

# Norske myndigheters førstelinjearbeid med flyktninger med funksjonshemninger

*En idéanalyse*

Marie Ljosland Waale



Høst 2019

Masteroppgave i statsvitenskap  
Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Ord: 35 375



# **Norske myndigheters førstelinjearbeid med flyktninger med funksjonshemminger**

*En idéanalyse*

© Marie Ljosland Waale

2019

Norske myndigheters førstelinjearbeid med flyktninger med funksjonshemninger: En idéanalyse

Marie Ljosland Waale

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg problemstillingen: *«Hvilke ideer ledsager norske myndigheters førstelinjearbeid med flyktninger med funksjonshemninger? Hva slags praksiser bidrar disse ideene til å legitimere, og hvilke alternative perspektiver er tilsidesatt?»*.

Til tross for at omlag 1/6 av verdens flyktninger har en funksjonshemming, og at flyktninger med funksjonshemninger opplever hyppigere menneskerettighetsbrudd og økt sårbarhet i alle deler av flyktningprosessen, er gruppen lite studert i forskning.

Ideene som undersøkes er ulike forståelser av funksjonshemming. Funksjonshemming har tradisjonelt blitt forstått i medisinske og biologiske termer, som sykdom, skade eller en feil ved individets kropp. De senere årene reflekteres imidlertid forståelser av funksjonshemming som tar innover seg andre faktorer enn biologiske, og fremhever samfunnets betydning for å skape, opprettholde og regulere funksjonshemming, i større grad i forskning og offentlige dokumenter. Parallelt med utformingen av FN-konvensjonen for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) har også funksjonshemming i større grad blitt ansett som et menneskerettighetsspørsmål. En idéanalyse som undersøker forståelser av funksjonshemninger i arbeidet med flyktninger med funksjonshemninger er ikke gjort tidligere.

Det antas at hvilke forståelser av funksjonshemming aktørene er bærere av vil påvirke valg og vurderinger i alle faser av innvandrings- og integreringsprosessen, og dermed ha konsekvenser for hvem som velges ut som overføringsflyktninger, hvordan asyl- og klagesøknader vurderes, hva som vektlegges i opphold på asylmottak, om funksjonshemming bør registreres, og bosetting i kommuner.

Avhandlingen viser at ideene har varierende gjennomslag hos ulike aktører og i ulike deler av prosessen. En medisinsk forståelse av funksjonshemming karakteriserer imidlertid store deler av praksis, hvilket har konsekvenser for hvilke handlingsalternativer som anses som legitime i møte med flyktninger med funksjonshemninger. Til tross for at de gjennomgående trekkes frem som særlig sårbare, og med særlig stort behov for vern av sine rettigheter, nedprioriteres

flyktninger med funksjonshemminger i flere faser av det norske innvandrings- og integreringsarbeidet.

# Forord

Det er mange som fortjener takk for det de har betydd både for oppgaven og for meg gjennom denne prosessen.

Først og fremst en stor takk til mine to tålmodige og dyktige veiledere Kjersti Skarstad og Øivind Bratberg. Særlig takk til Kjersti for inspirasjon på tema, og for stødig veiledning gjennom et tidvis komplisert landskap av teori og begreper. En stor takk til Øivind som kom susende inn fra sidelinjen med førstehjelp til metoden, og for å alltid være raus med tid og oppmuntring.

Tusen takk til informantene fra IMDi, KD, UDI, KS og NOAS som stilte til intervju, og delte av sin tid og kunnskap. Takk også til informanten fra UNE for nyttige innspill på mail.

Takk til Hilde Siden ved ISF, og Jostein Askim og Anton Steen ved UiO, som bidro med råd og innsikt på et tidlig stadium i prosessen.

Tusen takk til tålmodige Magnus for hjelp og omtanke.

Mest av alt takk til mamma og pappa for all hjelp. Takk for alle kaffekopper, kjøreturer, gjennomlesning, meldinger, matpenger og uendelig med omsorg.

Jeg tar selv det fulle og hele ansvaret for oppgavens innhold, og eventuelle feil og mangler.

Marie Ljosland Waale

Oslo, november 2019





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Problemstilling.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2</b>	<b>Definisjoner og begrepsavklaringer .....</b>	<b>6</b>
1.2.1	Flyktning .....	6
1.2.2	Funksjonshemming .....	7
<b>1.3</b>	<b>Eksisterende forskning .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4</b>	<b>Oppgavens oppbygging.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>Teori: Forståelser av funksjonshemming .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Medisinsk forståelse .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2</b>	<b>Sosiale forståelser .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3</b>	<b>Menneskerettslig forståelse .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b>	<b>Betraktninger om reliabilitet og validitet.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2</b>	<b>Tekstanalyse.....</b>	<b>25</b>
3.2.1	Ideer og idéanalyse.....	25
3.2.2	Idealtyper.....	28
3.2.3	Operasjonalisering av idealtyper.....	30
<b>3.3</b>	<b>Intervju.....</b>	<b>33</b>
3.3.1	Informantene .....	34
<b>3.4</b>	<b>Dokumenter .....</b>	<b>36</b>
<b>3.5</b>	<b>Etiske betraktninger .....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>Empirisk analyse: Ideer og praksis i møte med flyktninger med funksjonshemninger</b>	<b>39</b>
<b>4.1</b>	<b>Overføringsflyktninger .....</b>	<b>41</b>
4.1.1	Medisinsk kvote .....	53

<b>4.2</b>	<b>Asylsøknader og klagesaker .....</b>	<b>56</b>
<b>4.3</b>	<b>Asylmottak og registrering av funksjonshemming .....</b>	<b>67</b>
4.3.1	Tilrettelagte avdelinger .....	69
4.3.2	Registrering av funksjonshemming.....	72
<b>4.4</b>	<b>Bosetting.....</b>	<b>76</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>90</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>101</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>108</b>

# Tabeller

Tabell 1: Operasjonalisering av idealtipe: Medisinsk modell	31
Tabell 2: Operasjonalisering av idealtipe: Menneskerettslig modell	32



# 1 Innledning

68,5 millioner mennesker var på flukt ved inngangen til 2018. Dette er flere enn noen gang tidligere i historien. Av disse har om lag 28,5 millioner flyktet over en landegrense, de resterende er på flukt i eget land (FN-Sambandet, 2018). Det store flertallet av mennesker på flukt befinner seg i det ”globale sør”, i flere av verdens fattigste land (Pisani & Grech, 2015, s. 421). Enkelte beveger seg imidlertid lenger, og i 2019 forventer IMDi å bosette til sammen 5300 flyktninger i Norge (IO2, intervju IMDi).

Innvandring til Norge har skjedd så lenge det kan snakkes om norsk statsdannelse. Ulike typer innvandrere har dominert innvandringen til ulike tider. Frem til 1970-årene var innvandringen til Norge relativt lav. Den har deretter steget gradvis, og særlig tilstrømmingen av asylsøkere har økt markant (Gursli-Berg & Myhre, 2018). Innvandringen nådde en topp i 2015 med 31145 asylsøkere, dominert av flyktninger fra borgerkrigen i Syria. Etter 2015 har tilstrømmingen av asylsøkere til Norge sunket drastisk, med henholdsvis 3460 personer i 2016 og 3560 personer i 2017 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2018).<sup>1</sup>

Det antas at ca. 1/6 av alle flyktninger har en funksjonshemming, hvilket i 2015 utgjorde om lag 9 millioner mennesker (Atlas-Alliansen, 2015). Personer med funksjonshemninger er anerkjent som en av de mest marginaliserte gruppene globalt, og opplever menneskerettighetsbrudd betydelig hyppigere og i større utstrekning enn personer uten funksjonshemming (WHO & World Bank, 2011, s. xxi). «Disabled people are systematically disadvantaged and oppressed within an economic, political and social milieu which fails to appreciate difference» (Oliver, 1990). I takt med utviklingen av Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) har viktigheten av menneskerettigheter for personer med funksjonshemninger i økende grad blitt anerkjent internasjonalt. Flyktninger med funksjonshemninger har imidlertid i stor grad blitt oversett (UN, 2019).

---

<sup>1</sup> Nedgangen skyldes blant annet innstramminger i Norge, og restriktive tiltak i en rekke andre europeiske land som i sin tur hindrer flyktninger fra å nå Norge (Østby, 2016). Til tross for at flyktningssystemet anses som et bærende element innenfor internasjonale menneskerettigheter, har de fleste land i løpet av de siste tiårene vedtatt politikk som har gjort det stadig vanskeligere å søke og oppnå asyl. Dette innebærer tiltak for å gjøre det vanskelig å nå landenes territorium, lovmessige og administrative endringer for å redusere antallet mennesker som oppnår flyktningstatus, og tiltak for å gjøre tilværelsen ukomfortabel for de som venter på å få sin søknad behandlet (Hampshire, 2013, s. 70).

Tradisjonelt har funksjonshemming blitt forstått og omtalt i medisinske og biologiske termer, som sykdom, skade eller feil ved individets kropp. De senere årene har imidlertid forståelser av funksjonshemming som tar innover seg andre faktorer enn biologiske, og fremhever samfunnets rolle i å skape, opprettholde og regulere funksjonshemming, i større grad blitt reflektert i forskning og offentlige dokumenter. Parallelt med utformingen av FN-konvensjonen for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) har funksjonshemming i større grad blitt sett på som et menneskerettighetsspørsmål.

Et av idéanalysens grunnleggende premisser er at ideer har konsekvenser for politikken som føres (Bratberg, 2017, s. 67). Hvilke ideer om flyktninger med funksjonshemminger norske myndigheter er bærere av antas å ha konsekvenser for hvilken politikk som anses passende for å møte problematikken. Det vil derfor være interessant å studere om bevegelsen mot en menneskerettslig forståelse reflekteres i norsk innvandrings- og integreringspolitikk, eller om de tradisjonelle forståelsene om funksjonshemming som en medisinsk problematikk fremdeles karakteriserer praksis.

Flyktninger med funksjonshemminger er under beskyttelse av flere konvensjoner, der særlig Flyktningkonvensjonen og CRPD er sentrale i denne sammenhengen.<sup>2</sup>

Flyktningkonvensjonen definerer hvem som skal regnes som flyktninger, og fastsetter en rekke rettigheter disse har. Konvensjonen inneholder ikke spesielle paragrafer for flyktninger med funksjonshemminger, men poengterer at konvensjonen skal anvendes uten diskriminering på bakgrunn av kjønn, alder, funksjonshemming, legning eller andre ugyldige diskrimineringsgrunnlag (FN-sambandet, 2018).

CRPD ble utarbeidet med antakelsen at mennesker med funksjonshemminger kan ha ekstra behov for vern om sine menneskerettigheter, og Norge er ved å ha undertegnet konvensjonen blant annet forpliktet til å «... forby enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne lik og effektiv rettslig beskyttelse mot diskriminering, uansett grunn.» (art. 5.2), og «... å treffe alle hensiktsmessige tiltak, herunder i lovs form, for å endre eller oppheve eksisterende lover, forskrifter, sedvane

---

<sup>2</sup> Norge har også forpliktet seg til andre konvensjoner som kan være relevante for gruppen. Dette gjelder særlig Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen (EMK) som fremsetter en rekke fundamentale rettigheter og friheter mennesker har i kraft av å være mennesker, inkludert retten til liv, retten til frihet og sikkerhet. Artikkel 14 forbyr enhver form for diskriminering i utøvelsen av konvensjonens rettigheter (EU, 1953). For noen av flyktningene vil også Barnekonvensjonen og Kvinnekonvensjonen være sentrale.

og praksis som innebærer diskriminering av mennesker med nedsatt funksjonsevne, (art. 4.1.b) (Barne-, likestillings- og diskrimineringsdepartementet, 2006).<sup>3</sup> Konvensjonens rettigheter er ikke avgrenset til statsborgere, men gjelder for alle med en funksjonshemming som oppholder seg innenfor statens territorium.

Til tross for at de er under beskyttelse av flere konvensjoner opplever personer med funksjonshemninger større sårbarhet og økt diskriminering i alle faser av flyktningprosessen. Flukt og funksjonshemming kan forsterke hverandre og gjøre flyktninger med funksjonshemninger spesielt sårbare. På den ene siden kan mennesker med funksjonshemming, som opplever hyppigere og mer alvorlige menneskerettighetsbrudd enn mennesker uten, ha større behov for å flykte. På den andre siden kan funksjonshemming være en konsekvens av krig eller konflikt (UNHCR, 2011). For hver person som mister livet i krig, antas det at tre personer får en funksjonshemming. Estimerer tilsier at omlag 660 000 mennesker i Syria har fått en funksjonshemming som direkte resultat av konflikten (Atlas-Alliansen, 2015). Funksjonshemming kan også oppstå, eller forverres, av en krevende flukttilværelse (UNHCR, 2011). Fysiske, miljømessige eller sosiale barrierer kan tilsidesette flyktninger med funksjonshemninger fra å motta humanitær hjelp, få tilgang til informasjon og helse, og beskyttelse av sine menneskerettigheter. Flukt øker risikoen for at personer med funksjonshemming opplever vold og misbruk, blir ekskludert fra utdanning, arbeid, samfunnstilhørighet og offentlige tjenester (UN, 2019).

Det er flere eksempler, både internasjonalt og i Norge, på at flyktninger tilsidesettes som overføringsflyktninger på grunn av sin funksjonshemming. Også prosessen med å oppnå asyl kan være særlig utfordrende for flyktninger med funksjonshemninger, som kan ha vanskeligheter med å gjennomføre intervju eller samle inn nødvendig dokumentasjon for å demonstrere sitt beskyttelsesbehov (EDF, 2019). I Norge blir flyktninger med funksjonshemninger også sittende lenger på asylmottak og er vanskeligere å bosette i kommuner enn andre flyktninger. Mangelfull kartlegging og kunnskap fører i flere tilfeller til

---

<sup>3</sup> Artikkel 11 omhandler risikosituasjoner og humanitære nødsituasjoner spesielt, og er særlig relevant når det gjelder mennesker på flukt. Artikkelen lyder: «Partene skal, i samsvar med sine forpliktelser etter folkeretten, herunder internasjonal humanitærrett og internasjonale menneskerettigheter, treffe alle nødvendige tiltak for å sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne beskyttelse og sikkerhet i risikosituasjoner, herunder væpnet konflikt, humanitære nødssituasjoner og naturkatastrofer» (Barne-, likestillings- og diskrimineringsdepartementet, 2006). CRPD har ikke samme stilling i norsk lov som Barnekonvensjonen og Kvinnekonvensjonen, og er den eneste sektoroverskridende konvensjonene som ikke er innlemmet i lovverket, hvilket har blitt påpekt og kritisert av FN ved flere anledninger (Berg, 2019).

at flyktningene ikke mottar hjelpen de har krav på og trenger (EDF, 2019; Pisani & Grech, 2015; Shaw, Chan, & McMahon, 2012). Gitt denne kunnskapen vil det være interessant å undersøke hvordan norske myndigheter forholder seg til flyktninger med funksjonshemninger.

Innenfor rammen av lovene som regulerer innvandrings- og integreringsarbeidet, finnes rom for å tolke, lage prioriteringer, utøve skjønn, og på ulike måter foreta valg som påvirker sammensetning av kvoter for overføringsflyktninger, vurdering av asyl- og klagesaker, tiltak og rutiner for registrering av funksjonshemming, opphold på asylmottak, og praksis med bosetting i kommuner. Konvensjonene poengterer at diskriminerende lover, så vel som sedvaner og praksiser, må oppheves. Flyktningkonvensjonen poengterer at retten til beskyttelse skal utøves uten diskriminering. CRPD stadfester at rettighetene til personer med funksjonshemming må inkluderes og ivaretas i all politikkutforming og tiltak. Dersom flyktninger med funksjonshemninger systematisk tilsidesettes eller diskrimineres i ulike deler av innvandring- og integreringsprosessen på bakgrunn av sin funksjonshemming kan det sies å være en praksis som står i strid med forpliktelsene Norge har påtatt seg.

Informasjon om hvordan norske myndigheter arbeider med flyktninger med funksjonshemninger er i liten grad nedfelt skriftlig og åpent tilgjengelig. Saksfeltet har, og vil fortsette å ha, stor betydning både for samfunnet, og for flyktningene det gjelder. Det vil derfor være interessant å undersøke ideene som veileder politikken som føres.

## 1.1 Problemstilling

Med bakgrunn i teorien om ulike forståelser av funksjonshemming, og de metodiske premissene til kvalitative idéanalyser, er forskningsspørsmålet som følger:

*Hvilke ideer ledsager norske myndigheters førstelinjearbeid med flyktninger med funksjonshemming? Hva slags praksiser bidrar disse ideene til å legitimere, og hvilke alternative perspektiver er tilsidesatt?*

Det overordnede forskningsspørsmålet innebærer å kartlegge hvilke ideer om funksjonshemming som preger norske myndigheters førstelinjearbeid med flyktninger med funksjonshemninger. Med førstelinjearbeid menes den første kontakten norske myndigheter



har med flyktninger, fra utvelgelse av overføringsflyktninger og vurdering av asylsøknader, til tilværelsen på asylmottak og bosetting i kommuner.

Ideer kan åpne eller lukke mulighetsrom, gjøre visse praksiser naturlige og legitime, og andre ikke. Dersom funksjonshemming anses som en medisinsk problematikk, vil naturlige tiltak være medisinsk intervensjon, og sentrale aktører medisinske aktører. Dersom personer med funksjonshemninger betraktes som syke, eller unormale, vil ekskludering og diskriminering i samfunnspolitiske spørsmål kunne bortforklares som naturlig og legitim forskjellsbehandling (Skarstad, 2019, s. 45). Dette vil også kunne ha konsekvenser for hvordan funksjonshemming skal vurderes i spørsmål om overføringsflyktninger og vurdering av asylsøknader, og hvilke tiltak og aktører som er sentrale i integreringsarbeidet. Dersom funksjonshemming betraktes som et menneskerettsspørsmål, vil funksjonshemming ikke anses som en dysfunksjon, men på spekteret av naturlig variasjon. Da vil ekskludering av personer med funksjonshemming også lettere anses som diskriminering og menneskerettighetsbrudd. Dersom det antas at funksjonshemming skapes i møte med samfunnet, vil naturlige tiltak være å bygge ned samfunnsbarrierer, og legge til rette for lik rettighetsoppnåelse i praksis. Dette vil også ha konsekvenser for forståelsen av innvandring og integrering av flyktninger med funksjonshemninger. Det vil være naturlig at en andel av flyktningene som skal bosettes vil ha en funksjonshemming, og funksjonshemming ikke være en legitim grunn til å ekskludere noen fra utvelgelse. Fra samfunnet vil det kreves at flyktninger med funksjonshemninger integreres på linje med andre flyktninger.

Norske myndigheter har plikt til å tilby alle borgere visse rettigheter, og til tross for at praksis viser at personer med funksjonshemninger fremdeles er systematisk underpriviligert på en rekke samfunnsområder (NHF, 2015), antas Norge å være et av verdens beste land å bo i dersom man har en funksjonshemming. Frem til de eventuelt har fått opphold og er bosatt, er situasjonen annerledes for flyktninger. Både i utvelgelse av overføringsflyktninger, vurdering av asylsøknader og bosetting i kommuner er det et element av valg. Noen personer eller grupper velges ut, andre ikke. Når noen hensyn prioriteres, vil andre nedprioriteres. Dette gjør debatten om hvilke ideer som reflekteres i førstelinjearbeidet med flyktninger med funksjonshemninger annerledes enn dersom debatten omhandlet nordmenn med funksjonshemninger.

Oppgaven vil primært fokusere på Norges innvandrings- og integreringsarbeid på statlig nivå.

Det norske innvandrings- og integreringsfeltet er i stor grad karakterisert av flernivåstyring, der statens prioriteringer og valg påvirker kommuner, og kommunenes frivillighet, argumentasjon og kapasitet påvirker valg tatt på statlig nivå. Det internasjonale nivå vil forme politikk og systemer, gi anbefalinger, og utarbeide konvensjoner som påvirker norsk politikk. Også aktører fra media og sivilsamfunnet vil påvirke hvordan problematikken innrammes og presenteres, og på den måten forme ideer hos statlige aktører og befolkningen generelt. Oppgavens fokus vil derfor kun representere en del av det store bildet. Det anses imidlertid som verdifullt å kartlegge disse aktørenes ideer da det er aktører på nasjonalt nivå som i siste instans er de som fastsetter kvoter, vurderer asylspørsmål, tar beslutninger om budsjett, og bestemmer prioriteringene og målsetningene som skal styre innvandrings- og integreringspolitikken.

## **1.2 Definisjoner og begrepsavklaringer**

Et av tekstanalysens grunnleggende premisser er at språket har betydning for praksis. Hvilke ord som brukes for å definere og beskrive et fenomen har konsekvenser, ettersom ord ikke er nøytrale, men bærer med seg ideer om hvordan verden henger sammen (Dunn & Neuman, 2016, s. 20-21). Definisjoner vil alltid være forenklinger. Å definere innebærer å velge ut noen aspekter som sentrale og andre som mindre sentrale. Med utgangspunkt i en fortolkende vitenskapstradisjon antas det at forskeren i alle valg og vurderinger vil være påvirket av egne verdier, holdninger og antakelser (Richards & Morse, 2012, s. 121). Å være eksplisitt om denne subjektiviteten gjøres for å styrke oppgavens validitet.

Flere av begrepene som benyttes i oppgaven, spesielt «flyktning» og «funksjonshemming», er omstridte begreper, ladet med en historie full av ulike ideer om innhold og betydning. Definisjoner og teori er tett sammenvevd i oppgaven. Dette kapitlet vil introdusere begrepene, men funksjonshemming som konsept vil diskuteres mer inngående i teorikapitlet.

### **1.2.1 Flyktning**

En flyktning defineres i FNs Flyktningkonvensjon som en person som har en «velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller på grunn av politisk oppfatning» (FN-Sambandet, 2018).

Flyktningkonvensjonen ble utarbeidet som en reaksjon på flyktningstrømmen i Europa etter 2. verdenskrig, og trådte i kraft i 1954. Konvensjonen skulle definere både hvem som regnes som flyktninger, og hvilke rettigheter disse har. Grunnpilaren i konvensjonen er at «... alle mennesker har rett til å søke beskyttelse i et annet land, og at flyktninger ikke kan returneres til et land der de vil bli forfulgt» (FN-Sambandet, 2018). Konvensjonen forplikter ikke stater til å ta imot flyktninger. Det er opp til hver enkelt stat å vurdere om en person som søker asyl går inn under konvensjonens definisjon av flyktning, og dermed hvilke asylsøkere som har krav på beskyttelse. Ulike stater tolker konvensjonen på forskjellige måter, hvilket fører til at stater opererer med ulik praksis (FN-Sambandet, 2018).

Personer omtales gjerne som asylsøkere til søknaden deres er ferdigbehandlet, for så å bli kalt flyktninger dersom opphold er innvilget (FN-Sambandet, 2018). I Norge defineres en flyktning som «... en person som fyller kravene til å få beskyttelse (asyl) i Norge» (UDI, 2019). I folkerettslig forstand blir personer midlertid definert som en flyktning dersom de oppfyller betingelsene i FNs flyktningkonvensjon, uavhengig av om de har fått oppholdstillatelse i et land eller ikke. Både de som den norske stat omtaler som flyktninger og asylsøkere vil derfor omtales som flyktninger i oppgaven. Flyktning-begrepet benyttes i vid forstand for best mulig å kartlegge situasjonen til alle mennesker som har flyktet til Norge og som har en funksjonshemming.<sup>4</sup>

Begrepene «asylsøker» og «flyktning» kan bære med seg ulike ideer. Ettersom dette begrepsvalget kan ha konsekvenser for hvordan informantene oppfatter og svarer på spørsmål, har jeg forsøkt å presisere begrepsbruken i intervjuene.

## 1.2.2 Funksjonshemming

«Funksjonshemming» både som ord og konsept, er hverken enkelt å definere eller brukt konsistent i forskning og dagligtale (Grue, 2011, s. 9). Ettersom ideer om funksjonshemming utgjør oppgavens teoretiske fundament vil funksjonshemming bare kort diskuteres her, for så å utforskes nærmere i kapittel 2.

---

<sup>4</sup> Flyktningene som befinner seg i Norge er en heterogen gruppe. Noen kommer som asylsøkere, andre som overføringsflyktninger. Det er også store forskjeller i for eksempel flyktningenes etnisitet, kjønn, alder, familiesituasjon og utdanning (SSB, 2019). Disse forskjellene vil kunne ha konsekvenser for hvordan den enkelte møtes. Fremtidige studier kunne utforsket disse forskjellene nærmere.

CRPD artikkel 1 definerer funksjonshemming som: «Mennesker med nedsatt funksjonsevne er *blant annet* mennesker med langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre». CRPD opererer ikke med noen avgrenset definisjon av hvem som antas å ha en funksjonshemming, men poengterer at dette vil være kontekstavhengig. Skarstad (2019) illustrerer med eksemplet at dysleksi ikke ble en funksjonshemming før lese- og skriveferdigheter fikk den avgjørende betydningen det har i dagens samfunn (s. 44).

Tre diskusjoner har vært særlig sentrale i begrepsbruken om funksjonshemming. Den første er hvorvidt mennesker med funksjonshemninger skal omtales som en «funksjonshemmet person» eller «person med funksjonshemming». Den andre er den inkonsistente bruken og sammenblanding av begrepene «funksjonshemming» og «funksjonsnedsettelse». Det tredje aspektet er ulike forståelser av funksjonshemming, som vil diskuteres i teorikapittelet.

### **«Funksjonshemmet person» eller «person med funksjonshemming»**

Der å omtale noen som en funksjonshemmet person definerer personen i kraft av å være funksjonshemmet, vil en person med en funksjonshemming først og fremst defineres som en person, og funksjonshemmingen kun som en tilleggsegenskap. I følge Bufdir bør begrepsbruk: «... tydeliggjøre at funksjonsnedsettelsen er noe man har, ikke noe man er.» (Bufdir, 2015, 27. mai). Jeg har derfor valgt å bruke «person med funksjonshemming» i oppgaven.

### **Begrepene «funksjonshemming» og «funksjonsnedsettelse»**

Oliver (1990) skiller mellom begrepene på følgende måte: «*Impairment* [funksjonsnedsettelse] lacking part of a limb, or having a defected limb, organism or mechanism of the body. *Disability* [funksjonshemming] the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organization which takes little or no account of people who have physical impairments and thus excludes them from the mainstream of social activities” (s. 11). For oppgavens formal anses det som hensiktsmessig å benytte et begrep som tar inn over seg flere faktorer enn biologiske.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> CRPD benytter «persons with disabilities», som direkte oversettes til «personer med funksjonshemninger». Til tross for at den norske oversettelsen av CRPD benytter «nedsatt funksjonsevne», får begrepet

Denne begrepsbruken er likevel ikke uten utfordringer. Ettersom funksjonshemming tar inn over seg flere faktorer enn kun biologiske, vil det kunne være vanskeligere å definere og identifisere personer med funksjonshemninger. Det kan være hensiktsmessig å benytte ulike begrep i ulike sammenhenger (NOU 2005:8, 2005, s. 38). Til enkelte praktiske formål, både for kartlegging og utforming av politikk, vil det kunne være hensiktsmessig å benytte et begrep som vektlegger biologiske eller medisinske aspekter. Funksjonshemming, som ord og begrep, åpner for større rom for tolkning, både fra forsker, informanter og leser.

### **1.3 Eksisterende forskning**

Både forskning og rapporter viser gjennomgående at funksjonshemming kan forsterkes i en fluktsituasjon, og at personer med funksjonshemming på flukt er ekstra sårbare for menneskerettighetsbrudd (UNHCR, 2011). Til tross for dette har forskning oftest fokusert på enten mennesker med funksjonshemninger, eller flyktninger og asylsøkere, (Roberts, 2000, s. 944), og særegne utfordringer til gruppen som faller i begge kategoriene har bare unntaksvis vært inkludert i forskning og kunnskapsoversikter.

... this population (disabled forced migrants) continues to be cast in a shadow, of epistemological, ontological and practical invisibility. It is hardly theorized in forced migration studies and rarely contemplated in humanitarian intervention. ...Migration theory grows without the disabled person, disability studies without the migrant, and practice without the disabled migrant. (Pisani & Grech, 2015, s. 421)

Svært lite statsvitenskapelig forskning har utforsket problematikken, og studier av forståelser av funksjonshemming i konteksten av innvandring- og integreringspolitikk er ikke gjort tidligere.

Ettersom funksjonshemming historisk har vært knyttet til en medisinsk idé, er mye av forskningen relatert til flyktninger med funksjonshemninger medisinsk og psykologisk

---

«funksjonshemming» tydeligere frem de samfunnsmessige utfordringene gruppen møter. Skarstad (2019) argumenterer for at dette begrepet også bedre overensstemmer med konvensjonens engelske grunntekst (s. 13).

forskning. Disse studiene har gjerne fokusert på flyktningers traumer og nedsatte psykiske funksjonsevne som resultat av opplevelser i krig eller påkjenninger fra flyktningslivsværelsen (Ayazi et al., 2013; Laban, Komproe, Gernaat & de Jong, 2008; Makhshvili et al., 2014; Rees, Same, Tay, & Kareth, 2013; Silove, 1999; Silove, Steel, Bauman, Chey & McFarlane, 2007). Enkelte studier har hatt fokus på helsevesenet i mottakerland, både utfordringer flyktninger med funksjonshemminger opplever i møte med systemet, og utfordringer for de ansatte som arbeider i helsevesenet (Harris, 2003; Kinyanjui, Umeasiegbu, & Bishop, 2017; Mirza & Heinemann, 2012; Ottosdottir & Evans, 2014).

Noe juridisk forskning har fokusert på den rettslige beskyttelsen, eller mangel på rettslig beskyttelse, av flyktninger med funksjonshemminger (Crock, 2017; Crock, Ernst, & Ao, 2012; Minhas, 2014), forholdene til personer med funksjonshemminger i flyktningleirer, som ofte er preget av diskriminering og manglende tilbud (Mirza, 2011b; Morgan, 2017), og utfordringer med å identifisere funksjonshemminger til mennesker på flukt, særlig i tilfeller der funksjonshemmingen ikke er synlig (Smith-Khan, Crock, Saul, & McCallum, 2015).

Behovet for, og etterspørsel etter, forskning på flyktninger med funksjonshemming er stort. Dette er særlig tilfellet i Norge, der undersøkelsene som foreligger i hovedsak også er rapporter, og i mindre grad forskningsartikler. Utredningen «I velferdsstatens venterom» (NOU 2011:10) poengterer at «Kunnskapsbehovet når det gjelder funksjonshemmede asylsøkere, synes å være betydelig» (2011, s. 229). Ifølge Brekke, Vevstad og Sveaass er det «... få studier som tematiserer den somatiske helsesituasjonen (somatiske lidelser, funksjonshemming, tuberkulose, AIDS osv) [til asylsøkere]» (2010, s. 10). I rapporten «Dobbelt sårbar – funksjonshemmede barn og unge i asylmottak» trekker Kittelssaa og Berg frem at kunnskap om forholdene til barn og unge med funksjonshemming i asylmottak er begrenset, og at gruppen bare unntaksvis har vært inkludert i forskning og utredninger (2012, s. v).

Det primære fokuset i norske studier har vært på helsevesenet, og i hovedsak omhandlet barn og unge med funksjonshemminger på asylmottak, og kommunikasjon med helsevesenet for familier som har barn med funksjonshemminger. Blant annet har et par fagbøker belyst den somatiske helsesituasjonen og helsetilbudet til nyankomne flyktninger og innvandrere (Bruvatne, 2006; Nilsen og Qureshi, 1991).

Boka «Innvandring og funksjonshemming» Berg (2012) samler artikler fra en rekke forfattere som fokuserer på ulike aspekter ved kombinasjonen mellom innvandring og funksjonshemming, med særlig fokus på barn. Boken fokuserer på «... møtene mellom innvandrersfamilier og helse- og velferdssystemet» (s. 7). Særlig trekkes mangel på kunnskap om rettigheter, og språkbarrierer, frem som utfordringer gruppen møter. Boken argumenterer for at det foreligger en strukturell form for diskriminering da kompliserte regler for hjelpetiltak, og mangel på informasjon for familiene det gjelder, fører til at gruppen ikke mottar et likeverdig tjenestetilbud (Berg & Kittelsaa, 2012, s. 187; Berg & Söderström, 2012, s. 206). Kapittelet «Dobbelt sårbar – funksjonshemmede barn og unge i asylmottak» av Kittelsaa og Berg i Berg (2012) finner at mottakene har begrenset erfaring med funksjonshemming hos barn og unge. Rutinene for å oppdage og følge opp barn med funksjonshemming er mangelfulle, særlig når det gjelder mindre synlige funksjonshemminger. Til tross for at det ofte gjennomføres helseundersøkelser av asylsøkerne ved ankomst, er rutinene for hva som undersøkes og videreformidles til hjelpeapparat svært mangelfulle (s. 85). Barnehage, skole og offentlige helsetjenester sørger for at mange barn med funksjonshemminger får god hjelp og oppfølging, men tilbudet gruppen får varierer, og er svært personavhengig (s. 86). Rapporten poengterer at selve mottakstilværelsen representerer en særlig stor utfordring (s. v).

Andre sentrale rapporter om flyktninger eller innvandrere med funksjonshemminger er «Interesseorganisasjoner for utviklingshemmede – også for innvandrere?» av Kittelsaa og Berg (2014)<sup>6</sup>, «'Det hainnle om å leve...' Tiltak for bedre psykisk helse for beboere i asylmottak» av Berg og Sveaass m.fl. (2005)<sup>7</sup>, og «Snakker vi om det samme? - Minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet» av Söderström, Kittelsaa og Berg (2011).<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Kittelsaa og Berg (2014) finner at minoritetsfamilier i mindre grad deltar i interesseorganisasjoner, både på grunn av språk- og kommunikasjonsbarrierer, og misforståelser i hvordan organisasjonene fungerer (s. 48-50).

<sup>7</sup> Berg og Sveaass m.fl. (2005) konkluderer med at faktorer som gjør asylsøkernes situasjon særlig belastende blant annet er isolasjon, langvarig passivitet, manglende kontroll over egen hverdag, dårlige boforhold, og mangel på muligheten til å gjøre seg forstått. Tiltak som anses særlig viktig for et bedre psykososialt miljø er kortere ventetid, norskopplæring, et meningsfullt aktivitetstilbud, fagutvikling for personell, og tiltak mer tilpasset enkeltgrupper.

<sup>8</sup> Söderström, Kittelsaa og Berg (2011) konkluderer med at: «Kombinasjonen språkvansker og lite kjennskap til velferdssystemet gjør det ekstra vanskelig for minoritetsspråklige [med barn med funksjonshemminger] å få tilgang til de tjenestene de trenger.» (s. 41). Tjenesteapparatet mangler i de fleste tilfeller et effektivt system for å møte behovene til gruppen, hvilket resulterer i det noen rapporter omtaler som «institusjonell diskriminering».

Rapporten «Sårbare asylsøkere i Norge og EU: Identifisering, organisering og håndtering» (2010), av Brekke, Sveaass og Vevstad, gjennomgikk hvordan Norge og seks EU-land håndterer og identifiserer sårbare asylsøkere. I studien kommer det frem at Norge «... ikke har en samlet helhetlig regulering av mottaksarbeidet for gruppen på samme måte som medlemslandene», men at arbeidet med sårbare asylsøkere har en ad hoc karakter, og reguleres i «... en rekke skriv og retningslinjer» (s. 93). Rapporten konkluderer med at det for å sikre et bedre tilbud til sårbare asylsøkere vil være viktig å utarbeide retningslinjer og mer systematiske prosedyrer for innhenting av dokumentasjon knyttet til sårbarhet (s. 84).

Forskning på gruppen, både nasjonalt og internasjonalt, påpeker at det fremdeles er store kunnskapshull og en manglende forståelse for situasjonen til flyktninger med funksjonshemninger. Et viktig mål for denne oppgaven vil derfor være å bidra til å utvide kunnskapsgrunnlaget om gruppens situasjon i Norge. Temaet vil være en samfunnsutfordring også i fremtiden, og mer forskning på feltet vil kunne være viktig da et bedre kunnskapsgrunnlag kan bidra til at Norge utvikler sin politikk på feltet. Det vil også være interessant å se om Norge lever opp til sine internasjonale og nasjonale forpliktelser, særlig i form av de internasjonale konvensjonene Norge er tilknyttet.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven består av fem kapitler. Kapittel én har kort presentert tema, problemstilling og sentrale begreper, i tillegg til å skissere en del av forskningen som foreligger på feltet.

Kapittel to tar for seg oppgavens teoretiske rammeverk. Kapitlet argumenterer for at ideer om funksjonshemming, enten som et medisinsk spørsmål som omhandler iboende egenskaper ved individet, eller som samfunnets manglende evne til å tilpasse seg menneskelig variasjon og et spørsmål om menneskerettigheter, vil ha betydning for hvordan personer med funksjonshemming møtes.

Tredje kapittel presenterer avhandlingens metodiske valg og vurderinger, herunder betraktninger om kvalitativ idéanalyse og idealtyper, intervju av informanter og analyse av dokumenter. Gjennomgående i kapitlet vil det også drøftes hvilke konsekvenser de metodiske valgene har for oppgavens validitet og reliabilitet.



Fjerde kapittel består av oppgavens empiriske analyse. Kapitlet vil ved hjelp av intervjuer og dokumenter samle og presentere informasjon om hvordan det arbeides med flyktninger med funksjonshemninger, fra utvelgelse av overføringsflyktninger, vurdering av asyl- og klagesaker, opphold på asylmottak og registrering av funksjonshemming, til bosetting i kommuner. Det teoretiske rammeverket vil benyttes for å undersøke hvilke ideer som reflekteres i praksis.

Femte kapittel vil konkludere og diskutere funnene i analysen, og avslutningsvis peke på hvordan tematikken kan belyses i fremtidig forskning.

## 2 Teori: Forståelser av funksjonshemming

Mye av fokuset i studier på funksjonshemming kommer fra det faktum at ordet 'funksjonshemming' er tvetydig med hensyn til årsakssammenheng. Funksjonshemming kan vurderes som noe pålagt av samfunnsmessige, sosiale eller politiske faktorer, eller noe iboende i individet, et medisinsk faktum (Grue, 2009, s. 308). Hvordan fenomener representeres og innrammes har viktige politiske implikasjoner ved å forme hva aktører vet om et fenomen, og hvordan de handler på denne kunnskapen. «Vår forståelse (teori) av funksjonshemming har konsekvenser for hva vi mener bør gjøres for funksjonshemmede i praksis» (Skarstad, 2019, s.45). Ideene som er rådende om et fenomen vil føre til at visse former for handling blir naturlige, mens andre blir utenkelige, og dermed både åpne og lukke aktørers handlingsrom (Dunn & Neumann, 2016, s. 60).

Gjennom store deler av den moderne historien har funksjonshemming primært blitt forstått i medisinske termer. Medisinske diagnoser har gitt grunnlag for kliniske og terapeutiske intervensjoner. I siste halvdel av 1900-tallet har imidlertid den dominerende rollen til medisinske forståelser i konstruksjon og innramming av funksjonshemming blitt utfordret. I stadig større grad har årsaker til funksjonshemming som ligger utenfor individets kropp blitt vektlagt (Grue, 2009, s. 305-306). Særlig reflekteres varianter av en sosial modell, og i senere tid menneskerettslig modell, i økende grad i både forskning og offentlige dokumenter (Degener, 2016, s. 2; NOU 2016:17, 2016, s. 30).

Dette kapittelet vil presentere oppgavens teoretiske rammeverk. De to sentrale modellene som vil presenteres er en medisinsk og en menneskerettslig modell. Ettersom en menneskerettslig modell er en videreutvikling av en sosial modell, vil også den sosiale modellen presenteres. De ulike modellene operasjonaliseres som idealtyper i metodekapittelet.

### 2.1 Medisinsk forståelse

Det tradisjonelle synet på funksjonshemming er en medisinsk, også kalt biologisk, forståelse, som beskriver funksjonshemming som en egenskap ved individet. Funksjonshemming omtales som «...et resultat av individuelle, biologiske forhold knyttet til sykdom, skade eller lyte» (NOU 2005:8, 2005, s. 36). Da Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 1980 ga ut

«International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps», benyttet de en medisinsk forståelse av funksjonshemming som en fysisk eller mental nedsettelse (eller resultatet av dette), en tilstand begrenset til individet og individets kropp (Grue, 2011, s. 10).

Medisinske definisjoner benyttes fremdeles tidvis både i dagligtale og i profesjonell kontekst (Grue, 2011, s. 10). Grönvik (2007) hevder det antas at folk flest har en forståelse av funksjonshemming som samsvarer med en medisinsk modell (s. 11). Bufdir definerer funksjonshemming som: «... tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. Dette kan eksempelvis dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon eller ulike funksjonshemminger på grunn av allergi, hjerte- eller lungesykdommer.» (Bufdir, 2015). Ifølge Grue har en medisinsk idé vært særlig sentral i norsk sammenheng på grunn av velferdsstaten. En medisinsk sanksjonert diagnose gir grunnlag for fordeler, tilgang til hjelpemidler og ulik type behandling (Grue, 2009, s. 314).

Definisjonen fra WHO, samt andre eksempler på medisinske definisjoner av funksjonshemminger, har fått kritikk for å legge seg nær medisinske klassifikasjoner av sykdom. Den opprettholder antakelsen om «... impairment as abnormality in function, disability as not being able to perform an activity considered normal for a human being and handicap as the inability to perform a social role...» (Oliver, 1990, s. 4). Disse definisjonene kritiseres for å mislykkes i å anerkjenne at normalitet både er situasjonelt og kulturelt relativt (Oliver, 1990, s. 4). Ifølge kritikere er en fare ved å benytte medisinske definisjoner at et språk som sykeliggjør en person både kan bidra til å frata individet oppfatningen om at hun kan bedre sin egen situasjon og samfunnet ansvaret for å skape et samfunn tilgjengelig og tilrettelagt for alle borgere.

Historisk har personer med funksjonshemming vært blant de mest marginaliserte, økonomisk vanskeligstilte og minst synlige medlemmene av samfunnet. Mange samfunn har hatt, og fortsetter å ha, en idé om at denne sosiale ekskluderingen er en naturlig, til og med berettiget, konsekvens av manglende evner hos personer med funksjonshemming (Stein, 2007, s. 121). Diskriminering, eller mer utstrakte menneskerettighetsbrudd, oppfattes da ikke som dette, men som «naturlig og legitim forskjellsbehandling» (Skarstad, 2019, s. 45).

Ettersom utfordringene personer med funksjonshemming har møtt tradisjonelt har blitt forstått som medisinske problemer, har samfunnets respons vært å vektlegge medisinsk intervensjon og økonomisk kompensasjon (Skarstad, 2019, s. 26). I tekst og praksis vil en medisinsk forståelse av funksjonshemming kunne komme til uttrykk ved vektlegging av behandling, rehabilitering og andre former for medisinske intervensjoner. Ettersom funksjonshemming anses som en feil ved enkeltindividet, en diagnose, vil det gjerne fremheves at dette er noe legevitenenskapen kan og må «fikse». Ord som vektlegger sykdom, skade og avvik av ulike slag vil kunne reflektere en slik forståelse. Dersom funksjonshemming betraktes som en medisinsk problematikk vil de primære aktørene være helseaktører. En idé om at dersom helsetilbudet er tilfredsstillende er problematikken «tatt hånd om», vil kunne skyve personer med funksjonshemming til helsevesenet, og dermed ekskludere dem fra andre deler av politikk og samfunnsliv.

Dersom funksjonshemming anses som en medisinsk problematikk vil det være naturlig at det ikke omtales i dokumenter som omhandler ikke-medisinske spørsmål. Dersom det foreligger dokumenter som beskriver utfordringer til flyktninger i Norge, men som ikke omtaler ekstra utfordringer for personer med funksjonshemming, kan dette reflektere at funksjonshemming antas å omhandle noe annet, noe som ikke er relevant for flyktingers situasjon. Det kan reflektere en manglende forståelse av den ekstra sårbarheten den menneskerettslige forståelsen fremhever at personer med funksjonshemming kan ha, ikke bare når det gjelder helse, men også annen problematikk flyktninger møter.

Dersom flyktninger med funksjonshemninger ikke oppfattes som sårbare på samme måte som for eksempel kvinnelige eller mindreårige flyktninger, vil dette kunne reflektere en medisinsk forståelse. Funksjonshemming anses som noe annet enn andre sårbare gruppemedlemskap, noe iboende i menneskets kropp som ikke på samme måte interagerer med eksterne faktorer.

Et kostnadsperspektiv, et fokus på ressurser, kompensasjon og økonomi, kan også indikere en medisinsk forståelse. Grue (2009, s. 309) trekker nettopp frem «compensatory benefits» som sentralt innenfor en medisinsk forståelse. Individet og dets funksjonshemming anses som en kostnad for samfunnet. Det fremheves at individet er dyrt for stat og kommuner, og at aktører må kompenseres for den ekstra utgiften og belastningen de representerer for samfunnet og øvrige samfunnsmedlemmer. Det vil også være interessant dersom flyktninger med

funksjonshemminger betraktes i et kostnadsperspektiv i større grad enn nordmenn med funksjonshemminger.

## 2.2 Sosiale forståelser

Som et resultat av kritikken mot medisinske forståelser, har det skjedd en utvikling i forståelsen av funksjonshemming de siste tiårene mot å i større grad vektlegge samfunnets rolle (Grue, 2011, s. 31). Den konkrete situasjonen en person befinner seg i, og utformingen av samfunnet mer generelt, vil være avgjørende for i hvilken grad personer opplever at de har nedsatt funksjon (Arbeids- og sosialdepartementet, 2003). Ben-Moshe og Magaña (2014) eksemplifiserer relasjonen mellom interne og eksterne faktorer ved å peke på at å benytte en rullestol blir en funksjonshemming når miljøet er ufremkommelig, personer som bruker briller kan være funksjonshemmet uten brillene når de skal se noe på avstand eller lese liten skrift, og en person med lærevansker kan ha nedsatt funksjon i møte med skolearbeid (s. 105).

Det finnes en rekke ulike sosiale tilnærminger til funksjonshemming. Felles for disse er at de avviser at funksjonshemming kun er en iboende egenskap hos individet, og plasserer personer med funksjonshemming i en bredere kontekst (Shakespeare, 2014, s. 2).

I Norden har en relasjonell modell, også kalt den nordiske modellen, vært særlig fremtredende (NOU 2001:22). Den relasjonelle modellen understreker at funksjonshemming nettopp er et resultat av et misforhold mellom forutsetningene til individer og måten samfunnet er innrettet på (NOU 2016:17, 2016, s. 29).<sup>9</sup>

En menneskerettslig modell, som er den som vil vektlegges her, kan ses på som en videreutvikling av en sosial modell (Skarstad, 2019, s. 47). En sosial modell vil derfor presenteres på overordnet nivå her, før diskusjonen beveger seg videre til en menneskerettslig modell.

Grunnlegger av den britiske sosiale modellen Mike Oliver har vært særlig sentral i utviklingen av studier på funksjonshemming. Oliver hevder målet med sosiale modeller er å

---

<sup>9</sup> Særlig sentral her er NOU 2001:22 «Fra bruker til borger» og Stortingsmelding 40 (2002–2003) «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer», som benytter en sosial-relasjonell forståelse av funksjonshemming.

bevege seg bort fra ideen om at det er noe iboende galt med personer med funksjonshemming, og bekjempe negative strukturer som har ført til at mennesker med nedsatt funksjonsevne er undertrykket (Oliver, 1983, s. 27).

Sosiale modeller har gjerne fremhevet parallellene mellom en biologisk forklaring på diskriminering av kvinner og av personer med funksjonshemming. Antakelser om kvinnens kropp og iboende egenskaper har blitt brukt til å rettferdiggjøre systematisk undertrykkelse av kvinner. Antakelser om iboende egenskaper hos personer med funksjonshemming har på liknende måte blitt brukt for å forklare ekskludering fra en rekke samfunnsområder (Garland-Thompson, 2005).

Den sosiale modellen er særlig opptatt av å adressere samfunnsbarrierer mennesker med funksjonshemninger møter som hindrer deltakelse og tilgang til ulike samfunnsområder (Retief & Letšosa, 2018, s. 4). Ettersom det er samfunnsbarrierer som skaper funksjonshemming må fokuset for å motvirke diskriminering ligge på samfunnsstrukturene. Det er i følge Barnes, Mercer og Shakespeare (2010) samfunnet som: «...disables people with impairments...», og løsninger må sikte seg mot samfunnsendring heller enn å utelukkende fokusere på individuelle tilpasninger og rehabilitering (s. 163).

## 2.3 Menneskerettslig forståelse

En menneskerettslig modell er en videreutvikling av en sosial modell (Skarstad, 2019, s. 47). De sentrale antakelsene i en sosial modell om at samfunnet er organisert på en måte som ikke tar høyde for menneskelig variasjon, at funksjonshemming er situasjonelt og kulturelt betinget, og at samfunnsbarrierer må bygges ned, videreføres i en menneskerettslig forståelse. En menneskerettslig modell, som CRPD bygger på, beveger seg imidlertid lenger enn en sosial modell (Degener, 2016, s. 2). Funksjonshemming defineres som et menneskerettighetsspørsmål, og i tillegg til å bygge ned samfunnsbarrierer må det sikres at personer med funksjonshemming oppnår like rettigheter i praksis, enten det er snakk om helserettigheter eller andre rettigheter (Skarstad, 2019, s. 44-46).

En menneskerettslig modell betrakter funksjonshemming som en universell menneskelig variasjon heller enn et avvik (Stein, 2007, s. 121). Alle mennesker er ulike, og vil i ulike perioder gjennom livet ha større eller mindre behov for tilpasning og tilrettelegging. Disse

forskjellene skal imidlertid ikke være relevante for i hvilken grad mennesker skal ha de samme menneskerettighetene (Skarstad, 2019, s. 41).

Samfunnet har et ansvar for å sikre den enkeltes menneskerettigheter. Skarstad (2019) tegner opp et eksempel på hvordan samfunnets manglende evne til dette kan skape ekskludering:

Det at en person i rullestol ikke klarer å komme seg inn i et stemmelokale, er ikke et naturlig og legitimt resultat av at personen ikke kunne gå opp trappene selv. Fra et menneskerettighetsperspektiv er det vesentlige i en slik situasjon at vi som samfunn [...] ikke har lyktes i å sikre rettighetene til de som trenger å bruke rullestol. (s. 45).

Å skyldte manglende deltakelse i samfunnet på iboende feil ved enkeltindividet gjør det mulig å bortforklare diskriminering og ekskludering som en naturlig konsekvens av individuelle egenskaper. En menneskerettslig forståelse vektlegger at å inkludere eller ekskludere mennesker er et valg. Samfunnet både kan og bør organiseres på en måte som inkluderer og sikrer rettighetene for alle samfunnsmedlemmer. Stater som har undertegnet CRPD har forpliktet seg til å gjøre det de kan for å sikre inkludering (Skarstad, 2019, s. 45-46).

I en menneskerettslig forståelse er løsningen rettigheter. Alle mennesker har krav på et sett rettigheter, og modellen anerkjenner at enkelte personer kan ha større behov for rettighetsvern enn andre. Dette innebærer både å fjerne samfunnsbarrierer, og å organisere samfunnet på en slik måte at mennesker har like rettigheter i praksis. Dette innebærer både tilrettelegging og beskyttelse mot krenkelse. Hele CRPD kan ses på som et svar på hva som kreves av samfunnet for å sikre like rettigheter (Skarstad, 2019, s. 47-48).

En menneskerettslig forståelse kan reflekteres i praksis ved vektlegging av at samfunnet har behov for å tilpasning og tilrettelegging for menneskelig variasjon. Dette kan skje for eksempel ved fokus på universell utforming eller styrking av kompetanse hos personer i mottaksapparatet. Et økonomisk fokus kan reflekteres, ikke for å kompensere for kostnadene enkeltpersonene representerer, men for å finansiere bedre universell tilrettelegging av statlige og kommunale strukturer.

CRPD både fremmer, og er det mest sentrale dokumentet for, en rettighetsforståelse av funksjonshemming. I konvensjonens forord står det blant annet at «De stater som er part i denne konvensjon [...] erkjenner at funksjonshemming er et begrep i utvikling, og at

funksjonshemming er et resultat av interaksjon mellom mennesker med nedsatt funksjonsevne og holdningsbestemte barrierer og barrierer i omgivelsene som hindrer dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre» (CRPD, 2013, s. 6). Statene som har ratifisert konvensjonen knytter seg til en rettighetsforståelse der det ikke primært er biologiske faktorer i individet, men samfunnsmessige barrierer, som skaper funksjonshemming. Ettersom Norge har ratifisert CRPD er det særlig interessant å undersøke om en menneskerettslig forståelse reflekteres i praksis.

En av de grunnleggende forutsetningene i CRPD, og i en menneskerettslig forståelse, er ideen om at eksterne faktorer kan ha innvirkning på hvordan funksjonshemming oppleves, og dermed hvilket behov for rettighetsvern den enkelte har. Konvensjonen forplikter statene til å «erkjenner at mennesker med nedsatt funksjonsevne er forskjellige» (CRPD, 2013, s. 6). Forordet i CRPD fremhever spesielt «... den vanskelige situasjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne som er utsatt for multippel eller forverret diskriminering på grunn av rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal, etnisk, urfolks- eller sosial opprinnelse, formue, fødsel, alder eller status forøvrig» (2013, s. 7). En person kan diskrimineres på flere grunnlag, hvilket gjerne omtales som dobbel eller multippel diskriminering, eller interseksjonell diskriminering (Skarstad, 2019, s. 32).<sup>10</sup> Når funksjonshemming ses på i en medisinsk forståelse, blir det vanskelig å forstå personer med funksjonshemming som noe mer enn sin funksjonshemming, og påvirkning fra miljøfaktorer og andre sosiale kategorier vil ikke gis samme betydning. I en menneskerettslig modell der nettopp samfunnsbarrierer og beskyttelse av rettigheter er det sentrale, vil introduksjon av flere sårbarhetskategorier, som flyktningstatus, kunne skape eller forsterke barrierer som hindrer like rettigheter. Det vil være interessant å se om en forståelse av ekstra sårbarhet og behov for rettighetsvern for flyktninger med funksjonshemninger reflekteres i praksis. Det vil også være interessant om det er utarbeidet politikk som retter seg mot flyktninger som også er medlem av andre sårbare grupper, som kvinner eller barn. Reflekteres dette fokuset på samme måte for flyktninger med funksjonshemninger som for andre særlig sårbare grupper?

---

<sup>10</sup> Begrepet «interseksjonalitet» ble først introdusert av Crenshaw (1989) for å beskrive hvordan kjønn og rase samvirker og skapte forverret diskriminering for sorte kvinner i USA. Forskningen på interseksjonalitet omhandler muligheter og begrensninger som knyttes til det å befinne seg i krysningspunktet mellom ulike sosiale kategorier (Shaw, Chan, & McMahon, 2012, s. 83).



Et annet tegn på en menneskerettslig modell kan være mainstreaming av politikken på funksjonshemmingsfeltet (Skarstad & Stein, 2018, s. 5). Mainstreaming av politikken innebærer, som CRPD formulerer det, «... å ta hensyn til at menneskerettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne skal vernes om og fremmes i all politikk og alle programmer» (Art. 4.1.c.). En menneskerettslig modell vil kunne reflekteres i praksis ved en forståelse av at funksjonshemming kan være relevant for beskyttelse av alle rettigheter, enten det knytter seg til helse, utdanning, arbeid, familieliv, samfunnsliv eller annet. En slik tilnærming kan reflekteres ved politikk som har som formål å gjøre samfunnet som helhet mer inkluderende og tilrettelagt for alle borgere. Dette kan for eksempel innebære å styrke den generelle kompetansen hos fagpersonell, tilrettelegge asylmottak og mottakssystem for å passe en variert flyktningsgruppe, og en bedre finansiering av kommunale tjenester, som skole og helsetjenester. Funksjonshemming er ikke relevant bare i politikk spesifikt rettet mot gruppen, men bør tas hensyn til i all nasjonal og internasjonal politikktutforming. Dette står i kontrast til en medisinsk forståelse, der ettersom funksjonshemming antas å være en medisinsk problematikk, vil det møtes med medisinske tiltak og aktører, og dermed ikke være relevant i annen politikk.

Der en medisinsk forståelse er individuell i den grad den vektlegger individets kropp, og en rendyrket sosial modell har et samfunnsfokus i den grad den adresserer samfunnsbarrierer, har en menneskerettslig forståelse både et individuelt og et samfunnsmessig fokus. Den har et individfokus i den forstand at det vesentlige er individets rettigheter, at individuelle forskjeller kan føre til at ulike mennesker er sårbare på ulike måter, og et samfunnsfokus i den forstand det er samfunnet som må endres for at alle skal få oppnå sine individuelle rettigheter. Om og på hvilken måte et individ- eller samfunnsfokus, både i problemforståelse, vurderinger og tiltak, reflekteres i praksis, vil kunne avdekke ulike forståelser av funksjonshemming.

Bevegelsen fra medisinske mot sosiale forståelser er ikke helt uproblematisk. Rendyrkede sosiale forståelser vil utelukkende fokusere på samfunnet og samfunnsskapt barrierer, og hevde funksjonshemming er fullstendig konstruert (NOU 2016:17, 2016, s. 30). Disse forståelsene har blitt kritisert for å skape et unaturlig skille mellom det kroppslige og sosiale, for å mystifisere det kroppslige aspektet funksjonshemming kan ha (Grue, 2009, s. 309). Grue (2011) argumenterer for at det for å føres en effektiv og målrettet politikk på feltet må samarbeides med mennesker som har medisinsk kompetanse og kunnskap på feltet (s. 49).

Medisinske språk og diagnoser kan fungere som verktøy for å identifisere individer som, til tross for at dette ikke alltid er tilfellet, kan ha større behov for hjelp.

En menneskerettslig modell vil forsøke å imøtegå denne kritikken ved å anerkjennes at helse er viktig for personer med funksjonshemming, slik den er viktig for alle mennesker (Grue, 2009, s. 309). I praksis vil noen mennesker ha større behov for helsehjelp enn andre. Både funksjonshemmingen og flyktningssituasjonen, eller kombinasjonen av de to, kan virke inn på dette. Det betyr ikke at mennesker skal vurderes i kraft av dette, primært som en medisinsk belastning, men at de heller vil befinne seg på spekteret av den universelle helsehjelpen alle mennesker har behov for. I stedet for å være en hovedegenskap, det definerende ved individet, som i medisinske modeller, anses helse som en tilleggsegenskap. Helserettigheter ignoreres ikke, men er en av mange rettigheter mennesker har behov for vern om (Skarstad, 2019, s. 46).

Det er ikke den medisinske modellens fokus på helse en menneskerettslig forståelse kritiserer, men hvordan dette fokuset overskygger og går på bekostning av erkjennelsen av at funksjonshemming også kan ha behov for beskyttelse av andre rettigheter. I enkelte land vil en funksjonshemming innebære at personer ekskluderes fra utdanning, arbeid og samfunnsniv. Det antas for eksempel at kun 2 % av barn med funksjonshemming i utviklingsland får skolegang (Stein, 2007, s. 76). Norsk statistikk på deltakelse for personer med funksjonshemming er god i forhold til andre land, men også i Norge er personer med funksjonshemming systematisk underprivilegert og ekskludert på en rekke samfunnsområder, inkludert arbeid og utdanning (NHF, 2015). Det kan tenkes at funksjonshemming vil påvirke muligheten til å få alle menneskerettigheter oppfylt, ikke bare helserettigheter.

## 2.4 Oppsummering

En medisinsk modell vil legitimere tiltak som retter seg mot å behandle eller kompensere for en mangel eller feil ved individet, gjerne ved å støtte seg på legevitenskapen eller velferdsstatens økonomiske støtteordninger. “People with disabilities, rather than society, must change” (Stein, 2007, s. 88). Ved at funksjonshemming anses som en medisinsk problematikk det være naturlig at funksjonshemming ikke tas i betraktning på andre politikkområder. En menneskerettslig forståelse vil flytte fokuset fra individet til samfunnet, og hevde samfunnet må tilrettelegges for å ta høyde for menneskelig variasjon.

Samfunnsbarrierer må bygges ned, og det må innføres tiltak for å sikre lik tilgang til alle rettigheter, ikke bare helserettigheter. Hvilke problemforståelser aktørene på innvandring- og integreringsfeltet har vil påvirke hvilke løsninger de anser som passende for å møte problematikken. På den måten vil ideer kunne ha konsekvenser for praksis. Etersom Norge har knyttet seg til CRPD vil det være særlig interessant å undersøke om en menneskerettslig forståelse reflekteres i praksis.

## 3 Metode

Dette kapitlet vil ta for seg oppgavens metodiske valg og vurderinger. Utgangspunktet for studien, og herunder valget av forskningsdesign, er å undersøke hvilke ideer som er fremtredende i norske myndigheters arbeid med flykninger med funksjonshemminger. For å spore ideer vil det gjøres en kvalitativ tekstanalyse av offentlige dokumenter og intervjuer, nærmere bestemt en idéanalyse som benytter seg av analyseverktøyet idealtyper. Kapitlet vil først presentere betraktninger rundt reliabilitet og validitet, for så å diskutere analyse av tekst, idéanalyse og idealtyper. Deretter vil semi-strukturerte intervju som metode og valg av informanter begrunnes. Avslutningsvis vil oppgavens sentrale dokumenter, samt etiske betraktninger diskuteres.

### 3.1 Betraktninger om reliabilitet og validitet

Kvalitativ forskning erkjenner at kunnskap ikke bare avdekkes, men også produseres. Forskning anses ikke som en passiv prosess som samler inn objektive data, men en aktiv, kognitiv prosess (Richards & Morse, 2012, s. 122). Dette vil ha konsekvenser for hvilke kriterier for reliabilitet og validitet som legges til grunn. Betraktninger rundt oppgavens validitet og reliabilitet vil presenteres her, og diskuteres fortløpende gjennom kapitlet.

Reliabilitet i kvantitativ forskning defineres gjerne som repliserbarhet, det vil si i hvilken grad funnene ville blitt replisert dersom studiet ble gjort av andre forskere. En kvalitativ idéanalyse erkjenner imidlertid at både forskeren, og den spesielle situasjonen forskningen gjøres i, vil påvirke undersøkelsen. En forsker vil ikke møte analysemateriale tomhendt, men gjøre observasjoner og tolkninger med utgangspunkt i personlige oppfatninger, forventninger og verdier (Richards & Morse, 2012, s. 121). Heller enn å strebe etter et positivistisk forskningsideal, bør forskeren anerkjenne denne subjektiviteten, og vurdere om analyseredskapet og referanserammen som er valgt er hensiktsmessig med tanke på forskningsspørsmålet og analyse materialet. Det mest sentrale for å sikre kvaliteten i slik forskning er at forskeren er åpen og bevisst premissene konklusjonene er trukket på bakgrunn av. Dette vil innebære å tydelig presisere kategoriene og begrepene som benyttes i analysen, og diskutere hvilken betydning de teoretiske premissene kan ha (Beckman, 2005, s. 22). Å

grundig presentere og diskutere sentrale begreper i oppgaven, samt formulere idealtyper, er et forsøk på å være åpen om oppgavens teoretiske forutsetninger.

Validitet kan defineres som graden funnene nøyaktig representerer fenomenet de er ment til å måle (Hammersley 1990, s. 57). Informantene i studien er valgt ut nettopp på bakgrunn av at de i kraft av sin posisjon antas å besitte viktig kunnskap om tema. Beskrivelsene og vurderingene de gir kan derfor antas å være relativt nøyaktige beskrivelser av praksis. En mulig utfordring er imidlertid om informantenes beskrivelser reflekterer deres personlige oppfatninger, og ikke oppfatningene til instansen de arbeider for. I så stor grad som mulig har derfor informantenes beskrivelser blitt kryss-sjekkert med funn fra andre informanter eller dokumenter.

Transparens rundt metodiske valg og utfordringer, og hvilke implikasjoner dette kan ha for studien, er en av oppgavens viktigste tiltak for å sikre studiets kvalitet. Dette kapittelet vil forsøke å sørge for størst mulig grad av åpenhet ved å presentere og diskutere metodene benyttet både for innsamling og analyse av data.

## **3.2 Tekstanalyse**

Det viktigste vi kan finne ut om et samfunn og politikken der er ideene det bygger på. Å forstå hvordan disse ideene ble dominerende, hvilken rolle de spiller for politikken og hvorfor de blir erstattet av andre burde utgjøre kjernen av statsvitenskap og politisk sosiologi. (Mehta, 2011, s. 45-46, i Bratberg, 2017, s. 87).

Samfunnsvitenskapen studerer mennesker i samspill, og en naturlig inngang til å få kunnskap om relasjoner mellom mennesker eller grupper i samfunnet er å studere tekst (Beckman, 2005, s. 12). Det finnes et mangfold av tekstanalytiske teknikker som bygger på ulike premisser. Felles for tekstanalyse er at utvalgte tekster fungerer som data for undersøkelsen (Repstad, 2007, s. 103). Et underliggende premiss i tekstanalyse er at språk og tekst har konsekvenser for verden utenfor teksten, for hvordan mennesker tenker og handler, og dermed også for politikken som føres (Beckman, 2005, s. 13). For å undersøke forskningsspørsmålet vil oppgaven analysere tekst slik det kommer til uttrykk i intervjumateriale og utvalgte dokumenter.

### **3.2.1 Ideer og idéanalyse**

Ideer kan defineres på mange måter. Bergström og Boréus (2005) definerer ideer som «... en tankekonstruksjon som till skillnad från de flyktigare intrycken eller attityderna utmärks av en viss kontinuitet» (s. 149). En slik tankekonstruksjon, eller idé, kan være en forestilling om virkeligheten, en vurdering av fenomener, eller en forestilling om hvordan man bør handle (s. 149). I denne sammenhengen vil ideene analysen skal avdekke være vurderinger av hvordan funksjonshemming skal forstås. Dette kan blant annet innebære ideer om årsakssammenheng; hva funksjonshemming er et resultat av, hva funksjonshemming består i, hva som er problemet og dermed hvilke tiltak og aktører som er best egnet for å møte utfordringen.

Utgangspunktet for idéanalyse er at språket ikke er nøytralt, men bærer av mer mening enn vi er bevisst, og at disse ideene kan avdekkes gjennom analyse av tekst (Bergström & Boréus, 2005, s. 19). Ettersom stadig flere forskere har sett nødvendigheten av å analysere og problematisere aktørers interesser, motivasjoner og preferanser, fremfor å ta disse for gitt, har fokuset på ideer i statsvitenskapelig forskning økt (Berman, 2001, s. 241). Idéanalyse kan både defineres og anvendes på ulike måter, men er i bunn og grunn «kvalitativ analyse av ideers tilstedeværelse i tekst, der fortolkning er en vesentlig side av analysen» (Bratberg, 2017, s. 67). Hensikten med en idéanalyse er å få tilgang og systematisere vesentlige elementer i tekstene som analyseres (Bratberg, 2017, s. 68).

Hvilke ideer som foreligger om et fenomen vil forme hvilke handlinger som anses som naturlige og rimelige. En grunnleggende antakelse ved idéanalyse er derfor at ideer kan bidra til å forklare handlingsvalg (Bratberg, 2017, s. 70). Tekst speiler og reproducerer ideer, og former på den måten mulighetsrommet for politisk handling (Béland & Cox, 2011, s. 12). «Human beings give meanings to objects ... and subsequently orientate their behavior towards these objects in terms of the meanings given to them» (Oliver, 1990, s. 2).

Mehta (2010) hevder ideer er organisert i hierarkier, der generelle, mer grunnleggende ideer, påvirker mer spesifikke ideer. Disse grunnleggende problemdefinisjonene, «meta-problem definitions», former hvordan mer spesifikke problemer defineres, som i sin tur påvirker hvilke spesifikke ideer som anses som passende løsninger til nye problemer (s. 30). Utfra Mehtas antakelse om hvordan mer grunnleggende og mer spesifikke ideer påvirker hverandre vil det være rimelig å anta at dersom den grunnleggende ideen om funksjonshemming er at det er en medisinsk problematikk, at funksjonshemming er en dysfunksjon ved individet, vil dette påvirke mer spesifikke ideer om hvordan medisinske fenomen møtes; med medisinsk intervensjon, og hvem som er relevante aktører; helsevesenet. En problemdefinisjon som

omtaler funksjonshemming som medisinsk problem vil muliggjøre og legitimere tiltak som behandler det medisinske problemet, og på samme tid redusere aktørers handlingsrom i forhold til tiltak som ikke er av medisinsk eller individuell karakter. Dersom den grunnleggende ideen om funksjonshemming derimot ikke er at det er noe unormalt eller feil ved individet, men ulikheter innenfor spekteret av naturlig variasjon, vil dette påvirke mer spesifikke ideer om hvordan denne variasjonen møtes. Løsningen vil da være tilrettelegging av et samfunn som tar hensyn til menneskelig variasjon. Ekskludering av personer med funksjonshemming vil da oppfattes som diskriminering og ikke som en naturlig konsekvens av en biologisk dysfunksjon.

Om medisinske eller menneskerettslige forståelser av funksjonshemming veileder norske myndigheters arbeid med flyktninger med funksjonshemninger kan derfor ha konsekvenser for hvem som får opphold; sammensetning av kvoter og vurdering av asyl- og klagesaker, hvilke tilbud flyktninger får på asylmottak og hvordan bosettingsprosessen fungerer, samt hvilke integreringstiltak som anses som sentrale i kommunene.

Idéanalyse kan i prinsippet gjøres utfra ulike vitenskapsteoretiske posisjoner, og bærer med seg «mindre vitenskapsteoretisk bagasje enn den kvantitative innholdsanalysen på den ene siden og diskursanalysen på den andre» (Bratberg, 2017, s. 69). Kvantitativ innholdsanalyse har grunnlag i en positivistisk vitenskapstradisjon og fremholder at mening kan observeres og telles i teksters manifeste innhold. Diskursanalyse har basis i et fortolkende vitenskapssyn og fokuserer på at fenomener tillegges mening gjennom hvordan de tolkes og reflekteres omkring. Ved å analysere og tolke meningen som ligger bak teksten kan diskursene, de kollektive virkelighetsoppfatningene, avdekkes. Diskursanalysens fokus på det kollektive og språklige i meningsdannelse gjør at idématerialet hos den enkelte aktør er mindre relevant enn i en idéanalyse (s. 69). Det antas også at idéanalysen er mindre strukturelt fundert enn diskursanalyse, da ideer er noe aktørene står friere til å velge enn diskurser (s. 36).

Jo mer spesifisert og streng analysemodellen er, desto mer vil den ligne en innholdsanalyse. Jo løsere analysemodellen er, og jo større fokus som legges på tolkning, jo mer knytter analysen seg til en fortolkende tradisjon (Beckman, 2005, s. 172). Denne analysen plasserer seg tyngst i den fortolkende tradisjonen. Ideer om funksjonshemming og mennesker på flukt vil ikke nødvendigvis uttrykkes eksplisitt. Det fortolkende aspektet er helt sentralt da det kan gi tilgang til ideene som ligger til grunn for praksis.

Nettopp fordi politiske ideer former menneskers oppfatninger, ønsker og antakelser, og derfor har stor betydning for samfunnets utvikling, er det en sentral oppgave for samfunnsvitenskap å ikke bare analysere, men også kritisk granske, ideene som veileder politikken.

Samfunnsvitenskapene betraktes ikke som verdinøytrale verktøy, men anser det som en del av sitt mandat å rette et kritisk søkelys mot samfunnets institusjoner og praksiser (Beckman, 2005, s. 9). Særlig har studier på funksjonshemming-feltet ofte hatt et kritisk element ved å forsøke å gi et korrektiv til måten funksjonshemming forstås av samfunnet (Grue, 2011, s. 38). Skarstad (2019, s. 47) hevder sosiale og menneskerettslige forståelser av funksjonshemming er samfunns- eller systemkritiske i sin natur, i den grad de stiller seg kritiske til hvordan samfunnet har ekskludert personer med funksjonshemming og bortforklart ekskluderingen som en naturlig konsekvens av biologisk dysfunksjon.

I tillegg til å vurdere hvordan ideer manifesteres i praksis, vil analysen derfor ha et kritisk element. Det antas som verdifullt å etterstrebe prinsippet om ikke-diskriminering, som både påpekes i de internasjonale konvensjonene Norge er tilknyttet, og i Lov om likestilling og forbud mot diskriminering. Den norske likestillings- og diskrimineringsloven trekker tilgjengelighet og tilrettelegging frem som helt nødvendige tiltak for å fremme likestilling, og uttrykker i § 1 at et av lovens sentrale mål er å «... bygge ned samfunnsskapte funksjonshemmende barrierer, og hindre at nye skapes». (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2018). Både likestillings- og diskrimineringsloven og de internasjonale konvensjonene kan sies å knytte seg til en rettighetsforståelse av funksjonshemming, der det både anerkjennes at samfunnsbarrierer må bygges ned, og at samfunnet må tilrettelegges for å sikre lik rettighetsoppnåelse i praksis. En sentral antakelse i analysen er også at medisinske forståelser øker risikoen for at personer med funksjonshemninger diskrimineres. Ved å betraktes som syke eller unormale, har gjerne diskriminering og ekskludering fra en rekke samfunnsområder blitt ansett som en naturlig konsekvens av feil ved individet.

Det vil derfor være interessant å undersøke hvilke forståelsesmodeller som underbygger dagens praksis, og om det er systematiske forskjeller på hvordan flyktninger med funksjonshemninger og andre flyktninger møtes i de ulike fasene av innvandrings- og integreringsarbeidet.

### **3.2.2 Idealtyper**



Idéanalysen vil benytte idealtyper som analyseverktøy. Begrepet idealtyper stammer fra Max Weber, som rendyrket kjennetegn ved byråkratiet for å gi et idealtypisk bilde av hva som skilte denne styreformene fra andre styreformer. Verden er kompleks, og Weber hevder fenomener er karakterisert av en «“infinite multiplicity” both “extensive” and “intensive”» (Weber, 2012, s. 40). Idealtyper dannes ved at egenskaper som er sentrale og spesifikke ved en kategori defineres slik at kategorien fremstilles i sin rendyrkede form (Bratberg, 2017, s. 82). Idealtyper forsøker ikke å fremstille et nøyaktig bilde av virkeligheten, men er analytiske verktøy som fenomener i den virkelige, komplekse verden kan måles opp mot (Beckman, 2005, s. 28).

Første steg i etablering av idealtyper er en induktiv øvelse der ideer etableres og operasjonaliseres slik at de er anvendbare for analysen (Beckman, 2005, s. 23-24). Sentrale aspekter som går igjen i beskrivelse av forståelsene i de ulike teoretiske bidragene har blitt samlet, og deretter fremstilt som ideer. Det formuleres argumenter, underkategorier, til hver av idealtypene for å konkretisere hvordan ideene ville kunne forekomme i intervjuene og dokumentene. Argumentene fokuserer på spesielle ord, problemforståelser, ønskede tiltak, antakelser om statens og individets ansvar, sentrale aktører, og andre tegn på hvordan ideene kan fremkomme i praksis.

Å utvikle idealtyper krever en teoretisk referanseramme (Bergström & Boréus, 2005, s.160), og dette har i oppgaven blitt gjort på bakgrunn av flere teoretiske bidrag fra forskerne Oliver (1990, 1996), Grue (2009, 2011), Stein (2007) og Skarstad (2019) som alle omtaler ulike forståelser eller modeller av funksjonshemming. Oliver anses som opphavsmannen til den sosiale modellen, og gir også en inngående beskrivelse av den medisinske modellen. I Norge har særlig Grue vært en sentral forsker på funksjonshemming, og beskriver både medisinske og sosiale modeller, for så å anvende disse i norsk kontekst. Stein og Skarstad har vært særlig sentrale i utvikling og beskrivelse av menneskerettslig forståelse av funksjonshemming. De ulike teoretikernes beskrivelser bygger på, refererer til og videreutvikler hverandres teoretiske bidrag, i tillegg til å anvende forståelsesmodellene på nye tilfeller.

Deretter har analysedataet blitt gjennomgått og tekstelementer kategorisert innenfor de ulike idealtypene. Å analysere en tekst ved hjelp av idealtyper vil være en deduktiv øvelse der teksten studeres i lys av et etablert rammeverk (Bergström & Boréus, 2005, s. 159).

Beckman (2005) peker på både fordeler og utfordringer ved å benytte idealtyper som analyseverktøy. Et verktøy som benytter kategorier kan være særlig nyttig for å gi orden i et omfattende materiale (s. 171), hvilket kan sies å være tilfellet her. En utfordring som kan oppstå ved bruken av utviklede og spesifiserte analysemodeller er imidlertid at forskeren påtvinger materialet modellen; at betydningen av utsagn tolkes dit at de kan tvinges inn i modellen. Dersom materialet kun ses ut ifra sine egne idealtyper og tilskrives noe som ikke finnes, kan det representere et validitetsproblem (s. 172). Å benytte teorien eksplisitt og strukturert, som ved idealtyper, kan øke risikoen for forutinntatthet ved at oppmerksomhet fokuseres mot noen teoretiske relevante aspekter ved virkeligheten og forsømmer andre (Levy, 2008, s. 4-5).

Ettersom oppgaven knytter seg tettere mot et fortolkende vitenskapssyn vil analysemodellen imidlertid brukes i noe løsere forstand. Idealtypene vil veilede analysen, men ikke tres rigid over teksten. Dette for å sørge for hva Beckman (2005) omtaler som å la dataene snakke; at aspekter ved teksten som ikke nødvendigvis passer inn i det teoretiske rammeverket kan snakke for seg selv (s. 172). I tillegg til å analysere teksten utfra ulike ideer om funksjonshemming trekkes også andre aspekter inn i analysen ettersom de fremkommer.

En analyse vil umulig kunne fange hele virkeligheten, og vil alltid vektlegge noen aspekter og overse andre. Ettersom dette uansett vil forekomme, ønsker oppgaven å være åpen rundt hvilke teoretiske antakelser analysen gjøres på bakgrunn av. Å formulere sentrale aspekter eksplisitt i form av idealtyper vil bidra til åpenhet i valg og vurderinger gjort i oppgaven, og dermed forsøke å styrke dens reliabilitet og validitet.

### **3.2.3 Operasjonalisering av idealtyper**

Idealtypene formuleres med bakgrunn i ulike forståelser av funksjonshemming, som redegjort for i teorikapittelet. Om dagens praksis på innvandrings- og integreringsfeltet reflekterer en medisinsk eller menneskerettslig forståelse av funksjonshemming antas å ha konsekvenser for hvordan flyktninger med funksjonshemminger møtes.

## **1 Medisinsk modell**

### **1.1 Funksjonshemming er en medisinsk problematikk**

1.1.1 Ettersom funksjonshemming er en medisinsk problematikk er løsningen medisinsk intervensjon i form av behandling, rehabilitering eller medisiner

1.1.2 Ettersom funksjonshemming er en medisinsk problematikk er helsevesenet den sentrale aktøren

1.1.3 Ettersom funksjonshemming er en medisinsk problematikk vil aktører og tiltak som ikke er av medisinsk karakter anses være mindre relevante, og funksjonshemming bli oversett i andre sosialpolitiske tiltak

### **1.2 Funksjonshemming er en egenskap ved individet**

1.2.1 Ettersom funksjonshemming er en individuell egenskap vil den eksistere uavhengig av hvordan samfunnet er innrettet, den er statisk

1.2.2 Ettersom funksjonshemming er en individuell egenskap bør den møtes med tiltak rettet mot individet

### **1.3 Personer med funksjonshemming er en kostnad, ressurskrevende, for samfunnet**

1.3.1 Ettersom personer med funksjonshemming er en kostnad, må instanser (kommuner) kompenseres for kostnaden personer med funksjonshemming representerer for samfunnet og øvrige samfunnsmedlemmer.

### **1.4 Funksjonshemming er et avvik, noe annet enn normalen**

1.4.1 Ettersom funksjonshemming er et avvik, noe annet enn normalen, vil forskjellsbehandling og ekskludering av personer med funksjonshemming kunne være en naturlig konsekvens av biologiske variasjoner

**Tabell 1:** Operasjonalisering av idealtipe: Medisinsk modell

## **2 Menneskerettslig modell**

### **2.1 Funksjonshemming er ikke et avvik, men en universell menneskelig variasjon**

2.1.1 Som en følge av at funksjonshemming er en universell menneskelig variasjon, vil dette kunne reflekteres ved en mainstreaming av politikken, at menneskerettigheter til personer med funksjonshemming må inkluderes i all politikk og tiltak

### **2.2 Funksjonshemming eksisterer ikke uavhengig av samfunnet, men skapes i møte med samfunnet**

2.2.1 Funksjonshemming er ikke statisk, men situasjonelt og kulturelt betinget

### **2.3 Grunnet samfunnets rolle i å konstruere funksjonshemming har samfunnet ansvaret å rette opp ekskludering basert på funksjonshemming**

2.3.1 Dette innebærer å fjerne barrierer som hindrer deltakelse, og tiltak som sikrer at personer med funksjonshemming inkluderes og oppnår like rettigheter i praksis, enten det er snakk om helserettigheter eller andre rettigheter

2.3.2 Ekskludering og diskriminering av personer med funksjonshemming er et resultat av samfunnets manglende evne til å ta høyde for menneskelig variasjon, ikke et naturlig resultat av biologiske variabler

### **2.4 Funksjonshemming medfører ekstra sårbarhetsrisiko for krenkelser, og det kan derfor være behov for økt oppmerksomhet om å sikre rettighetene til gruppen**

2.4.1 Introduksjon av ytterligere sårbarhets kategorier (eks. flyktningstatus) kan skape eller forsterke barrierer som hindrer like rettigheter, og dermed kreve ekstra fokus

2.4.2 Dersom funksjonshemming forstås som et spørsmål om menneskerettigheter vil det ha konsekvenser for graden aktører anser inkludering som et krav, fremfor et uttrykk for frivillighet eller veldedighet

### **2.5 Fokus på økonomi, ressurser, kan reflekteres som konsekvens av at gruppen forstås som særlig sårbare, og at samfunnet har et ansvar om å tilrettelegge**

**Tabell 2:** Operasjonalisering av idealtipe: Menneskerettslig modell

Det er nødvendig med enkelte kritiske bemerkninger til de teoretiske bidragene og idealtypene utformet med utgangspunkt i disse. Ulike modeller av funksjonshemming ble ikke utformet for å brukes som idealtyper i en idéanalyse som i oppgaven. I litteraturen stilles medisinske og sosiale, i denne oppgaven representert av menneskerettslige, modeller av funksjonshemming ofte som dikotomier, gjensidig utelukkende kategorier i et klart motsetningsforhold til hverandre. Det er viktig å poengtere at forståelsene må forstås som idealtyper, og i praksis vil være vanskelig å identifisere i rendyrket form. Ofte vil praksis

reflektere innslag av flere forståelser, og skillet mellom ulike forståelser gjerne ikke være like skarpt som i litteraturen. Verden er kompleks, og en analyse vil uunngåelig kreve forenklinger og operasjonaliseringer. Som teoretiske konstruksjoner anses idealtypene allikevel som interessante kategorier for analysen.

### 3.3 Intervju

For å undersøke offentlige myndigheters ideer ble det gjennomført kvalitative intervjuer av informanter. Denne undersøkelsen benyttet semi-strukturerte intervjuer, en intervjuatype som trekkes frem som en særlig nyttig metode for å få bedre innsikt i folks forståelse av verden fra deres perspektiv (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009, s. 21). Semi-strukturerte intervju er fellesbetegnelsen på spekteret av intervjuer mellom strukturerte- og ustrukturerte intervju. Strukturerte intervju, der respondentene blir stilt identiske spørsmål i samme rekkefølge for å eliminere variasjon i data, søker oftest svar som kan tallfestes og kodes (Bordens & Abbott, 2014, s. 270). Semi-strukturerte og ustrukturerte intervju kjennetegnes av mer fleksibilitet, både hos respondent og forsker. Ofte stilles mer åpne spørsmål som gir respondenten rom for å utdype og beskrive egne meninger og erfaringer (Bryman, 2016, s. 466-467). En stor styrke ved semi-strukturerte intervjuer er at det «...enables a sensitivity to the worldviews of ones respondents – an entry into the issues, concerns, and stories that motivate, compel, and capture the lives of others». (Mosley, 2013, s. 119). Da formålet med oppgaven nettopp er å kartlegge ideer anses semi-strukturerte intervju som en egnet metode.

Semi-strukturerte intervju har noe mer struktur enn ustrukturerte, og formulerer ofte en intervjuguide med mer eller mindre konkrete spørsmål i forkant av intervjuet. Denne intervjuguiden sikrer en viss struktur i samtalen, på samme tid som intervjueren forblir åpen til det respondentene sier, og kan reagere på dette underveis. En kombinasjon av åpne spørsmål og fleksibilitet i spørsmålsrekkefølgen kan legge til rette for dette ved at svar på åpne spørsmål kan generere ytterligere spørsmål, som igjen kan møtes med oppfølgingsspørsmål, og på denne måten stadig føre forskeren dypere inn i respondentenes ideer og beskrivelser av praksis (Mosley, 2013, s. 6).

Richards og Morse (2012) trekker frem semi-strukturerte intervju som særlig egnet i tilfeller der forskeren vet nok om et område til å formulere spørsmål om tema på forhånd, men ikke nødvendigvis nok til å vite hvilke svar som kan forventes (s. 127). Tidligere forskning, og de

offentlige dokumentene som forelå, ga en ramme for å formulere enkelte spørsmål på forhånd. Flexibiliteten intervjuformen tillater ble imidlertid viktig for å kunne følge opp informantenes svar, og tilpasse intervjuene underveis.

I forkant av hvert intervju ble det forberedt en intervjuguide med tema og spørsmål som skulle inngå i samtalen. Oppgaven har et relativt bredt siktemål, og intervjuguidene gjenspeilet dette, med både konkrete spørsmål om praksis, rutiner, organisering, kvoter og tiltak, samt spørsmål hvor informantene ble bedt om å vurdere dagens praksis, avveininger og utfordringer. Intervjuguidene varierte fra intervju til intervju, og det ble naturlig å la spørsmålene fokusere på det informantene hadde best oversikt over. Det er også forskjell i rekkefølgen på intervjuene. Informantene jeg intervjuet sist ble spurt om kommentarer til informasjon fremgått i tidligere intervju, der blant annet informanten fra KS helt konkret ble bedt om å reagere på KDs uttalelser om mainstreaming av politikken på integreringsfeltet.

Flere forskere trekker frem potensielle utfordringer med å intervjuere ressurssterke informanter, hvilket informantene i undersøkelsen kan sies å være. Blant annet har disse ofte både overlegen kunnskap på feltet og snakker godt for seg (Rubin & Rubin, 1995, s. 113; Andersen, 2006, s. 288). For å sørge for at samtalen holdt seg på rett spor, brukte jeg betraktelig tid i forkant av intervjuet til å sette meg inn i rapporter, offentlige dokumenter, medieoppslag og tidligere forskning. Forskningen og dokumentene bidro til å formulere spørsmål, forberede og bedre utnytte intervjuene.

Et av de mest sentrale tiltakene for å styrke reliabiliteten og validiteten i kvalitativ forskning er dokumentasjon (Andersen, 2006, s. 291). Med tillatelse fra informantene har det blitt tatt lydopptak under intervjuene. I etterkant av intervjuene ble lydfilene transkribert. Med unntak av enkelte grammatiske korrigeringer har informantenes svar blitt fremstilt slik de fremkom i intervjuet.

### **3.3.1 Informantene**

Det er begrenset med dokumenter som tematiserer situasjonen til flyktninger med funksjonshemninger i Norge, og avhandlingen vil derfor samle inn egne data ved hjelp av intervjuer. Respondentene ble valgt ut etter hvem som på bakgrunn av oppgavens teoretiske og analytiske formål ble ansett som best egnet for å besvare problemstillingen (Grønmo, 2016, s. 88). Informantene er mennesker som arbeider i instanser som har ansvaret for

innvandrings- og integreringsfeltet i Norge. En oversikt over de sentrale instansene vil presenteres i analysen. De ulike instansene arbeider med ulike deler av fagfeltet, hvilket vil påvirke kunnskapen de besitter og svarene de ulike intervjuene produserer.

Aktuelle instanser ble først kontaktet via epost, hvor det ble anmodet om videre henvisning til personer ansett som best egnet for å belyse problemstillingen. Intervjuene foregikk på informantenes respektive arbeidsplasser og varte mellom 25 og 40 min. Intervjuet med informanten fra UDI ble gjort på telefon ettersom vedkommende ikke befant seg i Oslo.

Hvilke informanter som stilte til intervju, og hvilke som ikke ønsket dette, legger føringer for oppgavens fokus og kildemateriale. At hverken Justis- og beredskapsdepartementet (JD) eller Asylavdelingen i UDI ønsket å stille informanter tilgjengelig har særlig konsekvenser for informasjonsgrunnet om vurdering av overføringsflyktninger og asylsøknader, og generelle prioriteringer og vurderinger i innvandringspolitikken.

Fra UDI fikk jeg intervju en informant fra Region- og mottaksavdelingen som hadde oversikt over arbeidet med tilrettelagte avdelinger på asylmottak. De to informantene fra IMDi innehar begge sentrale stillinger i organisasjonen som gir dem særlig god oversikt over bosettingsarbeidet, og ble etter eget ønske intervjuet samtidig. Informanten fra Kunnskapsdepartementet (KD) er sentral i integreringsavdelingen og antas å besitte svært god oversikt over praksis og vurderinger i integreringsarbeidet.

UNE ble forespurt om intervju, men ønsket heller å sende noen klagesaker og betraktninger om tema, på e-post. Enkelte eksempler og generelle betraktninger om klagesaker fra e-postkorrespondansen vil refereres til i analysen.

Kommunene er en svært sentral aktør i innvandring- og integreringsarbeidet. I denne oppgaven er kommunene representert ved Kommunenes Sentralforbund (KS). KS er kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, og organiserer alle landets kommuner og fylkeskommuner (KS, 2019). I forhold til innvandring- og integrering betyr dette blant annet å ivareta kommunenes interesser i spørsmål om bosetting og asylmottak. Informanten fra KS uttrykte at det er store forskjeller mellom kommuner i hvordan de tilnærmer seg bosetting og integrering av flyktninger generelt, og flyktninger med funksjonshemninger spesielt. Å intervju informanter fra enkeltkommuner ble ikke vurdert som hensiktsmessig i denne oppgaven. Det har vært et mål å kunne si noe generelt om hvordan kommunene forholder seg til problematikken, og KS ble derfor ansett som en god

kilde til kunnskap om problematikken på et mer generelt nivå. Dette kan imidlertid legge begrensninger på hva som kan sies om ideer på kommunalt nivå, siden svarene KS gir vil være et forenklet bilde av det komplekse flernivå-samarbeidet mellom stat og kommune i innvandring- og integreringsarbeidet.

Da asylavdelingen i UDI ikke ønsket å ta del i undersøkelsen, og UNE ikke stilte til intervju, ble Norsk Organisasjon for Asylsøkere (NOAS) kontaktet. NOAS er en uavhengig organisasjon som arbeider for å sikre asylsøkeres rettsikkerhet i Norge, og er dermed ikke en formell instans i norsk innvandringspolitikk. NOAS driver også påvirkningsarbeid mot regelverk og praksis på asylfeltet, særlig opp mot FNs anbefalinger og menneskerettighetskonvensjonene Norge er tilknyttet (NOAS, 2019). Informanten jeg intervjuet ønsket primært å diskutere klagesaker, og terskelen for å få opphold.

En rekke andre aktører på statlig eller kommunalt nivå, representanter fra sivilsamfunnet eller flyktninger selv, kunne vært intervjuet. Grunnet oppgavens omfang vil det ikke være mulig å intervjuer alle relevante aktører. Til tross for at dette kun vil representere deler av det store bildet, anses aktørene som er intervjuet som noen av de mest sentrale for å besvare problemstillingen.

### **3.4 Dokumenter**

Oppgaven vil benytte både dokumenter og intervjuer som datamateriale. Ettersom det ikke finnes et par sentrale offentlige dokumenter som belyser tema inngående, men heller en rekke dokumenter som inneholder referanser til tema, ble det naturlig å ha med et mindre utdrag av tekst fra et større antall dokumenter. Det er søkt etter dokumenter i en rekke databaser, og på de sentrale instansene nettsider ved å kombinere ordene «flyktning» og «asyl», med «funksjons». Alle informantene ble også spurt om hvilke dokumenter de mente ville være sentrale å undersøke for å få oversikt over norske myndigheters arbeid med flyktninger med funksjonshemninger. Dokumentene informantene trakk frem omhandler tilskudd og kompensasjon til kommuner, tilrettelagte asylmottak, og et gjennomgående fokus på helsetjenester og helsetilbud.



En rekke andre dokumenter kunne også vært analysert, og de som er valgt ut representerer kun en del av det store bildet. Ved å gjøre brede søk i ulike databaser og på nettsidene til sentrale instanser, i tillegg til å spørre informantene om hvilke dokumenter de anså særlig sentrale, antas dokumentene som inngår i analysen allikevel å være en god representasjon av dokumentene som foreligger om tematikken.

Ulike dokumenter er sentrale i ulike deler av praksis, og dokumentene vil presenteres fortløpende i analysen. I litteraturlisten vil analysens sentrale dokumenter listes opp under primærkilder.

Ettersom relativt lite informasjon om tematikken er nedfelt skriftlig og åpent tilgjengelig vil intervjuene fungere som det primære analyse materialet, og dokumentene være viktige supplement for å underbygge og supplere informasjon fra informantene. Å kombinere passive og mer aktive metoder i en form for triangulering kan være hensiktsmessig da styrkene til data samlet inn ved en innsamlingsmetode kan bidra til å kompensere for svakhetene ved data innsamlet ved en annen (Kapiszewski et al., 2015, s. 158). I analysen ble informasjon fra dokumenter og intervjuer brukt for å kryss-sjekke, presisere og fylle eventuelle kunnskapshull (s. 159). Ved å veie svarene fra intervjuer opp mot forhold som kan etableres uavhengig av informantens subjektive opplevelser, i tillegg til å la informantene utdype informasjon fra dokumentene, har jeg forsøkt å styrke studiets reliabilitet (Bryman, 2016, s. 697).

### **3.5 Etiske betraktninger**

Alle informanter ble informert om formålet med forskningen, og forhold knyttet til samtykke og anonymisering, på e-post i forkant av intervjuet. Informantene er ikke primært interessante som privatpersoner, men i kraft av sin stilling og kunnskapen de besitter på bakgrunn av denne. Informantenes arbeidsplass fremgår derfor i avhandlingen, men ikke informantens navn eller annen personlig informasjon, da dette ikke anses som relevant for oppgavens formål. Prosjektet har blitt registrert og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Alle informantene godtok opptak og påfølgende transkribering av sine intervju. Lydopptak og intervjutranskript ble destruert etter prosjektets avslutning. I telefonintervjuet ble det samtykket over telefon, mens informantene jeg møtte personlig underskrev en

samtykkeerklæring.<sup>11</sup> Informantene ble tilbudt å få tilsendt den ferdigstilte oppgaven dersom de ønsker dette.

---

<sup>11</sup> Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er vedlagt.

## 4 Empirisk analyse: Ideer og praksis i møte med flyktninger med funksjonshemninger

Utfra idealtypene; en struktur av beslektede ideer knyttet til de kontrasterende perspektivene på funksjonshemming, vil ulike deler av norsk innvandrings- og integreringspraksis analyseres. Det antas at ulike ideer vil åpne og lukke ulike handlingsrom, gjøre enkelte praksiser legitime, og på samme tid tilsidesette alternative perspektiver.

Først vil praksisen med overføringsflyktninger og den medisinske kvoten kartlegges og diskuteres. Deretter vil det gjøres en diskusjon av hvordan funksjonshemming kan virke inn på vurderinger i asyl- og klagesaker. Neste steg vil diskutere praksisen med asylmottak og tilrettelagte avdelinger, samt praksisen med, og diskusjonene om en systematisering av, registrering av funksjonshemming hos flyktninger. Ettersom integrering primært skjer i den enkelte kommune, vil analysen avsluttes med en diskusjon om praksisen med bosetting og integreringstilskudd.

Å organisere analysen i ulike deler kan være problematisk da det får de ulike fasene i innvandrings- og integreringsarbeidet til å fremstå som adskilte, uavhengige deler. Dette er ikke tilfellet. Vurderinger som tas i utvelgelse av overføringsflyktninger og vurdering av asylsøknader former flyktninggruppen som sitter på asylmottak, og dermed også bosettingen i kommunene. Fasene er også avhengig av hverandre motsatt vei, blant annet ved at erfaringer fra bosetting i kommuner påvirker hvem som velges ut som overføringsflyktninger.

Det er imidlertid flere årsaker til at analysen er organisert som en prosess med ulike faser. En slik organisering, fremfor eksempelvis en organisering med bakgrunn i idealtypene og deres underkategorier, gjør det tydelig at veien fra en flyktningleir til å være bosatt i en kommune, er en lang prosess, der ulike valg og vurderinger vil være sentrale i ulike faser. Ideene vil gi seg til uttrykk på mange felt, og det vil være interessant å se om ulike ideer karakteriserer ulike faser.

En annen årsak til analysens organisering er at ulike aktører har ansvar for ulike deler av prosessen. Det norske innvandrings- og integreringsfeltet er fragmentert, og mange ulike instanser er involvert. Disse instansene skal ikke fungere som løsrevne deler, men styres av samme underliggende ideer. Med utgangspunkt i politiske prioriteringer og målsetninger skal de trekke i samme retning. Ettersom de ulike aktørene, og dermed også informantene som ble intervjuet, har ansvar for ulike deler av feltet, vil det være interessant å se om de samme ideene er toneangivende hos ulike aktører.

Kapittelet vil starte med en oversikt over organisering og ansvarsfordeling på innvandrings- og integreringsfeltet. Oversikten bygger særlig på en presentasjon fra regjeringens nettsider (Regjeringen, 2018). Kunnskap om hvordan feltet er organisert vil være viktig bakgrunnskunnskap for analysen, ved å plassere informantenes utsagn og vurderinger i kontekst, og for å forstå aktørenes roller i et tidvis komplisert politisk og organisatorisk landskap.

### **Organisering på innvandring- og integreringsfeltet**

I organiseringen av fagfeltet går et sentralt skille mellom *innvandring* som i hovedsak organiseres av Justis- og beredskapsdepartementet (JD), og *integrering* som i hovedsak styres av Kunnskapsdepartementet (KD). JD har det overordnede ansvaret for å utforme den statlige flyktning- og innvandringspolitikken. Dette innebærer ansvaret for utlendingsloven med tilhørende forskrifter, drift av statlige asylmottak, og styringsansvar for Utlendingsdirektoratet (UDI) og Utlendingsnemnda (UNE). Ministeren ansvarlig for innvandringsspørsmål er Justis- og innvandringsministeren.

UDI har ansvaret for å iverksette innvandringspolitikken innenfor JDs ansvarsområde. Dette innebærer å rådføre i utvikling av politikk og regelverk, instruere politikk og utenriksstasjoner i utlendingssaker, behandle søknader om asyl, drifte mottak for flyktninger som søker asyl og arbeide med retur av personer som ikke har fått opphold. UNE behandler klagesaker på UDIs vedtak. Politiets Utlendingsenhet (PU), også underlagt JD, har ansvar for å registrere flyktninger som kommer til Norge og etterforske deres identitet, samt uttransportering av personer som har fått avslag på sin asylsøknad.

Den andre delen av fagfeltet er integrering. Det er Integreringsavdelingen, underlagt KD, som har det overordnede ansvaret for integreringspolitikken. Dette innebærer bosetting av

flyktninger, forvaltning av statsborgerskapsloven og introduksjonsloven, samt utvikling og samordning av politikk som berører integreringsfeltet. Integreringsavdelingen har administrativ og faglig styring over Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). IMDi er et fagorgan som skal iverksette integreringspolitikken på KDs ansvarsområde. IMDi skal gi råd og være et kompetansesenter for utvikling av integreringspolitikken, samt veilede kommunene i arbeidet med bosetting og integrering.

Det er kommunene som i samarbeid med IMDi bosetter flyktninger. Hver enkelt person eller familie kobles ved hjelp av IMDi opp mot en kommune. Bosetting er en frivillig kommunal oppgave, der kommunene selv kan bestemme hvor mange og hvem de ønsker å bosette. Dette betyr at kommunene kan si nei til å bosette flyktninger generelt, eller til å bosette enkeltpersoner. Kommunene har også ansvar for å iverksette tiltak som forbereder flyktningene på arbeidslivet, samt sørge for at det kommunale tjenestetilbudet er tilpasset en flerkulturell befolkning. Til tross for at kommunene er særlig involvert i integreringsarbeidet, kan de også være en sentral aktør i innvandringssspørsmål. Både informantene og medieuttalelser fra politikere har vist at vurderinger om opphold, også for flyktninger med funksjonshemninger, gjerne har blitt gjort på bakgrunn av kommunenes kapasitet og vilje til å bosette enkeltpersoner eller grupper (IO1 intervju IMDi; IO1, intervju KD; Kommunal- & Forvaltningskomiteen, 2014).

Andre instanser er også involvert i innvandrings- og integreringsarbeidet, men anses som mindre relevante i denne sammenhengen. Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) har ansvaret for arbeidsinnvandringen til Norge, samt innreise og opphold for mennesker med EØS-borgerskap. Utenriksdepartementet (UD) har ansvaret for utenriktjenestene, hvilket ofte representerer førstelinjen for mennesker som ønsker å reise til Norge. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har ansvaret for enslige, mindreårige asylsøkere under 15 år som ankommer Norge.

## **4.1 Overføringsflyktninger**

Norge har stor frihet i hvem og hvor mange som velges ut som overføringsflyktninger. Til grunn for vurderingene er både anmodninger fra UNHCR om hvilke grupper som har behov

for gjenbosetting<sup>12</sup> i Norge, vurderinger om utsiktene for at personer blir vellykket integrert, og kommunenes kapasitet til å ta imot bestemte personer eller grupper (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015). Ettersom en funksjonshemming kan gjøre individer særlig sårbare, kan flyktninger med funksjonshemminger ha et særlig stort behov for beskyttelse. Funksjonshemming kan imidlertid også virke inn på antakelser om vellykket integrering, og vurderinger om kommuners kapasitet.

Dersom utvelgelse av overføringsflyktninger skjer på bakgrunn av en medisinsk forståelse av funksjonshemming, vil det kunne forventes at funksjonshemming og helseutfordringer betraktes som synonymer, og at det derfor er personer med størst, eller mest akutte, helseutfordringer som vil prioriteres. De sentrale aktørene vil være medisinske, og sentrale tiltak være rettet mot å behandle eller helbrede sykdom. Det vil kunne antas at personer med funksjonshemminger er vanskeligere å integrere på grunn av biologiske avvik i individet. Dersom personer med funksjonshemming på grunn av individuelle egenskaper betraktes som en kostnad og mindre i stand til å bidra, vil dette kunne påvirke innvandringsregulerende hensyn av samfunnsøkonomisk karakter. I en medisinsk forståelse vil individet, personen med funksjonshemming, anses som problemet, og tiltak i form av behandling eller kompensasjon til samfunnet, fremfor ombygging og tilrettelegging av samfunnet, vil vektlegges.

Dersom utvelgelsen av overføringsflyktninger reflekterer en menneskerettslig forståelse, vil det kunne forventes at muligheten til å få alle sine menneskerettigheter oppfylt ligger til grunn for hvem antas å ha størst beskyttelsesbehov. Personer som av ulike grunner i mindre grad får sine menneskerettigheter oppfylt vil kunne prioriteres i utvelgelsen. Da funksjonshemming ikke er en utelukkende medisinsk problematikk, vil også andre aktører enn helsevesenet være sentrale. Ettersom det antas at funksjonshemming skapes i møte med samfunnet, vil tiltak som retter seg mot å bygge ned samfunnsbarrierer for å unngå diskriminering og ekskludering av bestemte personer eller grupper kunne reflekteres.

I 2019 forventes det at Norge vil bosette rundt 5300 flykninger. Om lag 3000 av disse er overføringsflykninger. For få år siden skulle ca. 15000 bosettes, hvorav kun 2000 var overføringsflykninger (IO2, intervju IMDi). Det antas at det er «... en større andel av overføringsflykninger som har helseutfordringer enn det er blant befolkningen på mottak

---

<sup>12</sup> Gjenbosetting betyr overføring av flykninger for bosetting i et annet land.

generelt» (IO1, intervju IMDi). Andre kilder har også poengtert forskjellen mellom overføringsflyktninger og asylsøkere: «De som kommer til Norge på egenhånd er stort sett sterke, unge menn. Dersom vi skal ta imot de som trenger det mest, må vi dreie innsatsen mot flere kvoteflyktninger» (Journalen, 2016).

Ifølge WHO har omlag 15 % av verdens flyktninger en funksjonshemming (Journalen, 2016). Det er ingen systematisk registrering av dette i Norge, men estimater fra mottak og kommuner tilsier at andelen her ikke er veldig stor; «Basert på utbetaling av tilskudd ved bosetting av personer med alvorlige, kjente funksjonsnedsettelse eller atferdsvansker, utgjør dette en gruppe på omlag 20 personer per tusen bosatte.» (Meld. St. Nr. 30 (2015-2016), 2016, s. 34). Også på asylmottak antas det at andelen med funksjonshemming er relativt liten. En rapport av Kittelsaa og Berg (2012) viser at omlag 3 % av barn i mottakssystemet har en form for funksjonshemming (s. 17). Det ser dermed ut til å være et stort sprik mellom andelen flyktninger med funksjonshemninger på verdensbasis, og andelen flyktninger med funksjonshemninger i Norge. Gruppen er blant de mest sårbare av alle flyktninger, og har høy risiko for å oppleve menneskerettighetsbrudd (Skarstad, 2019, s. 11; UNCHR, 2011). Når Norge etter utvelgelsesprosessen ender opp med en relativt sett betydelig lavere andel flyktninger med funksjonshemninger, kan det tyde på at utvelgelsen av flyktninger skjer på andre premisser enn kun hvem som har størst beskyttelsesbehov, og eller at beskyttelsesbehovet til personer med funksjonshemming ikke er ordentlig forstått.

Overføringsflyktninger har allerede blitt definert som mennesker med behov for beskyttelse av UNHCR. UDI vil derfor ikke vurdere *om* personene behøver beskyttelse, slik det gjøres når asylsøknader vurderes, men avgjøre hvilke av flyktningene med beskyttelsesbehov som får komme til Norge. Kvoten for overføringsflyktninger er politisk styrt. Justisdepartementet bestemmer hvilke land flyktningene skal hentes fra, og eventuelle grupper som skal prioriteres ved uttak (UDI, 2019). Uttak av enkeltpersoner skal bygge på følgende hovedkriterier:

- a) Behov for internasjonal beskyttelse: Det skal her både ses hen til flyktingens grunn til å forlate hjemlandet, risikoen ved retur og sikkerheten i oppholdslandet. [...].
- b) Behov for gjenbosetting: Det skal ses hen til utsiktene til å oppnå andre varige løsninger på kort og mellomlang sikt.

Det trekkes også frem tre tilleggsmomenter som skal vektlegges i utvelgelsen:

- a) Kvinneperspektiv: Ved uttak skal det ses særlig hen til kvinners behov, og utsatte kvinner er en prioritert gruppe.
- b) Barneperspektiv: Ved uttak skal barnefamilier med barn under 18 år prioriteres.
- c) Integreringsperspektiv: Ved uttak av personer over 18 år skal de med utdanning og yrkeserfaring av relevans for norsk arbeidsliv prioriteres.  
(Justis- og beredskapsdepartementet, 2015).

Det trekkes også frem tre forhold som til hovedregel skal føre til utelukkelse. Dette er personer som omfattes av flyktningkonvensjonens regler om utelukkelse<sup>13</sup>, uønsket atferd og holdninger hos flyktningen, og manglende norsk bosettingskapasitet: «Dersom det er særlige problemer knyttet til kommunenes mulighet for å tilby egnet bosettingsløsning ...» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015).

Oftest skjer utvelgelse ved at en uttakskommisjon bestående av UDI og IMDi reiser til landet, gjerne flyktingleiren, flyktningene befinner seg i, og intervjuer disse. På forhånd har da IMDi og UDI fått tilsendt en saksporfølje av UNHCR, kalt pre-screening, med en del informasjon om flyktningen. I intervjuene kartlegges flyktningen grundig, både i forhold til sosial bakgrunn, utdanning, alder, familiesituasjon og helse (IO1, Intervju IMDi). Med utgangspunkt i den fastsatte kvotestørrelsen, samt kriterier og prioriteringer fra politisk hold, vurderer UDI og IMDi hvilke flyktninger som får komme til Norge. Dette gjelder også i forhold til en eventuell funksjonshemming. «Så vi gjør en vurdering der i forhold til muligheter i Norge for å ta imot personer med store helseutfordringer» (IO1, Intervju IMDi).

Gjennomgående i intervjuene når det har blitt spurt om flyktninger med funksjonshemminger, svarer informantene med betraktninger om flyktninger med store helseutfordringer. På spørsmålet om hvordan vurderinger av funksjonshemming kan virke inn på uttak av overføringsflyktninger svarer informantene fra IMDi blant annet at: «Så vi gjør en vurdering der i forhold til muligheter i Norge for å ta imot personer med store helseutfordringer» (IO1), og: «Nei for vi ser jo det at det er nok en større andel av overføringsflyktninger som har helseutfordringer enn det er blant befolkningen på mottak da. [...] Men det er ikke noe kriterium i seg selv det med funksjonshemminger når det gjelder uttak, det er det ikke» (IO1, IMDi).

---

<sup>13</sup> Se Utlendingsloven § 31. «Utelukkelse fra rett til anerkjennelse som flyktning etter § 28.



At assosiasjonene som vekkes hos informantene på spørsmål om funksjonshemninger ofte utelukkende omhandler medisinske aspekter, vil kunne reflektere en medisinsk forståelse. En menneskerettslig forståelse av funksjonshemming vil ikke kritisere at det er fokus på å sikre gode og likeverdige helsetjenester til flyktninger med funksjonshemninger. Den anerkjenner at helse er viktig for personer med funksjonshemming, slik helse er viktig for alle mennesker, og at noen mennesker kan ha større behov for helsetjenester enn andre. At informantene systematisk setter likhetstegn mellom funksjonshemming og sykdom kan imidlertid være en utfordring dersom det overskygger evnen til å se andre utfordringer eller behov personene kan ha. Et medisinsk fokus kan dette komme i veien for å se andre utfordringer flyktninger med funksjonshemninger kan ha. Å være syk er ikke det samme som å ha en funksjonshemming. En slik sammenstilling kan legitimere et fokus på medisinske tiltak, som retter seg mot behandling, rehabilitering eller medisinerer av sykdom og skade, og på samme tid tilsidesette en prioritering av tilretteleggende tiltak som kan muliggjøre deltakelse på andre samfunnsområder.

Regjeringens målsetninger og prioriteringer vil være sentrale når overføringsflyktninger skal velges ut. Disse målsetningene vil gjerne uttrykkes i regjeringsplattformene. De tre siste regjeringsplattformene, Sundvolden (2013), Jeløya (2018) og Granavolden (2019), er gjennomgått for å undersøke om de omtaler flyktninger med funksjonshemninger spesielt, og mer generelt på hvilken måte prioriteringene i innvandrings- og integreringsarbeidet kan tenkes å ha konsekvenser for gruppen. Både i Sundvolden- og Jeløya-plattformene uttrykker regjeringen i sin innvandringsstrategi at de vil «Prioritere kvoteflyktninger med størst sjanse for vellykket integrering.» (2013, s. 15; 2018, s. 20). Hva som konkret legges i «vellykket integrering» utdypes ikke. Dersom det ses i sammenheng med integreringsperspektivet, et av de tre tilleggsmomentene som skal tas hensyn til ved utvelgelse, vil det være rimelig å anta at utdanning og yrkeserfaring som anses relevant for norsk arbeidsliv er sentrale momenter. Forskning peker på at personer med funksjonshemming i mange land systematisk ekskluderes fra utdanning og arbeidsliv (Stein, 2007, s. 76). Diskriminerende strukturer i avsenderland fører til at de ikke har mulighet til å skaffe seg kompetanse, og dermed oppfylle kriteriene som stilles i mottakerland. Dersom disse prioriteringene styrer utvelgelsen, uten en bevissthet om at denne gruppen systematisk vil ha mindre mulighet til å oppfylle kriteriene, vil dette kunne føre til en situasjon hvor personer med funksjonshemming diskrimineres i utvelgelsesprosessen.

Flere politiske- og sivilsamfunnsaktører har kritisert målsetningen for å stå i kontrast til å prioritere de mest sårbare flyktningene (Prestegård, 2017; Stortinget, 2016). Dette ble særlig tydelig etter at regjeringen i 2014 sa nei til bosetting av 123 overføringsflyktninger fra Syria på bakgrunn av at søkeren, eller en fra søkerens familie, hadde en funksjonshemming. Avdelingsdirektør i Asylavdelingen i UDI beskrev i en e-post situasjonen på denne måten: «Syke, sårbare, handikappede barn og bombeofre utgjør en stor del av de syriske flyktningene UNHCR vil at Norge skal gjenbosette fra Tyrkia. IMDi melder at de ikke kan bosette disse på grunn av manglende kapasitet i kommunene. UDI må derfor avslå en høy prosent av sakene som omfatter de som trenger gjenbosetting aller mest.» (Johansen, 2014). Det ble estimert at omtrent hver fjerde overføringssak fra Syria ble avslått med begrunnelse i at flyktningen hadde medisinsk oppfølgingsbehov (Naastad & Kumanno-Ensby, 2014). Statsminister Solberg begrunnet da avslaget på følgende måte: «Skal vi ta imot mennesker som har store funksjonshemminger, krever det stor grad av tilrettelegging i form av boliger og annet. Det er krevende for norske kommuner.» (Kommunal- og forvaltningskomiteen, 2014). Avslaget resulterte i at den fastsatte kvoten på 1000 flyktninger ikke ble fylt, og en uttakskommisjon ble sendt til en annen flyktningleir for å fylle kvoten med flyktninger som ikke hadde de samme utfordringene (Johansen, 2014).

Argumentasjonen i 2014-avslaget kan reflektere innslag både av en medisinsk og en menneskerettslig forståelse. Argumentasjonen bygger på en medisinsk forståelse i den grad årsaken til at flyktningene ble avvist var egenskaper i individets kropp som gjorde at de ble antatt å representere en for stor kostnad for samfunnet. Innslag fra en menneskerettslig forståelse kan også reflekteres, da det poengteres viktigheten av at kommunen har kapasitet til å tilby et tilfredsstillende tilbud til alle flyktninger som bosettes, også tilbud som ikke er av medisinsk karakter. Avslaget, løsningen, peker imidlertid tydelig på en medisinsk forståelse. Løsningen ble ikke å bygge opp kommunenes kapasitet, men å avvise individene som ble ansett som for krevende. Vedtaket kan derfor argumenteres for å bære preg av en overordnet medisinsk forståelse av funksjonshemming.

2014-avslaget viser at funksjonshemming er en faktor ved utvelgelse av overføringsflyktninger. På spørsmål om hvorvidt regjeringens ønske om å prioritere de lettest integrerbare flyktningene kan påvirke om flyktninger med funksjonshemminger velges ut svarte informanten fra KD: «Det kan det sånn teoretisk sett, men jeg vet ikke om det gjør det.» Informanten utdypet:

Men risikoen er der. Du kan notere det som et problemområde hvor det er usikkert tenker jeg, fordi logikken vil jo tilsi at man da kanskje velger de som regjeringsplattformen sier, både den i 2014 og den forrige, at man skulle ha flyktninger som ville lykkes eller bli integrert, og da er jo selve begrepet integrering også litt problematisk, da det stort sett brukes i denne sammenhengen i forståelsen av å bli integrert i arbeidsmarkedet og greie seg selv økonomisk. (IO1, intervju KD).

Som informanten antyder vil det ha betydning hva som legges i selve integreringsbegrepet. Regjeringens målsetning om å prioritere flyktninger med størst sjanse for vellykket integrering, kan særlig ha betydning dersom det settes likhetstegn mellom integrering og arbeid, og dersom personer med funksjonshemming antas å være mindre i stand til å arbeide. En hypotese om at personer med funksjonshemming ikke er lette å integrere vil være naturlig i en medisinsk forståelse, der funksjonshemming anses å være en dysfunksjon ved individets kropp. Utfra en medisinsk forståelse vil statistikk som viser at personer med funksjonshemming blant annet har høyere arbeidsledighet<sup>14</sup> leses som en naturlig konsekvens av feil eller mangel ved individet, fremfor arbeidsmarkedets manglende evne til å tilrettelegge for menneskelig variasjon. Dersom personer med funksjonshemming antas å være mindre i stand til å integreres i arbeidsmarkedet, vil dette påvirke vurderinger om «vellykket integrering».

Informanten fra KD viser til den grundige kartleggingen som gjøres av overføringsflyktninger, og hvordan uttakskommisjonen i denne prosessen kan vurdere potensielle flyktninger opp mot politiske målsetninger. «Og så kan de i den fasen selvfølgelig se hen til disse kriteriene for å at man kan lykkes og så kan de fortsette å følge opp det i intervjuene.» (IO1, Intervju KD).

Det er en dreining mot økt fokus på arbeid og resultater i innvandringspolitikken, både til kommuner og til den enkelte flyktning. Regjeringens integreringsstrategi har blitt omtalt som et skifte i norsk integreringspolitikk: «I det eksisterende norske integrasjonsregimet har myndighetene gradvis beveget seg fra en politikk der rettighetsfestet grunnsikring har vært

---

<sup>14</sup> Tall fra Norges Handicapforbund viser at kun 43 % av personer med funksjonshemming, mot 74% i befolkningen forøvrig, er sysselsatt. Andelen personer med funksjonshemming som står utenfor arbeidslivet, men ønsker jobb, antas å være 27% (NHF, 2015).

dominerende til i stadig sterkere grad å legge vekt på sysselsettingsfremmende tiltak» (NOU 2017:2, 2017, s. 23). Informanten fra KD forklarer hvordan kravet om resultater fra kommunene kan ha negative konsekvenser for flyktninger som av ulike grunner kan ha mindre mulighet til å arbeide: «Hvis dette trykket mot kommunesektoren, å vise resultater i form av overgang til arbeid og utdanning [øker], vil det være en risiko for at man får en dreining hvor det blir vanskeligere å håndtere disse som da ikke kommer i jobb ...» (IO1, Intervju KD). Dette avviser imidlertid informanten fra KS som hevder denne faktoren ikke er viktig i kommunenes vurdering: «... der de sier nei [til å bosette] er jo på de veldig ressurskrevende. Og om de får en som trenger mye ekstra, så vil ikke de tenke at de får ikke den i jobb, det er ikke av den grunn at de ikke gjør det» (IO1, intervju KS).

Som informanten fra KD antyder, reflekteres økt fokus på resultater i regjeringsplattformene. «Regjeringen vil gjennomføre en helhetlig reform av integreringsfeltet for å få raskere og bedre resultater» (Jeløya, 2018, s. 21). I Granavolden-plattformen fra 2019 introduseres kapitlet om integreringspolitikk med «Regjeringen vil gjennomføre et integreringsløft med mål om at innvandrere i større grad skal delta i arbeids- og samfunnsnivå» (s. 79). Regjeringens målsetninger for integrering innledes med målet om å: «Føre en integreringspolitikk i tråd med strategien Integrering gjennom kunnskap 2019-2022, og følge opp tiltakene der». (s. 80). Ifølge strategien er: «Det viktigste målet for integreringsstrategien er at flere innvandrere kommer i jobb, slik at de kan forsørge seg selv og sine.» (Kunnskapsdepartementet, 2018, s. 4).

Hverken regjeringsplattformene eller «Integrering gjennom kunnskap» nevner flyktninger med funksjonshemninger spesielt. Dersom funksjonshemming ikke antas å interagere med innvandring og integrering, kan det tyde på en idé om funksjonshemming som noe iboende i individets kropp som eksisterer uavhengig av eksterne faktorer. I en medisinsk forståelse vil det være naturlig at helsevesenet og tiltak som omhandler helse «tar hånd om» problematikken. At en flyktning har en funksjonshemming vil da ikke være relevant for dokumenter eller aktører som ikke er av medisinsk karakter.

Ettersom det kan være vanskeligere for flyktninger med funksjonshemninger å komme seg til et land og søke asyl på egenhånd, antas det at de fleste flyktningene med funksjonshemninger går gjennom FNs system for overføringsflyktninger (Journalen, 2016). Hvordan en funksjonshemming vurderes ved utvalg av overføringsflyktninger ble et sentralt tema i

intervjuene. På spørsmål om funksjonshemming er en faktor ved utvelgelsen svarte informanten fra IMDi at «Det er ikke noe kriterium i seg selv det med funksjonshemninger når det gjelder uttak, det er det ikke» (IO1, intervju IMDi).

Informantene viste imidlertid til flere andre faktorer som sentrale for utvelgelse, deriblant flyktingens familiesituasjon, med fokus på barnefamilier, og kjønn. «Også ligger det noen kriterier til grunn, deriblant at barnefamilier skal prioriteres og women at risk, altså sårbare kvinner.» (IO2, Intervju IMDi). Informantene viste også til kapasiteten til norske kommuner og norsk tjenesteapparat.

Det er også en forskjell hvis du har store helseutfordringer og er enslig så har du et annet behov for ting rundt deg enn om du er i en familiekonstellasjon. Det er enklere å bosette en familiekonstellasjon der et av barna for eksempel har cerebral parese og blir sittende i rullestol resten av livet og trenger pleie. Men igjen så kommer de jo ofte som familier som har et nettverk rundt seg versus hvis du er en enslig psykisk utviklingshemmet med store hjelpebehov uten noen som helst relasjoner. Så sant, det er disse tingene her som også kan være viktig for kommunen, om du har noen å spille på her. (IO2, intervju IMDi)

Regjeringsplattformene som er gjennomgått reflekterer også et særlig fokus på kvinner og barn. Ideen om at flere kategorier kan virke sammen og skape et større beskyttelsesbehov danner grunnlag for målsetninger og tiltak rettet særlig mot disse gruppene. For kvinnelige flyktinger inneholder regjeringsplattformene blant annet ambisjoner om å: «Støtte organisasjoner som jobber for å styrke minoritetskvinnens rettigheter og bekjempe æreskultur og negativ sosial kontroll.» (Granavolden, 2019, s. 82), og «Styrke språkopplæring og andre målrettede tiltak slik at flere kvinner med minoritetsbakgrunn kan delta i arbeidslivet» (Sundvollen, 2013, s. 14). Regjeringsplattformene reflekterer også særskilte tiltak som omhandler barn, blant annet: «Det er særlig viktig at barn og unge med innvandrerbakgrunn kan delta i aktiviteter på lik linje med andre barn» (Granavolden, 2019, s. 80), og «Barn på flukt er mer sårbare enn voksne. Hensynet til barnets beste må vektlegges som et grunnleggende hensyn i alle utlendingssaker som gjelder barn» (Jeløya, 2018, s. 19). Kvinne- og barneperspektivet trekkes også helt konkret frem som momenter som skal tas hensyn til i utvelgelse av overføringsflyktinger (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015).

Regjeringsplattformene og kriteriene for utvelgelse reflekterer ikke samme fokus på forholdet mellom flyktningstatus og funksjonshemming. Dersom en rettighetsforståelse karakteriserte praksis ville et slik fokus også på flyktninger med funksjonshemninger kunne forventes, da det antas at funksjonshemming nettopp skapes i møte med eksterne faktorer, og at medlemskap i flere grupper kan påvirke muligheten individet har til å få sine rettigheter oppfylt. Det vil være naturlig at et fokus på flere gruppemedlemskap tilsidesettes i en medisinsk forståelse ettersom funksjonshemming antas å være en egenskap i individets kropp som eksisterer uavhengig av omgivelsene. At det reflekteres en bevissthet om særlig sårbarhet for andre flyktninggrupper, men ikke for flyktninger med funksjonshemninger, kan derfor reflektere en medisinsk forståelse av funksjonshemming.

I stedet for å fokusere på økt sårbarhet, som gjøres i hensynet til kvinner og barn, trekkes vurderinger om kostnader og kapasitet frem som sentrale hensyn i vurderinger av flyktninger med funksjonshemninger. Argumenter om kostnader trekkes ikke frem for de andre sårbare gruppene, til tross for at kan tenkes at barn eller kvinner i en særlig krevende situasjon i perioder også vil kunne koste staten mer penger. Praksis reflekterer en idé om at flyktninger med funksjonshemninger er ressurskrevende på en annen måte enn andre flyktninggrupper. Dette kan tyde på en medisinsk forståelsesmodell, der feil eller mangler hos personer med funksjonshemninger gjør dem særlig ressurskrevende for samfunnet. Å betrakte personer med funksjonshemming i et kostnadsperspektiv kan overskygge det ekstra beskyttelsesbehovet, og legitimere en praksis der flyktninger med funksjonshemninger ikke prioriteres som overføringsflyktninger.

Relasjoner trekkes også frem som særlig viktig ved utvelgelse av flyktninger med funksjonshemninger. Informanten fra KS poengterer at saker med overføringsflyktninger med funksjonshemninger oftest omhandler barn som kommer som en del av en familie, og gjerne der funksjonshemmingen antas å bli bedre etter intervensjon fra norsk helsevesen: «... jeg vet at noen kommuner har påtatt seg oppgaven når det gjelder barn, og da kan det jo ofte være funksjonshemninger som kan bli bedre over tid.» (IO1, intervju KS). Både det faktum at flyktninger med funksjonshemninger ofte velges ut som del av familier, og at funksjonshemmingen antas å være av en slik karakter at det kan bedres over tid, er interessant i forhold til forståelser av funksjonshemninger.

Relasjoner trekkes frem som viktig for å ha noen som kan lette på byrden personen med funksjonshemming representerer. I tråd med en medisinsk forståelse antas det at feilen ligger hos individet, som representerer en belastning for samfunnet og øvrige samfunnsmedlemmer. Dersom en menneskerettslig forståelse karakteriserte praksis ville det ikke forventes samme fokus på personlig nettverk, da feilen antas å ligge i måten samfunnet forholder seg til funksjonshemming, og at det derfor vil være samfunnets ansvar å tilrettelegge og sørge for lik rettighetsoppnåelse for alle borgere.

Også det faktum at informanten fra KS hevder flere av sakene kommunene har tatt på seg er saker der funksjonshemmingen kan bedres over tid, kan tyde på en medisinsk forståelse der funksjonshemming knyttes til sykdom, og løsningen er medisinsk intervensjon slik at personen kan bli frisk. Dersom saker med funksjonshemninger hovedsakelig består av helseutfordringer som vil bli bedre eller helbredes, vil det i mindre grad antas å være en belastning for tjenesteapparatet på sikt.

At andelen overføringsflyktninger øker i forhold til det totale antallet som skal bosettes, kan tyde på en prioritering av flyktninger med størst beskyttelsesbehov. Flyktninger med funksjonshemninger trekkes gjennomgående frem blant disse. Likevel ser ikke funksjonshemming ut til å være et kriterium på lik linje med andre sårbarhets kategorier. Når en økt andel av flyktningene som får opphold er overføringsflyktninger, får staten større kontroll. Kartleggingen som skjer på uttaksreiser er grundigere enn kartleggingen som skjer på norske asylmottak, hvilket gir bedre mulighet til å styre sammensetningen av flyktninggruppen som gis opphold, og i større grad søke ut bestemte personer eller grupper med utgangspunkt i politiske prioriteringer og signaler fra kommunene.

Det ble påpekt fra informantene at man i utvelgelsesprosessen ofte sitter med begrenset kunnskap om den enkelte:

Vi kan ta det som vi ser, noen ting ser vi, altså vi er fysisk tilstede og ser en rullestol. Samtidig vet vi også at det er en del funksjonshemninger som vi ikke vet noe om, dette er folk som lever i et transittland og har gjort det lenge, og som har liten eller ingen tilgang til medisinsk hjelp, så det er mye som ikke er kartlagt. (IO2, intervju IMDi).

Selv om kartleggingen på uttaksreiser er grundigere enn på asylmottak, kan det på utvelgelsestidspunktet være vanskelig å vite både omfang og varighet på en eventuell

avdekket funksjonshemming. Til tross for denne usikkerheten, er informasjonen kommunene får om den enkelte overføringsflyktning oftest langt grundigere enn hos asylsøkere.

Asylsøkere er i en litt annen situasjon enn overføringsflyktingene. Det faktum at personer befinner seg på norsk territorium legger begrensinger på friheten norske myndigheter har i vurderinger om opphold. Når norske myndigheter mottar anmodning fra UNHCR om mottak av overføringsflyktinger, kan myndighetene selektivt velge ut hvilke flyktinger de vil ta imot og hvilke som skal avvises. Når de ankommer Norge er det avgjort at de er innvilget opphold, og det er et mottaksapparat på plass som kjenner deres bakgrunn. For asylsøkere som kommer til Norge på egenhånd, er situasjonen en annen. Myndighetene kartlegger deres identitet og foretar en helsesjekk ved ankomst, og asylsøknaden behandles etter bestemmelsene i utlendingsloven. Selv om det er en restriktiv praksis også for innvilgelse av asylsøknader, har asylsøkerne visse rettigheter når de har kommet seg til norsk territorium. Dersom det er fare for liv og helse etter §28 eller §38, eller de har uavklart identitet, kan retur til hjemlandet være vanskelig. Argumenter om de er lette å integrere eller ikke, eller hvor ressurskrevende de antas å bli, vil ikke ha relevans på samme måte som for overføringsflyktinger.

Utvelgelse av overføringsflyktinger må ses i sammenheng med kommunenes kapasitet og villighet til å bosette enkeltpersoner og grupper. Informanten peker på at kommunene bosetter flyktinger med funksjonshemninger, men at prosessen er vanskeligere enn for flyktinger forøvrig. «Så det er viktig at vi får frem en nyanse her, det er ikke sånn at «nei de vil ikke ta imot på grunn av penger», det er en grei nyanse, men det er utfordrende.» (IO2, intervju IMDi). Det pekes også på at kommunene i fremtiden kan komme til å bli enda mindre villige til å bosette flyktinger med funksjonshemninger ettersom staten ikke vil imøtekomme kommunenes ønske om en utvidet finansieringsordning.<sup>15</sup> En argumentasjon om at disse flyktingene representerer en for stor belastning for kommunenes tjenester og budsjett, reflekterer en medisinsk forståelse der personer med funksjonshemming grunnet biologiske egenskaper er ressurskrevende for samfunnet.

Det vil koste penger å sikre at flyktinger med funksjonshemninger får oppfylt sine rettigheter, enten det gjelder helse, utdanning, arbeid, familie- eller samfunnsliv. Full

---

<sup>15</sup> Se diskusjon i kapittel 4.5 om bosetting.



rettighetsoppnåelse er en grunnpilar i en menneskerettslig forståelse. Disse potensielle ekstrakostnadene vil kunne påvirke kommunale og nasjonale budsjetter, og den potensielle ekstrakostnaden integrering av personer med funksjonshemming kan representere et faktagrunnlag begge modellene må forholde seg til. I en rettighetsforståelse vil imidlertid dette ikke være en legitim grunn til å diskriminere på bakgrunn av funksjonshemming, da det er forventet at samfunnet legger til rette for hele spekteret av menneskelig variasjon.

En rettighetsforståelse vil ikke nødvendigvis tilsi at alle flyktninger med funksjonshemninger skal prioriteres i utvelgelse. Utvelgelse av overføringsflyktninger vil være en selektiv prosess, der svært få flyktninger blir valgt ut. I 2011 ble det for eksempel antatt at ti millioner flyktninger levde under FNs omsorg, men at kun 80 000 plasser var tilgjengelige for gjenbosetting (Carens, 2013, p. 197). De fleste flyktningene blir ikke valgt ut. Først dersom flyktninger med funksjonshemninger systematisk tilsidesettes, til tross for et potensielt større beskyttelsesbehov og anmodninger om bosetting fra UNHCR, kan prosessen med utvelgelse av overføringsflyktninger sies å være en praksis som diskriminerer personer med funksjonshemninger. Praksis kan peke i den retning, og reflekterer at det legges andre restriksjoner på utvelgelse av flyktninger med funksjonshemninger enn andre grupper flyktninger.

#### **4.1.1 Medisinsk kvote**

Flere politikere trekker frem den medisinske kvoten som sentral i arbeidet med flyktninger med funksjonshemninger, og som et tegn på at Norge stiller opp for de mest sårbare flyktningene (Journalen, 2016; Prestegård, 2017). Da daværende innvandrings- og integreringsminister Sylvi Listhaug i en interpellasjon i Stortinget 26. januar 2016 ble spurt om Norge bør ta et større ansvar for flyktninger med funksjonshemninger viste hun til at Norge allerede tar et stort ansvar for gruppen ved at en liten del av kvoten for overføringsflyktninger er en såkalt medisinsk kvote:

Norge har en delkvote for flyktninger med et stort medisinsk behandlingsbehov, i år har en 60 plasser. Prioritet her gis til flyktninger som med spesialisert behandling i Norge kan bli friske eller bli kvitt funksjonshemninger. Men også innenfor de ordinære kvoteplassene tar Norge ut personer med medisinsk behandlingsbehov og personer med behov for særlig tilrettelegging [...]. (Stortinget, 2016).

På spørsmål om Norge bør ta imot enda flere av de mest sårbare flyktningene, viste også statsminister Solberg til den medisinske kvoten, og svarte «Jeg mener vi har økt. Og vi er et av de landene som tar imot mest, så tenker jeg at kanskje flere land bør ta imot kvoteflyktninger» (Prestegård, 2017).

Den medisinske kvoten er en liten kvote, i 2019 bestående av 20 medisinske plasser, som inngår i kvoten for overføringsflyktninger. Kvoten består av overføringsflyktninger som har akutte, ofte kortvarige helseproblemer de ikke kan få behandling for i landet de reiser fra. Med spesialisert behandling i Norge vil de kunne bli friske eller betydelig bedre. UDI henter i disse sakene inn helsefaglige råd fra Oslo Universitetssykehus for å vurdere aktuell behandling og prognose før det fattes vedtak (UDI, 2019).

Informanten fra KD peker også på at den medisinske kvoten trekkes frem av regjeringen og politikere som et eksempel på at Norge prioriterer sårbare flyktninger: «Den har nok [...] en slags symbolverdi fordi for UNHCR så er dette med at man har disse særskilte kvotene et pluss, og de viser ofte da til Norge som et eksempel på et land som har en sånn underkvote ...» (IO1, Intervju KD).

Informantene i IMDi og KD påpeker imidlertid at den medisinske kvoten ikke primært er for flyktninger med varige funksjonshemninger, men for flyktninger som har en helseutfordring som kan løses med en form for behandling eller operasjon, som kan «... helbredes hvis personen kommer til Norge, med det apparatet vi har her.» (IO1, intervju IMDi). Dette er ofte personer som kommer som del av en familie, i intervjuet eksemplifisert med et barn som trenger en hjerteoperasjon og som etter å ha fått den nødvendige operasjonen vil være langt friskere. Det bekreftes fra informantene at siden personene i den medisinske kvoten helbredes av helsevesenet, representerer de ikke samme belastning på systemet som personer med mer varige funksjonshemninger. Det er også verdt å nevne at aktørene som i første rekke skal møte flyktningene i den medisinske kvoten gjerne er den statlige spesialhelsetjenesten, som ofte har et mer kortvarig oppdrag med å behandle et sykdomsbilde. For personer med utfordringer som kommer som en del av den ordinære kvoten for overføringsflyktninger, og som da har en mer varig funksjonshemming, vil oppfølging og tilrettelegging være et langsiktig kommunalt ansvar.

Informantene omtaler bosettingssaker for de som kommer på medisinsk kvote som enklere enn flyktninger med mer varige funksjonshemninger. «Det er ikke så enkelt å fikse eller operere en lammelse, eller at du har en eller annen form for fysisk eller psykisk funksjonshemming» (IO2, intervju IMDi). Tidligere innvandrings- og integreringsminister Listhaug hevdet også at det er: «... en kjensgjerning at det er vanskeligere å bosette personer med funksjonsnedsettelse enn dem som er funksjonsfriske ...» (Stortinget, 2016). Kontrasten mellom bosetting av personer i den medisinske kvoten og personer med mer varige funksjonshemninger trekkes også frem av informanten til KS. «Da er det jo mye enklere. Er det sånne akutte ting som, hvor man trenger behandling, operasjoner og sånn så er jo ikke det med på å hemme bosettingen» (IO1, intervju KS).

Den medisinske kvoten bærer tydelig preg av en medisinsk forståelse, både i vurderinger om opphold, tiltak og aktører. I den medisinske kvoten er det diagnosen, medisinske aspekter ved en persons kropp, som er retningsgivende for hvorvidt flyktninger får komme til Norge. «Også spørres helsedepartementet da, er dette antallet OK for dere, kan helsevesenet ta hånd om de ...» (IO1, intervju KD). Vurderingen gjøres med forbehold om prognose for bedring, at personen etter all sannsynlighet kan helbredes eller bli betydelig friskere ved hjelp av medisinsk intervensjon fra det norske helsevesenet. Det er også et kriterium at helsevesenet i hjemlandet ikke kan fikse det konkrete problemet.

I omtalen av denne kvoten er også selve ordene som brukes av informantene og politikerne klare tegn på en medisinsk forståelse. Ministeren setter et tydelig skille mellom de som har en «funksjonsnedsettelse» og de som er «funksjonsfriske», og snakker om at disse flyktningene «etter behandling i Norge kan bli friske eller bli kvitt funksjonshemninger». Skillet som settes mellom det å være frisk eller syk står i tydelig kontrast til en menneskerettslig forståelse som anser funksjonshemming på spekteret av naturlig variasjon. Påstandene om at personer med mer varige funksjonshemninger er en belastning på norsk helsevesen og norske kommuner, at de betyr store kostnader og er ressurskrevende bosettingssaker, kan også plasseres innenfor medisinske forståelser av funksjonshemninger. Ettersom problemet skal fikses på individnivå, vil heller ikke samfunnsmessig tilrettelegging, som nevnes som tiltak i en menneskerettslig modell, ha fokus.

For en gruppe akutt syke flyktninger kan den medisinske kvoten være livsviktig. At en person blir inkludert i gruppen, og dermed får behandling fra det norske helsevesenet, vil kunne være

livsendrende, og i flere tilfeller redde personens liv. Fra en medisinsk forståelse vil det være enkelt å rettferdiggjøre å prioritere mennesker med størst, eller mest akutt, medisinsk behov. En medisinsk kvote er ikke i kontrast til en rettighetstilnærming. Dersom den medisinske kvoten imidlertid brukes for å rettferdiggjøre nedprioritering av personer med funksjonshemninger som ikke kan kureres medisinsk, kan den tenkes å bidra til en diskriminerende praksis overfor personer med funksjonshemming som gruppe ved at de systematisk ikke blir prioritert ved utvelgelse av overføringsflyktninger.

I forbindelse med 2014-avslaget av 123 overføringsflyktninger kunne noe av argumentasjonen tale i den retning. Uttalelsen fra IMDi om at «... kommunene sier de ikke klarer å bosette personer med tunge helseproblemer som ikke fyller den medisinske kvoten, fordi de nå må prioritere personer bosatt på mottak i Norge med lignende oppfølgingsbehov» (Johansen, 2014), viser at overføringsflyktninger med funksjonshemninger kan nedprioriteres til fordel for de som er hentet gjennom den medisinske kvoten, eller har kommet som asylsøkere.

Politikere trekker gjerne frem den medisinske kvoten fordi den har en sterk symbolverdi. Kvoten er, til tross for å bestå av et lite antall mennesker, viktig for dem det gjelder. Det kan imidlertid se ut til at kvoten brukes som argument for at staten allerede tar ansvar for flyktninger med funksjonshemninger, selv om, som informantene poengterer, medisinsk kvote *ikke* er rettet mot flyktninger med funksjonshemninger, men mot flyktninger som er akutt syke eller har helseutfordringer som kan behandles. Dersom dette er tilfellet kan medisinsk kvote tenkes å gjøre det vanskeligere for personer med mer varige funksjonshemninger å bli prioritert for opphold da det argumenteres for at samfunnet allerede har tatt sin del av ansvaret for ekstra sårbare flyktninger via denne kvoten.

## **4.2 Asylsøknader og klagesaker**

Asylsøkere, her også omtalt som flyktninger, kommer til Norge på egenhånd for så å søke om beskyttelse. De politiske prioriteringene og vurderingene som preger arbeidet med overføringsflyktninger er også sentrale i vurdering av asylsøknader, og diskusjonen om forståelser i kapittel 4.1 er også relevant her. Ettersom denne gruppen allerede befinner seg på norsk territorium vil imidlertid prosessen være noe annerledes, og det vil derfor være interessant å undersøke hvilke forståelser som preger vurdering av asyl- og klagesaker.

Dersom vurdering av asyl- og klagesaker preges av en medisinsk forståelse vil det sentrale i saker der søkeren har en funksjonshemming være hvor alvorlig eller akutt helsetilstanden antas å være, og den sentrale aktøren vil være helsevesenet. På hvilken måte en funksjonshemming virker inn på tilgangen til andre rettigheter vil være mindre relevant. Norsk bosettingskapasitet og prognose for vellykket integrering er også sentrale i vurdering av asyl- og klagesaker. Om funksjonshemming betraktes som en iboende feil i individet, og ikke samfunnets manglende evne til å tilrettelegge for menneskelig variasjon, kan det gjøre at personer med funksjonshemming betraktes som kostbare og ressurskrevende i sin natur. Da kan innvandringsregulerende hensyn tenkes å gjøre det vanskeligere for personer med funksjonshemming å oppnå asyl.

Dersom en menneskerettslig forståelse preger vurdering av asyl- og klagesaker vil det anerkjennes at funksjonshemming kan gjøre mennesker ekstra sårbare for brudd på menneskerettigheter. Dette kan styrke deres mulighet til å få sin asylsøknad innvilget. Vern av rettigheter knyttet til helse vil være sentralt, men ikke de eneste rettighetene det er fokus på.

Søknad om asyl i Norge vurderes først og fremst etter bestemmelsene i Utlendingslovens §28 1. ledd om «Oppholdstillatelse for utlendinger som trenger beskyttelse (asyl)».

En utlending som er i riket eller på norsk grense, skal etter søknad anerkjennes som flyktning dersom utlendingen

- a) har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av etnisitet, avstamning, hudfarge, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller på grunn av politisk oppfatning, og er ute av stand til, eller på grunn av slik frykt er uvillig til, å påberope seg sitt hjemlands beskyttelse [...]
- b) uten å falle inn under bokstav a likevel står i reell fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved tilbakevending til hjemlandet

Selv om vilkårene for opphold etter §28 ikke er oppfylt, kan oppholdstillatelse gis etter §38 hvis det foreligger sterke menneskelige hensyn eller særlig tilknytning til riket:

For å avgjøre om det foreligger sterke menneskelige hensyn skal det foretas en totalvurdering av saken. Det kan blant annet legges vekt på om

- a) utlendingen er enslig mindreårig uten forsvarlig omsorg ved retur,
- b) det foreligger tvingende helsemessige forhold som gjør at utlendingen har behov for opphold i riket,

- c) det foreligger sosiale eller humanitære forhold ved retursituasjonen som gir grunnlag for å innvilge oppholdstillatelse, eller
- d) utlendingen har vært offer for menneskehandel

Ved vurdering av beskyttelsesbehov, både etter § 28, og §38 skal det tas hensyn til om søkeren er barn. «... en behandling som for en voksen oppfattes som på kanten eller veldig dårlig, kan enklere bli betraktet som umenneskelig når det er snakk om barn, ettersom barn tåler mindre enn voksne» (IO1, intervju NOAS). «I saker som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Barn kan gis oppholdstillatelse etter første ledd selv om situasjonen ikke har et slikt alvor at det ville blitt innvilget oppholdstillatelse til en voksen» (Utlendingsloven, §38 3. ledd).

En asylsøker som har fått avslag på søknaden om oppholdstillatelse av UDI kan klage inn saken til UNE. Dersom klagen tas til følge vil UNE innvilge oppholdstillatelse. Dersom klagen avvises vil søkeren vanligvis få en utreisefrist med plikt til å returnere til hjemlandet.

E-postkorrespondanse med en informant fra UNE, Ot.prp.nr.75 (2006-2007) med markeringer fra informanten om relevante avsnitt, i tillegg til praksiseksempler fra 30 klagesaker informanten anså som relevante, er brukt som empirisk materiale i analysen. Felles for praksiseksempelene er at funksjonshemming var et tema. Klagesakene vil i noen grad brukes for å eksemplifisere spørsmål om vurdering av asylsøknader og klagesaker. Til tross for at anonymisering i flere av sakene fører til at det fremgår lite informasjon om akkurat hvordan eller hvorfor en klage enten ble innvilget eller avvist, viser de likevel at funksjonshemming kan være en sentral faktor i vurderinger om asyl. Ettersom klagesakene er valgt av UNEs representant, kan det ikke konkluderes med om disse er et representativt utvalg av klagesaker der funksjonshemming har vært et tema.

Uttalelser fra informanten fra NOAS og utlendingslovgivning er også brukt som empirisk materiale. Som diskutert i introduksjonen av informantene legger det begrensinger på oppgaven at asylavdelingen i UDI ikke stilte med informant. UNE og NOAS arbeider med klagesaker. Ettersom samme regelverk ligger til grunn, antas at det blir gjort lignende vurderinger på begge saksbehandlingsnivåer. Fravær av UDI som kilde kan imidlertid føre til at nyanser ikke vil komme fram. Særlig hadde det vært nyttig å få UDI og JDs vurderinger av begrepene «innvandringsregulerende hensyn» og «sterke menneskelige hensyn», som brukes flittig når aktørene diskuterer både asyl- og klagesaker. Disse begrepene har vært gjenstand

for mye debatt, da deres diffuse karakter gjør det vanskelig å undersøke og etterprøve hva som legges i vurderingene og hvorfor søknader enten blir innvilget eller avvist (Mld. St. 27 (2011-2012), 2011, s. 46). Spørsmål som omhandler oppholdstillatelse og asylsøknader vil diskuteres i oppgaven. Dette vil dog ha mindre fokus enn først tenkt grunnet tilgangen til informanter og hensyn til personvern hos søkere.

UNE og NOAS har ulike roller i klagesprosessen. UNE er en offentlig instans som behandler klagesaker ut fra gjeldende regelverk. NOAS representerer asylsøkere i klagesaker og arbeider for å fremme asylsøkeres rettssikkerhet. NOAS forsøker også å påvirke regelverk og asylpraksis. Disse ulikhetene vil påvirke vurderingene av praksis.

Både informantene og lovverket poengterer at en funksjonshemming alene sjelden danner grunnlag for opphold. Informanten fra NOAS sa det slik: «... altså det at man er funksjonshemmet alene skulle danne grunnlag for opphold, da er terskelen veldig høy» (IO1, intervju NOAS). Dette ble bekreftet av informanten fra UNE på e-post, som uttrykte at funksjonshemming kan ha betydning i vurderingen av en klage, men at terskelen for dette er svært høy. Den strenge praksisen har bakgrunn i formuleringer i Ot.prp.nr.75 (2006-2007) «Når det gjelder helsemessige forhold bemerker utvalget at det er nødvendig med en restriktiv praksis.» (2007, s. 147).

Betydningen av asylsøkeres funksjonshemming vil ifølge informanten fra UNE primært bli vurdert ved spørsmålet om det kan innvilges oppholdstillatelse på humanitært grunnlag etter utlendingsloven § 38 b), at «det foreligger tvingende helsemessige forhold som gjør at utlendingen har behov for opphold i riket» (Ot.prp.nr.75 (2006-2007), 2007, s. 148).

Terskelen for at fysiske helseproblemer alene skal anses som «sterke menneskelige hensyn» etter § 38, er i utgangspunktet at helseproblemene er dokumentert gjennom helseattest eller helseerklæring, og at søkeren har en akutt, livstruende sykdom som de ikke kan få behandling for i hjemlandet.

Kriteriene ble presisert i klagesak DUFnr: 201110508210-10:

Med at lidelsen er "akutt" menes at det er av avgjørende betydning at den behandles i løpet av forholdsvis kort tid. Kravet om at lidelsen er "livstruende" innebærer i utgangspunktet at vedkommende risikerer å dø dersom behandling ikke blir

igangsatt raskt.

Dette går igjen i behandlingen av flere klagesaker. I en rekke av praksiseksemplene avvises søknaden til tross for at søkeren har store helsemessige utfordringer fordi det vurderes at tilstanden ikke er av akutt og livstruende karakter. Dette illustreres blant annet i en klagesak hvor en kvinne med cerebral parese søker opphold grunnet manglende adekvat behandling i hjemlandet:

UNE bemerket blant annet at helsemessige forhold som hovedregel ikke kan danne grunnlag for opphold i Norge. Det ble ikke lagt til grunn at klagerens helsetilstand vil være akutt livstruende eller på kort sikt livstruende ved manglende behandling, og hun fylte derfor ikke vilkårene for tillatelse i henhold til lovens § 38. (DUFnr: 200910334405-13)

Det er også eksempler på saker der personer har fått medhold i klagen da retur kan være livstruende. Dette gjelder for eksempel en mann fra Etiopia som er betydelig fysisk og psykisk svekket: «På bakgrunn av hans sviktende allmentilstand og sammensatte sykdomsbilde er det uklart om han ville fått til strekkelig hjelp i hjemlandet. Uten hjelp ville dette kunne fått fatale følger for klageren.» (DUFnr: 200909449302-10). Denne saken viser imidlertid også hvor streng praksisen er, da klagen kun delvis er innvilget, og vil kunne revurderes dersom tilstanden ikke lenger er livstruende.

Denne praksisen kan reflektere en medisinsk forståelse av funksjonshemming der det sentrale i saker som omhandler funksjonshemming er vurderinger knyttet til hvor alvorlig og akutt søkerens helsetilstand er. Det er diagnosen; at flyktningen har en akutt og livstruende sykdom, og behandlingen og prognosen; at medisinsk intervensjon fra norsk helsevesen vil være livsviktig, som er det avgjørende. Både i intervjuene og praksiseksemplene fra informantene ble det gjennomgående svart med vurderinger av sykdom på spørsmål om funksjonshemninger. Som forventet i en medisinsk forståelse, ble en eventuell betydning en funksjonshemming kan ha på å få oppfylt andre behov eller rettigheter ikke trukket frem som relevante.

Ot.prp.nr.75 (2006-2007) viser til at de fleste land det kommer asylsøkere fra har et vesentlig dårligere helsetilbud enn det Norge kan tilby. Sentralt her er at det skal være alvorlige tilstander søkeren kan få behandling for i Norge som er av avgjørende betydning for en verdig



livsutfoldelse, men som det ikke finnes noe adekvat behandlingstilbud for i hjemlandet (s 147). Praksiseksempelene viser hvordan helsevesenet regnes som den sentrale aktøren. Vurderinger om tilgang til andre tjenester, for eksempel i hvilken grad funksjonshemming kan påvirke rett til utdanning, arbeid og samfunnsniv, reflekteres ikke i praksiseksempelene.

Klagesakene viser eksempler på avviste saker der saksbehandlerne vurderer at det eksisterer et adekvat behandlingstilbud i hjemlandet. Blant annet gjelder dette klagesak DUFnr:200902582100-10, hvor opphold er vurdert og avslått etter § 38 for en familie fra Aserbajdsjan med en mindreårig multihandicappet sønn.

Nemnda bemerket blant annet at barnet hadde en kronisk lidelse som kan være livstruende uten behandling. Helsevesenet i Aserbajdsjan er dårligere enn i Norge, men nemnda la avgjørende vekt på at det fins et tilgjengelig helsevesen i hjemlandet, og at barnet også tidligere har fått livsnødvendig behandling i hjemlandet.

Vurderingen om tilgang til helsetjenester i hjemlandet har blitt kritisert for å ta for lite hensyn til hvor reell tilgangen for den enkelte er i praksis.<sup>16</sup> Informanten fra NOAS viste til en klagesak der en enslig mindreårig gutt med schizofreni fikk avslag på søknaden om beskyttelse etter § 38 og ble henvist til den kurdiske regionen i Irak (KRI) med begrunnelse i at det fantes et tilstrekkelig medisinsk behandlingstilbud i området. NOAS poengterte at KRI på dette tidspunktet var i krig med IS, og at alle sykehus i KRI var ekstremt overbelastet (IO1, intervju NOAS).<sup>17</sup>

Informanten fra NOAS viste til dom *Paposhvili v. Belgium* fra Den Europeiske Menneskerettighetsdomstol, som poengterer viktigheten av at det ikke bare finnes et tilbud i hjemlandet, men at den aktuelle søkeren faktisk vil ha tilgang til dette i praksis.

In addition the authorities should assess whether the care generally available in the receiving State is sufficient and appropriate in practice for the treatment of the applicant's illness. A factor in this assessment will be whether the individual will

---

<sup>16</sup> Det er klare paralleller til Tangstad (2008) som kritiserer hvordan vurderingen av kjønn på en flyktnings beskyttelsesbehov ofte er mangelfull og på feil premisser. Det blir blant annet stilt spørsmål ved hvorvidt Landinfos informasjon er tilstrekkelig for å vurdere hvorvidt myndigheter i søkers hjemland er i stand til å yte den beskyttelsen søker har behov for i praksis (s. 205)

<sup>17</sup> Informanten hadde ikke DUF-nr tilgjengelig, og den aktuelle saken kan derfor ikke sjekkes mot UNEs register for klagesaker.

actually have access to this care and these facilities in the receiving State. (no. 4738/10, 13.12.2016).

I helhetsvurderingen som legges til grunn er også sosialt nettverk et sentralt moment. I flere av praksiseksempelene trekkes nettopp nettverk i hjemlandet frem som avgjørende for at personen eller familien returneres. Et eksempel på dette er UNEs begrunnelse for avslag i sak DUFnr:200902582100-10, hvor opphold er vurdert etter § 38 grunnet helsemessige forhold for en familie fra Aserbajdsjan med en mindreårig multihandicappet sønn. «Når det gjelder barnets muligheter til en verdig livsutfoldelse i hjemlandet, la nemnda vekt på at foreldrene hadde høy utdanning og ble ansett for å være ressurssterke, samt at de hadde et familienettverk i hjemlandet.» Lignende argumentasjon ble brukt i klagesak DUFnr 200818612901-10 for en afghansk familie med to barn. «Det ble vist til at familien fremsto som ressurssterk, og at returforutsetningene var oppfylt med et sterkt nettverk på hjemstedet som kunne være til hjelp.» Det er også eksempler på klagesaker der manglende nettverk ble brukt som argument for å innvilge opphold. For eksempel i sak DUFnr 201304724310-10:

... klageren vil være helt avhengig av et familienettverk som stiller opp for han. Nemnda mener det er tvil om han har et godt nok familienettverk på hjemstedet, da kone og tre voksne barn har oppholdstillatelse i Norge, mens tre voksne barn har opphold i andre land.

Relasjoner trekkes frem som viktig for flyktninger med funksjonshemninger i større grad enn for andre grupper i flere deler av prosessen. Som diskutert i kap 4.1 kan dette reflektere en medisinsk forståelse der personer med funksjonshemninger betraktes som ressurskrevende, og personlig nettverk er viktig for å avlaste samfunnet.

Vurderingene etter § 38 skal veies opp mot innvandringsregulerende hensyn, som mulige konsekvenser for omfanget av søknader på liknende grunnlag, og samfunnsmessige konsekvenser (Utlendingsloven § 38, 4. ledd). For flyktninger med funksjonshemninger er utlendingslovens § 38 2. ledd punkt b) og c) særlig relevante. Diskusjoner vil være knyttet til hva som skal til før det foreligger «tvingende helsemessige forhold» eller «sosiale eller humanitære forhold» som er av en slik karakter at det gir grunnlag for innvilgelse av oppholdstillatelse samtidig som innvandringsregulerende hensyn er ivarettatt.

Både i Ot.prp.nr.75 (2006-2007) og i praksiseksempelene reflekteres særlig en frykt for at innvilgelse av søknader med argumentasjon i søkerens funksjonshemming kan skape en smitteeffekt og føre til økning i asylsøknader fra søkere med lignende utfordringer.

Innvandringsregulerende hensyn kan dermed veie tungt i mange av disse sakene. «Et sentralt hensyn det siktes til når det henvises til innvandringsregulerende hensyn, er betydningen i forhold til omfanget av innvandringen» (s. 153-154). Det poengteres at dersom en innvilgelse ikke vil gi økt tilstrømming av lignende saker, vil det være lettere å innvilge søknaden (s. 153). Dette reflekteres blant annet i klagesak DUFnr: 201001012702-10 der et av argumentene for å innvilge saken var at: «Nemnda anså sakens faktum som spesielt og ikke sammenlignbart med andre saker nemnda kjente til. Nemnda kom således til at innvandringsregulerende hensyn ikke kunne få utslagsgivende betydning i saken.»

Både i Ot.prp.nr.75 (2006-2007) og i praksiseksempelene poengteres det at norsk helsevesen i nesten alle tilfeller er bedre enn landet søkeren kommer fra, men at dette ikke kan være grunnlag for opphold:

Når man for eksempel vurderer i hvilken grad det skal gis oppholdstillatelse til personer med et behov for helsehjelp, må det legges vekt på at det ikke kan tilbys behandling av norsk helsevesen til alle som kan få et bedre helsetilbud her enn i hjemlandet. (s. 154)

Dette reflekteres blant annet i klagesaken om et russisk ektepar med fire barn der et barn har en alvorlig funksjonshemming:

Det ble også bemerket at det at et sykt og funksjonshemmet barn vil ha det bedre i Norge enn i hjemlandet vil være tilfelle for personer fra de fleste land i verden. Å innvilge en tillatelse i foreliggende sak ville være spesielt problematisk i forhold til de innvandringsregulerende hensyn for mulige konsekvenser for omfanget av søknader på lignende grunnlag. (DUFnr: 201005237506-10)

Det understrekes derfor viktigheten av at vurderinger tas skjønnsmessig i hver enkelt sak og ikke er basert på generelle regler.

Arbeids- og integreringsdepartementet understreker at det ikke kan fastsettes noen generell regel at de som faller inn under en av kategoriene, *skal gis* oppholdstillatelse, men at det i hvert enkelt tilfelle skal foretas en totalvurdering og avveining i forhold til innvandringsregulerende hensyn. (Ot.prp.nr.75 (2006-2007), 2007, s. 156)

Utlendingsloven § 38 4. ledd poengterer at: «Vekten av de «sterke menneskelige hensynene» må veies opp mot innvandringsregulerende hensyn». Hva som legges i «innvandringsregulerende hensyn» har vært under diskusjon ved flere anledninger, og et ønske om presisering kom blant annet tydelig frem i UDIs høringsvar til ny Utlendingslov i 2005:

Direktoratet mener det bør komme klarere frem hvilke motiver som ligger til grunn for innvandringsregulerende hensyn [...] En slik legaldefinisjon vil synliggjøre og legitimere vektleggingen av innvandringsregulerende hensyn ved nærmest alle vedtak etter loven. Innvandringsregulerende hensyn åpner opp for saklig forskjellsbehandling mellom utlendinger, og dette bør komme tydelig frem i loven. (UDI, 2005)

UDI går så langt som å kalle en manglende begrepsdefinisjon et rettssikkerhetsproblem:

«Direktoratet vil påpeke at det også representerer et rettssikkerhetsproblem at det er bortimot umulig å imøtegå eller overprøve en begrunnelse som baserer seg på innvandringsregulerende hensyn. Forvaltningen gis fritt spillerom når skjønnsvurderinger skal gjøres på bakgrunn såpass diffuse begreper. Flere retningsgivende poengteringer gitt av lovgiver, vil begrense skjønnsutøvelsen, og samtidig ivareta prinsippet om etterprøvbarehet» (UDI, 2005).

Selv om begrepet «innvandringsregulerende hensyn» primært anses som et virkemiddel for å begrense uønsket innvandring, påpeker UDI at begrepet også kan tjene det motsatte formål, «nemlig å dekke behovet for ønsket innvandring i form av arbeidskraft og tilfang av kompetanse» (UDI, 2005). At det ikke ligger noen definisjon skaper stor frihet i den skjønsmessige vurderingen. Dersom økonomiske hensyn eller tilgjengelig tjenestetilbud anses som relevante innvandringsregulerende hensyn, kan funksjonshemming være et moment som taler mot opphold. Regjeringens ønske om å prioritere de lettest integrerbare flyktningene kan tolkes som et signal i den retning, og kan bidra til at man i den skjønsmessige vurderingen prioriterer flyktninger som antas å være mer samfunnsøkonomisk lønnsomme.

En rekke klagesaker viser at ettersom vurderingene i stor grad er basert på skjønn, og begrepene som brukes i loven er diffuse og gir stort rom for tolkning, er det ofte uenighet i nemda om en klage skal tas til følge. At det skapes så stort rom for de skjønsmessige

vurderingene kan gjøre betydningen av forståelsene aktørene er bærere av særlig stor. I en rekke av praksiseksempelene var det dissens i nemda. Et eksempel er en sak som omhandler en somalisk mann som søker opphold på humanitært grunnlag.

Flertallet fant at klageren var en ressurssterk person, til tross for at han hadde et ben med protese og var blind på ett øye. Det ble vist til klagerens tidligere jobberfaring, at han hadde noe skolegang, og at han hadde evne til å komme seg til Norge selv med sin nedsatte funksjonsevne. Mindretallet kom til at det ville være urimelig å internflykte klageren, da han, på bakgrunn av sin nedsatte funksjonsevne, ville være en sårbar situasjon på et nytt sted. (DUFnr: 200806831805-10)

Det er også saker med dissens i nemda der klagen er tatt til følge. Dette var tilfellet i en sak om en statsløs familie med to barn, der ett barn hadde en funksjonshemming, som søkte opphold etter § 38.

Flertallet anså det derfor ikke som uforsvarlig å la hensynet til barnets behov for forutsigbarhet gå foran de sterke innvandringsregulerende hensynene som gjorde seg gjeldene i saken. Mindretallet, nemndmedlem, la til grunn at de innvandringsregulerende hensynene måtte tillegges større vekt enn hensynet til barnet. (DUFnr: 200717563708-10)

Både informanten fra UNE og fra NOAS påpekte at en funksjonshemming også kunne være av betydning for behovet for beskyttelse etter § 28 a) for forfølgelse grunnet medlemskap i en sosial gruppe. Forskning og rapporter peker gjennomgående på sammenheng mellom funksjonshemming og menneskerettighetsbrudd. En funksjonshemming påvirker ikke bare helsemessige forhold, men vil også påvirke muligheten til å få andre menneskerettigheter oppfylt.

Da må det være årsakssammenheng mellom en eventuell risiko for forfølgelse og søkerens funksjonshemming, eventuelt at retursituasjonen, på grunn av helsesituasjonen og manglende behandling og omsorg i hjemlandet, er av en slik karakter at retur i seg selv kan anses som et alvorlig overgrep (umenneskelig eller nedverdiggende behandling etter EMK artikkel 3. (informant UNE, e-post, 17.06.19)

Ofte vil det å være funksjonshemmet medføre at man ikke får oppfylt sine sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter, og kanskje også sivile og politiske rettigheter, og

så er spørsmålet: Får du nektet disse rettighetene fordi du er funksjonshemmet? Og i mange land så er svaret egentlig ja. (IO1, intervju NOAS)

Mennesker med funksjonshemminger blir utsatt for utstrakt forfølgelse i mange deler av verden. Informanten fra NOAS illustrerte med et eksempel:

Det er jo for eksempel en reell situasjon i Nord-Irak, i Kurdistan, hvor, hvis du er funksjonshemmet, særlig hvis det er en utviklingshemming, blir du behandlet på en grusom, grusom måte av samfunnet. Og foreldrene vil ikke ønske at det er kjent at de har et sånt barn, så da blir vedkommende bare lukket i et rom og får ikke gå ut. Også er det andre som bare blir boende på gata tiggende og de blir konstant trakassert, og får ingen velferd eller oppfølging eller noe. Så i noen av disse ekstreme situasjonene kunne man egentlig snakke om forfølgelser på grunn av medlemskap i en sosial gruppe. (IO1, intervju NOAS)

I asylretten har man igjen en terskel hvor man spør seg om, er disse reaksjonene man får [...] er dette virkelig forfølgelse eller er dette bare trakassering. I Norge har de en tendens til å behandle disse spørsmålene under paragraf 38, og så avslås og sier at det ikke noen gyldig grunn. Da bør man utfordre forvaltningen til å prøve flere sanne saker etter § 28. (IO1, intervju NOAS)

Begge informantene konkluderer med at en vurdering av funksjonshemming i lys av § 28 nesten aldri gir grunnlag for oppholdstillatelse. «... men det er virkelig bare kunstig eksempel fordi i praksis gis disse menneskene ikke opphold» (IO1, intervju NOAS). Dette bekrefter informanten fra UNE på e-post: «Det skal svært mye til [...] Det er nok snakk om få og enkeltstående tilfeller, og ikke særlig aktuelt i praktisk virkelighet.» (17.06.19). Ingen av de 30 klagesaker ble innvilget etter § 28.

At saker om flyktninger med funksjonshemming primært vurderes etter § 38 gjør at det kun er medisinske aspekter som er relevante i vurderingen. At opphold etter § 28 omtales som et kunstig eksempel siden sakene ikke innvilges i praksis er et tydelig tegn på at den ekstra sårbarheten og diskrimineringen personer med funksjonshemming utsettes for, og som kan virke inn på retten til opphold etter § 28, ikke tas til betraktning på samme måte som medisinske aspekter. Dette kan tyde på en medisinsk forståelse i vurdering av asyl- og klagesaker der det sentrale i saker der funksjonshemming er et tema er alvorlighetsgraden til

en helseutfordring. En slik forståelse vil tilside sette et fokus på hvordan funksjonshemming også kan virke inn på muligheten til å få andre menneskerettigheter oppfylt.

I praksiseksempelene var det også en sak der det at en flyktning med funksjonshemming hadde kommet seg til Norge på egenhånd, ble vurdert som et tegn på at personen var for ressurssterk til å få opphold på humanitært grunnlag.

Flertallet fant at klageren var en ressurssterk person, til tross for at han hadde et ben med protese og var blind på ett øye. Det ble vist til [...] at han hadde evne til å komme seg til Norge selv med sin nedsatte funksjonsevne. (DUFnr: 200806831805-10)

Dette skaper en interessant kontrast til diskusjonen om utvelgelse av overføringsflyktninger. Diskusjonen viser at flyktninger med funksjonshemminger ofte nedprioritert til fordel for personer med akutte helseutfordringer i den medisinske kvoten på den ene siden, og personer som antas lettere å integrere og bosette på den andre siden. Dette til tross for at overføringssystemet er særlig viktig for denne gruppen som kan ha vanskeligere for å komme seg til Norge for å søke asyl. At asylsøknader blir avvist fordi flyktninger til tross for sin funksjonshemming har klart å komme seg til Norge, og dermed anses for ressurssterke, kan skape en situasjon hvor en gruppe flyktninger nedprioriteres både som overføringsflyktninger og i asylsaker.

Praksis reflekterer en medisinsk forståelse der asyl- og klagesaker som omhandler personer med funksjonshemming oftest vurderes etter § 38, og at det da er hvor akutt helseutfordringen er som er sentralt i vurderingen. Ordbruken i klagesakene bærer tydelig preg av en medisinsk forståelse der det er et gjennomgående fokus på skade eller lyte hos søkeren.

Innvandringsregulerende hensyn, som presedens for senere saker, kommuners kapasitet og hensyn til vellykket integrering, er også relevant i vurdering av asylsøknader. Hver søknad vil imidlertid være en skjønnsmessig vurdering der mange faktorer er sentrale. Et større utvalg klagesaker, samt tilgang til mer informasjon om den enkelte sak, ville imidlertid gitt et enda klarere bilde av akkurat hvordan funksjonshemming virker inn på retten til asyl.

### **4.3 Asylmottak og registrering av funksjonshemming**

Overføringsflyktninger velges ut på uttaksreiser, og blir etter ankomst i Norge bosatt direkte i tildelte kommuner. Ettersom prosessen for asylsøkere er annerledes, vil også funksjonshemming kunne ha en annen betydning. Dette kapitlet vurderer hvordan medisinsk og menneskerettslig forståelse kan tenkes å komme til uttrykk i spørsmål knyttet til asylmottak og tilrettelagte avdelinger, eller registrering av funksjonshemming. Overordnet vil funksjonshemming i en medisinsk forståelse behandles som en sykdom eller skade, hvilket vil legitimere tiltak som retter seg mot å dekke beboernes medisinske behov. I en menneskerettslig forståelse vil funksjonshemming oppstå i møte med samfunnet, og dette vil reflekteres i tiltak som retter seg mot å bygge ned samfunnsbarrierer og sørge for at personer med funksjonshemming har lik rettighetsoppnåelse i praksis. Dette kan innebære både beskyttelse av medisinske rettigheter, men tiltak og aktører som har fokus på andre samfunnsområder vil også være sentrale.

Første etappe for asylsøkere etter ankomst til Norge er et ankomstsenter i Østfold. Der gjennomgår alle en helsesjekk som primært tester for tuberkulose. Flyktningene også tilbud om å registrere hva de har av kompetanse i form av utdanning, yrkesbakgrunn og språkkunnskaper. En del registrerer også frivillig opplysninger om helse (IO1, intervju IMDi; IO1, intervju UDI).

Neste steg er utplassering til et ordinært asylmottak. Mennesker som søker beskyttelse i Norge har en lovfestet rett til et sted å bo, jf. Utlendingsloven § 95. Mens de venter på svar på asylsøknaden bor flyktningene på asylmottak. Noen blir også boende på mottak en stund etter at de har fått innvilget opphold i påvente av bosetting i en kommune. I Norge er det (pr juni 2019) 20 ordinære asylmottak, i tillegg til enkelte transittmottak for nyankomne som venter på å bli intervjuet av UDI. UDI har ansvaret for organisering og drift av mottakene (Bahus, 2019).

Asylmottak skal ha en nøktern, men forsvarlig standard. Nøkternt, her synonymt med enkelt, er ordet som oftest brukes i politiske dokumenter for å beskrive standarden og karakteren til asylmottak (NOU 2011:10, s. 41). Begrepet må, ifølge NOU 2011:10 «... ses i sammenheng med den politiske målsettingen om begrenset innvandring og en hypotese om at mottakstilbudet potensielt kan være en *pull-faktor*» (2011, s. 42). Standarden har fått mye kritikk for å gå på bekostning av beboernes fysiske og psykiske helse, og at «... enkelte asylmottak er i en forfatning som ikke ville blitt godtatt for noen andre beboergrupper,



og som neppe støtter opp under myndighetens målsettinger om å «styrke asylsøkeren for integrering og retur, og sikre den enkeltes verdighet og funksjonsevne.»» (Støa, 2015).

Myndighetene anser det å bo i asylmottak over lenger tid som belastende (NOU 2011:10, 2011, s. 41). Stortingsmelding 17 (2000-2001) antyder at standarden og tilbudet i norske asylmottak ikke er egnet for en botid på over 1 år (i NOU 2011:10, 2011, s. 42). Opphold på asylmottak er en særlig belastning for flyktninger med funksjonshemminger, som allerede er i en ekstra sårbar situasjon. Særlig er tidsfaktoren avgjørende for beboernes situasjon. «Forskning viser at bebuarene opplever ventetida som verst. Uvisse med omsyn til svaret på asylsøknaden, og deretter eventuelt venting på å få vite kvar ein skal bu i framtida, gjer opphaldet i mottak tungt og vanskeleg» (NOU 2011:10, 2011, s. 39). I tillegg til å være belastende for beboerne, kan lang ventetid også ha kostnader for den fremtidige bostedskommunen.

Det er ofte etter busetjing i ein kommune at ein merkar dei uheldige konsekvensane av lange opphald i mottak. Personar som har budd lenge i mottak, er ofte blitt passiviserte, og dei finn det vanskeleg å omstille seg og motivere seg for å bli aktive deltakarar i samfunnet. Helsemessige problem kan òg ha utvikla seg til å bli akutte etter at dei er blitt busette i ein kommune. (NOU 2011:10, 2011, s. 42).

Tall fra IMDi viser at 92 % av de som skulle bosettes i første kvartal i 2019 ble bosatt innen seks måneder (Bjåen, 2019). Enkelte flyktninger sitter imidlertid betydelig lenger, og flere av de som sitter lengst har en funksjonshemming. «Vi har jo eksempler på personer som har ventet i en seks syv år kanskje på det verste fra de fikk en oppholdstillatelse i Norge til de formelt sett er bosatt i en kommune» (IO1, intervju IMDi).<sup>18</sup> Årsaken til at flyktninger med funksjonshemminger jevnt over bor betydelig lenger på asylmottak er at de er vanskeligere å bosette i kommuner. Diskusjonen om hvilke forståelser som preger arbeidet med bosetting av vil diskuteres i kapittel 4.5.

### 4.3.1 Tilrettelagte avdelinger

---

<sup>18</sup> I en artikkel fra Vårt Land vises det til en flyktning med funksjonshemming som har sittet på mottak i åtte år uten å bli bosatt (Bjåen, 2019). Mange har også bodd på mottak betydelig lenger, men det er gjerne personer som har fått avslag på asylsøknaden og har problemet med retursituasjonen. Et eksempel er den eritreiske asylsøkeren Yemane Teferi som i 2014 hadde sittet 22 år på asylmottak i Norge (Haugsbø, 2014).

Et av tiltakene som trekkes frem som særlig sentralt i arbeidet med flyktninger med funksjonshemninger er tilrettelagte avdelinger (TA). TA er «...et botilbud for personer i asylsystemet som på grunn av helseproblemer, funksjonsnedsettelse eller psykososiale problemer ikke kan bo i ordinære mottak.» (Lillevik, Sønsterudbråten & Tyldum, 2017, s. 88).

Hvilke ideer som preger arbeidet med TA vil være av stor betydning, særlig da beboerne på TA i gjennomsnitt bor betydelig lenger enn beboerne på ordinære mottak. Dersom arbeidet med TA er preget av en medisinsk forståelse av funksjonshemming vil det kunne forventes at beboerne betraktes som pasienter, i lys av sin diagnose. Tiltak som retter seg mot andre aspekter enn medisinske vil ikke tillegges fokus. En menneskerettslig forståelse vil kunne reflekteres ved en vektlegging av at brukergruppen kan ha sammensatte behov som går utover kun det medisinske. Da vil andre tiltak, som eksempelvis tilrettelagt utdanning, vektlegges.

TA driftes på oppdrag fra UDI og består i dag av fire avdelinger på nasjonalt nivå, med ca. 20 personer pr avdeling (Lillevik, Sønsterudbråten & Tyldum, 2017, s. 7). Alle flyktninger flyttes først til et ordinært asylmottak, og mange blir også boende der. «... med enkelte funksjonshemninger kan man jo bo på et ordinært mottak, og enkelte klarer seg jo greit med litt tilrettelegging for eksempel» (IO1, intervju UDI). Oftest er det ansatte på ordinære asylmottak som hjelper flyktninger de anser for å være i målgruppen for TA å søke plass på en slik avdeling. Dette kan være flyktninger med et bredt spekter av behov. «De som er på tilrettelagt avdeling har ofte mer sammensatte behov, behov for medisinoppfølging, utdeling av medisiner. Det er også en del psykisk helse.» (IO1, intervju UDI).

I 2017 ble ordningen med TA evaluert i Fafo-rapporten «Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak: Et tilbud til asylsøkere med helseproblemer (Fafo-rapport 2017:22)». Til tross for å være et viktig supplement til ordinære mottak, og ha en viktig helsefremmende funksjon for mange flyktninger, konkluderte rapporten med at det er de pragmatiske og praktiske hensynene til UDI, mottakssystemet og myndighetene, og ikke beboernes behov, som preger dagens organisering av TA (Lillevik, Sønsterudbråten & Tyldum, 2017, s. 87). «UDIs rutiner og vurderinger preges i stor grad av ressurs og organisasjonsperspektivet framfor brukerperspektivet.» (s.93). Rapporten kritiserer dette, og hevder at: «Beboernes behov, herunder deres helsetilstand, bør ligge til grunn for vurdering av hvem som er i målgruppen for TA.» (s. 97). Dersom helsesituasjonen til personene som bor på asylmottak, fremfor UDIs

vurderinger av hvem og hvor mange de har ressurser til å gi plass, hadde blitt lagt til grunn for vurderingene, ville behovet for TA ifølge rapporten kanskje fremstått større (s. 89).

Rapporten trekker frem at mangelen på systematisk registrering av sårbare flyktninger og deres behov også bidrar til at tilbudet beboerne får er vilkårlig og ikke tilfredsstillende. Ettersom det er forespørsler fra ordinære mottak som utløser flytting til TA, og forespørslene ikke er basert på en systematisk vurdering av beboernes behov, konkluderer rapporten med at det er vanskelig å vurdere hvorvidt målgruppen får tilgang til tilbudet. Personene som bor på TA svarer til målgruppen definert for ordningen, men det antas at mange andre som befinner seg på ordinære mottak også kunne hatt nytte av tilgang til ordningen «Dette gir en vilkårlighet i tilbudet som gis sårbare asylsøkere med tilretteleggingsbehov.» (Lillevik, Sønsterudbråten & Tyldum, 2017, s. 89). Funnene i rapporten bekreftes av informanten fra UDI: «... så det blir tilfeldig kan man jo kanskje si, [...] så det kan være to personer som har omtrent samme, la oss si to like helseproblemer da, hvor den ene bor på et ordinært mottak og den andre bor på en tilrettelagt avdeling, det kan nok forekomme» (IO1, intervju UDI).

Rapporten konkluderer med at TA-ordningen gir beboerne stor tilgang til helsetjenestene de har rett til (Lillevik, Sønsterudbråten & Tyldum, 2017, s. 91-92).

Vi finner at mens tilgang på helsetjenester ser ut til å ha blitt bedre for beboere på TA, fordi dette har vært lagt vekt på og blitt gjenstand for godt samarbeid, er det mindre oppmerksomhet og færre resultater å vise til når det gjelder å tilby beboerne norskopplæring og andre meningsfulle og helsefremmende aktiviteter i de fire kommunene. Dette til tross for at norskopplæring for asylsøkere også er rettighetsfestet. (s. 91).

For målgruppen bidrar altså TA til å sikre god tilgang til helsetjenester, og beboerne får i større grad oppfylt sine helserettigheter enn om de ikke hadde bodd på en slik avdeling. Fokus på medisinske behov den enkelte kan ha reflekteres både i en menneskerettslig og en medisinsk forståelse av funksjonshemming. En menneskerettslig forståelse vil hevde at flyktninger, som mennesker forøvrig, har visse helserettigheter som må vernes om. I en slik forståelse vil imidlertid helserettigheter bare representere én av flere rettigheter personer med funksjonshemming har, og dersom fokuset på helserettigheter går på bekostning av andre rettigheter vil det kritiseres i en menneskerettslig forståelse.

Dagens TA-ordning kan sies å reflektere en medisinsk forståelse av funksjonshemming. Som det poengteres i rapporten til Lillevik, Sønsterudbråten & Tyldum (2017) har et fokus på å styrke samarbeidet med helsevesenet gitt gode resultater, og ført til at beboerne på TA i stor grad får god medisinsk oppfølging og dekket sine medisinske behov. TA har imidlertid færre resultater å vise til når det gjelder tiltak og tjenester som ikke er av medisinsk karakter. Dette kan reflektere idé om at det medisinske er det primære behovet til beboerne. Det hevdes at TA «... driftes som en heldøgnsinstitusjon for syke mennesker» (s. 9). De sentrale tiltakene være rettet seg mot å gjøre individet friskere slik at de kan tilbake til ordinære mottak, eller bosettes i kommunen.

Med få unntak får beboerne på TA tilrettelagt norskopplæring, hvilket resulterer i at mange beboere ikke får benytte seg av denne rettigheten. Rapporten til Lillevik, Sønsterudbråten & Tyldum (2017) etterlyser et større fokus på andre aktiviteter utover behandling og oppfølging av medisinsk personell, og vektlegger at flyktingenes situasjon er et resultat av en rekke faktorer, ikke bare tilgang til medisiner eller behandling. Dersom beboerne på TA har mindre tilgang til rettigheter som ikke er helsesrelaterte enn beboere i ordinære mottak, kan dette reflektere at disse rettighetene anses som mindre viktige for denne beboergruppen.

Norsk integreringsarbeid har et stadig større fokus på arbeid som nøkkelen til integrering. Opplæring og utdanning for å utruste flyktninger til å bidra i arbeidslivet har fokus i både Sundvolden (2013), Jeløya (2018) og Granavolden (2019). At dette fokuset, som er sentralt for flyktninger generelt, ikke har hatt samme fokus for beboerne på TA, kan tyde på at denne beboergruppen behandles mer som pasienter enn potensielle arbeidstakere. Praksis med TA kan reflektere en medisinsk forståelse der beboerne primært betraktes i lys av sin diagnose, som pasienter med medisinske behov, hvilket på samme tid tilsidesetter en prioritering av å stryke andre rettigheter og tilbud.<sup>19</sup>

### **4.3.2 Registrering av funksjonshemming**

Diskusjonen som omhandler registrering av funksjonshemming hos flyktninger henger tett sammen med forhold knyttet til asylmottak, tilrettelagte avdelinger, og bosetting. Etersom ulike aktører har ulike oppfatninger av om, og på hvilken måte, funksjonshemming bør

---

<sup>19</sup> Det er imidlertid verdt å bemerke at tilgangen til disse rettighetene for beboerne på ordinære asylmottak ikke er kartlagt i denne oppgaven.

registreres, vil det være interessant å utforske hvilke forståelser som reflekteres i argumentasjonen.

Dersom forhold knyttet til registrering av funksjonshemming preges av en medisinsk forståelse vil det være viktig å diagnostisere og kartlegge egenskaper hos den enkelte for å identifisere behovet for medisinsk intervensjon i form av behandling, rehabilitering og medisiner. Det vil også kunne være viktig å registrere for kostnadsformål, for å sikre kompensasjon til kommuner og helsevesen.

I en menneskerettslig forståelse vil det både kunne argumenteres for at funksjonshemming ikke bør registreres systematisk, og det motsatte; at systematisk registrering er viktig for å sikre like rettigheter for alle. I en menneskerettslig forståelse antas det at funksjonshemming er en universell menneskelig variasjon, og at flyktninger med funksjonshemming på lik linje med resten av befolkningen vil ha behov for at samfunnet tilrettelegger for variasjoner. På den andre siden vil opplysninger om den enkelte kunne vurderes som viktig for å sikre et tilrettelagt tilbud både av medisinsk karakter, og på andre områder. Det sentrale i en menneskerettslig forståelse vil ikke være iboende egenskaper, men hvilke behov den enkelte har i praksis. Det kan tenkes at noen personer er ekstra sårbare, og det sentrale vil være om kartlegging av dette vil sikre bedre rettighetsoppnåelse i praksis.

EUs Mottaksdirektiv stiller krav til hvordan sårbare asylsøkere identifiseres og arbeides med i medlemslandene. Rapporten «Sårbare asylsøkere i Norge og EU: Identifisering, organisering og håndtering» av Brekke, Sveaass og Vevstad (2010) viser at Norge ikke har en samlet helhetlig regulering av mottaksarbeidet slik EUs medlemsland har. Norge foretar ikke noen systematisk registrering av funksjonshemming hos asylsøkere eller flyktninger. Daværende innvandrings- og integreringsminister Listhaug sa det slik: «Det er Utlendingsdatabasen som brukes til registrering av asylsøkere og flyktninger. Det er per i dag ikke funksjonalitet i Utlendingsdatabasen som gjør det mulig å systematisere opplysninger om funksjonsnedsettelse» (Stortinget, 2016). Også informantene fra UDI og IMDi poengterte dette: «UDI har ingen registrering av nyankomne med helse [...] så det blir tilfeldig kan man jo kanskje si» (IO1, intervju UDI). «... hverken vi eller mottakene har generell tilgang til alle opplysninger om personens helse, vi driver jo ikke noe generell helsekartlegging og det har vi heller ikke anledning til å gjøre» (IO1, intervju IMDi).

På spørsmål i Stortinget i 2016 om et mulig initiativ til en slik systematisering svarte Listhaug at hun mente det hverken var ønskelig eller behov for en slik kartlegging:

Slik jeg vurderer det, har utlendings- og integreringsmyndighetene ikke behov for denne type personsensitive opplysninger om asylsøkere og flyktninger, og det er ikke noe formål som kan rettferdiggjøre innhenting og lagring av slik informasjon. Informasjon om funksjonsnedsettelse er å anse som personsensitive opplysninger i henhold til personopplysningsloven. Denne typen registrering og lagring vil da kunne være i strid med personopplysningsloven. Det at en person har en funksjonsnedsettelse av en eller annen art, er ikke noe som vedkommer utlendings- og integreringsmyndighetene i tilstrekkelig grad. (Stortinget, 2016)

Informantene peker også på hensynet til personvern: «... det er derfor vi ikke skal sitte på all informasjonen, for det er jo ganske strenge taushetsregler [...] Alle som skal bosettes har det samme kravet om personvern som alle andre.» (IO2, intervju IMDi).

Flere aktører og rapporter har imidlertid etterlyst behovet for mer systematikk i registrering av funksjonshemming. Brekke, Sveaas og Vevstad (2010) hevder at til tross for at det norske systemet åpner for identifisering og oppfølging gjennom hele asylprosessen, kan mangelen på systematikk true identifiseringen av sårbare individer, særlig i tilfellene hvor sårbarheten ikke er synlig (s. 93). Hvilken informasjon mottaket har om den enkelte legger grunnlaget for tilbudet som gis på ordinære mottak, og om de får plassering på tilrettelagt avdeling med oppfølgingen det innebærer. Både rapportene til Lillevik, Sønsterudbråten og Tyldum (2017, s. vi), Kittelsaa og Berg (2012, s. 2) og Brekke, Sveaas og Vevstad (2010, s. 93) peker på at bedre rutiner for identifisering vil være avgjørende for å gi et bedre tilbud til beboerne. Mange steder får beboere med funksjonshemming i asylmottak et godt tilbud med tilgang til hjelpemidler og medisinsk oppfølging, men tilbudet vurderes som vilkårlig, da det varierer i stor grad fra sted til sted og er svært personavhengig (Kittelsaa & Berg, 2012, s. v).

Registrering av funksjonshemming ser primært ut til å være drevet av bosettingshensyn.

Det som skjer i praksis i sånne tilfeller er jo at hvis mottakene, for å bruke det eksempelet, kjenner til at her er det en person som har større helseutfordringer som

kanskje vil kreve ekstra tilrettelegging så markerer de det når de kartlegger personen og vi gjør et stykke arbeid for å innhente tilleggsinformasjon. (IO1, intervju IMDi)

Så det er i de tilfellene hvor det er store helseproblemer, og det vil si de problemer som har betydning for enten for tilrettelegging av bolig eller andre særlige tiltak i kommunen at vi forhåpentligvis får noe informasjon om det vi kan formidle videre til kommunen sånn at de kan gjøre sine vurderinger. (IO1, intervju IMDi)

Praksis og sitater om registrering reflekterer ikke en klar forståelse av funksjonshemming på samme måte som flere av de andre fasene i innvandring- og integreringsprosessen.

Operasjonalisering av hvordan de ulike forståelsene ville kommet til uttrykk i denne praksisen har også vist seg vanskeligere enn i de andre fasene. Det kan argumenteres for at praksisen med registrering har elementer både av en menneskerettslig og en medisinsk forståelse av funksjonshemming.

At det ikke eksisterer noen systematisk registrering av funksjonshemming kan tyde på en menneskerettslig forståelse der funksjonshemming betraktes på spekteret av naturlig variasjon. Det antas at mange kan ha ulike utfordringer, og at kjennskap til dette primært er viktig for å gi et godt tilbud til den enkelte. «For mange kan ha helseproblemer uten at det er noe som skal formidles til flyktingetjenesten i kommunen. Så vi er litt opptatt av er det helseproblemer som flyktingetjenesten absolutt må kjenne til. For eksempel i forhold til tilrettelegging av bolig» (IO1, intervju IMDi). At statlige aktører ikke ønsker å registrere funksjonshemming hos flyktinger kan tyde på en forståelse der det ikke er et ønske om å behandle flyktinger med funksjonshemminger som en separat gruppe, men at flyktingene behandles som ordinære borgere. Det sentrale i en menneskerettslig forståelse vil imidlertid være lik rettighetsoppnåelse i praksis. Dersom registrering hadde ført til et bedre tilbud og en bedre rettighetsoppnåelse for den enkelte, slik flere rapporter indikerer, vil det i en menneskerettslig forståelse kunne rettferdiggjøres å samle inn informasjon for å sikre et tilfredsstillende tilbud. Både kommunene selv, og flere rapporter referert til i oppgaven, hevder mer systematikk er nødvendig for å gi et bedre tilbud.

Praksis kan også reflektere en medisinsk forståelse. Det er tydelig i dokumentene og intervjuene at funksjonshemming og helseutfordringer behandles som synonyme.

Informantene besvarer spørsmål om funksjonshemming med svar om helseutfordringer. For

eksempel ved utsagn som: «Sånn at det er på samme vi som alle andre innbyggere, det går fra helse til helse.» (IO2, intervju IMDi). «Så vi er litt opptatt av er det helseproblemer som flyktningetjenesten absolutt må kjenne til» (IO1, intervju IMDi). Dette kan tyde på en antakelse om at det ikke er nødvendig å registrere funksjonshemming hos flyktninger da det betraktes som helseproblematikk, og at informasjon om dette tilhører helsevesenet. Dersom helseutfordringer antas å være det eneste av betydning for flyktninger med funksjonshemminger, kan det føre til at utfordringer personer kan ha på andre områder får mindre fokus, eller blir oversett.

Informasjon om funksjonshemminger har vist seg å gjøre bosetting vanskeligere. Dette vil utforskes videre i kap. 4.4. Det kan tenkes at dersom mer var kjent om den enkelte, inkludert eventuelle funksjonshemminger, ville denne prosessen blitt enda vanskeligere. Det er også informasjon om funksjonshemming som utløser ekstratilskudd til bosetting av personer med funksjonshemminger. Kostnadene staten har brukt på ekstratilskudd har økt markant de siste årene, og kommunene ønsker stadig mer informasjon om den enkelte. Fra statens side kan det spekuleres i at en frykt for at bosettingsarbeidet blir enda vanskeligere og mer kostbart kan være en bidragsyter til at registrering ikke systematiseres.

## 4.4 Bosetting

Det neste steget i innvandrings- og integreringsarbeidet er å koble enkeltpersoner eller familier opp mot bostedskommuner. Integrering skjer i stor grad i den enkelte kommune. Ddet er svært få statlige retningslinjer når det gjelder integrering av flyktninger med funksjonshemminger.

Nei, vi har ikke noen særordninger. Bortsett fra de tilskuddene, er det ikke noe særlovgivning for eksempel knyttet til at det er funksjonshemmede flyktninger [...] Så i den grad de trenger tjenester så er de innenfor det ordinære apparatet, og vil da være knyttet til helsedepartementet og helsedirektoratet. (IO1, intervju KD)

Hva som skjer etter den enkelte er bosatt vil være ulikt fra kommune til kommune, og vil derfor ikke utforskes i dybden i denne oppgaven. Hvilke ideer som preger dagens bosettingspraksis vil bli drøftet på overordnet nivå.



Ord som sammenstiller helse og funksjonshemming og fremhever et sykdomsbilde kan reflektere en medisinsk forståelse. I en medisinsk forståelse vil også et kostnadsfokus reflekteres; en idé om at individet i kraft av iboende egenskaper representerer en kostnad for lokalsamfunnet og øvrige samfunnsmedlemmer, og at kommunen må kompenseres for kostnaden individet representerer. Årsaken til at bosetting har vist seg vanskelig for flyktninger med funksjonshemminger vil i en medisinsk forståelse ligge hos individet, som representerer en for stor belastning på lokalsamfunnet, og ikke hos samfunnets manglende evne til tilpasning.

I en menneskerettslig forståelse vil årsaken til at bosetting har vist seg vanskelig ikke skyldes individet, men kommunenes manglende evne til å tilrettelegge for en heterogen flyktninggruppe. Ansvar for å løse problemet plasseres hos samfunnet. En menneskerettslig forståelse vil kunne reflekteres i et fokus på hvordan mottakssystemet i kommunen må tilrettelegges for menneskelig variasjon ved tiltak som universell utforming, kunnskapsstyrking hos mottaksapparat og tilrettelegging av kommunale tjenester. Det vil reflekteres en idé om at alle som har fått opphold har rett til å bosettes, og at forskjellsbehandling av personer med funksjonshemming i bosettingsprosessen ikke er en naturlig konsekvens av egenskaper ved individet, men en diskriminerende praksis.

Flertallet av beboerne i asylmottak venter på å få sin søknad eller klage behandlet, og kun 1/6 av beboere i mottak (pr. 2015) hadde fått oppholdstillatelse og ventet på å bosettes i en kommune (Bahus, 2019). Flyktninger med funksjonshemminger har imidlertid vist seg å være vanskeligere å bosette, og blir i gjennomsnitt sittende betydelig lenger på mottak (Justis- og beredskapsdepartementet, 2016).

Bosetting av flyktninger er en frivillig oppgave, der kommunene både kan si nei til å bosette flyktninger generelt, og nei til å bosette bestemte personer på bakgrunn av informasjonen de får.

Når vi forespør en kommune om å bosette en person får kommunen tilgang til den informasjonen i anonymisert form gjennom datasystemet vi bruker for samhandling med kommunene, så da ser kommunene litt hva slags person eller familie dette er, hva personen har av utdanningsbakgrunn, eventuelle relasjoner i Norge og så videre. Og på den bakgrunnen så sier de ja eller nei til å bosette personen. (IO1, intervju IMDi).

Ettersom det ikke blir gjennomført en systematisk registrering av funksjonshemninger når en flyktning kommer til Norge, vil det være svært varierende hva kommuner vet om dette ved bosetting. I tilfeller der funksjonshemming er kjent for kommunene, er imidlertid bosettingsfasen ofte krevende.

Vi har en oversikt over det vi internt i UDI kaller ressurskrevende bosettingssaker, det er personer med helseutfordringer. Og vi har jevnlig møter med IMDi hvor vi går igjennom de konkrete sakene for å se om vi kan få noen bosettinger. Så det har vi konkret på individnivå kontakt med IMDi på, men det er jo de tyngste sakene. (IO1, intervju UDI)

For en del flyktninger med funksjonshemninger skjer bosetting uten store utfordringer. «Det er nok veldig mange med funksjonshemninger som ikke faller i den kategorien [ressurskrevende bosettingssaker], og de går i det ordinære bosettingsforløpet» (IO1, intervju UDI). For informantene var det også viktig å poengtere at alle før eller siden blir bosatt, til tross for at det i en del saker kan være krevende.

Sånn at det er viktig å påpeke at det finnes muligheter, og vi jobber for å finne de løsningene, men det er utfordrende for kommunen. Så det er viktig at vi får frem en nyanse her, det er ikke sånn at «nei de vil ikke ta imot på grunn av penger», det er en grei nyanse, men det er utfordrende. (IO2, intervju IMDi).

Ifølge informantene arbeides det stadig for å finne løsninger slik at bosetting skal fungere bedre, og mange kommuner har vist vilje til å bosette flyktninger med funksjonshemninger da de har sett på dette som en del av sitt humanitære ansvar. Dette kan reflektere en menneskerettslig forståelse om at flyktninger, som nordmenn, vil være ulike, og at det at noen av flyktningene som skal bosettes har funksjonshemninger er en naturlig menneskelig variasjon det må tilrettelegges for.

Praksis viser imidlertid tydelig at flyktninger med funksjonshemninger ikke vurderes på lik linje med andre flyktninger, og at bosetting av denne gruppen gjennomgående er vanskeligere. Tidligere innvandrings- og integreringsminister Listhaug understreket i Stortinget i 2016 utfordringen med å bosette flyktninger med funksjonshemninger:

Så er det også en kjensgjerning at det er vanskeligere å bosette personer med funksjonsnedsettelse enn dem som er funksjonsfriske, og det er noe som vi hele tiden må jobbe for, å greie å få dem ut i norske kommuner. (Stortinget, 2016)

Materialet indikerer at kommunene gir uttrykk for et større informasjonsbehov enn det de statlige aktørene legger til rette for. Informantene fra IMDi fortalte om gjentakende kritikk fra kommunene på grunn av for lite informasjon om den enkelte. Dette gjelder ikke bare personer med store utfordringer, men også personer med mindre utfordringer: «Så det er en del lettere funksjonsnedsettelse, som vi av og til kjenner til, av og til kjenner vi ikke til det, og da blir kommunen sur fordi de har ikke fått informasjonen om det på forhånd ...» (IO1, intervju IMDi). Fra kommunalt nivå kan dette indikere et ønske om å tilrettelegge bedre for den enkelte. Informasjon om funksjonshemninger er også det som utløser ekstra integreringstilskudd, så det kan tenkes økonomiske hensyn er et sentralt hensyn. Fra statlig nivå kan det tenkes et ønske om å ikke systematisere registrering, hvilket ville lagt grunnlaget for å formidle mer informasjon til kommunen, bunn i en frykt for at bosetting kunne blitt enda vanskeligere. Erfaringer tilsier at flyktninger med ekstra utfordringer er vanskeligere å bosette, og det kan tenkes flere flyktninger ville blitt valgt bort dersom mer var kjent om den enkelte.

Ordningen med integreringstilskudd er sentralt i bosettingsarbeidet.

Integreringstilskuddsordningen omfatter tilskudd for år 1 (bosettingsåret), tilskudd for år 2- 5, ekstra engangstilskudd for personer over 60 år (eldretilskudd), ekstra engangstilskudd for barn 0-5 år (barnehagetilskudd) og tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker i inntil 5 år (IMDi, 2019). Tilskuddsordningen trekkes frem av flere kilder som det viktigste tiltaket for å få til bosetting for denne gruppen, og informanten fra KS uttalte at det er «i stor grad økonomien som setter begrensningene for at kommunene ikke klarer å påta seg oppgavene» (IO1, intervju KS).

Det ordinære integreringstilskuddet utbetales automatisk til kommunen en flyktning bosettes i, og det er ingen rapporteringskrav om hvordan kommunene bruker dette. Ekstratilskuddet for flyktninger med funksjonshemninger må kommunen søke spesielt om, og her er det også enkelte rapporteringskrav (IO1, Intervju IMDi). «Kommunene som bosetter personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker kan søke om tilskudd fra IMDi for å dekke ekstraordinære utgifter de har som følge av bosettingen.» (IMDi, 2019).

Både informantene fra IMDi, KD og UDI trekker frem bosetting, og organiseringen av ekstratilskuddsordningen som en av de største utfordringene i arbeidet med flyktninger med

funksjonshemminger. Informanten fra KS uttrykker at organiseringen av dagens ordning «... er et kjempeproblem ...» og at «Det har vært den samme problemstillingen i ti år minst.» (IO1, intervju KS). De ulike aktørenes beskrivelser og vurderinger reflekterer ulike ideer om hva som er problemet, og hvordan det bør løses. Hovedskillet går mellom ønsket fra kommunene om en utvidet tilskuddsordning, og staten sin argumentasjon om at flyktninger så fort som mulig skal bli ordinære borgere og gå inn i det ordinære systemet.

Informantene fra IMDi beskriver problemstillingen slik:

Det betyr at vi har en økonomisk dekningsgrad for fem år, dette er gjerne en gruppe som vil kunne medføre ganske store utfordringer for tjenesteapparatet etter de fem årene. For eksempel hvis du er lam fra halsen og ned, og du trenger å bo på et pleiehjem, vil ikke det endre seg om fem år. (IO2, Intervju IMDi)

Også informanten fra UDI påpeker at det kan være for kostbart for kommunen å bosette flyktninger som kanskje trenger oppfølging livet ut.

Det UDI for såvidt har meldt fra om, i hvert fall i ti år, er at vi skulle ønske at det kom på plass en ordning hvor det var mulighet for kommunene til å få en økonomisk kompensasjon for noen veldig få men ekstra krevende bosettingssaker. (IO1, intervju UDI).

For informanten fra KS er organiseringen av støtteordningen hovedproblemet i dagens bosettingspraksis. «Det er et kjempeproblem fordi det dekker jo ikke kommunenes utgifter på sikt.» (IO1, intervju KS).

Hvis en kommune bosetter en person som koster 2 millioner i året så vil de etter fem år kun få dekket det utover 1,1 million, og da må de ta av andre av kommunens rammer på forskjellige budsjetter, ofte er det skole, det kan gjelde barn, helse og sosial. Og det er det ikke mange kommuner som planlegger forhåpentligvis, det er veldig vanskelig for kommunene å gjøre det, det er jo bare de største som har sett seg i stand til det, med noen unntak. Så det er jo det som gjør at kommunene ikke våger å påta seg ansvaret. Man blir jo nettopp på en måte mer ekskludert ved at man blir en belastning for det kommunale budsjettet. Hadde pengene fulgt med så kunne man blitt integrert da, og lettere gått inn i de tjenesteområdene som var, uten at kommunen må prioritere bort andre oppgaver. (IO1, intervju KS)

Gjennomgående trekkes det frem at det er individet som, i kraft av individuelle egenskaper, er ressurskrevende og utfordrende for kommunen. I argumentasjonen settes det en prislapp på den aktuelle flyktningen, for eksempel ved utsagn som «Hvis en kommune bosetter en person som koster 2 millioner i året ...» og hva bosetting av individet vil bety for det kommunale apparatet og budsjettet, for eksempel «... og da må de ta av andre av kommunens rammer på forskjellige budsjetter, ofte er det skole, det kan gjelde barn, helse og sosial.» Kostnadene enkeltflyktninger med funksjonshemninger representerer settes opp mot tilbudet til resten av innbyggerne. «Det er usikkerheten for kommunene som gjør det vanskelig på økonomien. For kommer det en som belaster skolebudsjettet med for eksempel 500 000 så må de ta det på bekostning av andre. Og det er ganske vanskelig» (IO1, intervju KS). Det argumenteres for at kostnaden personen representerer må tas fra andre sektorer og budsjetter, og at personen vil representere en økonomisk belastning for den øvrige befolkningen. «... man blir en belastning for det kommunale budsjettet.» (IO1, intervju KS).

Det er vanskelig å se for seg en slik argumentasjon bli brukt om nordmenn med funksjonshemninger. Enten en person blir født med en funksjonshemming, eller etter ulykke eller sykdom får ekstra behov, vil ikke kommunen argumentere for at de ikke har kapasitet til denne personen. Dersom en familie med et barn med funksjonshemming ønsker å flytte fra en kommune til en annen, vil ikke familien få beskjed om at de ikke er velkomne i den nye kommunen fordi barnet er for dyrt og representerer en for stor belastning for kommunens øvrige innbyggere, selv om stramme kommunebudsjetter og kostnadskrevende tilrettelegging og behandling kan være reelle problemstillinger. At det brukes som argument for å ikke bosette flyktninger med funksjonshemninger på en annen måte enn det brukes for nordmenn med funksjonshemninger, vil imidlertid kunne være et tegn på en diskriminerende praksis.

Argumentasjonen om at flyktninger med funksjonshemninger representerer store kostnader for samfunnet, og av den grunn er vanskelig å bosette kan sende et signal også til resten av befolkningen om at visse typer mennesker er mindre ønsket i kommunen da de belaster budsjetter og tjenestetilbud. Dette kan også tenkes å påvirke befolkningens holdninger til personer med funksjonshemming generelt. For mennesker som selv vil det kunne være krevende dersom de opplever en byrde samfunnet ikke ville tatt på seg dersom de kunne velge.

Både informantene fra IMDi, UDI og KS pekte på tidsbegrensningen av ekstratilskuddet til flyktninger med funksjonshemninger som en vesentlig årsak til at disse flyktningene er vanskelige å bosette:

Men vi har personer, ja til enhver tid mellom 15 og 20 personer som har bodd veldig lenge i mottakssystemet og som ikke blir bosatt, fordi kommunene, det vil bli for dyrt for dem for å si det rett ut [...] det er kjempeviktig å få fram. Vi har enkelte beboere som krever mye oppfølging som ikke vi får bosatt. (IO1, intervju UDI)

Sånn jevnt over så har vi en gruppe på en 20 til 25 personer til enhver tid egentlig som er, og som vi kaller for, kompliserte saker» (IO1, intervju IMDi). «Ja særlig, særlig krevende. Og det er rett og slett på bakgrunn av omfanget til den enkelte og tiltakene som må rundt. (IO2, Intervju IMDi)

Storbynettverket til KS har foreslått at ordningen med ekstratilskudd enten blir livsvarig eller at den utvides til ti år (IO1, intervju KD). Daværende leder i KS, Helge Eide, adresserte i 2016 dette ønsket ovenfor NRK:

Det ville ha vore veldig fornuftig med støtteordningar som strekkjer seg ut over desse fem åra. Då ville ikkje kommunane ha den same økonomiske årsaka til å seie nei til å busetje funksjonshemma [...] Vi veit at det er eit visst tal personar som har vorte verande på mottak, der vi veit at funksjonshemming er årsak til at dei ikkje blir busette. Og det er fordi kommunane veit at det blir store utgifter i mange år framover. (Vengen, 2016)

Ettersom det er individet, og ikke samfunnets manglende evne til å tilrettelegge, som er problemet, er løsningene som trekkes frem tiltak for å kompensere kommunen for kostnaden individet representerer. Dette reflekterer en medisinsk forståelse.

IMDi har ansvaret for forvaltningen av ordningen med ekstratilskuddet, men det er KD som har det overordnede ansvaret for regelverket. KD har ikke ønsket å utvide tilskuddsordningen utover fem år med begrunnelse i at flyktningene skal bli ordinære borgere. Informanten fra KD sa det slik: «Og det sa vi også nei til å utvide den ordningen, og begrunnelsen er at vi stort sett på flyktningfeltet har en sånn mainstream policy hvor du skal inn i det ordinære, du skal bli en vanlig borger» (IO1, intervju KD).

Informanten fra KS ble bedt om å respondere på KDs argumenter om årsaken til å ikke å utvide ordningen med ekstratilskudd:

**Intervjuer:** Da jeg intervjuet Kunnskapsdepartementet argumenterte de med at de har en mainstream-politikk, at de ønsker at flyktningene så fort som mulig skulle bli ordinære borgere og derfor ønsker de ikke å utvide ...

**IO1:** Hehe, det var jo litt rart. Det er jo veldig rart argument at man ikke skal, hva var det du kalte det i departementet?

**Intervjuer:** Ja, de sier de ønsker flyktningene skal bli en som ordinære borgere, at de ønsker en mainstreaming-politikk på integreringsfeltet ...

**IO1:** Ja, jeg tror ikke det har så veldig mye med om kommunene klarer å gi de et godt tilbud, det er i hvert fall lettere å bli en ordinær borger hvis kommunen har mulighet til å gi de best mulig tilbud. For det vi ser er jo blant annet at de kan få et dårligere tilbud enn de burde ha hatt, fordi kommunen ikke får dekket det... (intervju KS)

KD ønsker å føre en mainstream-politikk der flyktningene så fort som mulig blir som ordinære borgere og går inn i det ordinære systemet, med rettighetene og pliktene det innebærer. Dette reflekterer en idé om at funksjonshemming er naturlig variasjon hos flyktninger, og at personer med funksjonshemming ikke skal behandles som noe annet på grunn av biologiske egenskaper. Finansieringsordningen som varer i fem år skal gjøre overgangen til det kommunale systemet enklere, både for personer med funksjonshemninger, og andre grupper som kan ha behov for ekstra oppfølging den første tiden. Utover dette forventes det av kommunene at de tilrettelegger for disse flyktningene slik de tilrettelegger for egne borgere med ulike behov. Integreringsminister Sanner uttalte i et intervju med Vårt Land i 2019 at han vurderer de økonomiske støtteordningene til kommuner som bosetter flyktninger som så gode at kommuner ikke har noen grunn til å si nei til å bosette flyktninger med særskilte utfordringer: «Etter fem år legger jeg til grunn at flyktninger mottar tjenester på linje med andre innbyggere, uten særskilt finansiering av staten» (Bjåen, 2019). Dette fremkommer også i St. Meld. Nr. 30 (2015-2016) der det uttrykkes at: «Regjeringen vurderer at det er lagt til rette for at flyktninger med særskilte behov skal bli bosatt, *jf. anmodningsvedtak 438:1*» (2016, s. 36).

Informanten fra KD utdypet argumentet:

Og det er kostnader som kommunene får uansett, hvorfor skal man behandle flyktninger på en annen måte fordi de er flyktninger? [...] Andre land har ofte mye

kortere tilskuddsordninger for bosetting av flyktninger, så hvor lenge skal du liksom ha en merkelapp flyktning er jo spørsmålet, ikke sant. (IO1, intervju KD).

Argumentasjonen fra nasjonalt nivå kan reflektere en menneskerettslig forståelse der det er kommunenes ansvar å gi flyktninger med funksjonshemninger et tilbud på linje med øvrige flyktninger, og nordmenn med funksjonshemninger.

Argumentasjonen til KS reflekterer ulike ideer om hva som er problemet, og hva som bør være løsningen. Ifølge aktørene på det kommunale nivå er det penger som setter grenser for om kommunene kan bosette gruppen, og det hevdes at mer penger vil løse problemet. «Så eneste måten å løse det på tror jeg er at man får en bedre finansieringsordning» (IO1, intervju KS). Det er ønske om en utvidet tilskuddsordning, gjerne til å vare livet ut for de aktuelle flyktningene. Dette ønsket reflekterer en antakelse om at denne gruppen aldri fullt ut vil bli vanlige borgere, og alltid vil forbli noe annet enn nordmenn med funksjonshemninger. Ordbruken i argumentasjonen, som omtaler disse personene som ressurskrevende, dyre og vanskelige for kommunen, kan reflektere en medisinsk forståelse. Argumentasjonen reflekterer en antakelse om at det er individet som, i kraft av å være særlig ressurskrevende, er årsaken til at bosetting er vanskelig, og at kommunene må kompenseres for å bosette ressurskrevende personer.

Informanten fra KS argumenterer for at mainstreaming-tilnærmingen, og fokuset på at flyktningene så fort som mulig skal inn i det ordinære systemet, kan gå på bekostning av tilbudet til den enkelte. Det sentrale i en menneskerettslig tilnærming vil være at den enkelte får oppfylt sine rettigheter i praksis. Fokuset på kostnader kan derfor være et resultat av at kommunene opplever at de i ikke er i stand til å gi et godt tilbud til flyktningene de bosetter.

... det er i hvert fall lettere å bli en ordinær borger hvis kommunen har mulighet til å gi de best mulig tilbud. For det vi ser er jo blant annet at de kan få et dårligere tilbud enn de burde ha hatt, fordi kommunen ikke får dekket det ... (IO1, intervju KS).

At KS i denne sammenhengen ikke etterlyser mer penger til å bygge opp kommunal kapasitet og universell tilrettelegging for alle borgere, men heller ber om øremerkede tilskudd for å kompensere for kostnaden enkeltindivider representerer, reflekter imidlertid en medisinsk forståelse.



Informanten fra KS hevder bosetting av flyktninger med funksjonshemninger kan bli enda vanskeligere i årene som kommer.

Og vi hadde en dugnad for noen år tilbake hvor man sendte et krav om forbedret finansordninger, og da tok de største kommunene ansvaret for å bosette de som satt og var lengeventende på grunn av funksjonshemninger. Kommunene bosatte, men det har ikke kommet noe mer midler [...] Men nå tror jeg det at kommunene føler seg litt lurt, at kommunene føler at de har gjort en stor jobb uten å få noe igjen for det fra statens side, så nå tror jeg nok det kanskje kan bli vanskeligere framover. Særlig etter den siste dugnaden som kommunene gjorde jobben, men fikk ikke noe igjen for det de krevde. (IO1, intervju KS)

Informanten fra KS bruker ordet dugnad, men sier samtidig at kommunene krevde å få ekstra betalt for bosetting flyktninger med funksjonshemninger. Argumentasjonen kan tyde på at kommunene ikke ser på bosetting av flyktninger med funksjonshemninger som en selvfølgelig del av sitt ansvar med å bosette flyktninger. Det kan se ut til at det er større fokus på de økonomiske utfordringene kommunen kan møte på grunn av medisinske behov hos den enkelte, enn på at gruppen har den samme retten til bosetting som andre flyktninger.

Den generelle tendensen de siste par årene har vært at mange kommuner ønsker å bosette flere flyktninger enn de får tildelt. Årsaken kan være at bosetting er en lønnsom praksis for mange kommuner, at flere kommuner har bygd opp kapasitet som nå står ubrukt, samt økt bevissthet og aksept rundt behovet for bosetting av flyktninger. KS-direktør Eide uttrykker at det er alvorlig for kommunene at bosettingen nå er på et lavt nivå i forhold til tidligere år, og at: «Norge i nåværende globale flyktningsituasjon må kunne si ja til å bosette flere kvoteflyktninger. Det er kapasitet i kommunene til dette» (Ludvigsen, 2018). Dette står i sterk kontrast til hvordan kommunene forholder seg til flyktninger med funksjonshemninger. «Altså generelt vil jo kommunene ta imot mange flyktninger, flere enn det er, men i forhold til de med funksjonshemninger så er det rett og slett, det er ressursene [...] det er ikke midler nok utover fem år» (IO1, intervju KS). At det pekes på tilgjengelig kapasitet i kommunene til å bosette flere flyktninger, samtidig som manglende kapasitet trekkes frem i argumentasjonen om bosetting av flyktninger med funksjonshemninger, er et tydelig tegn på at kommunene forholder seg til disse flyktingene på en annen måte, som et avvik. Dette kan tyde på at dagens praksis systematisk tilsidesetter flyktninger med funksjonshemninger i bosettingsarbeidet, og dermed også i integreringsarbeidet. Det vil i tilfellet kunne sies å

representere en diskriminerende praksis, som kan være i strid med lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, som i § 4 slår fast følgende:

Direkte og indirekte diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne er forbudt. Med direkte diskriminering menes at en handling eller unnløtelse har som formål eller virkning at personer på grunn av nedsatt funksjonsevne blir behandlet dårligere enn andre blir, er blitt eller ville blitt behandlet i en tilsvarende situasjon. Med indirekte diskriminering menes enhver tilsynelatende nøytral bestemmelse, betingelse, praksis, handling eller unnløtelse som fører til at personer på grunn av nedsatt funksjonsevne stilles dårligere enn andre. (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2018).

Ettersom bosetting av flyktninger med funksjonshemninger har vist seg vanskeligere enn flyktninger forøvrig, fikk flere av informantene spørsmål om hva som gjorde at enkelte kommuner sa ja til bosetting, og hvordan instansene argumenterte for å få flere til å gjøre dette.

Informanten fra KD pekte særlig på at ekstratilskuddet i stadig større grad ble markedsført fra IMDi til kommunene som en motivator for bosetting: «I en førsteperiode frem til 2015, økte nok utgiftene fordi det blir mer brukt, og mer markedsført som et tilskudd fra IMDi ved bosetting, fordi det var såpass mange som ventet i mottak» (IO1, intervju KD).<sup>20</sup>

Informantene fra IMDi poengterte at bosettingssaker med flyktninger med funksjonshemninger ofte må behandles på et høyere nivå enn ordinære bosettinger. «For en veldig tung helsesak det er ikke noe en vanlig flyktningkonsulent eller leder for en flyktningstjeneste kan si ja eller nei til. Hvis det er snakk om utgifter i millionklassen må det ofte lederinvolvering til» (IO1, intervju IMDi).

Betydningen av relasjoner for å avlaste systemet, som har blitt reflektert i flere deler av praksis, kommer også frem i bosettingsarbeidet.

... i noen tilfeller så er det en åpenbar tilknytning, det kan jo være at personen har nær familie i området som kan bistå med å avlaste for eksempel. Eller at personen rett og

---

<sup>20</sup> Denne økningen reflekteres i Prop. 21 S (2018-2019) «Endringer i statsbudsjettet 2018 under Kunnskapsdepartementet» der departementet foreslår å øke bevilgningen til integreringstilskuddet grunnet «en økning i tilskudd for flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker». Økningen antas å skyldes «en forventning om høyere utbetaling av tilskudd for de som ble bosatt i årene 2015–2017 enn tidligere lagt til grunn.» (s. 5).

slett har oppholdt seg lenge i et botiltak betalt av UDI som ligger i kommunen og allerede er inne i kommunens tjenesteapparat vil jo være et argument for at personen blir boende i kommunen, bare at det er kommunen som overtar ansvaret på en måte. (IO1, intervju IMDi)

I mange tilfeller forsøker IMDi også å argumentere utfra solidaritets- og fordelingsprinsipp.

Andre tilfeller kan det være rett og slett argumentasjon ut ifra solidaritetsprinsipp, alle kommuner som bosetter flyktninger må også påregne å bosette funksjonshemmede innimellom. Så der vil vi også se på «har denne kommunen tatt imot personer med funksjonshemninger de siste par årene eller har den det ikke» så der kan man jo også argumenter ut ifra at det er et fordelingsprinsipp, at alle kommuner må bidra i dette arbeidet. (IO1, intervju IMDi).

Til tross for at IMDi med ulik argumentasjon arbeider for å få flyktninger med funksjonshemninger bosatt, har det faktum at flere flyktninger må vente spesielt lenge på bosetting ført til at det ved flere anledninger har vært diskusjoner om bosetting bør lovreguleres.

Ja, de venter lenger i mottak før det blir bosatt og det reiser jo spørsmål om ikke myndighetene burde ha bedre ordringer eller sterkere insentiver for å få bosatt denne gruppen. Og da kan vi jo velge flere ting, man kan velge å gi kommunene mer penger og håpe at det løser det, eller man kan gå til lovgivning. (IO1, intervju KD).

Senest i 2011 hadde KD et forslag på høring om å lovregulere bosettinger. Forslaget fikk ikke flertall. Informanten fra KD viste til at både Sverige og Danmark har lovregulering av bosettinger (IO1, intervju KD). Den svenske bosettingsmodellen har hatt selvbosetting blant flyktninger som hovedprinsipp, men vedtok i 2016 en ny lov som innebærer at alle kommuner har plikt til å bosette flyktninger med oppholdstillatelse. Erfaringer tilsa at frivillige avtaler med kommunene ikke var tilstrekkelig for å bosette flyktingene innen rimelig tid, og fordeling av flyktninger ble derfor lovregulert i større grad (Søholt, Henningsen & Dyb, 2017, s. 30). I Danmark er bosettingen regulert av staten, der staten fordeler flyktninger til kommuner basert på et kvotesystem. Kommunen har da plikt til å skaffe en permanent bolig og tilby andre relevante tjenester til flyktingene de får tildelt (s. 31).

Kommunenes frivillighet ved bosetting av flyktninger er et sentralt prinsipp innenfor den norske modellen. KS, som representant for kommunene, er sterk motstander av lovregulering av bosetting. «Vi er jo helt imot det med tvang ovenfor kommunene. Det var forsøkt i 2001 vel, og vi fikk Stortinget til å gå imot det, og det har vært forsøkt en gang imellom der. Så det tror jeg ikke kommer med det første.» (IO1, intervju KS). Etersom bosetting fremdeles skjer på bakgrunn av frivillighet fra kommunene, og forsøk på å endre dette har mislyktes ved flere anledninger, kan ikke staten tvinge kommunen til å bosette bestemte personer. Å argumentere utfra et solidaritets- og fordelingsprinsipp kan ha gjennomslag hos flere kommuner, men dersom kommunene selv hevder det kun er bedre økonomiske støtteordninger som kan løse problemet på sikt, kan den ulike argumentasjonen, og problem- og løsningsforståelsen, på nasjonalt og lokalt nivå føre til en fastlåst situasjon der flyktninger med funksjonshemninger blir den tapende part.

Det er en interessant kontrast mellom bosetting av flyktninger med funksjonshemninger, og både nordmenn og familiegjenforente med funksjonshemninger. Arbeidet med flyktninger innebærer et element av valgfrihet. Kommunen vil ofte bosette flyktingene de blir forespurt av staten, men kan velge å si nei til å bosette enkeltpersoner eller familier. Nordmenn med funksjonshemninger blir født inn i en kommune, og får automatisk tilgang til kommunens tjenesteapparat. Familiegjenforente blir også flyttet til kommunen der deres familie er bosatt. Dersom noen av disse har funksjonshemninger kan ikke kommunen velge å si nei til dette. Informanten fra KS poengterer denne forskjellen:

De [familiegjenforente] kommer jo direkte til kommunen, så de må kommunene ta seg av, så det er jo allerede en belastning på kommunebudsjettet, så det er jo i tillegg til å ta nye som de frivillig skal bosette, det er verre. Og det har vi forståelse for, så lenge det blir så kostnadskrevende. (IO1, intervju KS)

Informanten pekte på at nettopp bosetting av familiegjenforente med funksjonshemninger kan gjøre kommuner mindre villige til å ta bosette flyktninger med funksjonshemninger som kommer via overføringssystemet eller som asylsøkere. Praksis tyder på at i situasjoner som innebærer valg, der noen vil prioriteres og andre nedprioriteres, kommer flyktninger med funksjonshemninger ofte bakerst i køen.

Flyktninger med funksjonshemninger er vanskeligere å bosette, og blir derfor sittende betydelig lenger i mottak enn flyktninger forøvrig. Ulike ideer om hva som er problemet og

hvordan det bør løses kan gjøre arbeidet med bosetting vanskeligere. Flyktninger med funksjonshemninger havner i klem mellom problemforståelsen på nasjonalt og kommunalt nivå.<sup>21</sup> Praksis på nasjonalt nivå reflekterer en idé om at flyktninger med funksjonshemninger så fort som mulig skal bli ordinære borgere og inn i ordinære systemer, og at tilskuddsordningene derfor ikke bør utvides, hvilket tyder på en menneskerettslig forståelse. Praksis på kommunalt nivå reflekterer en idé om at enkelte flyktninger representerer så store kostnader for kommunen at den kompensierende tilskuddsordningen må utvides, hvilket kan reflektere en medisinsk forståelse. Det antydes at arbeidet kan bli enda vanskeligere i fremtiden, da særlig informantene fra KS hevder kommunene kan bli enda mindre villige til å bosette i tiden fremover dersom situasjonen ikke endres. KS hevder utvidelse av finansieringsordningen er den eneste løsningen på problemet, og KD uttrykker at det ikke er noen planer om å foreta en slik utvidelse.

---

<sup>21</sup> Det kan trekkes paralleller fra den ulike argumentasjonen og problemforståelsen på ulike myndighetsnivå, og teorien til Poppelaars og Scholten (2008, s. 344-347). I følge Poppelaars og Scholten har ofte politikk på statlig nivå ofte en mer overordnet og visjonær problemdefinisjon, er mer preget av symbolpolitikk og normativ argumentasjon, og er responsiv til mediestrømninger og eksterne hendelser. Nasjonale myndigheters håndtering av integreringsspørsmål har i de fleste vest-europeiske land dreid i retning av en statsborgerskapstilnærming (citizenship approach) som innebærer en dreining fra fokus på særordninger rettet mot grupper til en individualistisk tilnærming hvor immigrantene i kraft av å være borgere har rettigheter og plikter på linje med landets øvrige befolkning. På lavere nivå vil politikken ofte være mer pragmatisk, med fokus på konkrete tiltak, kostnadshensyn og hvordan daglige utfordringer kan løses praktisk. I integreringsspørsmål kan dette være fokus på mottakerapparat, boligtilbud og kostnader. Denne forskjellen i logikk og argumentasjon kan gjøre samarbeidet mellom nasjonalt og lokalt nivå i integreringspolitikken krevende.

## 5 Diskusjon

Ettersom det er lite informasjon tilgjengelig om hvordan det arbeides med flyktninger med funksjonshemninger i norsk innvandrings- og integreringspraksis, har oppgaven ved hjelp av dokumenter og informanter kartlagt prosessen fra flyktninger velges ut til de bosettes i kommuner. Hver fase i innvandrings- og integreringsprosessen vil kreve at det gjøres valg og vurderinger. Praksis viser at det at en flyktning har en funksjonshemming har betydning i alle fasene som er kartlagt. Hvilke ideer om funksjonshemming som preger praksis, hvordan funksjonshemming forstås, vil påvirke vurderingene aktørene tar i ulike deler av prosessen. De ulike ideene om funksjonshemming vil legitimere ulik praksis, og på samme tid tilsidesette alternative perspektiver.

Uansett hvilken forståelse som legges til grunn vil det ikke forventes eller kreves en praksis der personer med funksjonshemninger alltid blir valgt ut som overføringsflyktninger, får asylsøknaden godkjent eller blir prioritert bosettingssaker. Analysen viser imidlertid at det legges andre restriksjoner på flyktninger med funksjonshemninger enn på andre flyktninger. Dersom flyktninger med funksjonshemninger, til tross for et potensielt større behov for gjenbosetting, asyl og rask bosetting i kommuner, systematisk tilsidesettes eller nedprioriteres, vil dette kunne være i strid med prinsippene om ikke-diskriminering både i de internasjonale konvensjonene og norsk diskrimineringslovgivning.

De ulike idealtypene har varierende gjennomslag hos ulike aktører og i ulike deler av prosessen. Hvilke ideer som karakteriserer ulike faser i innvandrings- og integreringsarbeidet, så vel som noen overordnede betraktninger som knytter de ulike fasene sammen, vil sammenfattes og diskuteres i den påfølgende diskusjonen.

### **Overføringsflyktninger**

Norge har konkrete forpliktelser, både i form av nasjonale lover som regulerer innvandringsarbeidet og internasjonale konvensjoner staten er tilknyttet. Innenfor disse rammene vil aktørene ha et tolkningsrom. Det gjøres valg og prioriteringer, disponeres ressurser og settes målsetninger som på ulike måter former praksis. Norske myndigheter har stor frihet i sammensetningen av kvoten for overføringsflyktninger. Begrepene som brukes for å argumentere for valg og prioriteringer i utvelgelsen, som «bosettingskapasitet», «beskyttelsesbehov» og «letttest integrerbare» er diffuse begrep, som skaper stort rom for

tolkning og skjønnsutøvelse. Flere aktører har pekt på at en manglende begrepsavklaring kan vanskeliggjøre likebehandling.

Analysen har vist at uttak av overføringsflyktninger i hovedsak reflekterer en medisinsk forståelse av funksjonshemming, både ved at det som har betydning i saker med funksjonshemminger ofte er hvor akutt eller alvorlig en helsetilstand er, og at det reflekteres et kostnadsperspektiv på en annen måte enn for andre sårbare flyktninger.

Den medisinske kvoten, som gjerne trekkes frem når overføringsflyktninger med funksjonshemminger diskuteres, er en kvote for personer med akutte, og ofte livstruende, helseutfordringer som kan helbredes med intervensjon fra norsk helsevesen. Kvoten kan gi livsviktig helsehjelp til syke flyktninger. Dersom den imidlertid brukes for å argumentere for at Norge allerede tar sin del av ansvaret for flyktninger med funksjonshemminger, mens kvoten i praksis er rettet mot flyktninger med sykdommer eller skader som kan behandles, kan den potensielt bidra til å gjøre det vanskeligere for flyktninger med varige funksjonshemminger å velges ut.

Analysen viser også at funksjonshemming ikke ser ut til å være en faktor som taler for inkludering i den ordinære kvoten overføringsflyktninger. På spørsmål om betydningen av funksjonshemming poengteres det at funksjonshemming i seg selv ikke er noe kriterium for utvelgelse. Praksis reflekterer imidlertid en prioritering av andre sårbare grupper, særlig kvinner og barn.

Å ta imot flyktninger med funksjonshemminger kan ha konsekvenser for antallet flyktninger staten tar inn. Det er rimelig å anta at det vil koste mer å inkludere og integrere flyktninger som på ulike måter er ekstra sårbare. Dersom staten har bevilget en viss sum til formålet, vil en prioritering av personer med et potensielt større hjelpebehov kunne gå ut over antallet flyktninger som får opphold. En slik argumentasjon reflekteres i praksis, når kostnaden for enkeltflyktninger med funksjonshemminger settes opp mot tilbudet til flyktningene som allerede er i Norge, og kommunens øvrige innbyggere. Antakelsen om at medisinske faktorer ved individets kropp gjør dem for ressurskrevende for resten av samfunnet legitimerer en praksis som ekskluderer de aktuelle flyktningene. I en menneskerettslig forståelse, der inkludering av personer med funksjonshemming ikke er et valg, men et spørsmål om

menneskerettigheter, vil dette ikke være en legitim grunn til å systematisk ekskludere personer med funksjonshemninger.

Argumentasjonen om at flyktninger med funksjonshemninger er ressurskrevende og representerer en for stor belastning for kommunene ble særlig reflektert i 2014-avslaget av 123 overføringsflyktninger. Avslaget ble sett i sammenheng med regjeringens prioriteringer og målsetninger i innvandringsarbeidet. Analysen har vist at regjeringens ønske om å prioritere de lettest integrerbare flyktningene, noe som henger tett sammen med et økende fokus på arbeid og resultater i innvandrings- og integreringspolitikken, kan tenkes å ha særlige konsekvenser for flyktninger med funksjonshemninger. Videre er det påpekt at på grunn av diskriminerende strukturer i avsenderland har personer med funksjonshemninger hatt langt dårligere muligheter til å opparbeide seg kompetanse relevant for norsk arbeidsliv. En menneskerettslig forståelse ville anerkjent at funksjonshemming ikke er statisk, men situasjonelt og kulturelt betinget, og at tiltak på samfunnsnivå i Norge vil kunne rette opp ekskludering basert på funksjonshemming. En medisinsk forståelse ser imidlertid ut til å prege praksis, og statistikk om lavere arbeidsdeltakelse vil i en slik forståelse anses som et naturlig resultat av feil i individets kropp. Målsetningene som i økende grad reflekteres i innvandring- og integreringspolitikken kan legitimere en praksis der staten er mindre villig til å velge ut flyktninger som de anser som mindre i stand til å arbeide og produsere ønskede resultater, og kommuner blir stadig mindre villig til å bosette disse.

Flere aktører peker på at de lettest integrerbare flyktningene ikke nødvendigvis er de med størst beskyttelsesbehov. Det er sannsynlig at de som defineres som lettest integrerbare ville klart seg bedre over alt, og dermed har mindre behov for gjenbosetting. En slik prioritering kan fremstå paradoksalt dersom den fører til at et system bygget på å beskytte sårbare mennesker, nedprioriterer eller tilsidesetter flere av de mest sårbare.

En faktor som trekkes frem som særlig viktig når det gjelder overføringsflyktninger med funksjonshemninger, er relasjoner. Viktigheten av relasjoner er også gjennomgående i andre faser, som vurdering av klagesaker og bosetting i kommuner. Relasjoner er viktig for alle mennesker, og vil ha stor betydning for alle flyktninger som skal etablere seg på et nytt sted. Måten relasjoner omtales på for flyktninger med funksjonshemninger kan imidlertid peke på en antakelse om at personer med funksjonshemninger er en byrde resten av samfunnet må



avlastes fra. I tråd med en medisinsk forståelse reflekterer dette at funksjonshemming er en iboende feil ved individet, og ikke noe som skapes i møte med samfunnet.

Med utgangspunkt i praksis kan det spekuleres i om enslige flyktninger med funksjonshemninger er blant de største taperne norsk innvandringssystem. Særlig kan dette gjelde personer som ikke klarer å ta seg til Norge på egenhånd, og derfor går gjennom systemet for overføringsflyktninger. Til tross for at gruppen er ekstra sårbar, ser kostnaden og belastningen de antas å representere, kombinert med manglende nettverk som kan avlaste samfunnet, ut til å gjøre at gruppen havner bakerst i køen når overføringsflyktninger til Norge velges ut.

Analysen viser at flyktninger med funksjonshemninger kan se ut til å bli nedprioritert til fordel for personer med akutte helseutfordringer som kan behandles på den ene siden, og flyktninger som anses mindre kostnadskrevende på den andre siden. Dersom flyktninger med funksjonshemninger systematisk tilsettes på grunn av sin funksjonshemming, kan dette sies å representere en diskriminerende praksis. Dette vil ha særlig stor betydning ettersom det antas at få av de mest sårbare flyktningene klarer å komme seg til Norge og søke asyl på egenhånd.

### **Asylsøknader og klagesaker**

Asylsøkere befinner seg i Norge på søkertidspunktet. Behovet for beskyttelse fra forfølgelse skal ligge til grunn for vurderingen av asyl- og klagesaker. Det påpekes fra flere hold at vurderingene skal være basert på en svært restriktiv praksis. Dette gjelder også for flyktninger med funksjonshemninger.

Analysen har vist at de fleste saker der funksjonshemming kan virke inn på retten til asyl vurderes etter § 38, det vil si om opphold skal gis på humanitært grunnlag. Da er det sentrale i vurderingen hvor akutt eller alvorlig en eventuell helsetilstand er, og om behandlingstilbudet i Norge er avgjørende for personens overlevelse. Det påpekes fra flere informanter at funksjonshemming også kan ha betydning for behovet for beskyttelse etter § 28 a), på grunn av økt risiko for forfølgelse grunnet medlemskap i en sosial gruppe. Forskning peker gjennomgående på en sammenheng mellom funksjonshemming og menneskerettsbrudd. Praksis viser imidlertid at vurdering av funksjonshemming etter § 28 nesten aldri gir grunnlag

for opphold. At saker om flyktninger med funksjonshemming oftest vurderes etter § 38 gjør at det primært er medisinske aspekter som anses som er relevante i vurderingen.

Det er interessant hvordan det er personer med akutte, livstruende, behandlebare helseutfordringer som prioriteres både i utvelgelse av overføringsflyktninger og vurdering av asylsøknader, og hvordan disse kan «fylle kvoten» og gjøre nåløyet enda trangere for personer med varige funksjonshemninger av mindre akutt karakter. En bevissthet rundt den økte diskrimineringen og manglende tilgangen til menneskerettigheter flyktninger med funksjonshemninger opplever, reflekteres i liten grad i vurdering av asylsøknader eller utvelgelse av overføringsflyktninger. En medisinsk idé er dominerende, og dermed legitimeres praksiser som hovedsakelig vektlegger medisinske aspekter ved funksjonshemming. Argumenter som ville vært sentrale i en menneskerettslig forståelse, som anerkjennelse av at flyktninger med funksjonshemninger har en ekstra sårbarhetsrisiko for krenkelser, og derfor kan ha behov for økt oppmerksomhet for å sikre sine rettigheter, tilsidesettes.

Analysen har også vist at innvandringsregulerende hensyn kan veie særlig tungt i saker med flyktninger med funksjonshemninger, både på grunn av frykt for en smitteeffekt med søknader fra personer med lignende utfordringer, og på grunn av vurderinger om at personer med funksjonshemninger ofte er kostbare for kommuner, og dermed vanskeligere å bosette. Praksis reflekterer en forståelse av funksjonshemming som en medisinsk problematikk, og at iboende egenskaper i individet kan gjøre personer med funksjonshemming ressurskrevende, og vanskelig å integrere.

På samme måte som i uttak av overføringsflyktninger er begrepene er som setter rammene for vurdering av asyl- og klagesaker diffuse begreper som skaper stort rom for skjønnsutøvelse. UDI kaller dette et rettssikkerhetsproblem, da det er umulig å etterprøve begrunnelser basert på innvandringsregulerende hensyn.

### **Asylmottak og registrering av funksjonshemming**

Standarden på asylmottak, og den ofte lange botiden, har vist seg særlig vanskelig for flyktninger med funksjonshemninger. Tiltaket som trekkes frem som særlig viktig for gruppen på asylmottak er tilrettelagte avdelinger. Denne ordningen representerer en tydelig medisinsk forståelse. Analysen viser at et tett samarbeid med helsevesenet, og et fokus på å

sikre medisinske behov, har resultert i god tilgang til helsetjenester for beboerne på TA. Det har vært langt mindre fokus på tiltak og aktører som ikke er av medisinsk karakter, som for eksempel tilrettelagt norskopplæring. Det er interessant hvordan fokus på utdanning og forberedelse til arbeidsliv ikke reflekteres, ettersom opplæring og arbeid i stadig større grad anses som nøkkelen til integrering. Dette kan tyde på at beboerne på TA i mindre enn den øvrige flyktninggruppen betraktes som potensielle ressurser.

Norge foretar ikke noen systematisk registrering av funksjonshemming hos asylsøkere eller flyktninger. Argumentene mot systematisk registrering viser til at denne gruppen må få ivaretatt sitt personvern på linje med den øvrige befolkningen. Flere aktører og rapporter har imidlertid hevdet at mer systematikk i registrering av funksjonshemming vil være avgjørende for å sikre at mest mulig informasjon er tilgjengelig i vurderingen av asyl- og klagesaker, for å gi et bedre tilbud til beboerne på mottak, og for å forberede kommunene best mulig for bosetting.

Analysen finner at praksis med registrering ikke reflekterer en klar forståelse av funksjonshemming på samme måte som flere av de andre fasene i innvandring- og integreringsprosessen. Praksis kan reflektere en medisinsk forståelse, der årsaken til at det ikke er nødvendig å registrere funksjonshemming er at det betraktes som en helseproblematikk, og at informasjon om dette tilhører helsevesenet og ikke er relevant for andre aktører enn medisinske. En menneskerettslig forståelse kommer imidlertid også til uttrykk. Fravær av systematisk registrering kan tyde på en forståelse der funksjonshemming betraktes på spekteret av naturlig variasjon, og flyktninger skal behandles som ordinære borgere. På lik linje med individuelle variasjoner og forutsetninger i befolkningen forøvrig, vil variasjoner i flyktninggruppen være naturlig. Kommunene selv, og flere rapporter referert til i oppgaven, hevder mer systematikk er nødvendig for å gi et bedre tilbud til den enkelte. Ettersom det sentrale i en menneskerettsforståelse er lik rettighetsoppnåelse i praksis, vil en slik forståelse imidlertid kunne legitimere en systematisering av registrering.

## **Bosetting**

Den delen av praksis som tydeligst reflekterer ulike forståelser av funksjonshemming er bosettingsfasen. Som vist i analysen gjør forskjellene i problemforståelse på ulike myndighetsnivå at samarbeidet om bosetting av flyktninger med funksjonshemninger har vist seg vanskelig. Analysen konkluderer med at det kommunale nivå reflekterer en medisinsk

forståelse med et ønske om utvidede særordninger for flyktninger med funksjonshemninger. Gjennomgående trekkes det frem at det er individet som, i kraft av iboende egenskaper, er ressurskrevende og utfordrende for kommunen og øvrige samfunnsmedlemmer. Ettersom det er individet, og ikke samfunnets manglende evne til å tilrettelegge, som er problemet, legitimeres tiltak for å kompensere kommunen for kostnaden individet representerer. Fokus på økonomiske særordninger, og at disse skal vare over lang tid, indikerer at flyktningene ikke regnes som «egne» borgere, selv etter å ha vært bosatt i kommunen i mange år.

Det nasjonale nivå reflekterer en menneskerettslig forståelse med et ønske om at flyktninger med funksjonshemninger så langt som mulig skal bli ordinære borgere, og at tilskuddsordningene derfor ikke bør utvides. Det er kommunenes ansvar å gi flyktninger med funksjonshemninger et tilbud på linje med nordmenn med funksjonshemninger. Det argumenteres for at dagens økonomiske støtteordninger bør være gode nok. Det at noen flyktninger kan ha større behov for tilpasning og tilrettelegging vil være naturlig fordi mennesker er forskjellige, og en praksis som systematisk tilsidesetter personer med funksjonshemninger vil ikke kunne legitimeres. De ulike forståelsene legitimerer ulik praksis, og som analysen har vist kan det resultere i at flyktninger med funksjonshemninger havner i klem mellom ulik problem- og løsningsforståelse på ulike myndighetsnivå. I materialet reflekteres det en frykt for at dette samarbeidet kan bli enda vanskeligere i fremtiden.

I alle deler av innvandrings- og integreringsløpet der det er valg, der noen velges ut og andre ikke, ser det ut til at flyktninger med funksjonshemninger havner bakerst i køen. Analysen viser at dagens system der kommunene selv kan velge hvem og hvor mange de ønsker å bosette særlig rammer flyktninger med funksjonshemninger, da kommunene gjerne velger flyktninger som betraktes som mindre ressurskrevende. Den generelle tendensen de siste par årene har vært at mange kommuner ønsker å bosette flere flyktninger enn de får tildelt. Dette står imidlertid i sterk kontrast til hvordan de forholder seg til flyktninger med funksjonshemninger, som ofte er vanskelig å få bosatt.

Flere av de samme ideene er gjennomgående i flere deler av prosessen. Både i debatten om overføringsflyktninger, vurdering av asyl- og klagesaker, og bosetting, er det flyktninger som antas å være lette å integrere, som har en kompetanse og en bakgrunn som gjør at de trolig

raskt til kunne komme i arbeid, som vil ha fortrinn i alle deler av prosessen. Analysen viser at flyktninger med funksjonshemming gjennomgående har dårligere odds for å bli prioritert.

### **Kritiske bemerkninger til forskningsopplegget**

I enhver sammensetning av overføringskvote, vurdering av asyl- og klagesak, opphold på asylmottak, og bosetting i kommuner er mange faktorer sentrale. For å kunne diskutere ideene på et mer generelt nivå har oppgaven uunngåelig måttet forenkle og karikere både teori og praksis. Ved å intervju flere ulike aktører, og søkt bredt etter sentrale dokumenter, har oppgaven forsøkt å presentere relevant praksis. I deler av praksis der aktørene er særlig uenige har argumentasjon fra begge hold blitt presentert.

Å avdekke ideer vil innebære en grad av tolkning. Dette er, som diskutert i metodekapittelet, en sentral del av en kvalitativ idéanalyse. Det kan imidlertid tenkes at aktørene selv vil være uenig i hvordan spesielle utsagn eller praksiser vurderes. Det har derfor vært viktig å poengtere at konklusjoner om hvilke ideer aktørene er bærere av i stor grad vil være antakelser basert på en kritisk lesning av empiri med idealtypene som veikart.

Å behandle flyktninger med funksjonshemninger som en gruppe, som er gjort i denne oppgaven, er problematisk på flere måter. Ulike demografiske karakteristikk, ulike funksjonshemninger og ulik grad av behov for tilrettelegging i hverdagen, kan gjøre at personer behandles på svært ulike måter. Å behandle flyktninger med funksjonshemninger som én gruppe er en tydelig forenkling. Det anses allikevel som verdifullt å undersøke hvordan Norge forholder seg til problematikken på et generelt nivå, særlig da problematikken har vært gjenstand for lite forskning.

### **Videre studier**

Eksisterende forskning peker på behovet for mer kunnskap om situasjonen til flyktninger med funksjonshemninger. En rekke andre områder kunne vært diskutert i denne oppgaven. Norsk innvandrings- og integreringspolitikk er et bredt fagfelt, der svært mange aktører er involvert. Arbeidet er preget av flernivå-styring, der hensyn på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå er i et konstant påvirkningsforhold til hverandre. Det aktuelle tema, å analysere ideer om flyktninger med funksjonshemninger i norsk praksis, er omfattende og bredt. Dette har hatt konsekvenser for hvor dypt oppgaven kan kunnet dykke i de ulike delene av praksis. Det

hadde vært interessant for fremtidige studier å ta for seg ulike deler av prosessen mer inngående, enten det knyttet seg til sammensetning av overføringskvote, vurdering av asylsøknader, diskusjoner om registrering og opphold på asylmottak, bosettingshensyn, eller integrering i kommuner.

Informanten fra NOAS hevder det kreves en grundig gjennomgang av hele asylprosessen med sikte på å utrede de spesielle behovene søkere med funksjonshemming kan ha. Blant annet trekkes store variasjoner i praksisen med verger, og utfordringer i advokatordningen, frem (IO1, intervju NOAS). Flere kilder trekker også frem situasjonen til mennesker med endelig avslag som særlig utfordrende. Flyktninger som har fått avslag på asylsøknaden mister en del rettigheter og har bare rett til nødvendig helsehjelp. Rapporten fra Lillevik, Sønsterudbråten og Tyldum (2017) peker på at manglende helserettigheter for personer med endelig avslag på asylsøknaden er særlig krevende for flyktninger med funksjonshemninger (s. 91).

Informanten fra KS nevner funksjonshemming hos familieegjenforente som en problemstilling som særlig den siste tiden har blitt løftet fra en rekke kommuner (IO1, intervju KS). Ingen av disse problemstillingene er behandlet i oppgaven.

Informantene nevner at det er store forskjeller i ulike kommunes tilnærming til problematikken. Det hadde vært interessant for fremtidige analyser å gå inn i disse forskjellene, enten i form av case-studier av enkelte kommuner, eller komparative kommunestudier som undersøker hvorfor det er så store variasjoner både i bosetting og integrering av flyktninger med funksjonshemninger. Her kunne også ulike demografiske karakteristikk, ulike funksjonshemninger og ulik grad av tilrettelegging i hverdagen, vært studert nærmere.

Denne oppgavens fokus på hvilke ideer som ligger til grunn for norsk innvandrings- og integreringsarbeid med flyktninger med funksjonshemninger har bare skrapet i overflaten på en mangefasettert problematikk. Mer forskning vil være nødvendig for å bedre forstå dette viktige feltet.

## **Avslutning**

Både i forskning og offentlige dokumenter reflekteres i stadig større grad sosiale forståelser av funksjonshemming, der fokuset er å bygge ned barrierer og sikre personer med funksjonshemming like rettigheter. Analysen har imidlertid vist at en medisinsk forståelse fortsatt er dominerende i mange aspekter ved arbeidet med flyktninger med

funksjonshemminger. Dokumenter aktørene trekker fram som sentrale har fokus på medisinsk behandling og økonomiske støtteordninger. Samarbeidspartnere som trekkes fram er helseaktører. Det er gjennomgående i intervjuene at spørsmål om funksjonshemming besvares med begreper som fremhever sykdom eller helseutfordringer. Rettigheter innenfor andre felt enn helse, blir i mindre grad nevnt.

Det er tydelig at flyktninger med funksjonshemminger betraktes på en annen måte enn andre sårbare grupper. For andre grupper som kan ses på som ekstra sårbare, som kvinner og barn, er det et tydelig fokus på at dobbel sårbarhet krever ekstra oppmerksomhet. For flyktninger med funksjonshemminger ser det ut til at et fokus på kostnader, relasjoner og at de ikke vil være like lette å integrere, veier tungt. Politikken har beveget seg fra en politikk der rettighetsfestet grunnsikring har vært dominerende til i stadig sterkere grad å legge vekt på sysselsettingsfremmende tiltak. Dette kan ramme flyktninger med funksjonshemminger spesielt, siden de i alle faser av prosessen kan risikere å bli definert utenfor rammen av de lettest integrerbare.

Funnene kan tyde på at flyktninger med funksjonshemminger i større grad enn nordmenn betraktes som en kostnad. Dersom fokuset gjennomgående er at flyktninger med funksjonshemminger representerer en tilleggskostnad for et felt som allerede koster det norske samfunnet mye, kan kostnadsperspektivet som reflekteres i en medisinsk forståelse befeste seg på en annen måte enn for nordmenn med funksjonshemminger. Dette kan bidra til å gjøre det legitimt å tilsidesette flyktninger med funksjonshemminger i flere faser i innvandrings- og integreringsarbeidet.

Ved utvelgelsen av overføringsflyktninger, blir flyktninger med funksjonshemminger gjerne nedprioriteres til fordel for personer med akutte helseutfordringer i den medisinske kvoten på den ene siden, og personer som antas å være mindre kostnadskrevende og lettere å integrere på den andre siden.

I vurdering av asyl- og klagesaker vurderes gjerne saker med flyktninger med funksjonshemminger etter § 38, hvor det akutte i helseutfordringen blir det sentrale. En bevissthet rundt økt diskriminering og manglende tilgang til menneskerettigheter for personer med funksjonshemming reflekteres i liten grad.

På asylmottak har både standarden, og den ofte lange botiden, vist seg å være særlig vanskelig for flyktninger med funksjonshemninger. Tilrettelagte avdelinger er et viktig supplement til ordinære mottak, men ved å preges av en medisinsk forståelse der beboerne primært betraktes som pasienter med medisinske behov, har ordningen tilsidesatt en prioritering av å stryke andre rettigheter og tilbud.

Registrering av funksjonshemming hos flyktninger er ikke systematisert, og oppgaven har vist at dette både kan reflektere en medisinsk og en menneskerettslig forståelse. Det vises til viktigheten av at flyktninger får oppfylt kravet til personvern på linje med øvrige innbyggere. Flere aktører og rapporter har imidlertid hevdet at mer systematikk i registrering av funksjonshemming vil være avgjørende for å sikre et bedre tilbud til den enkelte i alle faser, fra opphold på asylmottak, vurdering av søknader og bosetting.

Flyktninger med funksjonshemninger er vanskeligere å bosette, og analysen har vist at dagens system der kommunene selv kan velge hvem og hvor mange de ønsker å bosette særlig rammer flyktninger med funksjonshemninger, da kommunene gjerne velger flyktninger som betraktes som mindre ressurskrevende. På grunn av ulik problemforståelse, og dermed ulike oppfatninger om løsning, på statlig og kommunalt nivå, kan det tenkes at bosettingsfasen vil fortsette å være en utfordring fremover.

Analysen viser at til tross for å gjennomgående trekkes frem som særlig sårbare, og med særlig stort behov for vern av sine rettigheter, nedprioriteres eller tilsidesettes flyktninger med funksjonshemninger i flere faser av det norske innvandrings- og integreringsarbeidet. En medisinsk forståelse vil i større grad enn en menneskerettslig forståelse kunne legitimere disse prioriteringene.

Om en bevegelse mot menneskerettslig forståelse av funksjonshemming som reflekteres ellers i forskning og offentlige dokumenter i fremtiden også vil reflekteres i større grad i norsk innvandrings og integreringspraksis, vil dette kunne få konsekvenser for hvilke handlingsalternativer som vil anses som legitime i møte med flyktninger med funksjonshemninger. Da kan det også tenkes samfunnets respons på utfordringen vil være annerledes i fremtiden.



# Litteraturliste

- Andersen, S. S. (2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 22(03), 278-298.  
Hentet fra: [https://www.idunn.no/nst/2006/03/aktiv\\_informantintervjuing](https://www.idunn.no/nst/2006/03/aktiv_informantintervjuing)
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. (St. St nr. 40, 2002-2003). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-40-2002-2003-/id197129/sec1>
- Atlas-Alliansen. (2015, 01. desember). Fakta om funksjonshemmede flyktninger og deres rett til hjelp.  
Hentet fra fra <http://atlas-alliansen.no/wp-content/uploads/2015/12/Fakta-om-funksjonshemmede-flyktninger-og-deres-rett-til-hjelp.pdf>
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A. H., Jenkins, R., Albino, R. A., & Hauff, E. (2013). Disability associated with exposure to traumatic events: results from a cross-sectional community survey in South Sudan. *Bmc Public Health*, 13, 11. doi: 10.1186/1471-2458-13-469
- Barnes, C, Mercer, G, & Shakespeare, T (2010). The social model of disability. I A Giddens & P Sutton (Red.), *Sociology: Introductory readings* (3 utg., s. 161-166). Cambridge: Polity Press.
- Beckman, L. (2005). *Grundbok i idéanalys: Det kritiska studiet av politiska texter och idéer*. Stockholm: Santérus.
- Béland, D. & Cox, R. H. (2011). *Ideas and politics in social science research*. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, B. (2012). *Innvandring og funksjonshemming: minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Universitetsforl.
- Berg, B., Sveaass, N., Lauritsen, K., Meyer, M., Tingvold, L., & Neumayer, S. (2005). "Det Hainnle Om å Leve -": Tiltak for å Bedre Psykisk Helse for Beboere I Asylmottak. Hentet fra <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmliui/handle/11250/2430226>
- Berg, B., & Söderström, S. (2012). Bruk av tolk i vanskelige kommunikasjonsituasjoner. I Berit Berg (Red.), *Innvandring og funksjonshemming* (s. 190-208). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, L. K. (2019). Klar kritikk til Norge under FN-høring. *FFO*. Hentet fra <https://ffo.no/aktuelt/2019/norge-bryter-menneskerettighetene-for-funksjonshemmede/>
- Bergström, G. & Boréus, K. (2005). Sämhallsvetenskaplig text- og diksursanalys. I G. Bergström & K. Boréus (Red.), *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Berman, S. (2001). Ideas, Norms, and Culture in Political Analysis. *Comparative Politics*, 33(2), 231-250.  
Doi: 10.2307/422380
- Barne-, likestillings- og diskrimineringsdepartementet. (2006). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf).
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2014). *Research design and methods: a process approach* (9. Utg.). New York: McGraw-Hill.
- Bratberg, Ø. (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Bufdir. (2015, 27. mai). Hva er nedsatt funksjonsevne? Hentet fra fra [https://www.bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/](https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/)
- Bufdir. (2018, 10. august). Innvandrere med nedsatt funksjonsevne. Hentet fra [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Innvandring/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Innvandring/)
- Carens, J. H. (2013). *The Ethics of Immigration*. Oxford: Oxford University Press.

- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 140, 139-167. Hentet fra <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Crock, M., Smith-Khan, L., & McCallum, R. (2017). *The Legal protection of refugees with disabilities: forgotten and invisible?* Cheltenham: Edward Elgar.
- Crock, M., Ernst, C., & Ao, R. M. (2012). Where Disability and Displacement Intersect: Asylum Seekers and Refugees with Disabilities. *International Journal Of Refugee Law*, 24(4), 735-764. doi: 10.1093/ijrl/ees049
- Degener, T. (2016). Disability in a Human Rights Context. *Laws*, 5(3), 35. doi: 10.3390/laws5030035
- Dunn, K. C., & Neumann, I. B. (2016). *Undertaking discourse analysis for social research*. Ann Arbor, Mich: University Of Michigan Press.
- EDF. (2019). Migration and Refugees with Disabilities. Hentet fra <http://www.edf-feph.org/migration-refugees-disabilities>
- EU. (1953). Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Hentet fra <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/005>
- FN-Sambandet. (2018). Flyktningkonvensjonen. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Flyktninger/Flyktningkonvensjonen>
- Garland-Thomson, R. (2005). Feminist Disability Studies. *Signs*, 30(2), 1557-1587. doi:10.1086/423352
- Grue, J. (2009). Critical discourse analysis, topoi and mystification: disability policy documents from a Norwegian NGO. *Discourse Studies*, 11(3), 305-328. doi: 10.1177/1461445609102446
- Grue, J. (2011). Interdependent Discourses of Disability: A Critical Analysis of the Social/Medical Model Dichotomy. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/26291>
- Grue, J. (2015). *Teori i praksis: Analysestrategier i akademisk arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gursli-Berg, G. & Myhre, J. E. (2018). Norsk innvandringshistorie. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra [https://snl.no/Norsk\\_innvandringshistorie](https://snl.no/Norsk_innvandringshistorie)
- Hammersley, M. (1990) Reading ethnographic research: A critical guide. New York: Longman
- Hampshire, J. (2013). *The Politics of Immigration*. Contradiction of the Liberal State. Cambridge: Polity Press.
- Harris, J. (2003). 'All Doors are Closed to Us': A social model analysis of the experiences of disabled refugees and asylum seekers in Britain. *Disability & Society*, 18(4), 395-410. doi: 10.1080/0968759032000080968
- Haugsbø, F. (2014, 19. april). Yemane (56) vil saksøke staten etter 22 år i asylmottak. *VG*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/VEK1r/yemane-56-vil-saksoeke-staten-etter-22-aar-i-asylmottak>
- Hellum, A. (2012). Kvinnerettslige utviklingslinjer: Forståelser av kvinner, kjønn og rett - nedenfra og ovenfra. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 36(02), 131-148. Hentet fra [https://www-idunn-no.ezproxy.uio.no/tfk/2012/02/kvinnerettslige\\_utviklingslinjer\\_forstaaelser\\_av\\_kvinner\\_k](https://www-idunn-no.ezproxy.uio.no/tfk/2012/02/kvinnerettslige_utviklingslinjer_forstaaelser_av_kvinner_k)
- Helsedirektoratet. (2019). Veileder for helsetjenestetilbudet til asyøskere, flyktninger og familiegjenforente: Rettigheter, ansvar, organisering. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asyloskere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000>
- Helsedirektoratet. (2018). Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2018, 29. august). Statistikk om innvandring. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/innsikt/statistikk-om-innvandring/id2339904/>
- Kapieszewski, D., MacLean, L. M., & Read, B. L. (2015). *Field Research in Political Science: Practices and Principles*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Kinyanjui, B., Umeasiegbu, V., & Bishop, M. (2017). Rehabilitation Needs of Refugees with Disabilities in the United States: Implications for Vocational Rehabilitation Counselors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 48*(2), 5-14. doi: [10.1891/0047-2220.48.2.5](https://doi.org/10.1891/0047-2220.48.2.5)
- Kittelssa, A., & Berg, B. (2012). Dobbeltsårbar: Funksjonshemmete barn og unge i asylmottak. NTNU Samfunnsforskning. Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/forsknings-og-utviklingsrapporter/dobbeltsaarbar-funksjonshemmete-barn-i-asylmottak-2012/>
- Kittelsaa, A., & Berg, B. (2014). Interesseorganisasjoner for utviklingshemmede – også for innvandrere? (NTNU Rapport, 2014). Trondheim: NTNU Samfunnsforskning. Hentet fra <https://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/Interesseorganisasjoner-for-utviklingshemmede%E2%80%93ogs%C3%A5-for-innvandrere.aspx>
- KS. (2019). Hvem er vi?. Hentet fra <https://www.ks.no/om-ks/om-ks/hvem-er-vi/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, & de Jong, Jtm. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(7), 507-515. doi: [10.1007/s00127-008-0333-1](https://doi.org/10.1007/s00127-008-0333-1)
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. Preissle. (1982). Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Educational Research, 52*(1), 31-60. doi: [10.3102/00346543052001031](https://doi.org/10.3102/00346543052001031)
- Levy, J. S. (2008). Case Studies: Types, Designs, and Logics of Inference. *Conflict Management and Peace Science, 25*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/07388940701860318>
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2018). *Likestillings- og diskrimineringsloven: Lov av 16 juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering i kraft fra 1 januar 2018*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- Ludvigsen, B. G. (2018, 30. januar). Færre flyktninger gir hodebry for kommunene. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/sorlandet/faerre-flyktninger-gir-hodebry-for-kommunene-1.13872737>
- Makhashvili, N., Chikovani, I., McKee, M., Bisson, J., Patel, V., & Roberts, B. (2014). Mental Disorders and Their Association With Disability Among Internally Displaced Persons and Returnees in Georgia. *Journal of Traumatic Stress, 27*(5), 509-518. doi: [10.1002/jts.21949](https://doi.org/10.1002/jts.21949)
- Mehta, J. (2010). From ‘Whether’ to ‘How’: The Varied Roles of Ideas in Politics. I D. Beland & B. Cox (Red.), *How Ideas Matter: Reframing Political Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Meld. St. Nr. 27. (2012). *Barn på flukt*. (Meld. St. Nr. 30 (2011-2012). Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-27-2011-2012/id684767/>
- Minhas, R. S. (2014). The Double Disability of Refugee Children. *Academic Pediatrics, 14*(1), 8-9. doi: [10.1016/j.acap.2013.11.004](https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.11.004)
- Mirza, M. (2011a). Disability and cross-border mobility: comparing resettlement experiences of Cambodian and Somali refugees with disabilities. *Disability & Society, 26*(5), 521-535. doi: [10.1080/09687599.2011.589188](https://doi.org/10.1080/09687599.2011.589188)
- Mirza, M. (2011b). Disability and Humanitarianism in Refugee Camps: the case for a travelling supranational disability praxis. *Third World Quarterly, 32*(8), 1527-1536. doi: [10.1080/01436597.2011.604524](https://doi.org/10.1080/01436597.2011.604524)
- Mirza, M., & Heinemann, A. W. (2012). Service needs and service gaps among refugees with disabilities resettled in the United States. *Disability and Rehabilitation, 34*(7), 542-552. doi: [10.3109/09638288.2011.611211](https://doi.org/10.3109/09638288.2011.611211)
- Morgan, J. (2017). Disability—a neglected issue in Greece's refugee camps. *The Lancet, 389*(10072), 896-896. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)30645-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30645-1)
- Mosley, L. (2013). *Interview research in political science*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- NHF (2015, 28. september). Tall og fakta. Hentet fra <http://www.nhf.no/tall-og-fakta>
- NHFU (2018, 13. september). Et mangfoldig universitet. Hentet fra <https://nhfngdom.wordpress.com/2018/09/>
- NOAS. (2019). Slik jobber vi. Hentet fra <https://www.noas.no/om/>

- NOU 2001:22. (2001). *Bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>
- NOU 2005:8. (2005). *Likeverd og tilgjengelighet— Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-8/id390520/sec6>.
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje — Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, M. (1983). *Social work with disabled people* (Practical social work). London: The Macmillan Press.
- Ottosdottir, G., & Evans, R. (2014). Ethics of Care in Supporting Disabled Forced Migrants: Interactions with Professionals and Ethical Dilemmas in Health and Social Care in the South-East of England. *British Journal of Social Work, 44*, 53-69. doi: 10.1093/bjsw/bcu048
- Pisani, M., & Grech, S. (2015). Disability and Forced Migration: Critical Intersectionalities. *Disability and the Global South, 2*(1), 421-441. Hentet fra [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1505/Art\\_PisaniM\\_DisabilityForcedMigration\\_2015.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1505/Art_PisaniM_DisabilityForcedMigration_2015.pdf?sequence=1)
- Poppelaars, C., & Scholten, P. (2008). *Administration & Society, 40*(4), 335-357. doi:10.1177/0095399708317172
- Rees, S., Same, D. M., Tay, K., & Kareth, M. (2013). Human rights trauma and the mental health of West Papuan refugees resettled in Australia. *Medical Journal of Australia, 199*(4), 280-283. doi: 10.5694/mja12.11651
- Regjeringen. (2018, 29. august). *Aktører og ansvarsforhold i utlendingsforvaltninga*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/innsett/aktorar-og-ansvarsforhold-i-utlendingsforvaltninga/id448310/>
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Retief, M., & Letšosa, R. (2018). Models of disability: A brief overview. *2018, 74*(1). doi: 10.4102/hts.v74i1.4738
- Richards, L. & Morse, J. M. (2012). *Readme first for a user's guide to qualitative methods* (3. utg.). Los angeles, Calif: Sage.
- Roberts, K. (2000) Lost in the System? Disabled Refugees and Asylum Seekers in Britain, *Disability & Society, 15*:6, 943-948, DOI: 10.1080/713662008
- Rubin, H.J., & Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*: Sage Publications.
- Shakespeare, T. (2014). *Disability rights and wrongs revisited* (2. utg.). New York: Routledge.
- Shaw, L. R., Chan, F., & McMahon, B. T. (2012). Intersectionality and Disability Harassment: The Interactive Effects of Disability, Race, Age, and Gender. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 55*(2), 82-91. doi: 10.1177/0034355211431167
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma - Toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(4), 200-207. doi: 10.1097/00005053-199904000-00002
- Silove, D., Steel, Z., Bauman, A., Chey, T., & McFarlane, A. (2007). Trauma, PTSD and the longer-term mental health burden amongst Vietnamese refugees - A comparison with the Australian-born population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(6), 467-476. doi: 10.1007/s00127-007-0194-z
- Skarstad, K. (2019). *Funksjonshemmedes menneskerettigheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith-Khan, L., Crock, M., Saul, B., & McCallum, R. (2015). To 'Promote, Protect and Ensure': Overcoming Obstacles to Identifying Disability in Forced Migration. *Journal of Refugee Studies, 28*(1), 38-68. doi: 10.1093/jrs/feu020

- Stein, M. A. (2007). Disability Human Rights. *California Law Review*, 95(1), 75-121. doi: 10.2307/20439088
- Söderström, S., Berg, B., & Kittelsaa, A. M. (2011). *Snakker vi om det samme? : minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn i møte med tjenesteapparatet*. NTNU Samfunnsforskning. Hentet fra <https://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/Snakker-vi-om-det-samme.aspx>
- SSB. (2019, 14.mai). Personer med flyktningbakgrunn. Hentet fra <https://www.ssb.no/flyktninger>
- Søholt, S., Henningsen, E., & Dyb, E. (2017). *Bosettingsklare flyktninger og avtalt selvbosetting*. NIBR-rapport 2017:1. Oslo: NIBR, OsloMet. Hentet fra [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_boligforskning/2018/01/avtalt\\_selvbosetting\\_blant\\_flyktninge\\_r\\_og\\_det\\_norske\\_bosett](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_boligforskning/2018/01/avtalt_selvbosetting_blant_flyktninge_r_og_det_norske_bosett)
- Tangstad, C. S. (2008). Kvinnekommissjonen – beskyttelse på grunnlag av kjønn. *Kritisk juss*, 34(04), 201-206. Hentet fra [https://www.idunn.no/kritisk\\_juss/2008/04/kvinnekommissjonen\\_beskyttelse\\_paa\\_grunnlag\\_av\\_kjoenn](https://www.idunn.no/kritisk_juss/2008/04/kvinnekommissjonen_beskyttelse_paa_grunnlag_av_kjoenn)
- UN (2019). Refugees and migrants with disabilities. Hentet fra [https://www.un.org/development/desa/disabilities/refugees\\_migrants\\_with\\_disabilities.html](https://www.un.org/development/desa/disabilities/refugees_migrants_with_disabilities.html)
- Weber, M. (1947). *Max Weber: The Theory of Social and Economic Organization*. Glencoe, IL: Glencoe, IL: Free Press.
- WHO & World Bank. (2011). World Report on Disability. Hentet fra [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
- World Health Organization. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organisation. Hentet fra <https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>
- Øie, K. E. & Holte, A. (2015, 3. desember). Sist i køen. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/ytring/funksjonshemmede-flyktninger-star-bakerst-i-koen-1.12683318>
- Østby, L. (2016, 14. desember). Fra asylsøker til flyktning – før og etter kriseåret 2015. *SSB*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fra-asylsoker-til-flyktning-for-og-etter-krisearet-2015>

### Primærkilder:

- Bahus, V. B. (2019, 08. januar). Asylmottak. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/asylmottak>
- Berg, B., & Kittelsaa, A. (2012). Dobbeltsårbar - asylsøker og funksjonshemmet. I Berit Berg (Red.), *Innvandring og funksjonshemming* (s. 172-189). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjåen, B. K. (2019, 29. juli). Kommuner nekter å bosette syke flyktninger. *Vårt Land*. Hentet fra <https://www.vl.no/nyhet/kommuner-nekter-a-bosette-syke-flyktninger-1.1560191>
- Brekke, J., Vevstad, V., & Sveaass, N. (2010). Sårbare asylsøkere i Norge og EU: identifisering, organisering og håndtering (ISF-rapport 2010:14). Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/forsknings-og-utviklingsrapporter/sarbare-asylsokere-i-norge-og-eu.-identifisering-organisering-og-handtering-2010/>
- Case of Paposhvili v. Belgium, The European Court of Human Rights, Strasbourg, (no. 41738/10, GC). 13. Desember 2016. Hentet fra <https://www.asylumlawdatabase.eu/en/content/paposhvili-v-belgium-no-4173810-gc-articles-3-and-8-13-december-2016>
- Granavolden. (2019). Granavolden-plattformen: Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2626036/>
- IMDi. (2019, 14. februar). Tilskudd for flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker. Hentet fra <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-funksjonshemninger-atferdsvansker/>
- Jeløya, (2018). Jeløya-plattformen: Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2585544/>

- Johansen, P. A. (2014, 14. juni). «Det har oppstått en situasjon». *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/XwApb/det-har-oppstaatt-en-situasjon#.U57CAqldVyw>
- Journalen. (2016, 21. januar). Vil ta imot flere funksjonshemmede flyktninger. *Journalen*. Hentet fra <https://journalen.oslomet.no/innenriks/2016/01/vil-ta-imot-flere-funksjonshemmede-flyktninger>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2015). G-04/2015: Retningslinjer for arbeidet med overføringsflyktninger jf. Utlendingsloven § 35. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-g-042015-retningslinjer-for-arbeidet-med-overforingsflyktninger-jf.-utlendingsloven--35/id2426422/>
- Kommunal-, & Forvaltningskomiteen. (2014). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen og Audun Lysbakken om at Norge tar imot de 123 syriske flyktningene som regjeringen sa nei til med henvisning til kommunenes kapasitet*. (Innst. 121 S (2014–2015)). Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-121/?lv1=0>.
- Kunnskapsdepartementet (2018). *Integrering gjennom kunnskap. Regjeringens integreringsstrategi 2019–2022*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/710bc325b9fb4b85b29d0c01b6b6d8f1/regjeringens-integreringsstrategi-20192022.pdf>
- Lillevik, R., Sønsterudbråten, S. & Tyldum, G. (2017). *Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak: Et tilbud til asylsøkere med helseproblemer* (Fafu-rapport 2017:22). Hentet fra [https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou\\_i/asylmottak/evaluering-av-tilrettelagt-avdeling.pdf](https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/asylmottak/evaluering-av-tilrettelagt-avdeling.pdf)
- Meld. St. Nr. 30. (2016). *Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk*. (Meld. St. Nr. 30 (2015-2016). Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20152016/id2499847/sec3>
- Njaastad, O. & Kumano-Ensby, A. L. (2014, 29. oktober). -Vi lar de sykeste flyktningene dø. *NRK*. Hentet fra [https://www.nrk.no/dokumentar/\\_-vi-lar-de-sykeste-flyktningene-do-1.12008561](https://www.nrk.no/dokumentar/_-vi-lar-de-sykeste-flyktningene-do-1.12008561)
- NOU 2011:10. (2011). *I velferdsstatens venterom - mottakstilbudet for asylsøkere*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-10/id645250/>
- NOU 2017:2. (2017). *Integrasjon og tillit: Langsiktige konsekvenser av høy innvandring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/c072f7f37da747539d2a0b0fef22957f/no/pdfs/nou201720170002000dddpdfs.pdf>.
- Ot.prp.nr. 75 (2006-2007). (2007). *Om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven)*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f0a671a54de9453a8409a3abc04ed4c8/no/pdfs/otp200620070075000dddpdfs.pdf>
- Prestegård, S. (2017, 04. september). Vil ta imot sårbare flyktninger. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/innenriks/vil-ta-imot-sarbare-flyktninger-1.1020045>
- Prop. 21 S (2018–2019) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) Endringer i statsbudsjettet 2018 under Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/cddea49b47534227994227e62c6d78dc/no/pdfs/prp201820190021000dddpdfs.pdf>
- Stortinget. (2016, 19. januar). Stortinget – Møte tirsdag den 19. Januar 2016 kl. 10. Sak nr. 12 [17:15:20]. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2015-2016/160119/12/>
- Støa, E. (2015, 15. Oktober). Nøkternt, men forsvarlig? *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/nokternt-men-forsvarlig-1.460817>
- Sundvolden. (2013). Sundvolden-plattformen: Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/>

UDI. (2019). Overføringsflyktninger (kvoteflyktninger). Hentet fra. <https://www.udi.no/ord-og-begreper/overforingsflyktninger/#link-4362>

Utlendingsloven (2008). Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (LOV-2008-05-15-35).

Hentet fra <https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/sentrale/utlendingsloven/>

Vengen, E. E. (2016, 17. Mars). Vanskeleg å busetje funksjonshemma flyktningar. *NRK*. Hentet fra:

<https://www.nrk.no/norge/vanskeleg-a-busetje-funksjonshemma-flyktningar-1.12857833>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Deltakelse i masteravhandling om flyktninger med funksjonshemninger

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å styrke kunnskapsgrunnlaget om situasjonen til flyktninger med funksjonshemninger i Norge. Dette skrivet vil gi informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

#### Formål

Masteravhandlingen omhandler innvandring- og integrering av flyktninger med funksjonshemninger i Norge. Avhandlingen er en kvalitativ idéanalyse som vil analysere både sentrale offentlige dokumenter, samt semi-strukturerte intervju av nøkkelinformanter, for å belyse hvordan norske myndigheter arbeider med gruppen.

Forskning på flyktninger med funksjonshemninger, både nasjonalt og internasjonalt, påpeker at det fremdeles er store kunnskapshull og manglende forståelse for situasjonen til flyktninger med funksjonshemninger. Et viktig mål for denne oppgaven vil derfor være å bidra til å utvide kunnskapsgrunnlaget om gruppens situasjon i Norge.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Masteravhandlingen inngår som del av et masterstudium i statsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Veiledere er Øivind Bratberg ved UiO og Kjersti Skarstad ved Bufdir.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få bedre oversikt over arbeidet med flyktninger med funksjonshemninger i Norge vil det være sentralt å intervju informanter som nettopp besitter kunnskap om gruppen. Informantene arbeider i instanser som på ulike måter bidrar til å utvikle og/eller utføre politikk som berører den aktuelle gruppen. Deltakelse i studiet fra personer som besitter denne kunnskapen vil være helt avgjørende for studiets formål.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien innebærer å stille til et intervju. Intervjuet vil, med tillatelse fra deg, tas opp. Dette er for å sikre at all relevant informasjon blir registrert. Opptakene vil destrueres i etterkant av transkribering.

#### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun jeg vil ha tilgang til denne informasjonen.



Ditt navn vil erstattes med koder som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen oktober. Etter prosjektslutt vil personopplysninger destrueres.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student Marie Ljosland Waale, [marielwa@student.sv.uio.no](mailto:marielwa@student.sv.uio.no) og veileder Øivind Bratberg ved UiO, [oivind.bratberg@stv.uio.no](mailto:oivind.bratberg@stv.uio.no)
- Personvernombud ved UiO Maren Magnus Voll, e-post: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marie Ljosland Waale  
Masterstudent

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.10.19.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)