpet av programtiden, og/eller har familiemedlemmer med helseutfordringer. Det er viktig å understreke at informantene i all hovedsak fortalte at de er fornøyde med det norske helsevesenet og hjelpen de mottar. Likevel finner vi at distriktsbosetting - og særlig bosetting utenfor kommunesenteret - kan by på særlige utfordringer for flyktninger med helseutfordringer. Vi finner særlig to slike utfordringer.

Den første utfordringen handler om begrenset tilgang til helsetjenester og lang reisevei til behandlingssted, enten det gjelder fastlege i kommunesenteret, sykehus eller spesialisthelsetjenester andre steder i regionen. Flere informanter beskrev lange reiser for å få nødvendig helsehjelp noe som kan bli ytterligere utfordrende grunnet et begrenset kollektivtilbud i distriktet. Eksempelvis kan reiseveien til behandlingsstedet utgjøre en kombinasjon av buss- og båtreise, eller flytur med flere mellomlandinger. Slike reiser kan være svært tidkrevende, og kan være særlig utfordrende for de som har fysiske helseutfordringer. Det er også krevende for de som har omfattende helseutfordringer, og som må gjøre flere reiser på kort tid.

«Hele tiden så må man enten dra til [nærliggende by] hvis det skjer noe. Vi burde ha en øyenlege her også i området (...) Det blir så mye. Noen ganger så må jeg reise 2–3 ganger i løpet av en måned.»

Noen av våre informanter knyttet lange reiser til og fra behandlingsstedet til direkte helseforverring.

«Flyet lettet klokken 08.00 herfra, men på vei tilbake så skulle flyet som skulle fly meg tilbake [gå] klokken 19.00. Og det førte da til at jeg måtte vente lang tid. Og det førte da til store komplikasjoner i foten.»

I tillegg til de helsemessige konsekvensene medfører disse reisene oppbrudd i undervisningen, noe som over tid kan gå ut over progresjon og læringsutbytte i introduksjonsprogrammet.

For noen informanter bosatt utenfor kommunesenteret betydde forholdsvis lange avstander til kommunesenteret, i kombinasjon med begrenset kollektivtilbud, dessuten utfordringer med å komme seg til skolen. Med begrenset busstilbud og barn som skal leveres i barnehage og skole først, kan hverdagslogistikken alene bli en belastning.

«Jeg må stå opp klokken 05:50 hver eneste dag for å kunne rekke å levere mine barn i barnehagen til riktig tid, og så må vi videre til bussen for å komme oss til skolen. Og vi er ferdig der klokken 14:00, og så er vi ikke hjemme før klokken har blitt 15 – 15.30. For da må vi jo komme oss fra et sted hvor skolen er til dette området hvor vi bor. Og når man er endelig fremme så er man veldig sliten.»

Den andre utfordringen knyttet til distriktsbosetting handler om hvordan bosettingen kan påvirke psykisk helse og livskvalitet. Flere informanter opplever at det er få fritidstilbud og sosiale arenaer for både voksne og barn. For dem som kommer fra

storbyer og er vant til et bredt tilbud av aktiviteter og sosiale møteplasser, kan overgangen oppleves som særlig stor. Noen informanter fortalte at det begrensede tilbudet er en medvirkende årsak til at de vurderer å flytte til en større kommune.

«Det er liksom verre når man kommer fra en storby til en liten landsby hvor det ikke skjer noen ting. Du står og stirrer fra vinduet og så skjer det ingen ting utenfor. Det er uvanlig».

Få sosiale aktiviteter og fritidstilbud gjør det dessuten vanskeligere å bli kjent med lokalbefolkningen. Våre informanter opplevde det som utfordrende å bli kjent med lokalbefolkningen i utgangpunktet, men mangelen på møteplasser synes å forsterke denne utfordringen ytterligere.

2.4.2 Nordnorsk klima og dets betydning for helse og hverdagsliv

Et annet aspekt ved bosetting i nordnorske kommuner som flere informanter har trukket frem, er klimaets betydning for helse og livskvalitet. Disse funnene peker i to retninger: klimaet kan påvirke helsen direkte, og det kan påvirke livskvaliteten mer indirekte gjennom å begrense sosiale muligheter og uteliv.

Flere informanter beskrev vinteren, kulden og mørketiden som utfordrende å forholde seg til. Noen fortalte at den lange og mørke vinteren påvirker humøret og den psykiske helsen negativt. Ikke minst opplevdes overgangen fra klimaet i hjemland eller transittland og til den nordnorske vinteren stor og utfordrende.

«Det var et annerledes vær eller klima enn det vi er vant til. Det var kaldt, det var mørkt, og vi er jo vant til at det skal være mye mer dagslys og at det skal være varmere (...) måtte venne oss til det gradvis».

I forbindelse med mørketiden nevnte noen informanter bekymringer knyttet til lavt D-vitaminnivå, noe som de opplevde hadde innvirkning på den generelle helsetilstanden

deres. En annen utfordring som flere opplever er fall på is og glatte underlag. Flere informanter fortalte at de hadde skadet seg som følge av dette, og noen beskriver at skadene har hatt varige konsekvenser.

«Jeg skled i snøen og skadet skulderen. Så da ble jeg operert i skulderen. Og jeg sliter fortsatt med skaden».

«Det skjedde for ett år siden. Det var glatt i det jeg gikk ut av boligen min. Så skled jeg ned, og da slo jeg foten. Det ble på en måte satt inn et implantat, sann platinum eller en form av metall med skruer. Det skrudde de fast i beinet. Og de skal jeg leve med resten av livet».

For informanter som i utgangspunktet har muskel- og skjelettplager, kan kulden i seg selv oppleves som en forverrende faktor. Disse informantene opplevde det som uheldig å være bosatt i en nordnorsk kommune med lange og kalde vintre, ettersom de opplever at klima påvirker helsen deres negativt.

«Problemet mitt har med... er ortopedisk, altså i skjelettet, så sliter jeg veldig med tanke på kulden. Altså kulden påvirker skjelettet»

Det er vanskelig å fastslå i hvilken grad klimaet alene er årsaken til slike forverringer, da flere faktorer kan spille inn. Likevel er det et gjennomgående trekk i datamaterialet at informanter med fysiske helseutfordringer selv opplever en sammenheng mellom kulde og forverrede plager.

Klimaet ser også ut til å påvirke livskvalitet og sosial deltakelse på mer indirekte måter. For noen informanter har tidligere fall på is ført til engstelse for å gå ut om vinteren, noe som igjen har bidratt til at de holder seg innendørs store deler av årstiden.

«Jeg skled to ganger faktisk her, og det førte da til at jeg fikk angst av å gå ut når det er glatt.»

Selv om det å holde seg inne kan redusere risikoen for nye fall, kan det samtidig begrense mulighetene for sosial kontakt og deltakelse i hverdagslivet. Begrensede muligheter for sosial kontakt henger også sammen med opplevelsen av at det eksisterer få sosiale møteplasser i lokalsamfunnet, som beskrevet i forrige kapitlet. Denne problematikken kan forsterkes på vinterstid, når kulden gjør det krevende å oppholde seg utendørs.

«Sånn sett så spiller klima en rolle her. Vi er ikke vant til et sånt klima, vi er ikke vant til mørketiden og det at folk ikke er sosiale nok liksom, det også har påvirket oss. Det har faktisk påvirket vår psyke».

Noen informanter ga uttrykk for at de ønsker å flytte sørover grunnet været i Nord-Norge. De mente at det ville hatt en positiv effekt på helsen deres å bo et sted hvor de får mer sol og dagslys, hvor vinteren og mørketiden ikke er så lang, eller hvor kulden ikke påvirker helseplagene deres negativt.

Konklusjon og anbefalinger for kapittel 2.4

Funnene tyder på at distriktsbosetting kan by på særlige utfordringer for flyktninger med helseutfordringer. Lang reisevei til helsetjenester og behandlingssteder, kombinert med begrenset kollektivtilbud, kan være både fysisk belastende og tidkrevende. Dette kan i verste fall gå ut over progresjon og læringsutbytte i introduksjonsprogrammet. Få sosiale arenaer og fritidstilbud kan forsterke opplevelsen av isolasjon og gjøre det vanskeligere å bli kjent med lokalbefolkningen.

Det nordnorske klimaet ser videre ut til å påvirke informantenes helse og livskvalitet både direkte gjennom kuldens innvirkning på fysiske plager og risiko for fallskader, og mer indirekte ved at mørketid og vinter kan bidra til psykiske belastninger og redusert sosial deltakelse.

Samlet sett peker funnene på at bosettingssted og klima er faktorer som bør tillegges større vekt i integreringsarbeidet, særlig for flyktninger med eksisterende helseutfordringer. Bosetting av flyktninger med helseutfordringer i usentrale strøk med begrenset tilgang til helsetjenester og sosiale arenaer bør vurderes nøye.

2.5 Hvordan Integreringsloven legger premisser for deltakere med helseutfordringer

I dette kapittelet ser vi nærmere på *hvordan det juridiske rammeverket, særlig Introduksjonsloven og Integreringsloven, legger premisser for programdeltagelse for flyktninger med helseutfordringer.*

Vi belyser tre hovedforhold: hvilke utfordringer ansatte i flyktningtjenesten opplever når de forsøker å tilrettelegge programinnholdet innenfor lovens rammer, hvilke konsekvenser kravet om fulltidsdeltakelse kan ha for deltakere med helseutfordringer, og hvordan lovverkets begrensninger kan hindre reell brukermedvirkning.

Samlet sett viser vi hvordan lovverket ser ut til å være i begrenset grad er tilpasset deltakere med sammensatte helseutfordringer, og at dette kan få negative konsekvenser både for den enkeltes helse og for utbyttet av programmet. I tillegg vil vi gjøre rede for at våre funn peker mot et program som i liten grad gir rom for reell fleksibilitet og brukermedvirkning, og der ansatte kan tvinges til å finne løsninger i et juridisk grenseland for å ivareta deltakere som ikke makter å delta på fulltid.

Funnene er basert på semistrukturerte intervjuer med ansatte i kommunale tjenester og med programdeltakere.

2.5.1 Få tilretteleggingsmuligheter

På tvers av tre nordnorske kommuner forteller både flyktninger, ansatte i flyktningtjenester og voksenopplæringer at deltakere i introduksjonsprogrammet som har helseutfordringer ikke klarer å delta 100% i programmet. Med 100% menes 30-40 timer i uken. En programdeltaker sa:

«Jeg var stort sett ikke på skolen, jeg kunne ikke være på skolen. Det var mye sykemeldinger og egenmeldinger».

Noen programdeltakere fortalte at de vet lite om hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes for dem, og at de ikke har fått noe tilrettelegging.

«Dessverre, ingen ting annet enn at de har foreslått en psykolog. Men ikke noe sånn tilrettelegging, men heller sånne generelle råd, at du må stå på egne bein, du må stå på og sånne ting».

Hovedårsaken til manglende muligheter for å tilrettelegge programmet til deltakere med helseutfordringer er ifølge ansatte i flyktningtjenester at lowverket ikke åpner opp for at deltakere kan delta på deltid i introduksjonsprogrammet. Flere informanter har fortalt at dette kan resultere i at programdeltakere som har spurt om å få tilrettelegging i form av deltid ikke har fått mulighet til det. Ansatte i flyktningtjenestene gir uttrykk for at deltidsdeltakelse ville vært en hensiktsmessig løsning for deltakere med store helseutfordringer. De begrunner dette med at mange av disse deltakerne trolig ville hatt kapasitet til å delta på redusert basis.

For å finne alternative tilretteleggingsmuligheter forsøker ansatte å identifisere tiltak som kan inngå i deltakernes integreringsplan uten at deltakerne nødvendigvis må møte opp på skolen, men som samtidig kan bidra til at de oppnår full deltakelse når det gjelder antall timer til tross for helseutfordringer. Programrådgivere beskriver imidlertid disse løsningene som det en informant kalte «*tynne*» tiltak, og påpeker at slike tiltak er vanskelige å finne i praksis. Et eksempel som trekkes frem, er at en deltaker kan ha fysioterapi hver onsdag etterfulgt av trening i fysioterapeutens treningsrom frem til lunsj, og deretter møte på programrådgiverens kontor. Utfordringen med slike opplegg er todelt: ifølge informantene fra flyktningetjenesten følger ikke alltid programdeltakeren opp tiltaket i praksis, og dels går kvalifiseringstiden uten at deltakeren reelt sett blir bedre kvalifisert. Et ytterligere problem kan være at slike behandlingsopplegg sjelden er regelmessige nok over tid til å fungere som faste elementer i integreringsplanen. Flere programrådgivere ga videre uttrykk for usikkerhet om hva som faktisk kan defineres som et «*tynt*» tiltak og føres inn i planen, nettopp fordi behandlinger ofte er sporadiske. Slik vi forstår det, er integreringsplanens struktur i liten grad tilpasset aktiviteter som ikke følger et fast og forutsigbart mønster over tid.

Flere av de ansatte vi intervjuet ga uttrykk for at manglende tilretteleggingsmuligheter i en del tilfeller kan føre til at deltakere med helseutfordringer skrives ut av

introduksjonsprogrammet. Noen ansatte påpekte at utskriving i enkelte tilfeller kan være det beste alternativet, fordi deltakerne da sparer kvalifiseringstiden til de eventuelt blir bedre. Samtidig løftet ansatte i flyktningtjenestene frem en bekymring for deltakere med kroniske lidelser som ikke forventes å bli friske. For disse kan utskriving innebære et permanent tap av muligheten til språkopplæring og kvalifisering.

Fraværet av deltidsmuligheter, kombinert med utfordringene knyttet til å finne tiltak som kan fylle et fulltidsprogram, ser ut til å sette mange ansatte i en krevende posisjon. Flere beskrev at de blir frustrerte og at de forsøker å finne det de selv kalte «kreative» løsninger for å holde deltakerne i programmet. Noen av disse løsningene befinner seg, ifølge informantene selv, i et juridisk grenseland. En programrådgiver fortalte for eksempel om en deltaker med helseutfordringer som ikke klarte å delta på fulltid, og der de forsøkte å få NAV til å fylle to av ukens dager mens deltakeren gikk tre dager på voksenopplæringen. Tanken var at NAV kunne veilede deltakeren om forventninger som arbeidssøker og hjelpe til med registrering. Tiltaket kom imidlertid aldri i gang. Rådgiveren beskrev situasjonen slik:

«Så egentlig så gikk hun i et deltidsprogram hele det siste halvåret. [...] Men vi gikk jo ikke rundt og innbilte oss at det var i tråd med loven.»

2.5.2 Lite reell brukermedvirkning

Ordet *brukermedvirkning* er ikke nevnt i lovverket, men både den tidligere Introduksjonsloven og den nåværende Integreringsloven slår fast at henholdsvis en individuell plan eller integreringsplan skal utarbeides sammen med deltakeren. Planen skal revideres jevnlig. Slik sett har lovverket siden introduksjonsprogrammets oppstart i 2004 fremholdt at den enkelte deltaker skal medvirke.

Funnene våre tyder likevel på at reell brukermedvirkning er krevende å oppnå i praksis. Flere faktorer påvirker om, og i hvilken grad, deltakerne involveres i utformingen av sitt eget program, samt har mulighet til å påvirke tilpasninger av programinnhold i henhold

til helseutfordringer. Dette gjelder programdeltakere generelt, men ser ut til å være særlig utfordrende for dem med helseutfordringer. I det følgende belyser vi disse utfordringene nærmere.

Et forhåndsbestemt program

En første utfordring knyttet til medvirkning handler om at innholdet i introduksjonsprogrammet i stor grad oppleves som fastsatt på forhånd.

Flere av de ansatte vi intervjuet beskrev det nye lowerket som rigid. De forklarte at loven fastsetter programlengde, slutt mål, forventet norsknivå og rammene for eventuell forlengelse basert på relativt rigide kriterier som utdanningsnivå og alder. I tillegg opplevde de at selve programinnholdet i stor grad er låst gjennom obligatoriske elementer og minstekrav. Samlet sett mente disse informantene at dette begrenser hva programdeltakerne reelt sett kan påvirke.

«Ja, så det er ikke enkelt (...) vi er nok ganske bundet av den loven»

Noen få informanter fremhevet likevel at enkelte elementer i lowerket kan legge til rette for noe mer medvirkning. De trakk blant annet frem karriereveiledning, revidering av integreringsplanen og de hyppige møtene med deltakerne som er pålagt i oppstartsfasen. I slike møter mente de at viktig informasjon som helseutfordringer lettere kan komme frem, noe som igjen kan gi grunnlag for bedre tilpassede planer og et mer individuelt tilrettelagt program.

Programdeltakerne vi intervjuet hadde varierte erfaringer med medvirkning. Et fåtall fortalte at de hadde følt seg involvert i utarbeidelsen av integreringsplanen og opplevde å ha hatt innflytelse på programmets innhold og retning. Flertallet beskrev imidlertid en opplevelse av at programmet var bestemt på forhånd og likt for alle, og at de hadde liten reell innflytelse over både planen og programinnholdet. En programdeltaker opplevde det slik:

«Nei, det var bestemt på forhånd. Det er ikke det at man kan velge selv. Alt var jo skreddersydd på forhånd (...) Nei, det var sånn for alle.»

Helseutfordringer er et usynlig element i planene

Vi finner at programdeltakerne som vi har intervjuet har ulike erfaringer når det gjelder om, og i hvilken grad, helserelatert informasjon har blitt inkludert i deres individuelle plan, og om programmet deres har blitt tilpasset deres helsesituasjon. Noen opplevde at deres helseutfordringer ble tatt med i utarbeidelsen av individuell plan/integreringsplan og programinnhold, mens andre deltakere ikke opplevde at slik informasjon ble inkludert i arbeidet.

Hovedsakelig finner vi imidlertid at helse i liten grad inkluderes i individuell plan/integreringsplan, og i arbeidet med å utvikle planen. Dette gjør det utfordrende å skulle medvirke og tilrettelegge for helseutfordringer.

Flere av de ansatte vi intervjuet fortalte at helse i liten grad adresseres i arbeidet med integreringsplanen, og de pekte på flere mulige forklaringer. En gjennomgående observasjon var at helse ikke er eksplisitt inkludert i planmalen, noe som ser ut til å bidra til at temaet får mindre oppmerksomhet enn forhold som er konkret nedfelt i malen.

En annen forklaring som trekkes frem, er at helseutfordringer ofte ikke er avdekket på det tidspunktet planen skal utformes, det vil si i løpet av de første tre månedene etter bosetting. Flere informanter fortalte at det kan ta tid å avdekke helseutfordringer, blant annet på grunn av kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse, tabu knyttet til å snakke om helse, og ventetid i helsevesenet. Når helseutfordringer ikke er kjente på planleggingstidspunktet, blir det vanskelig å utforme en plan som tar høyde for dem og å tilpasse programmet til den enkeltes situasjon.

En tredje forklaring er at deltakerne ikke alltid forteller om helseutfordringer i samtale med karriereveileder, selv om karriereveiledningen er ment å sikre at integreringsplanen

utarbeides på et solid grunnlag med god kjennskap til den enkelte. Noen av de ansatte vi intervjuet mente at selve rammen rundt karriereveiledningen kan gjøre det vanskelig å ta opp sensitiv helseinformasjon. De trakk frem at veiledningen gjerne foregår med en person deltakeren ikke kjenner, på Teams med tolk, og innenfor en time. En slik kontekst ser etter deres vurdering ikke alltid ut til å legge til rette for at helserelatert informasjon kommer frem, noe som igjen kan påvirke i hvilken grad helse fanges opp og inkluderes i planen. Noen ansatte påpekte også at økningen i obligatoriske oppgaver og tidsfrister som følger av det nye lowerket, kan gjøre det vanskeligere å fange opp helserelatert informasjon i de første møtene med deltakerne. Når arbeidspresset øker, kan det bli mindre rom for den typen samtaler der helseutfordringer naturlig ville komme frem.

Manglende forutsetninger for å medvirke

Et gjennomgående funn er at mange programdeltakere ser ut til å ha begrenset kjennskap til individuell plan/integreringsplan og til mulighetene for å medvirke i utformingen av den. Flere av de ansatte vi intervjuet fortalte at deltakerne ofte ikke er bevisste på at en slik plan eksisterer, eller hva den innebærer.

«Og jeg har nå snart jobbet her i fem år, og jeg har til gode at noen veiver med planen og sier at 'Se her, dette her står det i min plan'. Det er sånn at nå skal vi revidere planen og så sier de 'plan, hvilken plan?'. Så sier jeg 'denne her'. Åh ja, den har de nå glemt.»

De ansatte pekte også på forhold ved deltakernes situasjon og bakgrunn som kan påvirke forutsetningene for medvirkning. Noen fortalte at deltakere med høyere utdanning gjerne hadde klarere tanker om fremtiden og dermed var mer aktive i planarbeidet. Andre trakk frem at mange flyktninger er vant til å forholde seg til autoriteter på en måte som gjør at de i mindre grad uttrykker egne ønsker og behov, og heller følger det programrådgiveren foreslår.

Et av de viktigste forholdene som trekkes frem av nær samtlige ansatte vi intervjuet, er mangelfull systemforståelse blant deltakerne. De fortalte at mange deltakere har begrenset kunnskap om det norske samfunnet, utdanningssystemet og arbeidsmarkedet, noe som gjør det vanskelig å ta informerte valg om egen fremtid og dermed å medvirke reelt i planarbeidet. En ytterligere utfordring er at disse valgene må tas svært tidlig. Integreringsplanen skal utarbeides før programstart, og oppstart skal skje innen tre måneder etter bosetting. Flere ansatte ga uttrykk for at viktige og langsiktige valg dermed må tas på et tidspunkt da deltakerne knapt har rukket å orientere seg i det nye samfunnet. Noen beskrev dette som nærmest uetisk.

Også programdeltakerne vi intervjuet fortalte at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap eller gode nok forutsetninger til å ta slike valg så tidlig i bosettingsfasen. Flere beskrev det som krevende å ta informerte valg om forhold de knapt kjente til.

«Og du forstår ingenting, du forstår ikke hvorfor du må velge utdanning, og du forstår heller ikke hvorfor du må velge jobb. Så du forstår uansett ikke noen ting av det valget du gjør der og da (...) men her så blir din fremtid slengt foran deg på bordet, og så må du ta et valg der og da mellom enten jobb eller utdanning. Og du forstår ikke hva du skal velge.»

«Dette var selvsagt vanskelig. Det er vanskelig å kunne planlegge fremover i tid når man er ny. Så vi fikk jo fortalt ting som vi ikke kjente til.»

Forholdene som beskrevet i dette kapitlet ser ut til å gjelde programdeltakere generelt, uavhengig av helsestatus. For deltakere med helseutfordringer kan situasjonen imidlertid være særlig vanskelig, ettersom usikkerheten om egen helse og dens konsekvenser for fremtiden, for eksempel mulighetene for arbeidslivstilknytning, kommer på toppen av den generelle usikkerheten.

Mangel på faktiske tilretteleggingsmuligheter blir en barriere for reell brukermedvirkning

Et annet forhold som påvirker mulighetene for reell brukermedvirkning, handler om i hvilken grad deltakernes ønsker og behov faktisk kan imøtekommes innenfor programmets rammer. Medvirkning forutsetter ikke bare at deltakerne involveres i planarbeidet, men også at det finnes reelle muligheter for å tilpasse programmet i tråd med det de gir uttrykk for.

Flere av de ansatte vi har intervjuet fortalte at mulighetene for å tilrettelegge for deltakere med helseutfordringer i praksis er svært begrenset. Ifølge våre informanter strekker tilretteleggingen seg ofte ikke lenger enn til enkle tilpasninger som å tilby en bedre stol eller gi deltakeren mulighet til å ta en pause og gå litt. De ansatte beskrev det som vanskelig å tilrettelegge utover slike tiltak, og pekte på et strengt regelverk med begrenset fleksibilitet og kravet om fulltidsdeltakelse som de viktigste hindringene.

I tråd med det ansatte beskrev, fortalte også flere av programdeltakerne vi intervjuet at ønsker om tilrettelegging ikke hadde blitt imøtekommet. Noen hadde bedt om å delta på deltid grunnet helseutfordringer, uten å få gjennomslag. En deltaker hadde ønsket praksisplass i en bedrift der noen snakket morsmålet deres, noe vedkommende mente ville hatt positiv betydning for den psykiske helsen. Vedkommende sitt ønske ble avvist med henvisning til regelverket.

Noen deltakere ga også uttrykk for at de ikke ville hatt mulighet til å delta i introduksjonsprogrammet under dagens regelverk, uavhengig av tilretteleggingstiltak. De begrunnet dette med at kravet om fulltidsdeltakelse i seg selv er uforenlig med deres helsesituasjon.

2.5.3 Fulltidskravets konsekvenser sett fra ansattes perspektiv

Informantene var generelt kritiske til lovens krav om fulltidsdeltakelse i introduksjonsprogrammet og mente mange av utfordringene flyktninger med helseutfordringer opplever kan knyttes til kravet om full deltakelse og raskest mulig progresjon.

Mot denne bakgrunnen fortalte både programrådgivere og lærere om deltakere i introduksjonsprogrammet som, til tross for helseutfordringer, møtte opp til timene. En sentral årsak informantene trakk frem var at deltakere med stort fravær eller som kom for sent risikerte trekk i introduksjonsstøtten. Flere beskrev dette som et betydelig pressmiddel for oppmøte. En av informantene oppsummerte det med at «*money talks*», men ga samtidig uttrykk for skepsis til de etiske sidene ved denne praksisen. Dette særlig i møte med deltakere som etter informantens vurdering var så syke at de ikke burde vært i klasserommet.

Mange av programdeltakerne som møtte opp i klasserommet til tross for helseutfordringer, hadde ifølge informantene ofte problemer med fokus og konsentrasjon. Dette ble av informantene knyttet til at flere deltakere syntes å streve med søvnvansker, depresjon, traumer eller sorg og savn etter familie og nærstående. Traumer ble trukket frem som en hyppig årsak til at enkelte flyktninger var til stede fysiske, men fraværende psykiske.

«De sitter i klasserommet og er nesten litt sånn zombie».

Det informantene omtalte som et «*tilstedeværende fravær*» ble av flere beskrevet som en stor utfordring for deltakernes læringsutbytte og progresjon i programmet.

Det var ikke bare psykiske helseutfordringer som ble trukket frem som årsak til problemer med fokus og konsentrasjon. Informantene fortalte også om deltakere med fysiske skader som ga tilsvarende utfordringer på grunn av smerter. Samlet sett tegnet informantene et bilde av et program som i liten grad er tilpasset deltakere med sammensatte helseutfordringer. En av programrådgiverne oppsummerte det slik:

«Dagens introduksjonsprogram er et program som favoriserer unge friske menn og kvinner uten barn».

At deltakere med store helseutfordringer presset seg til å delta i programmet selv om de var for syke til å få noe utbytte, ble av flere informanter beskrevet som mulig skadelig for

den enkeltes allerede svake helse. Informantene pekte på at omfattende fravær som skyldtes sykdom, skader eller traumer (noen ganger flere forhold samtidig) kombinert med kravet om raskest mulig progresjon, ikke var hensiktsmessig for denne gruppen deltakere. Flere beskrev hvordan presset ble for stort, og hvordan stress kunne bidra til å forverre sykdomsbildet.

Informantene tegnet et bilde av en situasjon der sykdom førte til fravær, fravær førte til stress, stress forverret tilstanden, og forverret tilstand førte til ytterligere fravær.

«Da blir de ikke bedre verken i helsen eller i norsk.

Det blir en vond sirkel.»

Flere gav uttrykk for at presset på enkelte deltakere ble for stort, og at flyktninger med helseutfordringer burde slippe et *«sånt krav at de skal fungere 100% når man vet at de ikke har mulighet for det»*.

Et forhold flere informanter trakk frem var utfordringen knyttet til å skaffe legeerklæring for fravær, særlig for sykdommer av kronisk eller episodisk karakter.

Dokumentasjonskravet ble beskrevet som en tilleggsbelastning som i seg selv kunne bli vanskelig å håndtere for deltakere med sammensatte helseutfordringer. En lærer illustrerte dette gjennom eksempelet med en kvinnelig deltaker som var plaget av hyppige migreneanfall. Til tross for at hun hadde god kjennskap til det norske helsevesenet gjennom langvarig oppfølging av sykdommen sin, opplevde hun etter hvert dokumentasjonskravet som for belastende.

«Så hun brukte legen og brukte helsevesenet vårt, men det ble for krevende for henne å skaffe dokumentasjon for hver gang hun var borte.»

Ifølge læreren resulterte dette i at deltakeren ga opp og avsluttet programmet. En annen lærer beskrev hvordan regelverket knyttet til fravær over tid kunne undergrave deltakernes motivasjon og mestringsfølelse. Når egenmeldingsdagene var brukt opp og

kostnadene ved gjentatte legebesøk ble for høye, beskrev informanten at mange deltakere mistet troen på at videre deltakelse var meningsfull.

«Så mange på en måte kanskje gir bare litt opp, for de vet at de har brukt opp antallet egenmeldinger og det er dyrt å gå til legen hele tiden og få en legeerklæring.»

En programrådgiver beskrev det som vanskelig å jobbe med flyktninger med helseutfordringer, nettopp fordi de ikke har de samme rettighetene som andre lønnsinntakere i Norge. Informanten opplevde dette som et grunnleggende paradoks.

«Sånn som vi sier jo at introduksjonsprogrammet skal ligne mest mulig på norsk arbeidsliv. Men jeg kan jo jobbe 70% hvis jeg har en rygg som er dårlig. Det kan ikke de, de har ikke den muligheten.»

Flere informanter gav uttrykk for at muligheten til å delta på redusert tid ville ført til at færre deltakere måtte skrives ut av eller innvilges permisjon fra programmet. Det ble opplevd som urettferdig at et program som skal speile norsk arbeidsliv, ikke i større grad gjenspeiler de ordningene som ellers prioriteres i arbeidslivet, sånn som inkluderende arbeidsliv, lønnstilskudd og tilrettelegging for at folk kan bidra ut fra egen kapasitet. En av flyktningelegene mente regelverket i for liten grad tar hensyn til at mange flyktninger ankommer landet med betydelige helseutfordringer: *«Vi må tenke litt mindre effektivitet.»* Legen argumenterte for en mer helhetlig tilnærming, der målet er at flyktninger kan bidra på sine egne premisser fremfor å stå på sidelinjen.

Konklusjon og anbefalinger for kapittel 2.5

Funnene tyder på at det juridiske rammeverket i begrenset grad er tilpasset deltakere med særlig komplekse og kroniske helseutfordringer. Kravet om fulltidsdeltakelse fremstår som den mest sentrale barrieren, og kan skape en selvforsterkende negativ spiral der sykdom fører til fravær, fravær fører til stress, og stress forverrer helsetilstanden ytterligere. Ansatte i flyktningtjenester ser ut til å forsøke å finne løsninger innenfor lovens rammer, og beskriver disse som «tynne» tiltak som likevel sjelden gir tilstrekkelig tilrettelegging i praksis. I noen tilfeller må de bevege seg i et juridisk grenseland for å finne løsninger som er tilpasset programdeltagernes helsemessige behov. Reell brukermedvirkning er videre vanskelig å oppnå når viktige valg må tas tidlig i bosettingsfasen, og når helseutfordringer i liten grad inkluderes i integreringsplanene. Samlet sett peker funnene mot et program som i for stor grad favoriserer friske deltakere uten omfattende omsorgsansvar.

Endringer i regelverket bør utredes i lys av prinsippene for inkluderende arbeidsliv, herunder muligheter for deltidsdeltakelse. Videre bør det tilstrebes at åpninger i lovverket for fleksible løsninger samsvarer bedre med eksisterende alternativer, slik at tilretteleggingsmuligheter som språkvenner og fleksibelt fravær i forbindelse med behandling blir reelle alternativer til standardiserte forløp. Helse bør inkluderes eksplisitt i integreringsplanmalen, og det bør sees nærmere på konsekvensene av dokumentasjonskravet ved helserelatert fravær.

2.6 Samarbeid og tjenesteorganisering

Dette kapitlet belyser funn knyttet til *samarbeid på tvers av tjenester i tre nordnorske kommuner, med særlig vekt på samarbeidet mellom helsetjenester og flyktningtjenester.*

Et sentralt tema er hvilke forhold som kan påvirke tidlig avdekking og behandling av helseutfordringer hos flyktninger, samt hvilke barrierer som finnes for kommunikasjon og informasjonsdeling mellom tjenestene. I forlengelsen av dette presenteres

informantenes erfaringer med oppfølging av flyktninger med komplekse behov, der helseutfordringer utgjør en sentral del av bildet.

Kapitlet belyser også hvordan organiseringen av kommunale tjenester ser ut til å ha betydning for kvaliteten på samarbeidet. Her ser vi blant annet nærmere på erfaringer fra kommuner som har organisert tjenestene i egne tverrfaglige enheter med helsepersonell.

Funnene er basert på individuelle intervjuer med ansatte i ulike kommunale tjenester.

2.6.1 Utfordringer med avdekking og behandling av helseutfordringer blant programdeltakere

Mange informanter fra flyktningtjenester og voksenopplæringer understreket hvor viktig tidlig informasjon om deltakernes helseutfordringer er, slik at programmet kan tilpasses den enkeltes behov. Flere fra flyktningtjenestene ga uttrykk for at informasjonen de mottok fra IMDi ved bosetting var ofte ufullstendig. Informasjonen syntes hovedsakelig å omhandle alvorlige helseutfordringer eller funksjonsnedsettelse som krevde spesifikke tiltak, som for eksempel behov for rullestol. Mindre alvorlige eller mindre konkrete helseutfordringer som likevel kunne påvirke deltakelsen i introduksjonsprogrammet, ble ofte ikke videreformidlet. Noen informanter nyanserte dette ved å påpeke at det kan være urealistisk å forvente at alle helseutfordringer er avdekket allerede ved ankomst. I forlengelsen av dette beskrev flere informanter fra ulike tjenester at helseutfordringer ofte først ble oppdaget en stund etter bosetting. Flere opplevde at prosessen med å avdekke og følge opp helseutfordringer hos programdeltakere kunne være langvarig og komplisert. Informantene på tvers av tjenester knyttet disse utfordringene til flere forhold, som beskrives nærmere i det følgende.

Ressursmangel

Et forhold som ble fremhevet av informanter på tvers av tjenester som sentralt for rask avdekking og behandling av helseutfordringer blant flyktninger, var mangel på

fastlegeplasser og lange ventetider i spesialisthelsetjenesten, særlig innen psykisk helse. Dette ble spesielt påpekt av informanter med daglig kontakt med flyktninger, som programrådgivere, lærere og helsepersonell med særskilt ansvar for flyktninger. En av informantene beskrev utfordringen slik:

«Ja det første jeg tenker på er jo kapasitetsproblemer. Å ha folk og kapasitet nok til å ivareta både de innbyggerne som har bodd her lenge og de som kommer ny, også flyktninger.»

Manglende migrasjonshelsekompetanse blant helsepersonell ble også trukket frem som en utfordring, og flere informanter pekte på behovet for økt fokus og opplæring på dette området for å bedre helsehjelpen til flyktninger. Informanter fra flyktningtjenestene og helsepersonell med særskilt ansvar for flyktninger opplevde at ressursene som var satt av ikke var tilstrekkelige, gitt den store kompleksiteten og det omfattende oppfølgingsbehovet hos mange deltakere. Det var imidlertid ikke et entydig bilde. Informanter som ikke hadde daglig kontakt med flyktninger, som en kommuneoverlege, mente at kommunen håndterte de lovpålagte oppgavene på en tilfredsstillende måte og trakk ikke frem ressursmangel som en utfordring.

Sykdomsforståelse og systemforståelse

Informanter fra både flyktningtjenesten og helsetjenesten beskrev at psykisk helse kan ofte være tabubelagt i mange kulturer, noe som etter deres erfaring gjorde det vanskeligere å identifisere og behandle psykiske helseutfordringer. Dette ble knyttet både til at det kunne være vanskeligere å snakke åpent om psykiske plager, og til at slike utfordringer kunne komme til uttrykk på andre måter enn det som er vanlig blant majoritetsbefolkningen. En av informantene illustrerte dette slik:

«Jeg tenker det er mange utfordringer som gjør at det [avdekke helseutfordringer] kan være vanskelig, blant annet kan det være enkelte kulturer som har veldig store problemer med å snakke om

psykiske utfordringer. Da må man jo bruke litt tid på det. Kanskje man ikke avdekker det. Kultur, måter å behandle og forholde seg til sykdom på kan være så forskjellig.»

Ansatte med forholdsvis mange og jevnlig møtepunkter med programdeltakere (i dette tilfelle var det programrådgivere, miljøarbeidere og lærere) beskrev at den tette kontakten med flyktningene ga dem en god posisjon til å oppdage når noe var galt. Disse informantene opplevde at deres funksjon la bedre til rette for relasjonsbygging, og flere mente at flyktningene ofte hadde større tillitt til dem enn til for eksempel fastlegen, noe som kunne gjøre det enklere å åpne seg om utfordringer. En miljøterapeut og en helsesykepleier understreket også betydningen av å møte flyktningene på deres egne arenaer, utenfor tjenestenes lokaler og på mer uformelle premisser. Dette ble beskrevet som nyttig for å forstå atferd som kunne være uttrykk for underliggende vansker, og for å redusere risikoen for feiltolkning. Som et konkret eksempel trakk en miljøterapeut frem hvordan tett kontakt med en flyktning og hans familie inkludert hjemmebesøk hadde gjort det mulig å oppdage at gjentatt klaging på gardiner i realiteten var knyttet til psykiske utfordringer.

Fastleger bekreftet at kulturelle forskjeller i hvordan psykisk helse omtales kunne forlenge diagnostiske prosesser sammenlignet med andre pasientgrupper. Disse informantene problematiserte imidlertid ikke at dette var tidkrevende, men ga uttrykk for at det ble ansett som naturlig og nødvendig å gi flyktninger den tiden de trengte.

Selv når helsetjenester var tilgjengelige, beskrev flere informanter at de ikke alltid fungerte som forutsatt eller ga ønsket effekt. Dette ble også sett i sammenheng med kulturelle barrierer og ulike forståelser av sykdom, som ikke bare påvirket avdekkingen av helseutfordringer, men også mulighetene for behandling og oppfølging.

Informantene pekte på at flyktninger ikke alltid benyttet seg av helsetjenestene, eller at behandlingen de fikk ikke nødvendigvis bedret helsen i tilstrekkelig grad til å løse utfordringene knyttet til deltakelse i introduksjonsprogrammet.

«Og et eksempel er jo at det kom en familie hvor moren – og jeg lurte på om de hadde 5 barn, fikk ett her, de har 6 barn – har en ryggskade som gjør at hun starter i program, får fravær på grunn av ryggskade, blir gravid, er hjemme i foreldrepermisjon og skal komme tilbake og klarer det ikke på grunn av sin rygg. Vi setter i gang det tradisjonelle apparatet, vi sier at ok, dette her er jo helse, du må gå til lege, fysioterapi og setter i gang en sånn type norsk system, how to fix this problem. Det som vi ser det er jo det at kvinner, arabiske kvinner, har nok ikke et forhold til det å skulle liksom ta vare på seg selv helsemessig. De får veiledning hos fysioterapeut for å styrke ryggen din, så må du gå til fysioterapi og du må også trene under veiledning av fysioterapeut, og så kan vi ha god kontakt med introduksjonsprogrammet sånn at du får tilpasset, at dine helseutfordringer kan tilpasses introduksjonsprogrammet.»

Utfordringer knyttet til manglende samsvar mellom eksisterende tilbud og programdeltakernes behov gjaldt ulike typer helseutfordringer, men ble særlig fremhevet i tilknytning til psykisk helse. Informantene pekte på flere forhold som kunne forklare hvorfor behandlingstilbudet ikke alltid ga ønsket effekt: lav helsekompetanse blant flyktninger, kulturelle barrierer og stigma knyttet til psykiske lidelser. I tillegg ble selve tjenestenes utforming trukket frem som en del av forklaringen. En programrådgiver beskrev for eksempel hvordan spesialisthelsetjenesten for psykisk helse ofte syntes å være bygget rundt en forventning om rask bedring etter et begrenset antall konsultasjoner, og problematiserte dette som en tilnærming som ikke nødvendigvis lot seg overføre til denne gruppen. Språklige barrierer og for lite bruk av tolk i helsetjenesten ble av flere informanter fra helsetjenesten beskrevet som forhold som kompliserte dette ytterligere.

2.6.2 Kommunikasjon i tverretattlig samarbeid rundt flyktninger med helseutfordringer

Mens samarbeid mellom ulike aktører i kommunene generelt sett var viktig i oppfølgingen av alle flyktninger i tida etter bosetting, var informantene stort sett enige om at tilstedeværelse av helseutfordringer økte behovet for samarbeid betydelig. Samarbeid om komplekse saker opplevdes ofte samtidig som veldig krevende og uoversiktlig, gitt de mange ulike aktørene som ofte er involvert.

«De største utfordringene er jo de som sliter med å faktisk delta i introduksjonsprogrammet på full tid. Og utfordringene det er både for dem rent helsemessig og i forhold til det å følge progresjonen i en klasse med avbrudd på grunn av sykefravær, og utfordringen det er for oss som programrådgivere som skal sy sammen et opplegg for dem der loven kanskje ikke helt spiller på lag med oss. Og samtidig skal forholde oss til en tredjepart som er skole og lærer, voksenopplæringen som har sine utfordringer når deltakerne har helseutfordringer, at de trenger tilrettelegging og skolen har ikke direkte kontakt med helsepersonell om hva som er ståa, de trenger info via oss. Altså så det er en sånn...dette samspillet mellom alle partene når det gjelder helseproblemer det kan fort bli mange pakker og litt søl.»

Velfungerende samarbeid om flyktninger med helseutfordringer forutsetter at relevante aktører har kjennskap til de helseutfordringene det skal samarbeides om. Ifølge informantene kunne det imidlertid ikke tas for gitt at slik informasjon ble delt, selv når den forelå, verken fra flyktningenes eller helsepersonellens side. Flere informanter beskrev tilfeller der helseutfordringer med stor betydning for videre forløp i introduksjonsprogrammet og innpass i arbeidsmarkedet først ble kjent langt ut i programtiden. En av informantene illustrerte konsekvensene av dette:

«Sånn som hun dama som jeg snakket om i sted som plutselig hadde helseutfordringer og ikke kunne dra ut i praksis, der hadde vi jo kunnet dratt inn andre tidligere hvis vi bare hadde fått den avklaringen før. Men med en god avklaring, det er jo en felles forståelse, at flyktningene tør å fortelle og skjønner poenget med å fortelle, så kan vi samarbeide ifra dag én internt på enheten med helsesykepleier og mottakslege og skole i forhold til tilrettelegging, og så ta det derfra i forhold til koordinerende enhet eller barnevernet eller spesialisthelsetjenesten.»

Slike forsinkelser ble beskrevet som særlig uheldige gitt introduksjonsprogrammets begrensede tidsramme. Selv i tilfeller der samarbeidet tilsynelatende fungerte godt etter at helseutfordringene var avdekket, kunne sen identifisering eller forsinket kommunikasjon innebære at mulighetene for tilrettelegging og oppfølging allerede var betydelig redusert. Effektiv kommunikasjon mellom aktørene ble derfor trukket frem som et særlig viktig aspekt ved samarbeidet om flyktninger med helseutfordringer. Informantene beskrev kommunikasjonsutfordringer på flere nivåer, fra juridiske og tekniske barrierer knyttet til taushetsplikt og informasjonsdeling, til mer grunnleggende utfordringer som ulike problemforståelser og begrenset kjennskap til hverandres mandat og rammer i et fragmentert tjenestelandskap.

Mange informanter fra både flyktningtjenesten og helsetjenesten trakk frem helsepersonells taushetsplikt som en sentral barriere for deling av helseinformasjon. Kravet om å innhente samtykke ble av flere beskrevet som tungvint og tidkrevende i en allerede hektisk hverdag. I tillegg ga flere ansatte uttrykk for at de savnet IT-løsninger som kunne gjøre formidling av sensitiv helseinformasjon på tvers av sektorer enklere og sikrere.

«Det er veldig mye koordinering som jeg tror kunne ha vært gjort på en mye smartere måte. Kanskje i forhold til at vi har jo ingen

elektroniske systemer som snakker sammen. Og det er jo ikke ting man ofte kan sende på mail på grunn av taushetsplikt og på grunn av sikkerhet og sånn. Så jeg skulle ønske at vi hadde noen IT-verktøy som gjorde at det var lettere å samhandle elektronisk.»

Behovet for bedre informasjonsflyt gjaldt på tvers av flere relasjoner, mellom helsetjenesten og flyktningtjenesten, mellom voksenopplæringen og flyktningtjenesten, og mellom flyktningtjenesten og arbeidsgivere som ønsket å tilby praksisplass. Mangelfull informasjonsdeling fikk ifølge informantene konsekvenser på flere måter. På den ene siden kunne det føre til at viktig informasjon om for eksempel tilrettelegging ikke nådde frem til dem som trengte den. På den andre siden kunne det resultere i at flere aktører arbeidet parallelt med de samme utfordringene uten å vite om hverandre, noe som kompliserte samarbeidet og skapte unødvendig dobbeltarbeid.

Ulike forståelser av mandat og prioriteringer mellom involverte aktører, inkludert flyktningene selv, ble beskrevet som en annen barriere for effektivt samarbeid. Flere informanter opplevde det som krevende å formidle til flyktninger at helseutfordringer i utgangspunktet ikke behøver å være et hinder for deltakelse i arbeidslivet, og at målet i Norge er at alle skal være i arbeid eller utdanning.

Også mellom kommunale aktører var det ikke alltid en felles forståelse av hva som var de viktigste årsakene til utfordringene, eller hva som burde prioriteres når ikke alt kunne håndteres samtidig. Dette kom blant annet til uttrykk i den tidlige fasen etter bosetting, da mange forhold skulle ivaretas parallelt, slik som helseundersøkelse, tildeling av personnummer, barnehagestart og oppstart i introduksjonsprogrammet. Ulike tjenester kunne vektlegge disse oppgavene ulikt. For flyktningtjenester kunne det for eksempel være viktigere å prioritere barnehagestart slik at foreldrene kunne begynne i introduksjonsprogrammet innenfor den lovpålagte fristen på tre måneder, selv om dette innebar at avtaler i helsetjenesten måtte utsettes. Slike avveininger kan potensielt bidra til at helseutfordringer blir avdekket senere enn det som ville vært mulig under andre omstendigheter.

Ulike prioriteringer og forståelser kom også til uttrykk i situasjoner der leger sykemeldte flyktninger på medisinsk grunnlag, mens flyktningtjenesten mente at tilrettelegging kunne vært et bedre alternativ for å unngå unødvendig fravær og bevare deltakernes programtid. En informant fra flyktningtjenesten pekte på at dette delvis kunne skyldes manglende kjennskap til deres tjeneste og mulighetene for tilrettelegging.

«Nå er det nok at de får et skriv. Men så er det jo noen som skriver litt sånn... de har litt vondt i handa og må være hjemme fra skolen i 2 uker. Eller ikke vondt i handa men vondt i ryggen eller sånne ting som gjør at deltakeren kanskje tenker ja, ja, men da er jeg syk og må være hjemme når... egentlig kunne vi tilpasset sånn at de kunne vært her, sånn som på en vanlig arbeidsplass. Sånn at det kanskje er litt lite kunnskap om mulighetene og hva det er vi gjør.»

Manglende kjennskap til hverandres mandat, arbeidsmåter og juridiske rammeverk utkrystalliserte seg som en betydelig barriere for effektivt samarbeid. Dette gjaldt særlig ordinære fastlegers kjennskap til flyktningtjenestens rolle og introduksjonsprogrammets innhold og rammer. En fastlege beskrev eget arbeid opp mot flyktningtjenesten som et «svart hull». En annen fastlege fortalte at den kunnskapen hun hadde om introduksjonsprogrammet i hovedsak kom fra flyktninger som tok det opp i konsultasjoner.

«Nei det er bare i norskopplæring, så jeg vet ikke hva jeg... Nei. For meg er det bare hva pasientene sier: du må møte på skolen, eller vi får ikke betalt. Og det er norsk vi må lære, punktum. Så det er bare det.»

Å etablere møteplasser mellom flyktningtjenesten og helsetjenesten ble av informantene fremhevet som en viktig løsning for å utvikle felles forståelse og felles løsninger i enkeltsaker, og for å bli bedre kjent med hverandres arbeid og rammer. Samlokalisering og tverrfaglige team ble trukket frem som særlig gunstig i denne

sammenhengen, men funnene tydet på at selv kortere møter annenhver uke kunne utgjøre en merkbar forskjell. Dette ble illustrert av en programrådgiver som ikke jobbet i et tverrfaglig team, men som nylig hadde etablert jevnlige møter med en fastlege i kommunen og som beskrev dette som et betydelig steg i riktig retning.

2.6.3 Tjenesteorganisering i kommunene

De tre kommunene der data ble samlet inn, hadde ulik organisering av tjenester for flyktninger og ulik historikk knyttet til dette arbeidet. I noen kommuner var det etablert samlokaliserte tverrfaglige team som inkluderte helsesykepleier, mens andre hadde en mer desentralisert modell der tjenester for flyktninger i større grad var integrert i de ordinære kommunale tjenestene.

Et gjennomgående funn var at samarbeid rundt flyktninger generelt, men særlig rundt de med komplekse behov, opplevdes betydelig enklere og at de i forrige kapitlet beskrevne utfordringene ble redusert, når kommunen organiserte tjenestene i tverrfaglige team og særlig når disse var samlokaliserte.

«Ja nå er vi jo heldigvis slått sammen til ett team. Og vi er i samme bygg. Så vi er jo et kollegium da, de som jobber, altså introduksjonskoordinatorene og vi lærerne. Og vi har samme enhetsleder. Så nå føler jeg at vi har veldig godt samarbeid.»

I denne kommunen var flyktningtjenesten tidligere organisert under NAV, og programkoordinatorene måtte forholde seg til flere grupper i NAV, noe som førte til at ansvaret for ulike oppgaver ofte ble skjøvet mellom gruppene, og oppfølgingen av flyktningene opplevdes som fragmentert og ineffektivt. Etter omorganisering til et tverrfaglig team utenfor NAV, bestående av programrådgivere, lærere, helsepersonell og andre som jobbet sammen kun med flyktninger i samme periode, opplevde de en forbedring av arbeidet rundt flyktningene som deltok i introduksjonsprogrammet.

Et annet aspekt ved å jobbe i team rundt flyktninger istedenfor enten alene opp mot andre tjenester, eller i andre tjenester opp mot flyktninger, er at det å jobbe i team kan

lette arbeidet for den enkelte ansatte. Som en rådgiver fra NAV trakk frem, kan det være krevende og tungt å stå alene i komplekse saker og det å være i team kan gi mulighet til å fordele tyngden av sakene blant flere, rom for debrief og refleksjon sammen.

«Vi har prøvd å ha et sånn lite team som har jobbet med dem. Nå har hun ene sluttet, jeg ser vi går mer over til å fordele dem ut over alle. For det er tunge saker å sitte med. De krever ganske mye både av oss og av hjelpeapparatet også rundt. Det er kanskje bedre å fordele det trykket, at vi blir gode på det alle sammen, det vi står i.»

Det er imidlertid viktig å fremheve at flere informanter fra flyktningtjenestene, flyktningteam eller helsepersonell med særskilt ansvar for flyktninger beskrev en opplevelse av å stå alene med ansvaret for flyktningene i kommunen. Ifølge disse informantene manglet ordinære tjenester ofte både kunnskap om flyktnings situasjon og reelt eierskap til å følge dem opp. Et gjennomgående funn var at personer med flyktningbakgrunn opplevdes til i stor grad ble henvist til flyktningtjenestene, også i saker der disse informantene mente ansvaret prinsipielt sett lå hos de ordinære tjenestene.

«Ellers så... det er rart med det, selv om man stort sett vet hvor man henvende seg i forhold til helseplager og sånn så er det ikke noen tvil om at ofte kan dilemmaet... utfordringen ligge på at vi, flyktningetjenesten, er ikke en leverandør av helsetjenester. Ergo har jeg heller ikke kompetansen på det. Vi er ikke verken psykologer eller helsesykepleiere eller leger, vi er veldig avhengig av at vi har et godt samarbeid med tjenestene rundt om. Og dette her sier jeg fordi at det av og til kan se ut som det hersker en slags oppfatning av at så sant – nå er jeg litt flåsete – så sant du har et utenlandsk navn så er det flyktningetjenesten som skal løse problemet, så liksom alle blir henvist dit. Men vår kompetanse går ikke på helsespesifikke utfordringer».

Dette inntrykket ble tidvis forsterket av informanter fra tjenester med mindre direkte kontakt med flyktninger. En kommuneoverlege ga for eksempel uttrykk for at flyktningtjenesten hadde «kontroll» og ikke så ut til å kjenne til utfordringene flyktningtjenestene hadde. Dette var en vurdering som stå i kontrast til det flyktningtjenestens egne ansatte beskrev.

En informant knyttet den tilsynelatende skjeve ansvarsfordelingen til integreringstilskuddet som kommunene mottar. Vedkommende mente at tilskuddet skaper en forventning blant andre tjenester om at flyktningtjenestene skal ha hovedansvaret for oppfølgingen av flyktninger de første fem årene etter bosetting. Utfordringen var å finne ut når ordinære tjenestene skulle tre inn og overta ansvaret.

Selv om mange informanter med særskilt ansvar for flyktninger i kommunene opplevde at de strakk seg langt grunnet mangel på ressurser i eller forventninger fra andre tjenester, var flere kritiske til egen praksis. De reflekterte over om de egentlig tok for mye ansvar, og om det å ta mye ansvar var formålstjenlig for integrering i et langtidsperspektiv. For eksempel bemerket noen informanter over at ved å strekke seg ut over eget mandat bidro de til å tildekke ressursmangler i kommunen, som i dette tilfelle mangelen på fastleger. Informanter fra flyktningtjenesten pekte på at ved å ta over oppgaver fra de ordinære tjenestene bidro til å skape og forsterke forventninger både hos flyktningene og i de ordinære tjenestene om at flyktningtjenesten hadde hovedansvaret og eierskapet for denne gruppen.

Disse refleksjonene berørte et overordnet spørsmål om kort- og langsiktige perspektiver på integrering av flyktninger i kommunene. En fastlege som også arbeidet som flyktninglege, stilte seg kritisk til tendensen til å bygge et «*system i systemet*» gjennom tett, men tidsbegrenset oppfølging. Dette ble beskrevet som problematisk, særlig fordi mange flyktninger med komplekse behov vil trenge oppfølging fra kommunale tjenester over lang tid ifølge han. Informanten introduserte dermed et sentralt dilemma: på den ene siden behovet for intensiv og koordinert oppfølging i den første fasen etter bosetting, og på den andre siden faren for at tidsavgrensede særtiltak overtar for et mer langsiktig og kommuneforankret perspektiv på tjenesteorganisering. Han påpekte at flyktninggruppen er heterogen, og at behovene varierer betydelig. Mens noen vil trenge

tett og langvarig oppfølging, vil andre klare seg med langt mindre støtte. En tjenesteorganisering som ikke tar høyde for denne variasjonen, og som i for stor grad orienterer seg mot kortsiktig og intensiv innsats, ble vurdert som å øke risikoen for at de mest sårbare faller utenfor når de tidsavgrensede tiltakene avsluttes.

Konklusjon og anbefalinger for kapittel 2.6

Funnene tyder på at tverretattlig samarbeid om flyktninger med helseutfordringer, særlig mellom flyktning- og helsetjenestene, er preget av flere sammenfallende barrierer. Helseutfordringer ser ut til å bli avdekket sent, blant annet fordi informasjonen fra IMDi ved bosetting ikke alltid er detaljert nok, og fordi manglende systemforståelse, kulturelle tabuer knyttet til psykisk helse hos noen flyktninger samt ressursmangel i kommunene kan forlenge identifiseringen. Dette er særlig problematisk gitt programmets begrensede tidsramme, fordi kort programtid kan redusere utbyttet av tilretteleggingstiltak. Informasjonsdeling hemmes av taushetsplikt, manglende IT-løsninger og ulike problemforståelser, noe som i noen tilfeller gir dobbeltarbeid og fragmentert oppfølging. Samlokaliserte tverrfaglige team ser ut til å redusere flere av utfordringene.

Et gjennomgående funn er likevel at flyktningtjenestene opplever å bære et uforholdsmessig stort ansvar, også for oppgaver som tilhører ordinære tjenester, og at gode overganger til disse tjenestene kan være krevende å etablere. Dette peker på en risiko for svikt i oppfølgingen av de mest sårbare dersom man fokuserer for mye på tett, men tidsbegrenset særoppfølging.

Samlet sett bør kommuner vurdere å organisere tjenester for flyktninger i samlokaliserte tverrfaglige team med helsepersonell, og der dette ikke er mulig, bør det etableres faste møtepunkter mellom flyktningtjenesten og relevante tjenester, inkludert helsetjenester.

Rollen til og organiseringen av Helsedirektoratets anbefalte helsekartlegging bør undersøkes nærmere, slik at den i større grad kan bidra til kvalifiserings- og integreringsforløpet. Helsepersonell bør få økt kunnskap om introduksjonsprogrammets innhold og rammer. Kommunene bør også reflektere over ansvarsfordelingen mellom flyktningspesifikke og ordinære tjenester, med sikte på en organisering som ivaretar både behovet den første tida etter bosetting og de mest sårbare etter at den intensive tidlige oppfølgingen er over.

Endelig kan programmets begrensede tidsramme gjøre det vanskelig å oppnå gode samarbeidsresultater i komplekse saker innen lovregulert tid. Det bør derfor vurderes både hvilke grep som kan øke tempoet i samarbeidsprosessene, som økte ressurser, bedre kommunikasjonsløsninger og organisatoriske tiltak, og om lengre programtid er nødvendig for prosesser som ikke uten videre lar seg fremskynde, herunder utredning av sammensatte helsetilstander og flyktningers gradvise orientering i nye systemer og kulturer.

3 Om samarbeid med praksisfeltet i HelseIntro

I dette kapitlet går vi nærmere inn på prosjektets arbeidspakke 4. Utgangspunktet for arbeidet i arbeidspakke 4 har vært å besvare følgende spørsmål:

- *Hvordan kan samarbeid på tvers av tjenester og brukerinvolvering i programtilpasning for flyktninger med helseproblemer forbedres?*
- *Hva kan være alternative løsninger for å unngå sykemeldinger og frafall fra introduksjonsprogrammet for flyktninger med helseproblemer?*

I arbeidspakke 4 har samarbeidsaspektet av HelseIntro utspilt seg på to ulike måter. For det første ved at de tre kommunene har vært deltakere i arbeidspakken, og for det andre ved at aktivitetene i arbeidspakken også faller inn under en generell tiltro til at kunnskapsutvikling skjer i samarbeid med de som berøres av forskningen. I dagens raskt utviklende akademiske og profesjonelle landskap har samarbeidsbasert forskning blitt en sentral tilnærming for å møte komplekse utfordringer og fremme innovasjon. Samarbeidsbasert forskning er en undersøkende prosess hvor tjenestebrukere, praktikere og forskere arbeider som likeverdige partnere for å skape sosial endring og for å øke forskningens relevans (Karlsson & Borg, 2021). På den måten regnes samarbeidsforskning som én tilnærming for å styrke velferden i samfunnet.

3.1 Design thinking som samarbeidsbasert forskning

Innenfor samarbeidsbasert forskning er det mange ulike metoder, der fellestrekket er at de gjerne er menneskesentrerte, iterative og legger vekt på samarbeid og kunnskapsdeling mellom forskere og «brukere» (Cross, 2006). En slik metodikk er design thinking, og denne kan gi konkrete verktøy og en struktur som gjør det lettere å involvere brukere (for eksempel tjenesteytere og -mottakere) aktivt i hele forskningsprosessen. Grunntanken er at man inviterer inn brukere med ulike perspektiver som jevnbyrdige partnere i idéutvikling og beslutninger. Prosessen er iterativ, og man går fram og tilbake mellom de ulike fasene: innsikt, definere, idéutvikle, lage prototype og teste. Målet er å finne praktiske og brukbare løsninger på komplekse problemer. Fremgangsmåten bruker designerens sans og metoder for å tilpasse

menneskers behov til det som er teknologisk mulig, og det som en levedyktig forretningsstrategi kan omdanne til kundeverdi og markedsmuligheter (Cross, 2006; Brown, 2008).

Målet for arbeidspakke 4 var å omsette kunnskapen fra arbeidspakkene 1–3 til konkrete ideer om hvordan situasjonen for flyktninger med helseproblemer i introduksjonsprogrammet kunne forbedres i samarbeidskommunene, og potensielt i kommuner på nasjonalt nivå. I slike prosesser der man snakker om komplekse problemer, er design thinking en god metode å ta i bruk.

Vi tok utgangspunkt i ideen om inkrementell innovasjon, som betrakter innovasjon som en prosess med kontinuerlige forbedringer gjennom relativt små endringer innenfor kommunenes overordnede struktur og organisering (Sørensen & Torfing, 2014). I tråd med design thinking-metodikken anså vi denne arbeidspakken som idéutviklingsfasen i en sosial innovasjonsprosess, med mål om å skape innsikt som leder til løsninger og endring.

3.2 Gjennomføring av dialogseminarer basert på design thinking

For å oppnå inkrementell innovasjon arrangerte vi dialogseminarer i, og sammen med, våre tre samarbeidskommuner. Flere av forskerne i prosjektet har erfaring fra dialogseminarer fra tidligere (Fedreheim et.al. 2017). Dialogseminarene hadde som formål å samle ulike aktører for at vi i fellesskap skulle finne løsninger på hvordan flyktninger med helseutfordringer i større grad kan fullføre introduksjonsprogrammet. Vi ønsket deltakere fra alle enheter/etater som er involvert i mottak og bosetting av flyktninger, og det betyr offentlige tjenester, næringsliv, frivillige organisasjoner og flyktningene selv. Målsettingen var å skape ideer som oppleves som praktiske og nyttige på tvers av tjenester og for brukerne. De tre samarbeidskommunene fikk ansvaret med å identifisere potensielle deltakere fra de ulike sektorene. Deltakerne til dialogseminaret ble håndplukket, og vi ønsket 1-2 personer fra hver etat/sektor. I alle tre kommunene landet vi på mellom 30 og 40 deltakere. Gjennom dialogseminarene fungerte arbeidspakkens deltakere og andre forskere fra prosjektet som fasilitatorer og sekretærer i gruppediskusjonene.

Det ble satt av en full arbeidsdag til hvert seminar, og de ble bygget opp på samme måte:

- *Introduksjon til dagen*
- *Presentasjon av relevant forskning fra prosjektet (rundt 45 minutter)*
- *Gruppearbeid del 1*
 - *Oppsummering i plenum*
- *Gruppearbeid del 2*
 - *Oppsummering i plenum*
- *Oppsummering i fellesskap*

Vi gjennomførte fire av de fem stegene (Innsikt, definering, idéutvikling, prototyper og testing) i Stanfords design thinking-prosess³ i hvert dialogseminar. Det siste steget, testing, ble kommunenes ansvar. Kommunene hadde i forkant definert problemstillingene vi skulle ta tak i (Tabell 2). Gruppearbeid del 1 inkluderte da både innsikts- og defineringsfasen i design thinking. Gjennom individuell refleksjon skulle deltakerne svare på kommunevise spørsmål, før de deretter delte dette med gruppa.

Hensikten i denne innsiktsfasen var å forstå utfordringene og finne hvor skoen trykker. I oppsummeringen i plenum presenterte gruppene hva de hadde diskutert, og vi ble i fellesskap enige om å finne det riktige problemet å løse videre, det vil si at vi tydelig definerte problemet.

I gruppearbeidet del 2, gikk vi da over i idéutviklingen, og gruppene skulle ha idémyldring for hvordan de kan løse problemet som vi definerte i fellesskap i plenumsoppsummeringen. Her var poenget å se problemene fra mange ulike sider. I den påfølgende oppsummeringen i plenum lette vi etter prototyper, for vår del: hva kan være løsningen på problemet?

³ Det har utviklet seg mange ulike variasjoner av de ulike fasene i design thinking-prosessen. For en oversikt over disse, se Camacho, Maria (2020). *An Integrative Model of Design Thinking*, Phd dissertation, Doctor of Philosophy, Faculty of Health, Arts & Design, Swinburne University of Technology.

Vi avrundet dialogseminarene med perspektiver på løsningene fra 2-3 sentrale personer i hver kommune, og med å oppfordre kommunene til å ta med seg løsningene i det videre arbeidet.

Tabell 2: Kommunenes ulike problemstillinger i dialogseminarene.

Harstad kommune	Senja kommune	Sør-Varanger kommune
• Hva hindrer flyktninger i å få et godt utbytte av introduksjonsprogrammet? (eks. fra tjenesteapparatets synspunkt og fra flyktingens synspunkt) • Hva fremmer et godt utbytte av introduksjonsprogrammet? (eks. fra tjenesteapparatets synspunkt og fra flyktingens synspunkt)	○ Hvilke utfordringer møter flyktninger med psykiske helseutfordringer når de skal leve et selvstendig liv i Sør-Varanger? (eks. fra tjenesteapparatets synspunkt og fra flyktingens synspunkt)	• Hva i Senja kommune fremmer et bedre tverrfaglig samarbeid med tanke på flyktninger med helseutfordringer? • Hva i Senja kommune hemmer et tverrfaglig samarbeid med tanke på flyktninger med helseutfordringer?

3.3 Erfaringer ved å bruke design thinking i dialogseminarene

Både representantene fra kommunene, forskerne og deltakerne var svært fornøyde med gjennomføringene av dialogseminarene. Ved at prosjektdeltakerne fra kommunene definerte problemstillingene vi gikk inn i dialogseminarene med, opplevde vi at disse fikk høy relevans og reflekterte reelle utfordringer i kommunene. Samtidig ble diskusjonene og de alternative løsningene også svært relevante, siden alle aktørene som deltok på ulike måter hadde inngående kjennskap til problemstillingene. Dette er ett av kjennetegnene ved design thinking, at løsningene begynner hos ekte brukere. Videre lykkes vi gjennom design thinking-prosessen med å bringe ulike perspektiver frem, og vi tror dette også førte til bedre ideer. De ulike perspektivene kommer som et resultat av at vi brakte ulike etater sammen, og dette er på mange måter kjernen i tverrfaglig samarbeid og i det å skape samarbeid mellom sektorer og etater for å finne løsningen på komplekse problemer.

En annen erfaring var at deltakerne hadde stor grad av eierskap til problemstillingene. Gjennom håndplukkingen av deltakere, sikret vi at de som deltok har reelle roller i arbeidet med kvalifisering og bosetting av flyktninger, og prosessen gjorde at deres erfaringer spilte en rolle. Det med eierskap bidro også til å lage en god kontekst rundt diskusjonene. Vi var bevisste at det var tre ulike dialogseminarer ved at vi tok tak i tre ulike problemstillinger (ref. Tabell 2), samtidig som variasjonen i deltakere på tvers av kommunene også bidro til å ivareta hver enkelt kommunes kulturelle, økonomisk og sosiale kontekst.

Samtidig er det en del fallgruver å ta tak i. Den første går på oppfølgingen av dialogseminaret. Selv om deltakerne i arbeidspakken har hatt månedlige møter, har ikke dette vært nok til å sikre reell oppfølging i kommunene. Skulle vi lykkes med dette, hadde det vært mer fruktbart å koble kommuneledelsen tettere på prosjektet. Per nå lyktes vi derfor ikke med fase 5 i design thinking, testing, i prosjektet. Dermed har vi også gått glipp av det iterative aspektet ved både design thinking og samarbeidsbasert forskning, og dette vil måtte tas opp ved en eventuell videreutvikling av prosjektet. Med dette som bakgrunn, er det også en fare for at deltakerne på dialogseminarene opplever litt avmakt (tokenisme), ved at det ikke har kommet noe reelt ut av deres deltakelse og den arbeidsdagen de brukte på dette.

3.4 Dialogseminarets overraskende element

I alle tre kommunene dreide hovedfunnet fra dialogseminaret og design thinking-prosessen seg om behovet for bedre tverrsektorielt samarbeid. Men i evalueringen på slutten av dagen, var det bred enighet blant deltakerne fra Harstad, Senja og Sør-Varanger kommuner, om at det beste med dagen var møteplassen vi hadde skapt gjennom å invitere til dialogseminar. For både oss i arbeidspakke 4 og de andre forskerne i prosjektet, var dette et svært overraskende funn. Ingen hadde forventet at vi skulle skape en så betydningsfull møteplass. Rent teoretisk sett kan vi definere dette enten som en uintentert og ikke-forventet effekt av et tiltak (Peters & Nagel, 2025), eller innenfor aksjonsforskningsmetodikken som en ny praksis som utfordrer den rådende

tankegangen om at «sånn gjør vi det her» (Wilkinson et.al. 2014). På denne måten har dialogseminarene bidratt til ringvirkninger som går utenfor det forventede.

Gjennom dialogseminarene klarte vi å samle folk på tvers av sektorielle grenser, på tvers av tjenesteområde hver enkelt jobber med, og på tvers av plassering i ulike hierarkier, og på mange måter samlet vi all den beste kompetansen på ett felt til dialog. Vi hadde fokus på alle aktører som er involvert fra flyktninger bosettes i en kommune, og ikke bare på flyktingenes helse, eller flyktingenes utbetalinger med mer.

Sett i ettertid mener vi at dette er grunnen til dialogseminarenes suksess. Gjennom en stadig større arbeidsdeling har vi skapt en rekke bokser vi jobber innenfor, og det er dermed lett at man blir for opptatt av egen boks til å klare å tenke utenfor boksen, og se på helheten til den målgruppa man fokuserer på. Gjennom dialogseminarene lyktes vi med dette i tre kommuner, og fokuset kom heller på personene i fokus enn på egne arbeidsoppgaver.

Det vi klarte er i praksis det vi rent teoretisk sett snakker om som samskaping eller tverrsektorielt samarbeid. På mange måter er det snakk om et ideal man jobber etter, men som kan være vanskelig å få til i hver enkelt sin hverdag. I en hektisk arbeidshverdag er det vanskelig å ha oversikt over hvem man skal samarbeide med, hvor de er og hvilke oppgaver de gjør? Gjennom dialogseminarene ble både bokser og grenser visket ut for en dag, og man lyktes med å diskutere arbeid med en målgruppe på et mer overordnet nivå. Det er det vi anser som den største forklaringsfaktoren for det overraskende funnet med dialogseminarene våre: vi klarte å samle de relevante aktørene, og vi klarte å bidra til en større forståelse av hvem de ulike aktørene er. På mange måter håper også forskerne at vi bidro til en større fellesskapsforståelse blant de som jobber med flyktninger fordi de så at dere ikke er alene i arbeidet.

Referanser

- Brown, Tim (2008). *Design Thinking*. *Harvard Business Review*, june 2008.
<https://readings.design/PDF/Tim%20Brown,%20Design%20Thinking.pdf>
- Cross, Nigel (2006). *Designerly ways of knowing*. London: Springer.
- Fedreheim, Gunn Elin; Holm, Inger Marie; Paulgaard, Gry; Smith-Simonsen, Christine; Neerland Soleim, Marianne; Mæhle, Silje (2017). *Vårt felles ansvar - UiTs akademiske dugnad for integrering av migranter og flyktninger*. UiT Norges arktiske universitet.
<https://hdl.handle.net/11250/4177760>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). *Samarbeidsbasert forskning. Demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helse- og rusarbeid*. Gyldendal.
- Peters, B. Guy, & Maximilian L. (2025). From benign to malign: unintended consequences and the growth of Zombie policies. *Policy and Society*, 44(2), 136–149.
<https://doi.org/10.1093/polsoc/puae039>
- Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2014). Enhancing Social Innovation by Rethinking Collaboration, Leadership and Public Governance. Paper presentert på *Social Frontier*, 15. november, 2013. *Social Frontiers The next edge of social innovation research*. [120 SF Paper Torfing, Sorensen Public sector.pdf](http://www.transitsocialinnovation.eu/content/original/Book%20covers/Local%20PDFs/120%20SF%20Paper%20Torfing,%20Sorensen%20Public%20sector.pdf)
<http://www.transitsocialinnovation.eu/content/original/Book%20covers/Local%20PDFs/120%20SF%20Paper%20Torfing,%20Sorensen%20Public%20sector.pdf>
- Wilkinson, J., Edwards-Groves, C., Hardy, I., Grootenboer, P., Bristol, L., & Kemmis, S. (2014). *Changing practices, changing education*. Springer.

4 Publikasjoner og formidling

Resultater og funn fra HelseIntro er også formidlet gjennom vitenskapelige publikasjoner, presentasjoner, kronikker, mediesaker, og gjennom sluttwebinaret 29. mai 2026.

En stor del av dette er presentert på hjemmesida til prosjektet, inkludert opptak av sluttwebinaret.

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

Vitenskapelige publikasjoner

Følgende vitenskapelige artikler er publisert så langt gjennom prosjektet. Oversikten blir oppdatert på nettsida til prosjektet etter hvert som flere artikler blir publisert.

- Thorsteinsen K, Gleditsch RN. (2026). Barriers to employment: The impact of health burdens among refugees in the Norwegian introduction programme. *Journal of Migration and Health* 13: 100394.
<https://doi.org/10.1016/j.jmh.2025.100394>
- Laue, J., Hansen, T., Johnsen, B.-E., & Rolandsen, S. (2026). When policy timelines meet health trajectories: Municipal employees' experiences of interprofessional collaboration around refugees with health challenges in Norway's Introduction Program. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 11(2), 1–14.
<https://doi.org/10.18261/nwr.11.2.2>

Innsendte vitenskapelige artikler

(venter på fagfelleevaluering og/eller publisering)

- Thorsteinsen K, Gleditsch RN, Laue J. (Innsendt). Health-related barriers to education and employment among refugees in the Norwegian introduction programme: A registry study. Innsendt til *Scandinavian Journal of Public Health* mai 2026
- Grini, A. R. "When I pray, I become completely free": Lived everyday religion among refugee women in Norway. Innsendt til *Norsk antropologisk tidsskrift* mai 2026.
- Grini, A. R., Laue, J., & Grønseth, A. S. "We cannot eat alone": Making food and making home among newly resettled refugee women in Norway. Innsendt til *Food, Culture & Society* mai 2026

- Grini, A. R., Laue, J., & Grønseth, A. S. "We Will Never Return to Our Old Lives": Refugee women in Norway searching for community, belonging and wellbeing. Innsendt til *Nordic Journal of Migration Research* april 2026.
- Johnsen, B-E., Hansen, T., Laue, J., & Rolandsen, S. «Selve livet blir ikke tatt hensyn til»: en analyse av ansattes erfaringer med krav om fulltidsdeltagelse i introduksjonsprogrammet for flyktninger med helseutfordringer» Innsendt til *Tidsskrift for velferdsforskning* februar 2026.

Bokkapitler og fagartikler

- Mathisen, V., Faroun, C. I., & Sørly, R. (2025). «Venner betyr så mye, fordi det betyr at du ikke er alene ...». *Ergoterapeuten*, 68(4), 34-40.
- Mathisen, V., & Sørly, R. (2025). Former refugee youth in rural Northern Norway: Stories as knowledge development for social work in refugee services. I T. Ghaye & R. Sørly (Red.), *Learning through social work stories-that-matter: Global perspectives* (s. 287-286). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781009386180.022>
- Sørly, R. (2024a). Fortellinger som posisjonering. I Rita Sørly (Red.) *Narrativ metode* (s. 131-147). Cappelen Damm Akademisk.
- Sørly, R. (2024b). Kollektive fortellinger. I Rita Sørly (Red.) *Narrativ metode* (s. 180-192). Cappelen Damm Akademisk.
- Sørly, R., & Mathisen, V. (2025). «Kurdistan is my country»: Understanding the importance of positioning in stories of former refugee youth in rural Northern Norway. I T. Ghaye & R. Sørly (Red.), *Learning through social work stories-that-matter: Global perspectives* (s. 151-170). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781009386180.014>
- Sørly, R., & Mathisen, V. (2025). Kurs i samarbeidsbasert forskning for flyktningekvinner: Hva kjennetegner læringsaktiviteter som fremmer erfaringskunnskap? I B. S. Olsvik, R. Sørly, B. E. Karlsson & T. Ghaye (Red.), *Nye perspektiver på menneskerettigheter, sosial ulikhet og sosial rettferdighet* (s. 211-235). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa520110>