

Anna Kittelsaa og Berit Berg

# Dobbelt sårbar

Funksjonshemmete barn og unge i  
asylmottak

---

NTNU SAMFUNNSFORSKNING AS

Avdeling for mangfold og inkludering

## NTNU Samfunnsforskning AS

Postadresse: NTNU Samfunnsforskning, 7491 Trondheim

Besøksadresse: Dragvoll Allé 38 B, Trondheim

Telefon: 73 59 63 00

Telefaks: 73 59 66 24

E-post: [kontakt@samfunn.ntnu.no](mailto:kontakt@samfunn.ntnu.no)

Web.: [www.ntnusamfunnsforskning.no](http://www.ntnusamfunnsforskning.no)

Foretaksnr. NO 986 243 836

NTNU Samfunnsforskning AS

Avdeling for mangfold og inkludering

Mars 2012

ISBN 978-82-7570-259-1

Omslag og trykking: NTNU trykk

# Forord

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet, både politisk, faglig og mediemessig, rettet mot situasjonen til asylsøkere i Norge. Etter hvert har det vært en økende oppmerksomhet knyttet til grupper som befinner seg i en spesielt sårbar situasjon mens de venter på å få sin asylsøknad avklart. Det gjelder barn og unge, enten de kommer sammen med sine foreldre eller alene, og det gjelder personer med funksjonsnedsettelse. Fokus i denne rapporten er rettet mot de som har "dobbel opp". De er barn og unge – og de har en funksjonsnedsettelse. Vi har valgt å kalle dem "dobbel sårbar". I realiteten er de kanskje både dobbelt og trippel sårbar – som asylsøkere, barn og funksjonshemmete.

Rapporten sammenfatter resultatene fra prosjektet Funksjonshemmede barn og unge i asylmottak. Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra Utlendingsdirektoratet, med oppstart i 2010, datainnsamling i 2011, og slutføring av rapport i 2012. Formålet med prosjektet har vært å si noe om forekomst av funksjonshemming blant barn og unge som bor på asylmottak, samt å få fram hvilke utfordringer denne gruppa lever med på mottaket, i møte med helsevesenet, skolen og andre offentlige instanser. Rapporten baserer seg på et sammensatt datamateriale. Vi har gjennomført en breddeundersøkelse ved samtlige asylmottak, og vi har gjennomført en casestudie i seks mottak. Ved disse mottakene er det gjennomført dybdeintervjuer med ansatte og samarbeidspartnere, og det er gjennomført besøk hos familier som har barn med funksjonsnedsettelse. I tillegg til dette har vi gjennomgått en stor mengde dokumenter som har bidratt til å kaste lys over utfordringene for denne gruppa. Tusen takk til alle som har bidratt med informasjon, refleksjon og tilrettelegging.

Prosjektet er gjennomført av en forskergruppe bestående av Berit Berg, Anna Kittelsaa, Sylvia Söderström og Kristin Thorshaug. Anna Kittelsaa og Sylvia Söderström har hatt hovedansvaret for case-studien, Kristin Thorshaug har vært ansvarlig for breddeundersøkelsen og Berit Berg har vært prosjektleder. Rapporten er skrevet av Anna Kittelsaa og Berit Berg, med innspill fra de to andre forskerne. I tilknytning til prosjektet har det vært oppnevnt en referansegruppe bestående av representanter fra Justisdepartementet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Integrerings og mangfoldsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, KS, Norges Handikapforbund og Utlendingsdirektoratet. Vi vil få takke for alle innspill og gode diskusjoner under veis. En særlig takk til Berit Øverland fra Utlendingsdirektoratet, som har vært en aktiv og god samtalepartner i prosjektets ulike faser.

Trondheim februar 2012

Anna Kittelsaa

Berit Berg



# Innhold

Forord	i
Innhold	iii
Sammendrag	v
1 Innledning	1
1.1 Prosjektets bakgrunn	1
1.2 Tema og problemstillinger	2
1.3 Gjennomføring, datagrunnlag og metode	4
Breddestudien	4
Dybdestudien	6
1.4 Rapportens oppbygning	7
2 Bakgrunn og kunnskapsstatus	9
2.1 Hva er funksjonshemming?	9
2.2 Barn og unge med nedsatt funksjonsevne	11
2.3 Hvordan fange opp barn og unge med funksjonsnedsettelse i mottak?	13
2.4 Tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne i asylmottak	14
3 Funksjonsnedsettelse blant barn i mottak	17
3.1 Hvor mange har nedsatt funksjonsevne?	17
3.2 Gråsoner	18
3.3 Mørketall	19
3.4 Mellom nøktern standard og likeverdige tjenester	22
4 Barn og unge i asylmottak	25
4.1 Sårbare grupper	25
4.2 Ventetid og frykt for avslag	26
4.3 Belastninger i hverdagen	28
4.4 Enslige mindreårige asylsøkere	29
4.5 Balanse mellom helserisiko og mestring	30
5 Synlige og usynlige funksjonsnedsettelse	33
5.1 Minoritetsfamiliers møte med hjelpeapparatet	33
5.2 Hvordan oppdages nedsatt funksjonsevne?	34
5.3 Rutiner ved overføring til ordinære asylmottak	36
5.4 Synlige og mindre synlige funksjonsnedsettelse	38
5.5 Hvordan kan man oppdage funksjonsnedsettelse som er lite synlige?	40

6 Barnehage og skole	45
6.1 Barnehagen som integrerende institusjon	46
6.2 Barns rett til tilpasset opplæring	49
6.3 Utredning og sakkyndig vurdering	52
6.4 Skolen – oppvekstarena og samarbeidspartner	54
6.5 � kunne være barn	55
7 Hjelpemidler og tilrettelegging	57
7.1 Rett til tjenester	57
7.2 Tilgjengelighet	59
7.3 Når det meste fungerer	62
7.4 Avlastning og støttekontakt	62
7.5 Ekstraordinære tiltak	64
7.6 Likeverdige offentlige tjenester	66
8 Samarbeid med foreldre	69
8.1 Familien i et helhetsperspektiv	69
8.2 Foreldrenes situasjon	72
8.3 Språk og kommunikasjon	73
8.4 Bruk av tolk	74
9 Oppfølging, samarbeid og kompetanse	77
9.1 Ansvarsgrupper og individuell plan	77
9.2 Når bør det henvises videre?	78
9.3 Offentlig vegring	79
9.4 "Vi vet ikke hvor lenge de blir her"	80
9.5 Samarbeid og hjelpetiltak	82
9.6 Kompetanse og kompetansebehov i mottak	82
10 Oppsummering og anbefalinger	85
10.1 Oppsummering og hovedinntrykk	85
10.2 Anbefalinger for det videre arbeidet	86
Oversikt over tabeller og figurer	91
Vedlegg – Tabeller og figurer fra breddeundersøkelsen	92
Referanser	105

# Sammendrag

Denne rapporten er skrevet på oppdrag av Utlendingsdirektoratet og handler om funksjonshemmete barn og unge i asylmottak. Kunnskapen om denne gruppa er begrenset – både i Norge og i land det er vanlig å sammenligne oss med. Barn og unge med funksjonsnedsettelse i asylmottak er bare unntaksvis inkludert i utredninger, forskning og kunnskapsoversikter. Et hovedsiktemål med rapporten har derfor vært å bidra til å framskaffe kunnskap om hva som er de særlige utfordringer for denne dobbelt sårbare gruppa.

Fokus i rapporten er rettet mot følgende fire områder:

1. Kartlegging av forekomsten av funksjonshemning blant barn og unge bosatt i mottak
2. Tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne *ved mottakene*, sett hen til krav om normalisering og en aktiv hverdag
3. Tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne innenfor *helsevesenet*
4. Tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne innenfor *undervisningssektoren*

Undersøkelsen har avdekket utfordringer på ulike nivå. På et overordnet nivå pekes det på utfordringer knyttet til juridiske rettigheter og økonomi, på det utøvende nivået pekes det på utfordringer knyttet til kompetanse og samarbeidet med det kommunale hjelpeapparatet, og i forhold til brukernivået understrekes det fra alle hold at hovedutfordringen for denne gruppa er selve mottakstilværelsen, som representerer en stor tilleggsbelastning for personer som allerede befinner seg i en sårbar situasjon.

Samtidig som undersøkelsen har avdekket områder der gruppa funksjonshemmete barn og unge i mottak stiller svakt, ser vi også mange eksempler på at både mottaksansatte, helsepersonell og andre innenfor tjenestesystemene strekker seg lang når det gjelder å finne praktiske løsninger. Problemet er at dette blir veldig personavhengig. Du kan være heldig og komme til et mottak der ansatte har kompetanse på feltet og hvor kommunen er villig til å strekke seg langt, men du kan også komme til et mottak der man har en "vente og se" holdning og hvor kommunen tolker lovverket innskrenkende. Selv om UDIs ekstratilskott kan kompensere for noen av hullene i systemet, viser erfaringene at dette ikke er tilstrekkelig. Når det gjelder de mer grunnleggende forholdene knyttet til oppholdstid i mottak, er det lite eller ingenting det utøvende leddet kan gjøre med dette. Hvis vi legger til grunn at dette er en av hovedutfordringene for denne beboergruppa, blir det viktig at også dette gjenspeiles i

anbefalingene for det videre arbeidet. Det betyr selvsagt ikke at kortere oppholdstid fjerner behovet for tekniske hjelpemidler, helsehjelp og annen konkret tilrettelegging, men det er en understreking av at disse forholdene henger sammen.

Når det gjelder konkrete anbefalinger for det videre arbeidet, er det særlig på følgende områder vi ser behov for tiltak:

- Bedre rutiner for identifisering av funksjonshemming
- Kompetanseoppbygging om funksjonshemming blant mottaksansatte
- Utvikling av informasjonstiltak til foreldre med funksjonshemmete barn
- Utvikling av samarbeidsrutiner for å sikre bedre koordinering mellom mottak og kommunalt tjenesteapparat
- Bedring av bo- og omsorgssituasjonen i mottak
- Utvidet bruk av alternativ mottaksplassering
- Tilbud om barnehage til alle barn fra et års alder
- Lik rett til tjenester – også etter helse- og omsorgsloven
- Avklaring med hensyn til rettigheter og finansiering av spesialundervisning



# 1 Innledning

## 1.1 Prosjektets bakgrunn

Denne rapporten er skrevet på oppdrag for Utlendingsdirektoratet og handler om funksjonshemmete barn og unge i asylmottak. Kunnskapen om denne gruppa er begrenset – både i Norge og i land det er vanlig å sammenligne oss med. Barn og unge med funksjonsnedsettelse i asylmottak er bare unntaksvis inkludert i utredninger, forskning og kunnskapsoversikter. I rapporten "Sårbare asylsøkere i Norge og EU" (Brekke, Vevstad og Sveaass 2010) er funksjonshemming omtalt som eksempel på sårbarhet, men det står lite spesifikt om denne gruppas særlige behov i mottakssammenheng. I utredningen "I velferdsstatens venterom" (NOU 2011:10) er funksjonshemmete omtalt i et kapittel om asylsøkere og helsetjenester, hvor det slås fast at *kunnskapsbehovet synes å være betydelig*.

Et siktemål med denne rapporten er derfor å bidra til å tette et kunnskapshull. Det er imidlertid viktig å understreke allerede innledningsvis at funksjonshemming er en kategori som kan være vanskelig både å definere og avgrense. Hvis en person er avhengig av rullestol, ikke kan se eller ikke kan høre, vil de aller fleste oppfatte dem som funksjonshemmet. Funksjonsnedsettelsen representerer en betydelig utfordring i hverdagen, og den er lett å oppdage. Men hvor går grensen mellom det å være funksjonshemmet og funksjonsfrisk? Hva med psykiske lidelser, kognitive lærevansker eller utviklingshemming? Og – hvordan forstås og defineres funksjonshemming av personer som har levd mesteparten av sitt liv i en annen samfunnsmessig og kulturell kontekst? Dette er noen av de spørsmålene vi har måttet forholde oss til i dette prosjektet. Uklare definisjoner og ulike oppfatninger om hva funksjonshemming egentlig er, har vanskeliggjort nøyaktige optellinger. I tillegg er rutinene for identifisering mangelfulle (ibid). Dette er spørsmål som vi vil komme nærmere tilbake til i rapporten.

Når det gjelder juridiske rettigheter på mottaksfeltet er det vanskelig å få oversikt fordi jussen på dette området er fragmentert og ad hoc preget (Vigdis Vevstad 2010<sup>1</sup>). EU har et eget Mottaksdirektiv (2003/9/EC), men dette er ikke innlemmet i norsk lovgivning. I Mottaksdirektivet er funksjonshemmete (disabled people) omtalt som en av flere sårbare grupper (Art. 17). Her står det blant annet:

*Member States shall take into account the specific situation of vulnerable persons such as minors, unaccompanied minors, **disabled people**, elderly people, pregnant*

---

<sup>1</sup> Presentasjon av forskningsprosjekt om sårbare asylsøkere i Norge og EU-identifisering m organisering og håndtering v/jurist og forsker Vigdis Vevstad, Son 19. november 2010.

*women, single parents with minor children and persons who have been subjected to torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence (...)*

Det understrekes videre at identifisering av sårbare grupper må skje gjennom en individuell vurdering, noe som forutsetter klare prosedyrer som er i stand til å fange opp ulike former for sårbarhet – f eks funksjonshemming. I et forskningsprosjekt om sårbare grupper i mottak (gjennomført av Institutt for samfunnsforskning) konkluderes det med at det er behov for eksplisitt lovgivning om identifisering og tiltak (Brekke m.fl. 2010). I dag er identifiseringen i mottaksfasen tilfeldig, noe som kan medføre at barn og unge ikke på en systematisk måte fanges opp. Hvordan identifiseringen foregår og hvilke tiltak som iverksettes er imidlertid noen av de sentrale forskningsspørsmålene i dette prosjektet.

## **1.2 Tema og problemstillinger**

Målet med prosjektet er å øke kunnskapen om barn og unge med nedsatt funksjonsevne i asylmottak. Fra myndighetenes side er resultatene tenkt brukt for å iverksette tiltak for å bedre forholdene for denne gruppa under opphold i mottak og ved bosetting/retur til hjemlandet. Resultatene har også som siktemål å gjøre UDI bedre i stand til å samarbeide med undervisnings- og helsesektoren om tiltak som sikrer at asylsøkerbarn med nedsatt funksjonsevne gis et tilfredsstillende tilbud.

I oppdragsbeskrivelsen understrekes det at regjeringen er opptatt av at personer som får opphold i Norge, skal delta og bidra i samfunns- og arbeidsliv:

*Barn og unge med innvandrerbakgrunn må få et godt grunnlag for å kunne delta i samfunnet og ta selvstendige valg. Informasjon departementet har mottatt tilsier at det kan være en overhyppighet av funksjonshemminger blant innvandrerbarn, som kan medføre lærevansker og vanskeliggjøre integreringen i Norge. Ansvar for oppfølgingen av barna er fordelt på flere sektormyndigheter. Departementet vil i samarbeid med andre berørte departementer, foreta en kartlegging av denne problematikken, som grunnlag for ev. videre oppfølging. Denne konkrete studien som omhandler asylsøkerbarn vil inngå som en del av denne helhetlige studien.*

Denne kartleggingen omfatter både enslig mindreårige asylsøkere og barn som kommer i følge med voksne omsorgspersoner som søker asyl. Det understrekes videre at man med funksjonshemminger inkluderer alle former for funksjonsnedsettelse, fysiske og psykiske, som kan ha innvirkning på barna og de unges livsutfoldelse.

Prosjektet omhandler følgende fire fokusområder:

1. Kartlegging av forekomsten av funksjonshemning blant barn og unge bosatt i mottak
2. Tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne ved *mottakene*, sett hen til kravene om normalisering og en aktiv hverdag.
3. Tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne innenfor *helsevesenet*
4. Tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne innenfor *undervisningssektoren*

Hvert av fokusområdene er konkretisert i et sett av problemstillinger. Kartleggingen av forekomst av funksjonshemning (fokusområde 1) skal blant annet omfatte følgende:

- Andelen barn og unge med nedsatt funksjonsevne som oppholder seg i mottak
- Hvilke funksjonshemninger forekommer blant denne gruppa
- Hvilke funksjonshemninger blir *ikke* oppdaget og registrert.

Når det gjelder *ivaretagelsen av barn og unge ved asylmottaket* (fokusområde 2), er særlig følgende problemstillinger sentrale:

- I hvilken grad oppdages og registreres barn og unges funksjonshemminger av mottakspersonell?
- I hvilken grad overleveres nødvendig medisinsk dokumentasjon om personenes helsetilstand til IMDI i forbindelse med bosettingsarbeidet?
- I hvilken grad bidrar mottaket til innhenting av medisinske opplysninger som kan lede til bosetting?
- Kunnskapsnivået om nedsatt funksjonsevne blant foreldre og mottakspersonell.
- Kunnskapsnivået om personer med nedsatt funksjonsevnes rettigheter blant foreldre og mottaksansatte
- Får barn og ungdom med registrert nedsatt funksjonsevne den oppfølgingen de har krav på og behov for i asylmottakene?
- I hvilken grad er bo og aktivitetstilbud i asylmottak tilrettelagt for denne gruppa?

*Helsevesenets* ivaretagelse av denne målgruppa (fokusområde 3) retter søkelyset mot følgende:

- I hvilken grad registrerer helsepersonell funksjonshemninger blant barn og unge som er asylsøkere?
- I hvilken grad igangsettes det tiltak for å øke funksjonshemmede asylsøkerbarns funksjonsevne innenfor helsevesenet?
- Hvilke faktorer avgjør om det igangsettes tiltak ovenfor denne gruppa?

Når det gjelder *undervisningssektorens* ivaretagelse (fokusområde 4), er særlig følgende spørsmål sentrale:

- I hvilken grad registrerer undervisningspersonell funksjonshemninger blant barn og unge som er asylsøkere?
- Gis barn og ungdom med status som asylsøkere og funksjonshemning et tilrettelagt skoletilbud med tilgang på nødvendige hjelpemidler?
- Hvilke faktorer avgjør om det igangsettes tiltak overfor denne gruppa?

Prosjektet er gjennomført med sikte på å få svar på samtlige av disse problemstillingene. Noen av problemstillingene har vist seg å være mer kompliserte å gi klare svar på. Dette gjelder særlig spørsmål knyttet til forekomst av ulike former for funksjonsnedsettelse. Dette er det redegjort relativt detaljert for under avsnittene som omhandler de ulike deltemaene. Underveis har det også oppstått nye problemstillinger som vi etter beste evne har forsøkt å besvare innenfor de ulike fokusområdene.

### **1.3 Gjennomføring, datagrunnlag og metode**

Undersøkelsen er basert på en kombinasjon av kvantitativt og kvalitativt datamateriale; en breddeundersøkelse blant alle asylmottak som var i drift på undersøkelsestidspunktet og en dybdestudie i seks mottak.

#### **Breddestudien**

Breddestudien omfatter både transitt og ordinære mottak og er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Forut for utsendelse av undersøkelsen sendte vi ut et informasjonsbrev til respondentene, hvor vi informerte om prosjektet, fremtidig forespørsel om deltakelse i breddeundersøkelsen, samt frivillighet, konfidensialitet og anonymisering. Vi benyttet oss av det elektroniske surveyverktøyet Questback til utsendelse av undersøkelsen.<sup>2</sup> Det elektroniske spørreskjemaet har kombinert lukkede svaralternativer med åpne kommentarfelt, og gjennom kommentarfeltene har respondentene kunnet utdype svarene i de lukkede svaralternativene. Dette har gitt oss en tilleggsdybde i datamaterialet, og vi har benyttet oss av respondentenes kommentarer for å utdype, forklare eller eksemplifisere våre funn i gjennomgangen av de kvantitative dataene.

---

<sup>2</sup> Tidligere erfaringer med Questback viser at dette er et surveyverktøy som gir god datasikkerhet, gode muligheter for anonymisering av respondenter og høy svarprosent sammenlignet med andre innsamlingsmetoder som for eksempel postale spørreskjemaer. Denne metoden er også kostnadseffektiv i forhold til alternative innsamlingsmetoder. Se [www.questback.no](http://www.questback.no) for mer informasjon.

På grunn av undersøkelsens helsetematikk, beboergruppens alder og at gruppen barn og unge med nedsatt funksjonsevne utgjør en liten andel av den totale beboergruppen i asylmottak, ble det svært viktig at breddeundersøkelsen ivaretok personvernet. Undersøkelsen ble av den grunn meldt til NSD, Personvernombudet for forskning. I samråd med NSD ble vi enige om å utelate alle spørsmål som på en eller annen måte kunne brukes til å identifisere mottak og dermed enkeltindivider direkte eller indirekte. Dette førte til at vi ikke kunne innlemme bakgrunns spørsmål knyttet til mottakstype, region eller hvor lenge mottaket har vært i drift. Vi måtte i tillegg begrense bruken av åpne kommentarfelt knyttet til de fastlagte spørsmålene. Som et første spørsmål i undersøkelsen måtte respondentene i tillegg svare bekreftende på at alle opplysninger de ga skulle anonymiseres og ikke inneholde sensitiv informasjon om beboere. NSD konkluderte med at prosjektet etter de nevnte metodiske valgene ikke var omfattet av meldeplikt, og godkjente utsendelse av undersøkelsen.

Det ble videre sett som nødvendig å foreta en rekke presiseringer til mottakene før de besvarte undersøkelsen. Ettersom begrepet *nedsatt funksjonsevne* spenner over en rekke ulike områder, ble det i undersøkelsen redegjort for hva vi legger i dette begrepet. Det ble presisert at undersøkelsen omhandlet barn og unge som opplever begrensninger i sin daglige livsførsel på grunn av fysiske, kognitive eller psykiske vansker. Vi informerte om at funksjonsnedsettelse kan omhandle bevegelsehemming, syns- eller hørselshemming eller ulike former for kognitive vansker som for eksempel utviklingshemming (Down syndrom, autisme, hjerneskade eller lignende). I tillegg kan det handle om barn og unge med psykiske vansker, som for eksempel angst, spiseforstyrrelser eller depresjoner.

Vi ga videre anbefalinger om hvem som burde besvare undersøkelsen. Asylmottak er organisert på ulike måter, og det vil variere hvem i mottakssystemet som har best oversikt over barn og unge med funksjonsnedsettelse. Vi anbefalte at undersøkelsen ble besvart av helseansvarlig, barnefaglig ansvarlig, mottaksleder eller andre med god kjennskap til dette temaet. I etterkant ser vi at det i 74 prosent av mottakene er mottaksleder som har besvart undersøkelsen. I de øvrige mottakene har helseansvarlig, barnefaglig ansvarlig eller nestledere/avdelingsledere besvart undersøkelsen.

Vi benyttet oss av det elektroniske surveyverktøyet Questback til utsending av spørreskjemaet<sup>3</sup>. Breddeundersøkelsen ble sendt ut 28. mars 2011 med én ukes svarfrist. Etter tre påminnelser hadde vi mottatt svar fra 72 mottak. Undersøkelsen ble avsluttet 4. mai 2011. Opprinnelig ble breddeundersøkelsen sendt ut til ordinære mottak med/uten underavdelinger, selvstendige EM-mottak og transittmottak, til sammen 118 mottak. I etterkant ble det bestemt at undersøkelsen likevel ikke var relevant for transittmottakene

---

<sup>3</sup> Se [www.questback.no](http://www.questback.no) for mer informasjon.

ettersom barn og unge har svært korte opphold i disse mottakene og de fleste spørsmålene knyttet til tilrettelegging, tiltak og samarbeid derfor er lite relevante. Vi fikk også tilbakemeldinger fra respondentene i disse mottakene om at undersøkelsen opplevdes som lite relevant. Transittmottakene, hvorav fire hadde svart på breddeundersøkelsen, ble derfor tatt ut før analysen. Vårt utvalg på 68 mottak representerer dermed en svarprosent på 62 prosent.

Flere av de ordinære mottakene har gitt tilbakemelding om at de har svært få eller ingen barn og unge med funksjonsnedsettelse boende på mottaket, og at det derfor var noe vanskelig å svare på spørsmålene i undersøkelsen. Selv om vi ba mottakene svare på generelt grunnlag dersom de per dags dato ikke hadde noen fra denne gruppen, har mange valgt å krysse av for "annet"-kategorien og kommentert at spørsmålene er uaktuelle for dem. Samlet har breddeundersøkelsen noen svakheter, mye fordi det på forhånd eksisterte lite kunnskap om forholdene for denne gruppen i landets asylmottak. Undersøkelsen har derfor hatt en "eksplorerende" form, hvor enkelte av spørsmålene har vist seg å være lite relevante for flere mottak. Disse forbeholdene må det tas hensyn til i vurderingen av dataene.

### **Dybdestudien**

Dybdestudien er basert på intervjuer, fokusgrupper og deltakende observasjon av ansatte og beboere på de seks mottakene. I tillegg er det gjennomført intervjuer med representanter for det kommunale tjenesteapparatet (helse, sosial, opplæring) i de aktuelle kommunene. Vi har også intervjuet representanter for spesialisthelsetjenesten, og vi har hatt samtaler med ansatte ved Refstad transittmottak som er første stoppested for alle asylsøkere som kommer til Norge.

I denne kvalitative delen av prosjektet har vi hatt som målsetting å gå mer detaljert inn i situasjonen for barn og unge med nedsatt funksjonsevne som bor i asylmottak. Vi har gjort deltakende observasjon ved ulike avdelinger og har gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner ved mottakene; mottaksleder, helseansvarlig, barnefaglig ansvarlig og andre ansatte med særlig kjennskap til barn og unge med funksjonsvansker. I tillegg har vi intervjuet representanter for helsetjenesten, både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og representanter for skole, barnehage og barnevern. Siktemål med intervjuene har vært å få best mulig oversikt og innsikt i hvordan mottak, kommuner og spesialisthelsetjenesten forholder seg til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Vi har hatt fokus både på konkrete erfaringer med barn med nedsatt funksjonsevne, samarbeidsrelasjoner og løsninger. Totalt har vi gjennomført 49 intervjuer.

Som en innledning til dybdestudien gjennomførte vi telefonintervju med ansatte ved alle UDIs seks regionkontorer. Hensikten med disse intervjuene var å få kunnskap om

regionskontorenes erfaringer med barn med nedsatt funksjonsevne i mottak og bruken av ekstraordinære midler. Vi spurte også etter mottak i regionen som de visste hadde erfaringer med barn med funksjonsnedsettelse, og vi brukte denne erfaringen i forbindelse med valg av mottak for dybdestudien. Våre kriterier for valg av mottak var først og fremst at mottaket har eller har hatt erfaringer med barn og unge med nedsatt funksjonsevne. I tillegg la vi vekt på at mottakene skulle representere variasjonsbredde når det gjaldt type mottak, størrelse, beliggenhet og organisering. Siden det var et ønske fra UDI at studien også skulle omfatte enslige mindreårige, har vi valgt ut mottak som har avdelinger for denne gruppen. Vi har også inkludert mottak som har forsterkede avdelinger. De første fire mottakene ble valgt ut på bakgrunn av våre erfaringer fra tidligere prosjekter i asylmottak, mens de to siste ble valgt ut i samråd med UDI og prosjektets referansegruppe.

Utgangspunkt for intervjuene har vært tre av de problemstillingene som ble formulert av UDI i forbindelse med utlysning av prosjektet;

- Om det er en tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge asylsøkere med nedsatt funksjonsevne ved mottakene med hensyn til krav om normalisering og en aktiv hverdag
- Om det er en tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge med nedsatt funksjonsevne innenfor helsevesenet
- Om det er en tilfredsstillende ivaretagelse av barn og unge med nedsatt funksjonsevne innenfor undervisningssektoren

I tillegg til disse problemstillingene har vi stilt spørsmål om det er noe de ulike instansene savner i dagens regelverk, om det er kompetansemessige utfordringer som krever særlig innsats og om en opplever uklarheter knyttet til ansvar og samhandling. På samtlige av disse punktene har studier av liknende eller tilgrensende problemstillinger vist at det er betydelige utfordringer. Det pekes både på kunnskapshull, uklarheter knyttet til ansvar, samhandlingsproblemer og ressursmessige utfordringer (Fladstad og Berg 2008, Berg og Sveass m.fl. 2005, Tøssebro & Lundeby 2002, Strategiplanen for familier med barn med nedsatt funksjonsevne (Arbeids- og sosialdepartementet 2005).

## **1.4 Rapportens oppbygning**

Rapporten er delt inn i 10 kapitler. Etter dette første innledningskapitlet som inkluderer bakgrunn for prosjektet og redegjørelse for den metodiske gjennomføringen av prosjektet, gir vi i kapittel 2 en gjennomgang av kunnskapsstatus på feltet. Kapitlene som følger (3-9) er basert på data fra bredde- og dybdeundersøkelsen. Kapitlene er delt inn i ulike tema, der vi

innledningsvis setter de ulike temaene inn i en helhetlig ramme. Her sier vi også noe om rettigheter og utfordringer – slik vi kjenner det fra annen forskning på feltet. Deretter presenteres våre egne data, som igjen drøftes og ses i lys av tidligere erfaringer. Tallmateriale fra breddestudien blir presentert der det tematisk hører hjemme. Samlet oversikt over figurer og tabeller er imidlertid samlet i et eget vedlegg til slutt i rapporten.

Litt nærmere om de ulike empirikapitelene: I kapittel 3 presenterer vi materiale omkring art og omfang av funksjonsnedsettelse blant barn og unge i asylmottak. Kapitlet baserer seg på tallmateriale fra breddekartleggingen og ser dette i sammenheng med både annen forskning på feltet og utfyllende kommentarer fra dybdestudien. Kapittel 4 har fokus på sårbare grupper i asylmottak og ser nærmere på funksjonshemmende forhold ved asyltilværelsen generelt og situasjonen for barn og unge spesielt. Kapittel 5 handler om utfordringer knyttet til å oppdage og avdekke ulike typer funksjonsnedsettelse hos barn og unge, med et særlig fokus på det vi omtaler som de usynlige funksjonsnedsettelsene. Kapittel 6 handler om barnehage og skole, som vi beskriver som ”integrerende institusjoner”, og i kapittel 7 drøftes tilrettelegging og tilgangen på hjelpemidler. I kapittel 8 er fokus rettet mot samarbeidet med foreldrene. I dette kapitlet diskuteres også spørsmål rund språk og kommunikasjon og bruk av tolk. Kapittel 9 handler om oppfølging, samarbeid og kompetanse og ser blant annet nærmere på bruken av ansvarsgrupper og individuell plan. Her diskuteres også behovet for avlastning og støttekontakt – tjenester som i dag etter loven ikke er tilgjengelige for asylsøkere, men som kan tilstås etter søknad med hjemmel i UDIs ordning med ekstraordinære tiltak (RS 2010-187). Avslutningsvis i dette kapitlet stilles det spørsmål ved om vi på dette feltet står overfor en offentlig vegring – eller om det i første rekke handler om kompetanse. Kapittel 10 inneholder anbefalinger for det videre arbeidet.



## 2 Bakgrunn og kunnskapsstatus

I dette kapitlet vil vi sette prosjektets problemstillinger inn i en større faglig og kunnskapsmessig ramme. Vi vil innledningsvis gjøre rede for hvordan vi forstår og definerer funksjonshemming. Tradisjonelt har begrepet funksjonshemming blitt knyttet til en medisinsk tilstand. I dag er det mer og mer vanlig å trekke inn den sosiale og samfunnsmessige dimensjonen i forståelsen av funksjonshemmingsbegrepet, noe som er fanget opp i den såkalte relasjonelle modellen. Måter å forstå fenomener på får konsekvenser for praksis. Derfor har vi innledningsvis i dette kapitlet valgt å bruke litt plass på dette spørsmålet. Videre i kapitlet vil vi nærme oss det som er rapportens hovedfokus: funksjonshemmete barn og unge i asylmottak. Men siden kunnskapen om denne spesifikke gruppa er svært mangelfull, har vi valg å utvide bakteppet til å omfatte funksjonshemmete barn og unge med minoritetsbakgrunn generelt. Vi vil deretter si noe om hvordan barn og unge med funksjonsnedsettelse fanges opp i mottaksfasen og hvordan de blir ivaretatt. Det siste punktet vil ha hovedfokus på juridiske rettigheter og politiske føringer.

### 2.1 Hva er funksjonshemming?

Begrepet funksjonshemming kan forstås på ulike måter. På norsk har både Grue (2004) og Tøssebro (2010) gjort grundige gjennomganger av begrepet. Begge viser til at det vanligvis skiller ut tre ulike forståelser av funksjonshemming; en medisinsk, en relasjonell og en sosial forståelse. I en medisinsk forståelse brukes funksjonshemming om egenskaper ved det enkelte individ og om individets diagnose, sykdom eller skade. Når vi i dagliglivet snakker om personer med nedsatt funksjonsevne, er det som oftest en medisinsk forståelse som ligger til grunn. Imidlertid ser vi da bort fra at funksjonshemming henger sammen med forhold i omgivelsene, og at slike forhold kan skape hindre eller barrierer i dagliglivet. Samtidig ser vi bort fra at funksjonshemming kan være knyttet til en situasjon; for eksempel når en blind snakker i telefonen eller en døv kommuniserer ved bruk av tegnspråk.

Når omgivelsene trekkes inn i forståelse av funksjonshemming, kan vi snakke om at vi bruker en sosial eller en relasjonell forståelse. I Storbritannia har en sosial modell eller sosial forståelse av funksjonshemming stått sentralt (Oliver 1990). Den sosiale modellen vokste fram som kritikk av den dominerende medisinske forståelsen. Lundeby (2008:15) viser til at den sosiale modellen skiller klart mellom *impairment* som betegner den individuelle skaden eller avviket og *disability* som betegner samfunnsmessig undertrykking og diskriminering. Med andre ord legger den sosiale forståelsen til grunn at det er de samfunnsskapte barrierene i omgivelsene som skaper funksjonshemming (*disability*), ikke det at en har en

funksjonsnedsettelse. For å motvirke undertrykking og diskriminering trenger en å gjøre noe med barrierene, og av den grunn må fokus ligge i samfunnet og ikke hos det enkelte individ. Denne modellen har vært kritisert fordi den ikke tar hensyn til den individuelle dimensjonen, som for eksempel hvordan enkeltindivider opplever å leve med sin funksjonsnedsettelse (Askheim 1998).

En relasjonell forståelse av funksjonshemming har særlig gjort seg gjeldende i nordiske land. I en relasjonell forståelse defineres funksjonshemming verken som spesifikt knyttet til individ eller omgivelser. I stedet er det sentrale i denne forståelsen at funksjonshemming er noe som skapes i relasjonen mellom individ og omgivelser eller i relasjonen mellom ulike individer (Gustavsson & Tøssebro with Traustaddóttir 2005). NOU 2001:22 *Fra bruker til borger* viderefører en relasjonell forståelse av funksjonshemming. Begrepet "funksjonshemmende prosesser" brukes om det samspillet som foregår mellom individuelle funksjonsvansker, omgivelser og situasjoner. Det skilles mellom det individuelle og det relasjonelle ved å definere funksjonsnedsettelse eller nedsatt funksjonsevne som "... tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner", mens funksjonshemmende forhold viser til "... et gap eller misforhold mellom mennesker med redusert funksjonsevne på områder som er av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og en sosial tilværelse" (s. 17).

Når en anvender en relasjonell forståelse av funksjonshemming, søker en å stille seg åpen til hvordan en kan forstå funksjonshemming. For eksempel kan en spørre om hva som skjer når individer med ulike egenskaper lever i eller befinner seg i ulike miljø, eller hvordan en kan forsøke å forstå eventuelle problemer som oppstår når noen spesielle egenskaper møter spesifikke miljø (Lundeby 2008). I følge Lundeby vil en med et relasjonelt perspektiv kunne ha fokus på samspillet mellom barn, familien og deres omgivelser og studere hvordan både individuelle forhold og måten samfunnet er organisert på, virker inn på individer eller familier. Det er en slik relasjonell forståelse vi legger til grunn for vår analyse av situasjonen for funksjonshemmede barn og deres familier som lever i asylmottak.

Selv om en relasjonell forståelse av funksjonshemming er egnet når en skal søke å forstå de forholdene barn og unge med nedsatt funksjonsevne lever under, er den lite egnet når en skal finne fram til enkelte individer med nedsatt funksjonsevne. Da kommer en vanskelig unna å fokusere på kjennetegn ved individet. I vårt tilfelle har vi i tråd med anbefalinger fra tidligere studier (Bliksvær & Hanssen 1997, Kittelsaa 2004, Molden, Wendelborg & Tøssebro 2009) valgt å ta utgangspunkt i en medisinsk forståelse av funksjonshemming når vi har henvendt oss til mottakene for å be få oversikt over personer med nedsatt funksjonsevne. Imidlertid er en medisinsk forståelse ikke nødvendigvis entydig. For eksempel vil svar på spørsmål om hvor mange i en befolkning som er funksjonshemmet, avhenge av om vi bruker en vid eller snever forståelse av begrepet. Vi har valgt å legge til grunn en forholdsvis åpen

definisjon og har tatt utgangspunkt i at undersøkelsen skal omfatte både fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse.

For at ansatte i mottakene skulle få en forståelse av hva vi har spurt etter, har vi valgt å presisere hvilke typer av funksjonsnedsettelse hos barn og unge vi er opptatt av å få vite mer om. I våre henvendelser til mottakene har vi derfor redegjort for hva vi legger i begreper som funksjonshemming, nedsatt funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse. Vi har formidlet at vi har ønsket å sette fokus på barn og unge som opplever *begrensninger i sin daglige livsførsel* på grunn av fysiske, kognitive eller psykiske vansker. Som ytterligere presisering har vi formidlet at dette kan handle om bevegelsehemming, syns- eller hørselshemming eller ulike former for kognitive vansker som for eksempel autisme eller utviklingshemming (Down syndrom, hjerneskade eller lignende). I tillegg kan det handle om barn og unge med psykiske vansker som for eksempel angst, spiseforstyrrelser eller depresjoner.

Selv med våre presiseringer er dette en ganske vid definisjon av hvem som er målgruppe for studien. Vi har derfor, både i vår første henvendelse til mottakene og under møter og intervjuer, vært åpne for å diskutere med studiens deltakere hvordan de forstår funksjonshemming og hva de ser etter for å avklare om det er barn i mottaket, skolen eller barnehagen som trenger ekstra innsats på grunn av nedsatt funksjonsevne. Dette har blant annet ført til diskusjoner om vansker med å skille mellom psykiske vansker og det å komme fra eller leve i en belastende livssituasjon, slik som mange barn og unge i mottak gjør.

## **2.2 Barn og unge med nedsatt funksjonsevne**

Forskning om barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familier har i liten grad vært i stand til å fange opp minoritetsfamiliers situasjon. Minoriteter er systematisk underrepresentert både i norske og utenlandske studier (Sørheim 2000; Hatton, Akram, Shah & Emerson 2003; Tøssebro & Lundeby 2002). Tilgjengelig statistikk og rapporter fra praksisfeltet viser imidlertid at funksjonsnedsettelse forekommer minst like hyppig blant minoriteter som i befolkningen for øvrig (Blom, 2008), samtidig som en studie i Bydel Bjerke i Oslo indikerer en betydelig overrepresentasjon blant barn av innvandrere (Fladstad & Berg 2008). Språkproblemer og kulturelle forskjeller (faktiske og forestilte) angis ofte som forklaring på at denne gruppa er vanskelig å inkludere i forskning som ikke er spesielt designet for å fange opp minoritetsdimensjonen. Selv om det etter hvert finnes noen få studier som er rettet mot minoritetsfamilier som har barn med funksjonsnedsettelse (Sørheim 2000; Hatton m.fl. 2003; Poulsen 2005), vet vi lite om hvordan minoritetsfamilier

med funksjonshemmete barn opplever sin situasjon og hvordan denne eventuelt skiller seg fra erfaringer blant etnisk norske familier.

Studier av helsetilstanden til flyktninger og asylsøkere fokuserer hovedsakelig på psykiske og somatiske lidelser hos voksne. Også hos barn og unge flyktninger og asylsøkere er det deres psykiske helsetilstand som er best dokumentert, samt deres sosiale tilpasning (Helsedirektoratet 2009). Estimater på omfang av ulike lidelser hos denne gruppen varierer noe, samtidig som måleenhetene er lite sammenlignbare. Mens det blant voksne flyktninger anslås at 31 % har psykiske lidelser (mot 10 % blant voksne norskfødte), finner man at tilsvarende tall blant unge innvandrere og etterkommere mellom 16 – 24 år er 17 % (mot 10 % blant norskfødte 16 – 24 åringer) (Blom 2008). For barn under denne alderen finner man ikke noen etniske forskjeller i forekomsten av psykisk sykdom, unntatt for enslige mindreårige flyktninger (Oppedal, Jensen & Seglem 2008).

I en oversikt over tidligere forskning om asylsøkeres psykiske helse viser Berg og Sveaass (2005) til hvordan psykisk helsetilstand kan arte seg hos henholdsvis voksne asylsøkere, barn og familier og enslige mindreårige. De viser til at asylsøkere som har vært direkte utsatt for overgrep kan ha komplekse og sammensatte helseproblemer og at de kan ha fysiske, sosiale og psykiske vansker som følge av de påkjenningene de har vært utsatt for. Problemene kan også ha vært forsterket av manglende medisinsk oppfølging i forbindelse med flukten. Usikkerhet omkring muligheter for å få opphold og mangel på sosialt nettverk kan forsterke vanskene. I tillegg kommer usikkerhet knyttet til situasjonen for familie og venner, tap av sosial status, manglende selvbestemmelse og tap av identitet.

Det er få studier av psykisk helse hos barn i asylmottak, men de få studiene som fins, viser at flyktningbarn har høy grad av sykkelighet (Fazel & Stein 2002). Vansker som separasjonsangst, atferdsforstyrrelse, forsinket utvikling og "barnslig" oppførsel er utbredt hos barn som har vært utsatt for traumatiske hendelser (Ovitt, Larrison & Nackerud 2003). Problemene kan bli særlig uttalte dersom det ikke fins oppmerksomme og støttende voksne som blir klar over situasjonen (van der Veer 1994). Det fins undersøkelser som viser at ekstremt traumatiske belastninger kan føre til påvirkning av hjernens funksjon og føre til utviklingsforstyrrelser (Montgomery 2000). Som følge av barnas vansker, foreldrenes vansker eller som kombinasjon av begge kan relasjonen mellom barn og foreldre bli problematisk. I legeforeningens program for bedre helsetjenester for ikke-vestlige innvandrere (Den norske legeförening 2010) pekes det på at asylmottak gir vanskelige oppvekstvilkår for barn og kan føre til høy risiko for mistilpassning og psykiske helseproblemer.

Det er flere norske studier som omhandler enslige mindreårige asylsøkere (Hjelde 2003; Engebriqtsen 2002; Lauritsen, Berg & Dalby 2002, Eide & Broch 2010, Oppedal, Jensen & Seglem 2009, Svendsen, Haugen 2011, Skagen 2011). Studiene omhandler enslige

mindreåriges situasjon i vid forstand, herunder deres psykiske helse, men har ikke spesielt fokus på andre former for funksjonsnedsettelse. Studiene peker på at enslige mindreårige asylsøkere er en særlig sårbar gruppe, og at andelen psykiske lidelser er større i denne gruppen enn hos barn som kommer sammen med sine foreldre.

### **2.3 Hvordan fange opp barn og unge med funksjonsnedsettelse i mottak?**

Det eksisterer lite kunnskap om barn med funksjonsnedsettelse som blir født eller lever i asylmottak ut over det som tidligere er referert om psykisk helse. Noen barn i asylmottak har funksjonsnedsettelse som er observerbare og enkle å diagnostisere, og noen har hatt nedsatt funksjonsevne hele livet og har foreldre som er kjent med tilstanden. Disse er det lett å finne fram til. Andre barn kan ha funksjonsnedsettelse som er ikke så lett oppdager, og som det kan være komplisert å finne ut av. Det er kjent fra studier av barn med funksjonsnedsettelse i majoritetsbefolkningen at enkelte tilstander er vanskelig å fange opp på et tidlig stadium. Det kan dreie seg om forsinket psykomotorisk utvikling, forsinket språkutvikling, autisme eller sansetap (syn og hørsel). Andre tilstander som blant annet Asperger syndrom blir noen ganger ikke observert eller diagnostisert før skolealder.

Kulturelle forskjeller i forståelse av funksjonshemming og mangelfull kunnskap om hva slags bistand det er mulig å få, kan også være årsaker til underrapportering. I tillegg til dette kan språkproblemer være en alvorlig barriere – både i forbindelse med identifisering og diagnostisering. Selv om det benyttes tolk, vil helserelatert informasjon forutsette et begrepsapparat som mange tolker ikke behersker. Det kan også være tilstander som forstås (og navnes) forskjellig og som derfor også kan skape misforståelser og kommunikasjonsutfordringer. Det er også en betydelig sjanse for at funksjonsnedsettelse hos minoritetsbefolkningen forstås som seinutvikling på grunn av krig, flukt traumer og en vanskelig eksilsituasjon – ikke som en funksjonsnedsettelse. Men – her kan også det motsatte være tilfelle: man sykeliggjør tilstander som er normale reaksjoner på en unormal livssituasjon. Her er med andre ord landskapet komplisert.

I en studie av britiske minoritetsfamilier med barn med funksjonsnedsettelse hevder Hatton m.fl. (2003) at det er særdeles viktig at minoritetsforeldre får relevant og adekvat informasjon dersom det oppdages at deres barn har en funksjonsnedsettelse, og at dette har avgjørende betydning for barnets videre utvikling og velferd. Dette styrker betydningen av at funksjonsnedsettelse hos barn i asylmottak oppdages tidlig, at foreldre informeres på en måte som gjør at de forstår hva det handler om, og at det finnes et tilgjengelig hjelpeapparat som fanger opp barnets og familiens behov.

En kompliserende faktor er at antatte symptomer på nedsatt funksjonsevne vil kunne handle om forhold ved familiens livssituasjon, eller funksjonsnedsettelse kan bli "kulturforklart". Legeföreningen (2010) viser eksempler på psykiske lidelser eller tilstander innenfor autismspekteret hos barn som ikke har blitt oppdaget fordi de har vært forstått som "kultur". Det er derfor viktig å gjøre gode observasjoner og utredninger. Forsinket språkutvikling vil for eksempel kunne handle om utviklingshemming, autisme, hørselshemming, eller om en vanskelig livssituasjon. Ikke minst kan det være vanskelig å skjelve mellom hva som er psykiske vansker og hva som er normale reaksjoner på en krevende livssituasjon hos barn. I tillegg vil enkelte barn som kommer fra land utenfor Norge, kunne ha svært sjeldne tilstander som det ikke finnes god kunnskap om her i landet, og som det derfor tar tid å avklare.

Små barn i asylmottak går sjelden i barnehage, og dermed reduseres muligheter for at kompetente fagpersoner observerer barnet i det daglige og vurderer språklig og motorisk utvikling. Dagens situasjon er at det stilles krav om at barn mellom 2 år og skolealder skal ha et tilrettelagt tilbud på minimum 3 timer pr. dag<sup>4</sup> i regi av mottaket. Mens det tidligere har blitt gitt støtte over statsbudsjettet til halv dags barnehageplass for barn fra 4-5 år, gis det fra 2011 av støtte til heldagsplass for denne aldersgruppen. Tilbud til små barn kan organiseres som barnebase som drives i regi av asylmottaket, og foreldre kan ha medansvar for driften. De fleste barnebase har et begrenset pedagogisk tilbud (Lidén, Seeberg & Engebrigtsen 2011), og av den grunn har de mangelfull kompetanse på å oppdage lite synlige funksjonsnedsettelse hos små barn.

Videre er det ikke selvsagt at ansatte i asylmottak vil kunne oppdage funksjonsvansker fordi det ikke stilles krav om helsemessig kompetanse hos disse. En utfordring er at foreldrene kan ha vansker med å formidle sin egen opplevelse av barnas situasjon, eller de kan ha andre forståelser av hva funksjonshemming dreier seg om enn det som er vanlig her i landet (Sørheim, 2000). Dette er forhold som det er viktig å ta i betraktning når en skal skaffe fram oversikt over barn med funksjonsnedsettelse. Risiko for at funksjonsnedsettelse hos barn ikke blir oppdaget, gjør at det er kritisk å få etablert gode rutiner for kontakt med fastlege og helsesøster slik at foreldre kan få hjelp med eventuelle bekymringer, få råd og veiledning og kan få etablert kontakt med de offentlige helsetjenestene.

## **2.4 Tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne i asylmottak**

I henhold til kommunehelsetjenestelovens § 1-1 skal landets kommuner sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (HOD 2009). Det

---

<sup>4</sup> RS 2010-152 *Krav til arbeid med barn og unge i statlige mottak*

vil blant annet si at kommunene også skal sørge for at barn i asylmottak får det tilbudet om primær- og spesialisthelsetjenester som de trenger (Helsedirektoratet 2010). Spørsmålet er hvordan dette ansvaret blir ivaretatt av kommunene, hvilke rutiner de har for å fange opp slike behov hos barn i asylmottak, og hvordan samarbeidet mellom helsevesen og asylmottak er når det gjelder å følge opp behovene til barn med nedsatt funksjonsevne i asylmottak.

Barn i asylmottak utgjør 25 % av asylsøkerne, og Helsedirektoratet anbefaler at alle barn i asylmottak får særskilt oppmerksomhet og ivaretagelse. Samtidig er det også en lovpålagt oppgave å tilby barn i asylmottak vanlige kontrollundersøkelser ved helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2009 og 2010). Slike kontrollundersøkelser gir helsevesenet mulighet til å oppdage og følge opp eventuelle avvik i barnas utvikling som kan indikere en funksjonsnedsettelse. Helsedirektoratet (2010) anbefaler kommunene å gi alle i asylmottak tilbud om helseundersøkelse innen to uker fra ankomst. Denne helseundersøkelsen bør inneholde samtale med sykepleier, rutinemessig undersøkelse av syn og hørsel, samt legeundersøkelse av personer i risikogrupper. Til dette bør det etableres tverrfaglige fagmiljøer med kompetanse på feltet (ibid). I hvor stor grad disse anbefalingene følges er ikke kjent.

Tilsynet med kommunale helsetjenester til asylsøkere og flyktninger avdekket i 2004 at 25 % av kommunene manglet et system som sikret at nyankomne asylsøkere og flyktninger fikk informasjon om det norske helsevesen. Kommunene var heller ikke klar over sitt informasjonsansvar overfor denne gruppen, eller hvem i helsetjenesten som hadde dette ansvaret (Helsedirektoratet 2009). I en kartleggingsundersøkelse fra det samme året oppgir nesten halvparten av asylmottakene at de har beboere med et udekket behandlingsbehov (Berg & Sveaass m. fl. 2005).

Mange barn med nedsatt funksjonsevne vil ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Alle som har slike behov har rett til å få utarbeidet en individuell plan som samordner og målstyrer tjenestene (Lov om pasientrettigheter 2010). Spørsmålet er hvordan denne rettigheten ivaretas når man oppholder seg i asylmottak på midlertidig basis og har en usikker fremtid, og i tillegg mangler rettigheter til sosiale tjenester. Dette betyr blant annet at familier med funksjonshemmede barn som lever i asylmottak ikke har rett til tjenester som; praktisk bistand og opplæring i dagliglivet, avlastningstilbud, støttekontakt, plass i institusjon eller omsorgslønn. Asylsøkere med spesielle behov kan imidlertid få bistand via utlendingsdirektoratets ordning "ekstraordinære tiltak" (RS 2010-187). Denne ordningen skal blant annet dekke bo- og omsorgsløsninger for asylsøkere med nedsatt funksjonsevne. Spørsmålet er imidlertid om denne ordningen oppfyller intensjonen om et likeverdig tjenestetilbud til alle, også til asylsøkere med nedsatt funksjonsevne (St. meld. nr. 49 (2003 – 2004)).

Helsedirektoratet (2009) har i et rundskriv anbefalt å gi barn i asylmottak særlig oppmerksomhet og vist til det lovpålagte ansvaret om å gi dem et likeverdig helsetjenestetilbud. Imidlertid avslører dagens kunnskapsstatus store kunnskapshull om barn med nedsatt funksjonsevne i asylmottak. Det mangler fremdeles kunnskap om samarbeidsrutiner og samarbeidsvilkår mellom mottak og primær- og spesialisthelsetjenesten, om mottakenes kompetanse og ressurser til å avdekke og følge opp barn med nedsatt funksjonsevne, og om helsevesenets rutiner og kunnskap om barn med nedsatt funksjonsevne i asylmottak. Målet med dette prosjektet er nettopp å øke kunnskapsgrunnet om disse forholdene som har stor betydning for barn og unge med nedsatt funksjonsevne i asylmottak.

Når det gjelder undervisningssektoren, så har funksjonshemmete barn og unge i asylmottak de samme rettigheter til grunnskoletilbud som alle andre barn. De har imidlertid ikke rett til videregående opplæring. Det er likevel en del fylkeskommuner som velger å tilby ungdom på asylmottak et videregående skoletilbud, men dette er altså noe de ikke er forpliktet til og fylkeskommunen får ingen særlig kompensasjon for dette. Retten til individuell tilrettelegging av tilbud i barnehage og grunnskole, som også er hjemlet i opplæringsloven, gjelder for barn og unge i mottak – på lik linje med andre barn. Når det gjelder spesialundervisning, forutsetter dette en sakkyndig vurdering (som kan være tidkrevende både å få iverksatt og få gjennomført) og en individuell opplæringsplan (IOP). Det er grunn til stille spørsmål om dette i praksis blir gjennomført for denne gruppa. Både utredning og gjennomføring kompliseres gjerne ytterligere av språkproblemer, informasjonsproblemer og kulturelle forskjeller.

Et siste moment når det gjelder både de generelle og de spesielle rettighetene, er at mange av dem vil være kostnadskrevende. Og – selv om de aktuelle lovhjemlene ikke gir anledning til å avvise tiltak av økonomiske grunner, er det en fare for at dette i en økonomisk presset kommunehverdag likevel gjøres – blant annet når det gjelder midler til spesialundervisning (Tøssebro & Lundebj 2002). Her vil det være særlig viktig å undersøke om asylsøkerbarn og unge med særlige behov blir behandlet annerledes enn befolkningen for øvrig. Når vi samtidig vet at vertskommunen ikke mottar kompensasjon for særlig kostnadskrevende asylsøkere, kan det være en ytterligere grunn til å være oppmerksom. Mottakene kan, som vi allerede har vært inne på, søke midler gjennom UDIs ordning for "ekstraordinære tiltak". Dette er imidlertid midler som disponeres av mottaket – ikke vertskommunen. Her kan det imidlertid være relevant å undersøke hva som utløser søknader om slike midler, hva som innvilges og hvordan de brukes.



## 3 Funksjonsnedsettelse blant barn i mottak

I EUs mottaksdirektiv er både barn/unge og personer med funksjonsnedsettelse regnet som sårbare grupper. Barn og unge med funksjonsnedsettelse blir dermed på mange måter en *dobbelt sårbar gruppe* og representerer en særlig utfordring både for familiene det gjelder og mottaksapparatet. Samtidig er det viktig å understreke at funksjonsnedsettelse kan være alt fra en avgrenset medisinsk tilstand til omfattende vansker på flere områder.

### 3.1 Hvor mange har nedsatt funksjonsevne?

I spørreskjemaet som ble sendt ut til samtlige asylmottak, stilte vi spørsmål om antall barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Spørsmålet ble stilt på litt ulike måter for å forsøke å få et så presist bilde som mulig. På det innledende spørsmålet, der vi kun ber om å få oppgitt et antall, viser svarfordelingen at snaut halvparten (47 %) oppgir at det er barn i denne kategorien på mottaket<sup>5</sup>. Antallet varierer fra null til seks og utgjør totalt sett 3,3 % av alle barn (1-18 år) i mottak. På undersøkelsestidspunktet var det registrert litt i underkant av 4000 barn i mottakssystemet, noe betyr at mottaksansatte oppgir et samlet antall på 132 barn med funksjonsnedsettelse. Andelen øker noe når det etterspørres antall barn og unge med følgende typer funksjonsnedsettelse:

- Bevegelseshemming
- Hørselshemming
- Synshemming
- Kognitive vansker
- Psykiske vansker

På spørsmål om hvor mange barn de har innenfor hver av disse kategoriene pr dato, viser svarfordelingen at andelen funksjonshemmete har økt til 65 prosent. En sannsynlig forklaring på at tallet har økt, er at mange nok i første rekke tenker på de synlige funksjonsnedsettelsene når de har svart på det første spørsmålet. Psykiske og kognitive vansker blir først regnet som funksjonsnedsettelse når det eksplisitt blir spurt etter dette. Mange tenker nok ikke i første omgang på psykiske vansker som en funksjonshemming – selv om en kronisk psykiatrisk tilstand ofte kan være like funksjonshemmende som en hvilken som helst annen funksjonsvanske. Det samme gjelder kognitive vansker. Heller ikke dette vil nødvendigvis bli oppfattet som en funksjonsnedsettelse – ikke før funksjonsbegrensningen blir så stor at den styrer hverdagen. Det er heller ikke lett å avgjøre om et barn "bare" er litt seint, litt urolig eller stille og tilbaketrukket – eller om atferd eller seinutvikling skyldes en

---

<sup>5</sup> For detaljer – se tabeller og figurer bak i rapporten.

kognitiv svikt. For barn og unge på asylmottak vil selve flyktnings situasjonen kunne gi seg lignende utslag (Berg 2006, Lidén m fl 2010, Gregersen 2011). Selv for erfarne fagfolk kan det ta tid å gjøre en slik vurdering, og i de fleste tilfeller vil en eventuell diagnose først kunne stilles når barnet har blitt større. Dette gjelder blant annet for diagnoser innenfor autismespekteret.

### 3.2 Gråsoner

Flere undersøkelser tyder på at både psykisk og kognitive vansker er overrepresentert i minoritetsbefolkningen (Fladstad og Berg 2008). Det er derfor ikke overraskende at også mottaksansatte oppgir disse to kategoriene funksjonsnedsettelse som de hyppigst forekommende blant barn og unge på asylmottak. Halvparten av de mottaksansatte oppgir at de det siste året har hatt barn og unge med psykiske vansker, mens 38 % oppgir at de har barn med kognitive vansker. Når det gjelder andre typer funksjonsnedsettelse, oppgir 25 prosent at de har barn og unge med en form for bevegelseshemming, 13 % oppgir hørselshemming, mens 10 % oppgir at de det siste året har hatt barn med en synshemming (figur 1).

Selv om disse tallene ikke sier noe presist om hvor stor andel av barna som har en eller annen form for funksjonshemming, sier de noe om hvilke typer funksjonsnedsettelse som er hyppigst forekommende. Svarene de mottaksansatte gir stemmer også overens med hva de svarer på spørsmålet om hvilke funksjonsnedsettelse de har erfaring med (figur 2). Når hele 72 % sier de har erfaring med asylsøkerbarn som har psykiske vansker, sier også dette noe om omfanget. Dette "topper lista" – foran kognitive vansker (55 %), bevegelseshemming (50 %), synshemming (40 %) og hørselshemming (35 %). Det er med andre ord "de usynlige" vanskene som er hyppigst forekommende.

På spørsmål om hvordan mottaket er fysisk tilrettelagt for ulike typer funksjonsnedsettelse (figur 3), svarer 37 % at de mener mottaket er godt tilrettelagt for bevegelseshemmete, mens den tilsvarende prosenten for blinde og svaksynte er 15 % og for hørselshemmete 21 %. Her er det imidlertid mange som er usikre (svarer vet ikke eller verken/eller). For hørselshemmete gjelder dette nesten halvparten (43 %).

Vi har også spurt mottaksansatte om tilrettelegging av aktivitetstilbud for barn og unge med funksjonsnedsettelse (figur 4). Bildet her er det samme: 28 % svarer at det i stor eller svært stor grad legges til rette, mens 35 % svarer at det i liten eller svært liten grad legges til rette. Her ser vi også at mange svarer vet ikke eller verken/eller. For enkelte kan nok fritidsaktiviteter fortone seg som "mindre viktig" i den store sammenhengen, men for et barn som trenger noe ekstra for å bli inkludert på de ordinære fritidsarenaene, vil særskilt

tilrettelegging være en forutsetning for deltakelse. Barn som ikke deltar i aktiviteter med andre barn mister samtidig muligheten til å bruke fritiden aktivt for å stimulere alt fra språk til fysisk funksjonsevne. Fravær av slik tilrettelegging kan dermed øke gapet mellom barn med nedsatt funksjonsevne og andre barn.

Det er i denne sammenhengen interessant å merke seg at det er den fysiske tilretteleggingen de fleste er opptatt av når vi spør om hvordan mottaket tilrettelegger for funksjonshemmete. I intervjuene med mottaksansatte snakkes det om behov for rullestolsramper, heis, tilpassede baderom med mer, mens tilrettelegging av omgivelser for å skape større forutsigbarhet, oversikt, stabilitet eller skjerming ikke omtales i denne sammenhengen. Dette er tiltak som kunne bedret situasjonen for barn og unge med psykiske eller kognitive vansker, men også for dem med ulike former for sansetap (hørselshemming, synshemming). Hvis vi ser på hva som kjennetegner de fleste mottak, så er det vel nærmest det stikk motsatte som er tilfelle i mottakssystemet. Det ligger i selve mottakssituasjonen – der "nøktern standard" innebærer at det er lite rom for å ta denne typen hensyn. Stor gjennomtrekk og liten forutsigbarhet er med på å gjøre personer med nedsatt funksjonsevne mer funksjonshemmet, jfr. det vi var inne på i det foregående kapitlet om den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming. Dermed representerer selve mottakssituasjonen for mange en "funksjonshemmende barriere".

### **3.3 Mørketall**

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser viser at rundt 11 % regnes å ha en funksjonsbegrensning som virker inn på hverdagen (Grue 2011). Dette gjelder for alle barn i Norge – altså ikke spesifikt for minoritetsspråklige barn. Andre undersøkelser viser både høyere og lavere andeler – avhengig av hvordan spørsmålet er stilt og hvilken aldersgruppe det omfatter. Våre tall fra mottakene tyder på lavere forekomster enn samtlige av disse undersøkelsene (3,3 %) – dette til tross for at det i tidligere forskning er vist til en rekke faktorer som indikerer økt forekomst (Hatton m.fl. 2003, Fladstad og Berg 2008, Lidén m.fl. 2011, Söderström, Kittelsaa & Berg 2011, Berg 2012). Her er det med andre ord en betydelig forskjell på hva mottaksansatte rapporterer og det andre undersøkelser indikerer.

I en oversikt fra Bydel Bjerke i Oslo viste statistikken at det var mer enn dobbelt så mange barn med minoritetsbakgrunn som hadde spesialpedagogiske tiltak i skole og barnehage sammenlignet med barn som hadde etnisk norsk bakgrunn. Tilsvarende tendens var det også i barnevernet (Fladstad og Berg 2008). Det er derfor overraskende at mottaksansatte rapporterer om så vidt få barn. Det er selvsagt mulig at det er færre i denne kategorien som kommer som asylsøkere, men siden dette i all hovedsak dreier seg om medfølgende barn, er det liten grunn til å tro at barn med spesielle behov har blitt igjen når resten av familien har

flyktet. Mottakssituasjonen og den belastningen den representerer, tyder på at det burde være flere barn. Det er derfor grunn til å se nærmere på hvordan tallene når det gjelder forekomster har framkommet og om det kan være forhold som gjør at barn og unge med spesielle behov ikke er fanget godt nok opp i denne undersøkelsen. Her vil vi peke på fire forhold som kan ha betydning for hvordan barna telles og om tallene rent faktisk er sammenlignbare.

*Det første handler om aldersgruppa det henvises til.* Tallene fra Statistisk sentralbyrå tar utgangspunkt i barn i aldersgruppa 7-15 år, men vi i vårt spørreskjemamateriale har tatt utgangspunkt i barn og unge i alderen 0-18 år. Som vi tidligere har vært inne på, er det en rekke funksjonsnedsettelse som først blir avdekket når barnet har blitt større. Sein språkutvikling kan f eks være et tegn på en funksjonsnedsettelse (utviklingshemming, autisme), men det kan også være et tegn på nettopp det det er; sein språkutvikling (innenfor normalspekteret). I de fleste tilfeller vil både fastlege, helsestasjon og barnehage innta en "vente og se holdning" i slike tilfeller. Når barnet nærmer seg skolealder, vil det vise seg om dette er innenfor normalen – eller om det er et tegn på en varig funksjonsnedsettelse. I denne ventefasen vil barnet rimeligvis ikke bli oppfattet som funksjonshemmet, mens det når det har nådd skolealder høyst sannsynlig vil være avklart om barnet hører med i statistikken over barn med funksjonsnedsettelse. Når vi i vår undersøkelse også har med de minste barna, vil dette trekke prosenten ned. At vi også har med de eldste, vil få liten betydning fordi de aller fleste er avklart og diagnostisert lenge før de er kommet i sein ungdomsalder.

*Det andre forholdet vi vil trekke fram er foreldrenes rolle i avdekking av funksjonsnedsettelse.* Forskingen på feltet viser klart at foreldre spiller en svært viktig rolle i avdekking av funksjonshemming hos egne barn (Tøssebro og Lundeby 2002, Hatton m fl 2003, Grue 2011). Selv om en del diagnoser er kjent fra fødselen av eller i tidlig spebarnstid, vil de fleste tilstander først bli avklart seinere. Det starter som regel med en bekymring – enten fra foreldrene selv eller fra hjelpeapparatet rundt. Men for at en slik bekymring skal nå fram, må den kommuniseres. Her vil både språkproblemer og mangelfull kunnskap om hjelpeapparatet kunne føre til at bekymringer enten ikke blir formidlet eller blir oversett. Vi må også anta at foreldre som bor i mottak vil være påvirket av hjemlandets syn på og håndtering av funksjonshemming og vil ta dette med seg i vurderingen av hva de går videre med. I land der velferdssystemene er vesentlig dårligere utbygd enn i Norge, vil det være lite hjelp å hente fra det offentlige. I så fall er det kanskje heller ikke så mange som tenker over at de bør dele sine bekymringer med mottaksansatte, helsesøster eller fastlege. Noen vil også føle skyld eller skam, noe som også vil fungere som en brems når det gjelder å formidle bekymringen til representanter fra det offentlige. Kunnskap om rettigheter og muligheter er derfor i mange tilfeller en forutsetning for tidlig identifisering av funksjonsnedsettelse (Sørheim 2000, Fladstad og Berg 2008).

*En tredje faktor handler om arenaer for samhandling.* For at hjelpeapparatet skal kunne oppdage barn med spesielle behov, må barna være "synlige". I og med at bare de største barna i mottak har rett til barnehage, vil det være få arenaer der barna er synlige for personer med barnefaglig kompetanse. En del funksjonsnedsettelse krever ikke spisskompetanse for å bli oppdaget, men for mange barn i "gråsonen" er det en forutsetning at barna er til stede på arenaer der fagfolk ser dem og treffer dem over tid. Et kort besøk på en helsestasjon vil ofte ikke være nok – særlig ikke hvis foreldrene selv ikke formidler bekymring. Et urolig (eller stille) barn kan ha "en dårlig dag" og derfor ikke bli vurdert som spesielt bekymringsfullt. Et barn som ikke reagerer adekvat på syns- eller hørselstesting kan også lett bli bortforklart med forhold som er forbigående eller normale reaksjoner på den situasjonen barnet befinner seg i. Dette understreker betydningen av å ha fagpersoner i mottakssystemet og arenaer der barn treffer (og kan ses i relasjon til) andre barn, og der de blir møtt av personer med barnefaglig kompetanse. Selv om det på de aller fleste mottak er ansatte med både helse, sosial- og pedagogisk kompetanse (65-79 % avhengig av type bakgrunn, jfr. figur 1), og det er stilt krav om barnefaglig kompetanse i mottak<sup>6</sup> er fagpersoner i liten grad ansatt i fagstillinger. Det er heller ingen selvfølge at mottaksansatte treffer barna jevnlig. På mange mottak er kontor og fellesarealer i andre bygg enn der asylsøkerne bor, noe som reduserer muligheten til å fange opp unormal utvikling hos barn. Et problem er også at ansatte med barnefaglig ansvar vanligvis har arbeidstid på dagtid. Det betyr at de i liten grad er til stede når større barn kommer fra skolen (Lidén m.fl. 2011).

I forlengelsen av dette punktet vil vi som *en fjerde faktor trekke fram personalets kompetanse på funksjonshemming.* Det er neppe noen som mener at asylmottak skal være bemannet med personer som har spisskompetanse på ulike former for funksjonshemming, men det er viktig at mottaksansatte har tilstrekkelig kunnskap til å vite når det er grunn til å henvise videre. På spørsmål om i hvilken grad funksjonsnedsettelse hos barn oppdages av mottaksansatte, svarer 62 % at de i stor eller svært stor grad oppdager dette (figur 6). På spørsmål om hvor lett eller vanskelig det er å oppdage ulike former for funksjonsnedsettelse, varierer svarene imidlertid ganske mye avhengig av type funksjonsnedsettelse (figur 3). Ikke overraskende er det bevegelseshemming som oppgis å være lettest å oppdage. Her svarer 94 % at dette er lett eller svært lett. Når det gjelder synshemming har tallet sunket til 52 %, mens hørselshemming vurderes som lett å oppdage i 34 % av tilfellene. Psykiske vansker skårer lavest. Her svarer de ansatte at det er lett å oppdage i 32 % av tilfellene.

Mønsteret er at jo mer synlig funksjonsnedsettelsen er, jo lettere er den å oppdage. Det virker logisk og følger også det som framkommer i andre undersøkelser om identifisering og

---

<sup>6</sup> RS 2010-084: *Krav til bemanning og kompetanse i ordinære statlige mottak*

diagnostisering av funksjonsnedsettelse. Men så brytes mønsteret. Den siste kategorien funksjonsnedsettelse som de ansatte er bedt om å vurdere, er kognitive vansker. Her svarer 62 prosent at de synes dette er lett å oppdage, mens ingen synes det er svært vanskelig å oppdage. Dette vurderer vi som et overraskende resultat. Kognitive vansker regnes av fagfolk på feltet som noe av det vanskeligste å avdekke og vurdere – på nivå med psykiske vansker. Det er derfor påfallende at mottaksansatte, som sjelden har spisskompetanse på dette, synes dette er lett, mens fagpersoner innenfor både helsevesen, skole og rehabilitering ofte bruker svært lang tid på å utrede barn og unge der det er mistanke om kognitiv svikt. Sannsynligvis handler dette om at begrepet "kognitive vansker" er lite presist definert og at en alminnelig oppfatning er at dette handler om de mest alvorlige tilstandene – som f eks psykisk utviklingshemming. At kognitive vansker også kan være ulike former for lærevansker, alle grader og typer av autisme/autismelignende tilstander, ADHD med mer, er ikke nødvendigvis noe mottaksansatte har forutsetninger for å vite. Hvis det kun er de mest alvorlige tilstandene man er oppmerksom på, er det kanskje ikke så rart at mange synes det er relativt lett å oppdage. *Kompetanse* blir derfor et viktig stikkord når det gjelder å oppdage og avdekke barn og unge som trenger spesiell oppfølging. Her virker det som kunnskap om det spesialpedagogiske feltet er det som er dårlig ivaretatt. Tilstander som forbindes med noe medisinsk, kan virke bedre ivaretatt.

For barn som ikke går i barnehage, blir det spesielt viktig at mottaksansatte følger opp ved mistanke om noe unormalt. Barnevernet, som er blant de instansene mottakene sier de samarbeider mest med, er selvsagt en sentral samarbeidspartner, men også pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) bør på banen ved bekymring om unormal utvikling. Hele 82 prosent av mottakene oppgir at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barnevernet, mens andelen har sunket til under 60 prosent når det gjelder samarbeid med PPT. Det som topper lista for samarbeid, er helsesøster, skole og barnehage (mellom 85 og 95 prosent) (figur 13). Dette er instanser som mottakene langt på vei er pålagt å samarbeide med all den tid helsetjenester, barnehage (for de største) og skole er obligatoriske tilbud.

### **3.4 Mellom nøktern standard og likeverdige tjenester**

Å oppdage og avdekke funksjonshemming forutsetter kunnskap – både om ulike typer funksjonsnedsettelse, om rettigheter og om instanser som kan bidra til identifisering og diagnostikk. *Tidlig intervensjon* er et viktig stikkord når det gjelder både behandling og opplæring. Jo tidligere man får hjelp, jo bedre vil i mange tilfeller prognosen bli. I tillegg vil det redusere belastningen både for barnet, familien og omgivelsene. Funksjonsnedsettelse kan sjelden behandles bort, men ved tidlig opplæring og behandling kan man skape bedre

mestring. Dette er viktig enten barnet blir boende i Norge eller må reise tilbake til hjemlandet.

Dette er holdninger som formidles i en rekke offentlige utredninger, stortingsmeldinger og handlingsplaner på funksjonshemmingsfeltet. Retten til behandling og opplæring er nedfelt i blant annet kommunehelsetjenesteloven, folketrygdloven, lov om psykisk helsevern, opplæringsloven og helse- og omsorgsloven. I tillegg gir både barneloven, barnevernloven og barnevernkonvensjonen klare rettigheter til alle barn – også de dobbelt sårbare barna på mottak. Som vi allerede har vært inne på i kapittel 2, har ikke asylsøkere rett til sosiale tjenester etter helse- og omsorgsloven, og de har heller ikke fulle rettigheter etter folketrygdloven. De ulike lovene hjemler ulike tiltak – alt fra retten til medisinsk hjelp til avlastning, støttekontakt og individuell plan. På spørsmål om i hvilken grad barn med behov for tiltak får dette ivaretatt, er det medisinsk behandling som topper lista. Her svarer 98 prosent av mottakene at slik behandling blir gitt. Prosenten synker imidlertid når det gjelder andre tiltak som barn kan ha behov for. Lavest skårer støttekontakt og avlastning (figur 10). Lista over tiltak er i prioritert rekkefølge følgende:

1. Medisinsk behandling
2. Tilpasset opplæring
3. Tilrettelagt bolig
4. Ansvarsgruppe
5. Pedagogisk tilrettelegging
6. Fysikalsk behandling
7. Tekniske hjelpemidler
8. Individuell plan
9. Økonomisk støtte
10. Koordinator
11. Individuell opplæringsplan
12. Avlastning
13. Støttekontakt

Ikke overraskende er det de tiltakene som er lovhjemlet for denne gruppa som topper lista. Det som ligger på bunn er tiltak som asylsøkere etter loven ikke har krav på, men hvor vi likevel ser at en del mottak gir tilbud om dette gjennom UDIs ordning for ekstraordinære tiltak. Hvorvidt tiltakene er tilstrekkelige, kan vi ikke si noe sikkert om ut fra denne kartleggingen. Ut fra det vi tidligere har sagt om lærevansker/kognitiv svikt, er det grunn til å stille spørsmålstegn ved om tilpasset opplæring og pedagogisk tilrettelegging blir gitt i tilstrekkelig grad og til de barna som har behov for det. En rekke evalueringsrapporter på feltet viser et betydelig gap mellom behov og tiltak på opplæringsfeltet (Tøssebro og

Lundeby 2002, Wendelborg 2010)<sup>7</sup>. Det er derfor sannsynlig at det også for denne gruppa eksisterer et gap mellom behov og tilbud. Det samme kan også gjelde andre tiltak. Når det oppgis at 86 prosent av de som har behov for tilrettelagt bolig får dette ivaretatt på mottaket, er det grunn til å spørre hva tilretteleggingen innebærer og om den er tilstrekkelig.

Det er selvsagt positivt at det for samtlige av tjenestene som er listet opp blir vurdert en måloppnåelse på mellom 80 og 99 %. Samtidig er det grunn til å påpeke at dette rimer dårlig med det vi selv kunne avdekke ved besøk på mottakene (se de neste kapitlene). Igjen er kompetanse et viktig stikkord. Dersom kunnskapen om rettigheter er mangelfull både hos foreldre og mottaksansatte, må vi regne med at lista blir lagt lavere enn for befolkningen for øvrig. Dette kan forstås i lys av ambisjonen om at mottakstilbudet skal holde en "nøktern standard". Dette er imidlertid neppe i tråd med generelle målsettinger om "likeverdig tjenesteyting". I dette ligger det innebygd en mulig motsetning. Hvis nøktern standard forstås som noe dårligere enn det som regnes som nødvendig eller alminnelig for befolkningen sett under ett, er det vanskelig samtidig å påstå at vi praktiserer likeverdighet i tjenesteytingen.

Når det gjelder tjenester etter helse- og omsorgsloven og folketrygdloven, er det åpenbart en forskjell all den tid flere tiltak eller tjenester ikke gjelder for asylsøkere (jfr. NOU 2010:11). Når det gjelder f eks opplæringsloven, har asylsøkerbarn en likeverdig rett til tilpasset opplæring, herunder også spesialpedagogiske tiltak i barnehage og skole. Vertskommunetilskuddet (RS 2011-25) viser til at vertskommuner for asylmottak kan søke om tilskudd til ordinær grunnskoleopplæring, og at elever som bor i asylmottak har rett til spesialpedagogiske tiltak etter opplæringsloven. Hvorvidt dette forstås slik i praksis, er det grunn til å undersøke nærmere. Enkelteksempler som ble presentert i dybdestudien tyder på at det også på dette området er et gap mellom idealer og realiteter. Vår kartlegging kan ikke si noe presist om dette, men det kan være viktig å undersøke dette nærmere. Tilpasset opplæring vil gjelde mange kategorier funksjonshemmete, men barn og unge med kognitive vansker er en gruppe der slik opplæring ofte er av særlig stor betydning for den enkelte. Siden mye tyder på at mottaksansatte gjennomgående har liten kompetanse når det gjelder å avdekke behov for spesialpedagogiske tiltak, vil det i alle fall for de minste barna være grunn til bekymring. For barn i barnehage og skole, må vi anta at lærere og førskolelærere vil være i stand til å fange opp behovene også for denne gruppa.

---

<sup>7</sup> Se Midtlyngutvalget (NOU 2009:8) og Østbergutvalget (NOU 2010:7) for ytterligere dokumentasjon



## 4 Barn og unge i asylmottak

I vår gjennomgang av begrepet funksjonshemming tidligere i rapporten har vi drøftet forholdet mellom det å ha en kronisk lidelse og det å ha psykiske plager som henger sammen med å leve i en vanskelig livssituasjon. Her finnes det glidende overganger, og det er ikke alltid lett å skille mellom hva som kan være psykisk lidelse, atferdsvansker som har utgangspunkt i hjerneorganiske funksjonsnedsettelse eller reaksjoner på en uoversiktlig og krevende tilværelse. Samtidig vet vi at barn som lever i asylmottak representerer det som er benevnt som sårbare grupper (EUs mottaksdirektiv 2003). Personer med nedsatt funksjonsevne er også nevnt som en sårbar gruppe, og når en både er barn og har funksjonsnedsettelse, kan en være sårbar av flere grunner. Det er derfor viktig å være ekstra oppmerksom på barns situasjon i asylmottak; om de har noen form for funksjonsnedsettelse eller om de lever under forhold hvor de risikerer å utvikle psykiske problemer.

### 4.1 Sårbare grupper

Bergeutvalget (NOU 2011:10) vurderer det slik at formålet med å anvende begrepet 'sårbare grupper', må handle om å vise individer som defineres inn slike grupper spesiell oppmerksomhet slik at det blir mulig å følge dem opp eller legge spesielt til rette for dem. Utvalget ser på barn som mer sårbare enn voksne fordi de er i utvikling som individer, og av den grunn trenger ekstra beskyttelse. På oppdrag for Bergeutvalget har det vært utarbeidet en rapport om barn som følger med sine foreldre i asylmottak (Lidén m.fl. 2011). Rapporten har fokus på barns mestring og legger til grunn følgende tre premisser; at en må legge til rette for fungerende foreldreskap, at barn har sosialt nettverk, og at de har tilgang til velferdsgoder. Samtidig viser rapporten til at det finnes risikofaktorer ved det å bo i asylmottak som kan ha innvirkning på barn og unges helse.

I vår studie har vi hatt fokus på barn med nedsatt funksjonsevne, og vi har derfor vært mer opptatt av helseforhold og vansker enn av mestring. De aller fleste av våre informanter har påpekt at barn som lever i mottak er utsatt for helserisiko, og at denne risikoen øker jo lengre oppholdet i mottaket blir. Som en inngang til dette kapitlet vil vi derfor beskrive dagliglivet til barn i asylmottak ut fra et helserisikoperspektiv. Tilværelsen i asylmottak er preget av brudd med fortiden, en usikker nåtid og utrygghet omkring hva framtiden vil bringe. En lever utenfor det vanlige dagliglivet, ofte tett på andre mennesker som også er i en vanskelig situasjon. Dette kan gi økte psykiske belastninger både for barn, unge, familier og enslige. Den lange ventetiden, isolasjon og fravær av meningsfullt innhold i hverdagen bidrar til å forsterke problemene (Berg & Sveaass m.fl. 2005). Situasjonen er ekstra vanskelig for enslige mindreårige asylsøkere, og vi har derfor også tatt med et avsnitt om deres

situasjon. Samtidig er det viktig å peke på at selv om barn lever i en krevende og usikker livssituasjon, utvikler de nødvendigvis ikke varige helseproblemer. Mange barn klarer seg godt og har ressurser og motstandskraft som gjør at de mestrer de utfordringene de møter i dagliglivet.

## 4.2 Ventetid og frykt for avslag

Antonovsky (1991) har studert hva som bidrar til at mennesker mestrer utfordringer og bevarer sin helse til tross for store påkjenninger. Helt sentralt er at en har en følelse av sammenheng i livet; det vil si at en klarer å gripe fatt i det som skjer, at en opplever en viss grad av forutsigbarhet og kan håndtere de fleste av de utfordringene en møter. Brunvatne (2006) peker på at de største helseproblemene for asylsøkere er av psykisk art, og for å kunne oppnå bedret psykisk helse trenger de forhold som fremmer mestring. Lidén m.fl. (2011) bruker begrepet resiliens eller motstand og peker på at den største gåten innenfor forskning om resiliens er hvorfor noen barn mestrer krevende og utfordrende omgivelser mens andre får varige problemer. Asylsituasjonen slår altså ikke likedan ut for alle barn selv om de kan utsettes for samme helserisiko.

Den største helsemessige utfordringen er usikkerheten knyttet til svaret på asylsøknaden og påkjenninger ved å oppleve at andre barn blir sendt ut av landet. I tillegg kommer tidsaspektet inn. Barn risikerer å leve store deler av barndommen sin i den ekstraordinære tilværelsen som livet i mottak innebærer. Barna lever dessuten sammen med foreldre som er bekymret og engstelige, som ofte sliter med psykiske vansker og som kan ha store problemer med å fungere som foreldre. Dette virker inn på barn og unges tilværelse og øker risikoen for helseproblemer både av midlertidig og varig art. Selv om funksjonsnedsettelse i utgangspunktet ikke har noe med asyltilværelsen å gjøre, vil utfordringene som skyldes funksjonsnedsettelsen møte utfordringene med å leve i asylmottak, og dette kan føre til ytterligere belastning.

Usikkerhet rundt svaret på asylsøknaden preger både barn og familier. En psykiater ansatt i Barne- og ungdomspsykiatrien som har arbeidet i mange år med minoritetsbarn og unge, sa det på denne måten om barn fra asylmottak som henvises til dem:

*“Tidligere hadde vi kontakt med barn som var traumatisert på grunn av krig og konflikter. Det var barn som hadde direkte erfaringer fra krig, som for eksempel vietnamesere og barn og unge fra landene på Balkan. Disse hadde ofte posttraumatisk stressyndrom, og det kunne vi behandle. De vanskelige barn og unge i asylmottak har nå, skyldes i alt vesentlig den eksistensielle situasjonen de er i. De*

*opplever avslag på søknader og angst og uro i den forbindelse. Barna er i utgangspunktet friske, men det miljøet de lever i er sykt. Det er mer traumatiserende å bli boende i mottak enn den tilværelsen som barna kommer fra.”*

Han er av den oppfatning at oppholdet i mottak må kortes ned, og da mener han at det må gjøres noe med søknadsbehandlingen. At det finnes ulike ankemuligheter i forbindelse med avslag, gjør at tiden går. Han understreker at tidsaspektet har stor betydning, særlig for barn og enslige mindreårige asylsøkere. Tidsaspektet understrekes også av en sykepleier som arbeider i mottak. Hun fortalte at hun hadde hatt permisjon fra arbeidsstedet i en lengre periode. Da hun kom tilbake, traff hun igjen de samme barna som var der da hun dro. Noen av disse var barn som i utgangspunktet hadde det vanskelig, og hun opplevde at vanskene hadde økt i den tiden hun var borte. Hun framholder at de familiene som skal returneres, må bli returnert raskt fordi det er til det beste for barna. De andre må få opphold slik at de kan hjelpe barna sine.

Å få avslag på asylsøknaden eller at andre barn blir sendt tilbake til hjemlandet, kan oppleves enormt belastende. Barn ser at det foretas uttransportering, og de hører foreldrene snakke om dette. Dette skaper ekstra uro. En barnefaglig ansvarlig sier at usikkerhet og frykt for politiet er blant barnas største utfordringer. De kan aldri være helt sikre og aldri slippe helt av. Hun understreker også at tiden det tar å få svar på asylsøknaden er alt for lang fordi usikkerheten bare vokser ettersom tiden går.

Et eksempel fra en skole som har mange elever fra et asylmottak, kan belyse hvordan uttransportering kan virke inn. I dette tilfellet hadde verken skolen eller de andre elevene fått noen form for orientering om at en elev skulle sendes ut. Det hele gikk veldig fort, og en av skolens ansatte forteller at det gjorde stort inntrykk på alle å se at jakka til den gutten som var blitt borte, hang igjen i gangen mange dager etter at han forsvant. Hun sier at det er en stor påkjenning både for lærere og elever når noe slikt skjer, og særlig er det belastende for elever som vet at de kan havne i samme situasjon. Ved denne skolen har de fått faglig hjelp til å lage et opplegg for oppfølging i slike tilfelle. Det handler om å kunne mestre en vanskelig situasjon og skape mest mulig trygghet for barna mens de er på skolen.

Et annet eksempel handler om en jente på 10 år som fikk store problemer. Da familien hadde fått to avslag og skulle sendes ut, ville hun bare dø. Hun var dypt bekymret, og det kom fram at hun hadde hørt på hva foreldrene snakket om når de trodde at hun sov. Jenta forsto hvor redde foreldrene var og tok deres bekymringer inn over seg. Hun klarte etter hvert å fortelle en ansatt i helsetjenesten om sine suicidal tanker, og hun ble henvist til barnepsykiatrien. Der fikk både hun og foreldrene samtaler, og situasjonen bedret seg. Etter hvert fikk familien også opphold. Dette eksemplet viser at den frykten mange barn lever med i asylmottak kan føre til alvorlige psykiske helseproblemer hos enkelte barn. Det er derfor

viktig at kompetente ansatte følger med på barns og unges situasjon slik at de kan oppdage når problemene blir så store at barna trenger kvalifisert hjelp.

### 4.3 Belastninger i hverdagen

Legeforeningens program for bedre helsetjenester for ikke-vestlige innvandrere (2010) peker på at asylmottak gir vanskelige oppvekstvilkår for barn og kan føre til høy risiko for mistilpasning og psykiske helseproblemer. Dette illustreres av mottaksansattes informasjon om barns hverdagsliv i asylmottak. En av dem forteller at i asylmottaket er det stress hele tiden og usikkerhet og redsel. Dette påvirker barn. En annen ansatt er av den oppfatning at livet i asylmottak kan gjøre barn psykisk syke. Hun sier: «*Mottakssystemet ødelegger folk.*» En tredje ansatt sier det på denne måten:

*”Noen barn har problemer med døgnrytme, og skolen klager på at de er trøtte og uopplagte. En del barn sliter med konsentrasjonsvansker. Det kan handle om ADHD, men også om manglende grensesetting og manglende forståelse for regler. Det kan også henge sammen med livssituasjonen. Familiene bor trangt og tett, og de mangler nærhet til slekt og venner. Dette er en stor belastning for barn.”*

Noen av barnas problemer kan oppdages allerede i barnehagen. I en samtale med to ansatte i en barnehage knyttet til et asylmottak, kommer det fram at mange av barna har foreldre som har somatiske eller psykiske vansker. Det er ofte problemer og bekymringer i familien, og dette smitter over på barna. Mange har ikke god døgnrytme, og noen kommer ganske uregelmessig i barnehagen. Enkelte barn har atferdsvansker. De ansatte understreker imidlertid at det er vanskelig å skille mellom hva som er reaksjoner på en vanskelig situasjon, hva som er vanlig atferd i den kulturen barnet kommer fra og hva som kan være tegn på en utviklingsforstyrrelse eller andre vansker. Uansett mener de at barna ville hatt mest utbytte av å gå i en vanlig barnehage, for der ville de andre barna virket modererende. Når det bare er asylsøkerbarn i barnehagen, blir terskelen høy for hva slags atferd som godtas.

De stille barna er en spesiell utfordring i barnehagen. Disse er det vanskelig å komme i kontakt med, og særlig når de ansatte bare kan snakke norsk. Ellers observerer de ansatte at det er særlig høyt aktivitetsnivå hos flere av barna på mandager. De regner med at dette henger sammen med at barna oppholder seg mye innendørs i helgene, og at de har lite plass å røre seg på. Enkelte barn har forsinket motorisk utvikling. Dette settes i sammenheng med at barna er lite ute, og at de bor trangt. Hjemme er det behov for at de holder seg rolig fordi de skal dele begrenset plass med flere. Mange sitter derfor lenge med Playstation og andre rolige aktiviteter. De ansatte forteller at en gang kom en fysioterapeut til barnehagen for å

undersøke et bestemt barn. Da hun så seg rundt, mente hun at de fleste barna var forsinket i sin motoriske utvikling. Barnehagen har tatt konsekvensen av dette og tar barna mye med ut på tur. Ute har de fått laget en hinderløype slik at barna skal få utfolde seg fysisk. Siden de har observert at mange barn kjøres i barnevogn når de helst burde gå, har de tatt opp behovet for fysisk aktivitet med foreldrene, og de oppfordrer foreldrene til å ta med barna på tur. Som eksempel på at fysisk aktivitet kan forebygge helseproblemer, forteller de om et barn på seks år som var så overvektig at hun fikk pusteproblemer bare hun skulle gå et lite stykke. Etter at hun ble tatt med på daglige turer, bedret helsetilstanden seg.

For de større barna er det et problem at de sjelden får anledning til å være alene. Dette sliter på dem og er vanskelig for deres identitetsutvikling, i følge en barnefaglig ansvarlig. De bor trangt med familie og søsken, og det er alltid mange rundt dem. Barn og unge opplever det som et savn at de ikke kan trekke seg tilbake og være for seg selv. Det er også vanskelig for dem å be venner med seg hjem. Mange har lite ro til å gjøre lekser, og fra mottakets side blir de oppfordret til å ta i mot leksehjelp på skolen. Trangboddhet og boforhold som passer dårlig for familier er beskrevet i flere studier (Lauritsen & Berg 1999, Seeberg 2009). Lidén m.fl. (2011:340) peker på at det er tre forhold ved bolig som har negativ innvirkning på barns situasjon; størrelse, manglende tilgang på eget kjøkken og bad med tilstrekkelig standard og boligens beliggenhet i forhold til lokalsamfunnet.

Etter hver som barna blir eldre, begynner de å sammenlikne seg med norske barn; hva de eier og hva de får lov til å være med på. En ansatt mener at det går et skille når barn er omtrent ti år, og at etter det blir de mer oppmerksomme på andre barns situasjon. De fleste vil imidlertid ikke spørre foreldrene om å få ting for de vet at foreldrene har lite penger. Nest etter den lange saksbehandlingstiden er fattigdom den største hindringen for at barn i asylmottak skal ha et godt tilbud (Seeberg 2009). Mange får heller ikke anledning til å delta på tilstelninger på skolen fordi foreldrene kan mene at det er upassende. Ved et mottak forteller barnefaglig ansvarlig at hun stiller opp på skoleball og lignende og så overtaler hun foreldrene til å la sine ungdommer delta slik at de kan få være unge sammen med andre unge

#### **4.4 Enslige mindreårige asylsøkere**

Enslige mindreårige asylsøkere er en særlig sårbar gruppe. Andelen med psykiske lidelser er større i denne gruppen enn hos barn som kommer sammen med sine foreldre. Tap eller usikkerhet over tid og det å være atskilt fra foreldre utgjør en særlig belastning (Berg og Sveaass m. fl. 2005). De viser til en dansk undersøkelse som omfattet 246 enslige mindreårige asylsøkere. Blant disse var det en fjerdedel som hadde behov for mer omfattende tiltak eller behandling enn det som mottaket kunne tilby. Fra en avdeling for

enlige mindreårige ved et stort asylmottak forteller en ansatt at det alltid er en eller annen av ungdommene i avdelingen som sliter så mye at det går ut over daglig fungering. En barnepsykiater sier at enslige mindreårige asylsøkere er i en svært spesiell situasjon fordi de ikke har noen rundt seg.

En helsesøster med særlig ansvar for enslige mindreårige gir et eksempel på vansker hos enslige mindreårige ved å fortelle om en ung jente som hadde krampesykdom som kunne minne om epilepsi. Både hun selv og andre satte krampene i sammenheng med en mindre ulykke hun hadde vært utsatt for. Hun ble utredet for epilepsi, men det ble ikke funnet noen form for organisk skade. Det ble lagt vekt på å skape trygge rammer rundt jenta. Blant annet ble det innvilget støtte fra UDI til miljøet i avdelingen for enslige mindreårige fordi det var belastende for de andre unge at hun hadde så mange anfall. Etter en tid hadde jenta fått tillit til ansatte og begynte å snakke om sin bakgrunn. Det viste seg at hun hadde vært gissel i en familieføide da hun var i 10 års alderen. Hun ble holdt fanget, og hun ble voldtatt. Da hun ble frigitt, slo noen slektninger seg sammen for å hjelpe henne bort, og det var slik hun havnet i Norge. Det viste seg at da jenta fikk hjelp til å snakke om sine traumer og fikk regelmessig oppfølging, forsvant anfallene.

Selv om mange enslige mindreårige asylsøkere er ressurssterke, kommer de hit med en stor byrde. Dette forklarte en psykiater ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Ofte har familien satt seg i gjeld for å sende dem fra seg, og mange av dem har urealistiske forhåpninger om hva de kan oppnå. Det kan også være vanskelige for mange av dem å oppleve at de blir betraktet som barn fordi de i hjemlandet har vært sett på som personer med voksent ansvar. Det gjør at de kan oppleve problemer knyttet til identitet når de på denne måten kan sies å gå fra autonomi til avhengighet. Psykiateren mener at mange av disse er ungdommer som trenger praktiske løsninger på sine problemer, ikke nødvendigvis behandling. Han mener at skole eller arbeid vil være den beste måten å følge opp mange enslige mindreårige på.

#### **4.5 Balanse mellom helserisiko og mestring**

Barn og unge som bor i asylmottak lever i en tilværelse som er preget både av normalisering fordi de blir inkludert i skole og nærmiljø, og av en unntakstilstand som er preget av at både barna og foreldrene venter på avgjørelsen på søknaden om opphold (Lidén m.fl. 2011). Lang ventetid og usikkerhet omkring asylsøknaden kan påvirke barn og unges helsetilstand.

Forhold som trangbodhet og dårlig råd kan også virke inn på barns trivsel og velvære. I tillegg kan enkelte barn ha med seg erfaringer som kan gi seg utslag i helsemessige problemer. Det er derfor behov for kompetente ansatte både innenfor helsevesenet,

mottaksapparatet og i barnehage og skole som kan observere og vurdere barns fungering over tid. Det er viktig at forholdene legges til rette for en mest mulig trygg og forutsigbar hverdag for barn generelt, og det er behov for at de som trenger ekstra bistand, kan oppdages og følges opp, blant annet med henvisning til spesialisthelsetjenesten eller andre hjelpeinstanser.

Det er viktig at nedsatt funksjonsevne og andre former for sårbarhet blir oppdaget i en tidlig fase slik at barn og unge i mottak kan få den hjelpen de har behov for. Samtidig må en ta vare på barns ressurser og mestringssevner. For ansatte kan det oppleves som en balansegang både å skulle være opptatt av helserisiko og å gi støtte til barns engasjement og utfoldelse. Deres dilemma kan være at de er redde for at de ikke skal oppdage helseproblemer, og de kan frykte at de legger så stor vekt på barns sårbarhet at de overser barns ressurser. For barn i asylmottak er det viktig at ansatte klarer å holde fokus på flere sider ved barns liv samtidig. Om en oppdager nedsatt funksjonsevne eller ikke, er avhengig av om en har oppmerksomme fagpersoner i barnehage, skole og mottak, og om helsetjenesten har gode rutiner og tilstrekkelig kompetanse. Samtidig er det viktig å ha et ressursperspektiv.





## 5 Synlige og usynlige funksjonsnedsettelse

Studier av familier som har barn med nedsatt funksjonsevne viser at det er noen viktige forutsetninger som må være på plass dersom barna og familien skal kunne leve tilnærmet likt det andre familier gjør. En slik forutsetning er at det legges til rette for at barna kan delta på de samme arenaene som andre barn; det vil si barnehage og skole. Barnehage og skole kalles ofte for integrerende institusjoner fordi disse stedene er det mulig å legge til rette for at barn med ulike forutsetninger kan vokse opp og utvikle seg i et sosialt fellesskap (Ytterhus 2000).

En annen forutsetning er det som kalles arbeidsdelingen mellom familien og det offentlige hjelpeapparatet (Tøssebro & Lundeby 2002). Det vil si at barna vokser opp i sine familier, og at det offentlige yter nødvendige tjenester for å legge til rette for en mest mulig vanlig oppvekst og ordinært familieliv. Imidlertid kan det være store utfordringer knyttet til det å skulle få til denne arbeidsdelingen, og mange foreldre beskriver forholdet til hjelpeapparatet som en kamp. Utfordringer kan for eksempel være at en opplever å bli møtt med lite forståelse, at tjenestene ikke er tilstrekkelige, ikke er tilpasset familiens behov eller at koordinering mangler slik at tjenestetilbudet framstår som fragmentert og lite tilgjengelig. Slike utfordringer er beskrevet i bøker, artikler og rapporter fra et longitudinelt prosjekt om å vokse opp med funksjonshemming i dagens Norge og fra tilgrensende studier (se for eksempel Tøssebro & Lundeby 2002, Tøssebro & Ytterhus 2006, Lundeby 2008, Kittelsaa, Magnus & Berg 2011, Haugen, Hedlund & Wendelborg 2012). Studiene viser likevel at familiene og hjelpeapparatet ser ut til å tilpasse seg til hverandre, og at foreldrene etter hvert blir mer fornøyd med de tjenestene de får.

Dette kapitlet setter fokus på hvordan familier som har barn med nedsatt funksjonsevne møtes og følges opp under tiden i asylmottak. Hvordan oppdages barn med nedsatt funksjonsevne i asylmottak, og hvordan følges de opp i barnehage og skole og med hensyn til hjelpetiltak?

### 5.1 Minoritetsfamiliers møte med hjelpeapparatet

Minoritetsfamilier som har barn med nedsatt funksjonsevne opplever på mange måter forholdet til hjelpeapparatet på tilsvarende måte som norske familier, men for disse kan det komme tillegg utfordringer. Det kan for eksempel dreie seg om manglende kunnskap om tjenester og rettigheter på grunn av manglende kjennskap til det samfunnet de har flyttet til. Det kan også handle om vansker med språk og kommunikasjon, eller at ansatte i hjelpeapparatet tolker problemer på det kommunikasjonsmessige og språklige området som

kultur og religion (Hatton m.fl. 2004, Poulsen 2005, Söderström m.fl. 2011). Dette kan bety at det tar lengre tid for disse familiene å få nødvendige tjenester enn for andre. En spesiell utfordring er det første møtet med hjelpeapparatet; det vil si det møtet hvor foreldrene får vite at barnet deres har en funksjonsnedsettelse. Måten informasjon blir gitt på i dette møtet, har avgjørende betydning for hvordan familien tilpasser seg det videre livet med barnet (Hatton m.fl. 2003). For foreldre med minoritetsbakgrunn er viktig at de får denne informasjonen på sitt eget språk eller det språket de selv foretrekker. Når det gjelder minoritetsfamilier, er det påvist en sterk sammenheng mellom måten informasjon om barnets funksjonsnedsettelse er mottatt på og den videre kontakten med hjelpeapparatet (ibid).

Familier som lever i asylmottak, kan ha samme hjelpebehov som andre familier, men siden de lever i en uvanlig situasjon, og oppholdet i asylmottaket er definert som midlertidig, kan de møte enda flere tilleggsutfordringer enn det som er tilfelle for minoritetsfamilier ellers. For det første har de sannsynligvis med seg den forståelsen av funksjonshemming som er vanlig i deres hjemland, og det er sannsynlig at de ikke er vant til at det offentlige tilbyr hjelp og støtte til familier som har barn med nedsatt funksjonsevne. For det andre er de nye her i landet og kjenner lite til norske forhold, herunder hvordan funksjonshemming forstås og måten det offentlige hjelpeapparatet fungerer på. Dessuten kan både de selv og mottaksapparatet ha fokus på helt andre problemstillinger enn eventuelle funksjonsnedsettelser hos barn i familien. Familier som har barn med nedsatt funksjonsevne trenger derfor å møtes av et kompetent helsevesen og et mottaksapparat som evner å se helheten i familiens situasjon og som kan informere og veilede dem slik at barna og de selv får best mulig oppfølging.

## **5.2 Hvordan oppdages nedsatt funksjonsevne?**

Begrepet tidlig intervensjon står sentralt når en oppdager at et barn har nedsatt funksjonsevne. Tidlig intervensjon handler om at innsats settes inn på et tidlig tidspunkt slik at en kan gripe inn for å forhindre en negativ utvikling. På flere samfunnsområder er det kjent at jo tidligere et problem oppdages og innsats settes inn, desto større er sannsynligheten for en positiv utvikling. Barn med nedsatt funksjonsevne kan trenge medisinsk behandling og oppfølging, trening, pedagogisk innsats og stimulering fra tidlig alder av, og det er derfor av avgjørende betydning at funksjonsnedsettelsen oppdages tidlig slik at en kan forhindre skader eller feilutvikling.

For barn av asylsøkere, er det derfor av stor betydning at eventuelle helseproblemer eller funksjonsnedsettelser oppdages tidlig slik at de raskest mulig kan få den hjelpen de har behov for. Det må legges til rette for at både transittmottak og helsetjenesten i ordinære

mottak skal ha en beredskap for å oppdage om det er noe i veien med de barna som blir tatt i mot.

Første stoppested for asylsøkere som kommer til Norge er transittmottaket. Der blir det gjennomført asylintervju og en helseundersøkelse. Helsepersonell ved transittmottak skal forsøke å avdekke sykdommer og lidelser, herunder kroniske tilstander, som umiddelbart trenger oppfølging (Helsedirektoratet 2010). Informasjonen skal formidles videre til helsetjenesten ved det asylmottaket asylsøkeren flytter til. Vi har spurt asylmottakene om i hvilken grad barns og unges funksjonsnedsettelse er kjent når de kommer til mottaket. Her er det et stort antall, 53 %, som svarer at funksjonsnedsettelsen i liten eller svært liten grad er kjent mens 27 % svarer at funksjonsnedsettelsen er kjent i stor til svært stor grad. Dette kan tyde på at funksjonsnedsettelse hos barn og unge relativt sjelden oppdages i transittmottak. Det kan imidlertid også bety at informasjon om funksjonsnedsettelse bare går til helsepersonell, og at deres taushetsplikt hindrer at mottaksansatte får informasjon om funksjonsnedsettelse hos de som kommer til mottaket.

I følge Bergeutvalget (NOU 2011:10) blir om lag 1/3 av alle funksjonsnedsettelse oppdaget i transittmottak. Ofte vil synlige funksjonsnedsettelse bli oppdaget i transittmottaket, noe som betyr at en kan forsøke å finne et egnet mottak til en person som trenger spesiell tilrettelegging. Dette viser seg ikke alltid å være enkelt, og noen ganger har det hendt at mottak har fått beboere som de ikke kan gi et godt nok tilbud. En mottaksleder fortalte for eksempel at de hadde fått en rullestolbruker, noe som ble for vanskelig. Mottaket hadde riktig nok et rom som var egnet, men terrenget rundt mottaket gjorde det helt umulig å håndtere en rullestol, og dette gjorde at beboeren måtte flytte til et annet mottak.

De papirene som blir oversendt fra transittmottaket er informasjon om eventuell tuberkulose eller og vaksinasjoner, røntgenbilder og lignende. Papirene blir sendt til helsetjenesten, og av den grunn vet ikke nødvendigvis andre ansatte noe om beboeres helsetilstand ut over det de selv informerer om. Opplysninger om enkeltpersoners helse er taushetsbelagt, og det må derfor avveies nøye hva som skal formidles til ansatte som ikke er helsepersonell. En sykepleier sier at det kun er i forbindelse med ganske spesielle forhold at informasjon om enkeltbeboeres helsetilstand blir formidlet til andre ansatte.

NOU 2011:10 påpeker at det er viktig å avdekke sårbarhet og spesielle behov på et tidlig tidspunkt, og av den grunn er helsetjenesten i transittfasen av helt avgjørende betydning. I utredningen understrekes det at både kapasitet og kompetanse må være tilstrekkelig, og at informasjon må formidles videre til de mottakene som sårbare asylsøkere skal flytte til. Dette er utsagn som mange ansatte i mottak vil si seg enige i. De har fortalt at helseinformasjon fra transittmottakene kommer sent og at de ikke alltid får vite at noen har funksjonsnedsettelse eller trenger spesiell tilrettelegging. De må derfor stole på at deres

egne rutiner hjelper dem til å avdekke nedsatt funksjonsevne og andre vansker. Men rutiner er ikke tilstrekkelig. God kompetanse og oppmerksomhet hos ansatte på hva de skal se etter, er viktig for at nedsatt funksjonsevne skal kunne oppdages på et tidlig tidspunkt.

### **5.3 Rutiner ved overføring til ordinære asylmottak**

I hvilken grad funksjonsnedsettelse hos barn og unge oppdages ved ankomst til ordinære asylmottak, vil henge sammen med hvilke rutiner mottakene har for å avdekke nedsatt funksjonsevne. I spørreundersøkelsen til mottakene svarte 53 prosent at de får informasjon om funksjonsnedsettelse fra transittmottak mens 46 prosent av mottakene svarte at funksjonsnedsettelsen registreres i mottaket ved ankomst. 75 % av mottakene oppgir at barn og unge undersøkes av kommunehelsetjenesten ved ankomst til mottaket. Funksjonsnedsettelse hos barn og unge som blir oppdaget i mottaket, blir meldt videre til kommunehelsetjenesten etter melding fra ansatte, 86 %, eller foreldre, 68 %.

I de fleste mottakene som inngår i studien, står kontakt med helsetjenesten sentralt i forbindelse med ankomst. Rutinene er ulike og henger sammen med hvordan mottaket er organisert; for eksempel om helsetjenesten er lokalisert i mottaket. Flere steder er den kommunale helsetjenesten fysisk til stede i mottaket, og da er det vanlig at nye asylsøkere får en velkomstsamtale med helsetjenesten i tillegg til annen informasjon som de får fra informasjonsansvarlig eller mottaksleder. Andre steder har de en mer avventende holdning og tar ikke opp helse spørsmål før de vurderer at det er behov for det. Argumenter for en tidlig helseundersøkelse kan være at en kan komme tidlige i gang med tiltak, mens holdningen om å vente en stund, kan handle om at en ikke ønsker å sykeliggjøre personer i en vanskelig livssituasjon, men gi dem tid til å venne seg til sine nye omgivelser før en stiller spørsmål om mer private forhold eller om erfaringer som kan ha gitt psykiske påkjenninger.

Ved ett mottak gis det bare praktisk informasjon ved ankomst ut fra en tankegang om at helseproblemer eller funksjonsnedsettelse vil komme til syne etter hvert som personer og familier blir kjent. Her er det en ansatt med informasjonsansvar som har ansvaret for å ta imot dem som kommer. Hun informerer om tilbudet, plikter og ansvar og har også en kartleggingssamtale. Det er en sykepleier til stede ved intervjuet, men det gjøres ikke noen helsekartlegging. I stedet følger sykepleieren opp de han mener har behov for det, og han sier at mottaket er så lite at det ikke tar lang tid før de oppdager hva slags problemer folk har. Han sørger for at nye beboere får D-nummer og fastlege, og at barn registreres på helsestasjonen. Et annet mindre mottak har som rutine å henvise til den interkommunale migrasjonshelsetjenesten hvis de oppdager noe helsemessig. Det tar bare en til to dager fra

meldingen til personen får time hos lege. Den første undersøkelsen er gratis, og det er derfor lett å motivere for legebek.

Ved et stort mottak er det faste mottaksrutiner i helsetjenesten. I løpet av de første to ukene i mottaket får både enkeltindivider og familier velkomstsamtale med en sykepleier. Her er arbeidsoppgavene fordelt slik at en helsesøster har spesielt ansvar for velkomstsamtaler med enslige mindreårige asylsøkere, mens andre tar imot familier og enslige voksne. Ved mottak av enslige mindreårige kartlegges somatisk helse, og helsesøster spør om de unges opplevelser før de kom til mottaket. Hun sier at hun prøver å legge vekt på å etablere tillit, og hun vurderer hvordan de forholder seg og hvordan de svarer på spørsmål. Når hun lurer på om det er noe ungdommene går og bærer på, kaller hun dem inn til flere samtaler.

Helsetjenesten ved dette mottaket har et enkelt skjema som brukes ved den første kontakten. Helseansvarlig forteller: *“Vi vet at mange av de som kommer hit ofte er redde. Derfor går vi varsomt fram. Men vi noterer oss ting som vi vet at vi kan komme tilbake til senere”*. Dessverre har ikke alltid papirene fra transittmottaket eller annet mottak kommet ved den første samtalen. Det er en ulempe, og helseansvarlig forteller at de ofte sliter med å få tak i papirene.

Ved dette mottaket har de valgt å ha velkomstsamtale både med barna og foreldrene når det er familier som kommer. Familien møter først samlet, og så snakker helsetjenesten med barna. Deretter snakker de med foreldrene hver for seg. De gir tilbud om blodprøver, og det kommer en person til mottaket for å ta disse. Dette er en ordning som gjør at prøvene ikke koster noe for familiene. I blodprøvene avsløres Hepatitt B og noen ganger HIV. Dessuten er tuberkulosestatus obligatorisk. På grunnlag av erfaring med et barn med atferdsvansker som viste seg å bunne i en hørselshemming, har de også innført obligatorisk hørselstest av barn. I velkomstsamtalen gis det dessuten tilbud om kontakt med lege eller psykiatrisk sykepleier.

En utfordring som helsetjenesten opplever, er at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er reaksjoner på vanskelige opplevelser eller situasjoner og hva som kan være nedsatt funksjonsevne. Ofte tas det utgangspunkt i somatiske helseforhold når de snakker med beboere, både fordi det er et område som det ikke er så vanskelig å snakke om, og fordi det virker som om familiene har forventninger til at helse handler om somatikk. Når det gjelder barnefamilie, fokuseres det spesielt på søvn, kosthold, konsentrasjon, tidligere skolegang og vennskapsforhold. Det gjøres i tillegg en helhetsvurdering av familien siden foreldrenes tilstand har stor innvirkning på hvordan barna har det.

At mottakene har organisert ankomsten ved mottaket på ulike måter, innebærer at det ikke finnes klare felles rutiner på å sjekke om nyankomne barn eller voksne har nedsatt

funksjonsevne. Det kan se ut som om helseundersøkelsene både i transittmottak og i ordinære mottak stort sett har fokus på somatisk helse, og at de i liten grad fanger opp vansker av mer psykisk eller atferdsmessig art. Dette betyr at lite synlige funksjonsnedsettelse sjelden oppdages ved ankomst, noe som vil medføre at det kan ta tid før enkeltpersoner kan få hjelp med sine vansker.

Det kan være et dilemma for mottakene å skulle velge mellom muligheter til å avdekke mindre synlige funksjonsnedsettelse på et tidlig tidspunkt eller å fokusere mest på familiens ressurser i første omgang. Avveininger mellom sykelliggjøring og faren for å overse problemer kan være vanskelig, og her har asylmottakene valgt ulike tilnærminger. Det virker likevel som om de mottakene som ikke henviser til helsetjenesten med det samme, og de som bruker helsetjenesten som en del av velkomsten, likevel har en nokså lik oppfatning av hva som er viktig. Helsetjenesten som har kontakt ved ankomst, går forsiktig fram og spør om somatiske helseforhold som ikke oppleves for nærgående. De som avventer, virker å være opptatt av å bruke den første tiden i asylmottaket til å observere mulige sårbarhetsfaktorer slik at de kan henviser til helsetjenesten på et senere tidspunkt.

#### **5.4 Synlige og mindre synlige funksjonsnedsettelse**

Når mottakene blir spurt om hvilke typer funksjonsnedsettelse som er lett å oppdage, svarer de fleste, 94,1 %, bevegelsehemming. Bevegelsehemming er synlig, og vanskelig å overse. Det er mer underlig at så mange som 62 % mener at kognitive funksjonsnedsettelse er lett å oppdage. I vår henvendelse til mottakene definerte vi kognitive funksjonsnedsettelse som utviklingshemming (Down syndrom, hjerneskade eller lignende). Mens Down syndrom er synlig, er mange andre former for kognitive vansker relativt usynlige, og når mottaksansatte hevder at de er lette å oppdage, er det mulig dette handler om at de svarer ut fra et svakt kompetansegrunnlag. Det er imidlertid stor grad av enighet om at psykiske vansker er vanskelig å oppdage. Bare 22 % av mottakene svarer at det er lett å oppdage psykiske vansker. En av respondentene summerte opp hva som er henholdsvis lett og vanskelig å oppdage på denne måten:

*«De fysiske funksjonsnedsettelsene er lettest å oppdage og ofte lettest å ha et behandlingsopplegg rundt. De psykiske funksjonsnedsettelsene er en større utfordring, blant annet på grunn av fordommer, skam og mangel på kunnskap hos foreldre.»*

I hvilken grad nedsatt funksjonsevne oppdages ved ankomst til asylmottaket, kan synes å henge sammen med om funksjonsnedsettelsen er synlig eller ikke. Barn med fysiske funksjonsnedsettelse som bevegelsehemming og sterkt nedsatt syn eller hørsel vil som

regel være lett å oppdage. I de fleste slike tilfelle vil foreldrene være klar over barnets situasjon og ytre ønsker om at barna blir fulgt opp. Synlige funksjonsnedsettelse hos barn oppdages vanligvis i transittmottak og meldes videre til det mottaket som familien eller den enslige mindreårige asylsøkeren skal overføres til. Et eksempel på dette er en jente med en amputert fot. Dette ble oppdaget i transittmottak, og foreldrene var svært opptatt av at jenta skulle få hjelp. I hennes tilfelle ble det satt i gang med oppfølging i form av protese og annen bistand med det samme hun kom til det mottaket som familien fikk plass i.

Det hender likevel at tilstander som vanligvis blir oppdaget, blir oversett i transittmottak. Ved et ordinært mottak fikk de beskjed om å ta i mot et foreldrepar med en liten gutt. En ansatt reiste for å ta i mot dem, og hun oppdaget straks at det var noe spesielt med gutten. Han var usedvanlig aktiv, og hun opplevde at det var vanskelig å komme i kontakt med han. Foreldrene var fortvilt over måten gutten oppførte seg på, men de hadde ingen forståelse av at dette kunne handle om en funksjonsnedsettelse. For mottaksansatte var guttens vansker så åpenbare at han ble henvist til utredning i barnepsykiatrien. De ansattes mistanke ble bekreftet da gutten ble diagnostisert med autisme. Fordi denne guttens atferd var såpass spesiell, ble vanskene hans avdekket, men autisme kan ha mange former, og det kan ta tid før den oppdages. Et annet eksempel viser dette. I en barnehage hadde de observert en gutt over tid, og etter hvert fant de ut at han burde utredes. De tok kontakt med foreldrene og fikk tillatelse til å kontakte en barnepsykiater som har konsultasjoner ved mottaket. Hun anbefalte dem å henvise gutten videre til utredning for autisme.

Når det oppstår en bekymring for et barn som bor i mottak, tas denne bekymringen som regel opp i kollegiet, enten det er i barnehagen, på skolen eller på mottaket. Deles bekymringen av flere, fører det til videre henvisning. Henvisningsrutinene følger vanlige rutiner for henvisning av barn til hjelpeapparatet. Alt etter bekymringens karakter henvises barna i første omgang til helsesøster, primærlege, pedagogisk-psykologisk-tjeneste (PPT) eller barnevern. En av sykepleierne som har sitt arbeidssted på et mottak sier:

*”Når det gjelder barn med psykiske vansker, er det ofte barnefaglig ansvarlig som kommer bort i disse. Hun har kontakt med skolen, og det er som regel hun som tar kontakt med meg. Jeg blir involvert ved behov. Det er for eksempel min jobb å henvise videre til de som er eksperter, de som kan samtale med barn; BUP og PPT.”*

På spørsmål om hva de tenker om henholdsvis synlige og mindre synlige funksjonsnedsettelse, er det gjennomgående at ansatte svarer at det er lite problematisk når barn har en åpenbar funksjonsnedsettelse. Dette er som oftest enkelt å finne ut av, og det er på mange måter lett å finne fram til praktiske løsninger som kan hjelpe barn og familier. Det er når de selv er usikre og foreldre heller ikke forstår hva som kan være i veien,

at de opplever at utfordringene er størst. Det viktigste da er å ha gode samarbeidspartnere som de kan drøfte saker og situasjoner anonymt med. Dette kan for eksempel være barnevernet, barne- og ungdomspsykiatrien eller den øvrige helsetjenesten. Det er også et spørsmål om hva slags vansker ansatte i mottak og hjelpeapparatet rundt ikke ser. En ansatt i barnevernet sier at det i stor grad er det hun kaller "de ufarlige sakene" som blir henvist til dem; det vil si saker som dreier seg om hjelpetiltak. Hun tror det er en del ting en ikke ser og at det er mulig å gjemme seg bort i mottak fordi naboer har nok med sine egne problemer og ikke orker å sette seg inn i hvordan andre har det. Da kan en for eksempel skjule mishandling eller omsorgssvikt.

Som vi har nevnt tidligere, kan det være vanskelig å skille mellom hva som er funksjonsnedsettelse, hva som er reaksjon på den situasjonen familien befinner seg i, eller hva som kan være dårlig grensesetting i en vanskelig situasjon. Et barn som oppfører seg annerledes enn det som oppfattes som vanlig, kan forstås som uoppdraget, som et barn med nedsatt funksjonsevne eller som et barn som har en atferd som henger sammen med familiens kulturbakgrunn. Det er kjent fra studier av minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn at ansatte i hjelpeapparatet kan mene at det handler om kultur når det er ting de lurer på eller ikke forstår (Poulsen 2005, Fladstad & Berg 2008, Söderström m.fl. 2011). Det kan også være vanskelig å spørre foreldrene dersom det virker som om de ikke er klar over at det kan være noe med barnet. Det er ofte en lang prosess for foreldre å innse at barnet har nedsatt funksjonsevne, og her kan den forståelsen av funksjonshemming som en bringer med seg fra hjemlandet, spille en rolle. En ansatt i hjelpeapparatet sier at de ofte må gå mange runder for å få tak i familiens syn på hva som har skjedd eller hvorfor barnet har en funksjonsnedsettelse (Söderström m.fl. 2011). Dette er en tidkrevende prosess som ansatte på grunn av tidspress eller usikkerhet kan vegre seg mot å gå inn i.

## **5.5 Hvordan kan man oppdage funksjonsnedsettelser som er lite synlige?**

Mange former for funksjonsnedsettelse er vanskelig å oppdage, eller det kan være vanskelig å avgjøre hva som er nedsatt funksjonsevne og hva som er reaksjoner på en vanskelig livssituasjon. Et urolig barn kan reagere på forhold i omgivelsene, det kan ha en hørselshemming og oppleve at det ikke blir forstått, eller det kan ha en hjerneorganisk lidelse som for eksempel ADHD. Et barn som er stille og innesluttet eller som trekker seg unna andre, kan være engstelig eller nedstemt på grunn av situasjonen eller ha autisme eller en psykisk lidelse. Det er viktig å følge med på barn som opptre på uvanlige eller spesielle måter, og om en er i tvil om hva det handler om, bør en søke bistand hos PP-tjenesten eller spesialisthelsetjenesten.



Det finnes gode eksempler på hvordan det kan legges til rette for å oppdage spesifikke vansker eller skjulte funksjonsnedsettelse. Flere steder hvor helsetjenesten er lokalisert i mottaket, prøver de ansatte å være tilgjengelig på dagtid. Noen steder har de åpen kontordør hele dagen, mens andre har måttet skjerme seg i større grad. Ved et stort mottak har en av de ansatte beredskap hele dagen slik at beboere vet at det alltid er noen de kan snakke med. Flere steder brukes begrepet lavterskeltilbud om måten helsetjenesten er gjort tilgjengelig på. Ofte kommer barn innom når de er på vei hjem fra skolen, og det kommer voksne som har noe de gjerne vil snakke om. En sykepleier sier:

*”Det at folk kommer på denne måten gjør at vi kan ta ting i starten, og det betyr også at vi allerede har kontakt dersom noe blir vanskelig. De som kommer, vet at de alltid blir tatt i mot, og at de kan komme med både smått og stort.”*

Helsetjenesten kan selv be beboere om å komme innom til en prat. Slik kan de følge opp personer de er bekymret for. En sykepleier forteller for eksempel om en jente som hadde det vanskelig i en periode. For å hjelpe henne avtalte de at det var noen oppgaver hun skulle utføre, og så skulle hun komme til helsetjenesten og vise om hun hadde fått det til. Slik fikk hun både noe å interessere seg for, og hun fikk tett kontakt med noen som gjerne ville snakke med henne. På denne måten kan helsetjenesten drive en form for forebyggende virksomhet.

Ved et mottak har de jevnlig kontakt med en barnepsykiater, noe som vurderes som en stor fordel. Hun treffer både barn og voksne, og hun blir en kjent person for beboere. En viktig del av hennes funksjon ved mottaket er å kunne gi konsultasjon til de voksne rundt barna fordi disse ofte står alene. Det er også viktig å være til stede på barnas arena, og ikke minst er det absolutt lettest å komme i kontakt med ungdom når de møtes i mottaket hvor de unge er kjent. Ved å være til stede kan hun alminneliggjøre psykiatrien og ta bort frykt fra foreldrene. I tillegg kan hun hjelpe ansatte til å sortere ut fra anonyme saker som de presenterer for henne, og så kan hun anbefale hvilke som bør henvises videre. Med sin erfaring fra barne- og ungdomspsykiatrien er hun en ressurs for mottaket, og hun er av den oppfatning at: *”Det ikke er tvil om at det er barna fra asylmottaket som har de tyngste vanskene og som derfor trenger å prioriteres.”*

Barnehagen følger opp og observerer barn over tid, og de har også ofte tett kontakt med foreldre. Noen ganger kan foreldre være bekymret for barnets utvikling og velger å dele sine bekymringer med barnehageansatte. Andre ganger tar barnehagen på eget initiativ opp med foreldrene at de ønsker en nærmere utredning av barnet. Også når det gjelder barn som lever i asylmottak, kan barnehagen bidra til å avdekke nedsatt funksjonsevne. En sykepleier forteller:

*“Det er som regel barnehagen som reagerer. Det kan være sen språkutvikling eller at foreldrene forteller at barna er plaget med et eller annet. Alle barna på asylmottaket sliter på en eller annen måte, selv om det ikke er mange som har en synlig fysisk funksjonsnedsettelse. Utfordringen er å avdekke når reaksjonene er avvikende eller er uttrykk for patologi på en eller annen måte.”*

En barnehagestyrer forteller at det er krevende å ta i mot asylsøkerbarn, særlig hvis det blir mange på en avdeling. Barn som kommer fra mottak, kan ha psykiske vansker, og dersom de oppdager at et barn har spesielle vansker, tar de det opp med mottaket. Hun sier at noen barn kan ha problemer som hun tror bunner i en eller annen diagnose. Barnas vansker kan gi seg spesielle utslag i det daglige. For eksempel ble en gutt hysterisk dersom de skulle på tur. Han kunne ikke bli med hvis han ikke fikk ta med alle sakene sine. Barnehagen må også ta forholdsregler dersom det skal være brannøvelse og alarm. De må forberede barna på dette i god tid på forhånd, men det hender likevel at enkelte får panikk. I barnehagen bruker en mye tid og energi på å finne ut hvordan de skal hjelpe barn. Det hender at de sender bekymringsmeldinger til barnevernet når de mener at barn blir utsatt for omsorgssvikt.

En av ansatt ved en skole sier at omfattende psykiske vansker hos barn stort sett er oppdaget før skolestart, men det hender også at barns konsentrasjonsvansker først viser seg når de begynner på skolen hvor kravene til å holde seg i ro er mye større enn i barnehagen. Det hender at barn i skolen har så store psykiske vansker at det går ut over deres daglige fungering. Barn kan også ha vansker som ikke er store nok til å kalles nedsatt funksjonsevne, men de kan virke inn på skoleprestasjonene. En miljøterapeut som arbeider i barneskolen forteller at enkelte barn fra asylmottak kan ha angst for samlinger med mange mennesker. Andre har veldig mye å tenke på, og noen av disse klarer ikke helt å skille mellom fantasi og virkelighet. Noen har vansker med å konsentrere seg både om skolearbeid og om lek. Et eksempel på skolevansker er en jente som bor sammen med moren som har omfattende psykiske vansker. Jenta klarer ikke å fungere i en klasse, og hun er hele tiden opptatt av hvordan det går med moren. Miljøterapeuten forteller at de må jobbe hardt for å holde jenta på skolen fordi hun synes at hun må passe på mor.

I tillegg til helsetjeneste, barnehage og skole kan oppmerksomme mottaksansatte oppdage funksjonsnedsettelser. Mottaksansatte som har mye kontakt med barn, opplever at disse tar initiativ til selv å fortelle om hvordan de har det. Ved et mottak er det nattevakt også i ordinær avdeling. En av de ansatte sier at dette gjør at de oppdager hvem som strever med livet, for de ser hvem som ikke sover. Dette kan også gjelde barn eller unge. Hun er av den oppfatning at det bør være nattevakt til stede i alle mottak. Psykiske vansker kan dessuten oppdages ved at ansatte registrerer mye uro, eller ved at beboere hver dag kommer for å be om medisiner eller samtale. Dette gjelder i hovedsak voksne, men også i noen grad for enslige mindreårige asylsøkere. Det finnes god dokumentasjon på at enslige mindreårige

asylsøkere oftere har psykiske plager enn jevnaldrende. Blant annet viser Eide (2012) til en belgisk undersøkelse hvor en med et års mellomrom har undersøkt psykisk helse hos et stort antall enslige mindreårige flyktninger, en tilsvarende gruppe av ungdom med minoritetsbakgrunn og en av belgiske ungdommer. Undersøkelsen viste at de enslige mindreårige asylsøkerne var mer utsatt for psykiske plager enn ungdommer i begge de to andre utvalgene.

I enkelte tilfelle kan psykiske vansker gi seg utslag i observerbar endret atferd. Ved en avdeling for enslige mindreårige er de opptatt av å observere forandringer hos ungdommene som kan tyde på at de sliter. Det kan hende at en ungdom går fra å være sosial til å isolere seg, at en endrer atferd eller er mye hjemme fra skolen. Enkelte kan klage over smerter eller kroppslige plager mens andre kan begynne å farte ute på kveldstid, bruke rusmidler eller drive med selvskading. Det har hendt at problemene har blitt så alvorlige at det blir sendt bekymringsmelding til barnevernet, og ellers prøver de ansatte å bistå ungdommene så godt de kan. En sykepleier som arbeider med enslige mindreårige, sier at det vanskeligste med jobben hennes er å skulle prioritere mellom daglige rutiner og oppgaver og å ta hånd om situasjoner som oppstår spontant. Hun sier:

*”Vi kan måtte velge mellom å ta en samtale mellom en ungdom som vi ser trenger ekstra støtte og det å hindre at en spontan episode utvikler seg til en større konflikt. Vanligvis blir situasjonen her og nå alltid mer viktig enn de mer subtile og mindre påtrengende vanskene som noen ungdommer sliter med.”*

Noen ganger kan de ansatte dele bekymringer med hverandre om forholdene i en bestemt familie og bestemme seg for å observere dem litt ekstra over tid. Felles bekymringer tas opp i personalgruppen, og så blir de enige om eventuell oppfølging. I enkelte tilfelle kontaktes barnevernet eller barnepsykiatrien uten at navn blir oppgitt med tanke på å få råd om hvordan de skal forstå en situasjon og hvordan de bør handle. Hvis de får støtte for sine bekymringer om et spesielt barn, kan de ta situasjonen opp med foreldrene for å få tillatelse til å gå videre til hjelpeapparatet.



## 6 Barnehage og skole

Barnehager er viktige pedagogiske institusjoner for små barn. Barn med nedsatt funksjonsevne har gjennom mange år vært prioritert for barnehageplass, og i dag går tilnærmet alle småbarn med nedsatt funksjonsevne i barnehage. Helt fra 1970-tallet av har barnehage for barn med nedsatt funksjonsevne blitt sett på som en positiv mulighet, men også som en forutsetning for at barnet skulle få en tilfredsstillende utvikling (Korsvold 2008). Barnehagen har vært brukt som arena for å gi barn med funksjonsnedsettelse ulike tilbud som for eksempel logoped, fysioterapeut eller spesialpedagog, og i mange tilfelle betrakter kommunen barnehageplass som en forutsetning for at barn skal kunne få slike tjenester (Lundeby & Ytterhus 2011). Flere studier viser dessuten at barnehagen fungerer ganske godt som arena for inkludering og kontakt med jevnaldrende (Ytterhus 2000, 2002). Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne er stort sett svært fornøyd med barnehagetilbudet (Tøssebro & Lundeby 2002).

Barn i asylmottak har ikke rett til barnehageplass, men barn mellom 2 og 6 år skal i henhold til rundskriv fra UDI (RS 2010-152) ha et tilrettelagt tilbud på minimum 3 timer pr. dag. For barn mellom 4 og 6 år gis det statlig støtte til heldags barnehageplass, mens de yngre barna kan få tilbud i en eventuell barnebase i mottaket eller ved at det kjøpes plasser i ordinære barnehager<sup>8</sup>. Tilbudet til små barn kan organiseres som barnebase, og denne kan bestå av et lokale som er egnet til lek og aktiviteter for barn. Det finnes ingen retningslinjer fra UDI når det gjelder drift og innhold i barnebaser, og Lidén m.fl. (2011) konkluderer med at barnebase er et begrenset tilbud både når det gjelder åpningstid og pedagogisk innhold. De viser videre til at noen barnebaser kan være drevet av en pedagogisk leder, mens andre kan basere seg på at foreldre deltar, og de konkluderer med at barnebase mer er et barnepasstilbud enn et pedagogisk tilbud. Det har tidligere vært argumentert for at rett til barnehageplass for barn i asylmottak burde lovfestes (NOU 2010:7). Det samme gjør Bergeutvalgets flertall (NOU 2011:7, s. 244). Begrunnelse for dette er barnas behov for språklig utvikling, sosial tilknytning og langsiktig integrering.

For større barn er skolegang en selvfølge. FNs barnekonvensjon slår fast at grunnleggende opplæring er en rettighet for alle barn under 18 år. Her i landet gir Opplæringsloven rett og plikt til grunnskoleutdanning for alle barn i alderen 6 til 16 år. Dette gjelder også for barn i asylmottak og for ungdom i alderen 16-18 som ikke tidligere har fullført grunnskolen. Retten til opplæring gir rett til like mange timer opplæring og like mange fag som det andre barn får. På samme måte som andre barn, har barn og unge som lever i asylmottak rett til å gå på den nærmeste grunnskolen. Unge asylsøkere over 16 år som venter på svar på asylsøknaden

---

<sup>8</sup> RS 2011-25 *Tilskudd til vertskommuner for asylmottak og mottakssentre*

har imidlertid ikke rett til videregående skolegang, men fylkeskommunen kan ta dem inn i påvente av svar på asylsøknaden (NOU 2011:10). Asylmottakene er forpliktet til å melde barn inn i grunnskolen så snart som mulig etter at de har kommet til mottaket. Kommunen får tilskudd til grunnskoleopplæring for barn som bor i asylmottak. En saksbehandler hos Fylkesmannen opplyser at det ytes tilskudd to ganger årlig etter søknad fra kommunene. Tilskuddene forvaltes av Fylkesmannen på vegne av Kunnskapsdepartementet og er beregnet ut fra antall barn som på et gitt tidspunkt hver måned bor i asylmottak og går på skole i kommunen. Det er UDI regionalt som fører oversikt og gir Fylkesmannen informasjon om hvor mange barn som til enhver tid bor i mottak.

Barn med nedsatt funksjonsevne i barnehage og skole har rett til spesialpedagogisk hjelp hvis de har behov for det (Grue 2011). Dette er i tråd med sentrale prinsipper i opplæringsloven om at alle barn har rett til likeverdig opplæring, noe som igjen betyr at opplæringen må tilpasses det enkelte barn. Det kan være foreldrene, helsetjenesten, barnehagen eller skolen som oppdager behovet for spesialpedagogisk hjelp. Retten til spesialpedagogisk hjelp innvilges i form av et individuelt enkeltvedtak etter at pedagogisk-psykologiske tjeneste (PPT) har foretatt en sakkyndig vurdering. Det kan også være behov for tilrettelegging for rullestol eller andre hjelpemidler i barnehage og skole, og dette er kommunens ansvar. Kommunene kan søke om tilskudd til ordinær grunnskoleopplæring for barn i asylmottak (RS 2011-25), mens retten til spesialpedagogisk hjelp er hjemlet i opplæringsloven. I praksis viser det seg at dette kan føre til usikkerhet om hvorvidt barn i asylmottak har rett til spesialpedagogisk hjelp. Når det finnes statlige tilskudd til ordinær skolegang, men ikke til spesialpedagogisk innsats kan kommuner tolke reglene ulikt, og det kan oppstå usikkerhet omkring hvilke rettigheter barn i asylmottak med spesialpedagogiske hjelpebehov egentlig har.

## **6.1 Barnehagen som integrerende institusjon**

Som nevnt stilles det fra statlig hold krav om at det skal være et tilrettelagt tilbud for førskolebarn i asylmottakene. Tilbudet skal være på minimum tre timer pr. dag mandag til fredag, og det skal være for barn fra to års alder. Tilbudet kan gis i en egen barnebase ved mottaket eller ved kjøp av barnehagetilbud. For barn under to år skal mottaket sørge for at det gis avlastning på en måte som gjør at foreldrene har mulighet til å delta på informasjonsprogram og norskopplæring (NOU 2010:7).

Barnebasene skal ikke være et pedagogisk tilbud, men et tilbud som kan avlaste foreldrene. I følge en ansatt ved et av UDIs regionkontorer fravikes kravet om barnebase dersom barna ved mottaket går i barnehage, og dette er det etter hvert mange som gjør. En fagperson som

har arbeidet lenge innen hjelpetjenester for barn, forteller at han for noen år siden fikk i oppdrag av kommunen å observere barna i en barnebase ved et større asylmottak. Han erfarte at det oppsto mange vanskelige situasjoner, også situasjoner hvor barnevernet burde vært involvert. Han konkluderte med at i alle fall den gangen var det høyere terskel for hva som ble meldt videre til barnevernet enn det som var tilfelle i de kommunale barnehagene. Etter hvert fikk kompetente fagpersoner kommunen med på at det måtte legges til rette for plass i ordinære barnehager. Mottaket begynte med å kjøpe et par plasser, men det ble fort for lite, og det ble etter hvert opprettet en ekstra avdeling i en barnehage i nærheten av asylmottaket. Denne fagpersonen mener at plass i barnehage er nødvendig fordi dette betyr normalisering av hverdagen og ikke minst en normal døgnrytme. Dårlig døgnrytme kan fort bli et problem dersom ingen av foreldrene har faste aktiviteter på dagtid.

I dag kjøper mange asylmottak ordinære barnehageplasser slik at flest mulig barn kan få et tilbud. Tankegangen bak dette er at barnehage både er utviklende og kan forebygge en negativ utvikling. Et annet viktig argument for ordinær barnehage er det språklige; ikke minst med tanke på at det er viktig at barna kan snakke norsk når de skal begynne på skolen. Derfor må de få et språklig miljø tidlig nok. Det er også større sjanse for at skjevutvikling eller funksjonsnedsettelse oppdages når barn går i barnehage (Lundeby & Ytterhus 2011). Ved ett mottak er de opptatt av at barna må få tilhørighet til nabolag og miljø utenfor mottaket, og derfor prøver de å skaffe barnehageplass til alle.

Ved enkelte større asylmottak finnes det egen barnehage med tilsatt pedagogisk personale. De ansatte i en slik barnehage mener at barnehagen er et svært viktig tiltak for barna både språklig, sosialt og med tanke på framtidig integrering i norsk skole og hverdagsliv. Imidlertid er det mange utfordringer knyttet til å ha en barnehage som bare tar i mot barn fra mottaket. Språk og språkutvikling er en av utfordringene. Norsk er fellesspråket i barnehagen, og det legges til rette for at barna skal snakke norsk, blant annet ved å sette dem sammen i grupper på tvers av morsmål. Barnehagen driver også mer spesifikk språkopplæring ved å holde fokus på enkelte ord til de er innlært. En erfaring er imidlertid at når det samtidig er flere barn fra samme språkområde i barnehagen, har disse tendens til å holde sammen. Dette kan gi trygghet, men også forsinke språkopplæring og språkutvikling.

I den aktuelle barnehagen er det mange barn som har en krevende atferd. Det er derfor tilsatt en støttepedagog som skal følge spesielt opp barn som trenger det. Hun sier at det er vanskelig å skille mellom hva som er reaksjoner på en vanskelig situasjon, hva som er vanlig atferd i den kulturen barnet kommer fra, og hva som kan være en utviklingsforstyrrelse. For noen av barna som er vanskelig å utrede, kan barnehagen i seg selv være et tilstrekkelig tilbud. Andre er det søkt om støttetimer for, mens enkelte blir henvist til videre utredning, blant annet i barnepsykiatrien. De færreste av barna har imidlertid spesiell oppfølging eller tiltak.

Selv om de ansatte i mottakets barnehage formidler at de gir et godt tilbud, mener de at de fleste barna ville hatt større utbytte av å gå i en vanlig barnehage. Når det bare er asylsøkerbarn i barnehagen, blir terskelen høy for hva slags atferd som godtas. Barna lærer heller ikke vanlige måter å omgås med andre barn på fordi alle sammen er i en spesiell situasjon. I en ordinær barnehage ville de andre barna virket modererende, og de ville bidratt til språkutvikling og jevnalderssamvær. En av de ansatte i hjelpetjenesten for barn gir eksempler på barn som har kommet til skolen nærmest uten norskkunnskaper selv om de har bodd lenge i mottak, og dette er et dårlig utgangspunkt for skolegangen.

Ordinære barnehager kan gi barn og foreldre en god innføring i norsk hverdagsliv. Dessuten er barnehagen et sted hvor barn kan få være sammen med andre under trygge forhold, og et sted hvor kompetente voksne kan oppdage barn som har spesiell atferd eller vansker. I vår studie finnes det eksempler på at barnehagen kan være en god oppvekstarena for barn som bor i asylmottak. Et eksempel er et asylmottak vi besøkte, som er nabo til en vanlig barnehage hvor det går barn fra nærmiljøet. Styreren i denne barnehagen sier at barn som lever i mottak, opplever et veldig press og de burde få anledning til å være en del av det normale. Barnehagen prøver å gjøre hverdagen så trygg som mulig for barna, og de prøver å samarbeide godt med foreldrene. Blant annet hjelper de foreldrene til å forstå hva slags påkledning barna trenger og hva slags mat de spiser i barnehagen. Ellers legger de hverdagen til rette slik at aktivitetene passer for alle barn. Dette kan for eksempel handle om tannhelse, begrepsinnlæring og bordskikk. Enkelte av barna fra asylmottaket har vedtak om spesialpedagogisk hjelp, men styreren mener at flere burde hatt det.

I en annen barnehage har de bygd opp et omfattende hjelpetilbud rundt et barn med autisme. Det er et godt samarbeid omkring gutten, og både helsestasjonen, mottaket og habiliteringstjenesten følger opp. Foreldrene er trukket inn i samarbeidet, og gutten utvikler seg svært godt. I det daglige blir han fulgt opp av en assistent, og han har jevnlig kontakt med en spesialpedagog. Begge disse får veiledning fra habiliteringstjenesten. Da gutten kom til barnehagen, var han språkløs og hadde utagerende atferd. Han har fått lære tegn til tale, og foreldrene har fått kurs i tegnspråk slik at de kan kommunisere med sønnen. Gutten har gjort store framskritt og forstår etter hvert ganske mye, også verbalt språk, og han har blitt mye roligere.

Nå skal gutten begynne på skolen, og i den forbindelse har både barnehagen og skolen brukt god tid på forberedelse. På intervjuetidspunktet var det omtrent et halvt år til skolestart. Da hadde gutten allerede lenge tilbragt store deler av uka på skolen sammen med assistenten fra barnehagen. Gutten er usedvanlig redd for nye situasjoner slik at tilvenningen til skolen er lagt opp som en svært langsom prosess. Nå kan han godta å være i et eget rom på skolen flere timer, og han kan ha med seg treningsmateriale fra barnehagen som han bruker mens



han er i det som er hans rom på skolen. Både guttens spesialpedagog og assistent er sikker på at han kommer til å klare overgangen til skole godt, og at skolen er godt forberedt på å ta i mot han.

Barnehagen oppleves som et fristed hvor barn kan få leke og utfolde seg og være barn sammen med andre barn. Samtidig gir barnehagen, slik eksemplet foran viser, mulighet til spesiell tilrettelegging og oppfølging av barn som trenger et spesialisert tilbud. Barnehagen er også en god arena når det gjelder å observere barn over tid og å oppdage eventuelle spesielle vansker hos barn. Mange mottaksansatte hevder at det burde vært obligatorisk med barnehageplass for alle barn som bor i asylmottak, gjerne fra ett års alder. Imidlertid får heller ikke alle større barn plass i barnehage med en gang de kommer til et mottak. I en del kommuner er det opptak bare en gang i året, og dette kan bety at barn som kommer til et mottak når søknadsfristen har gått ut, må vente lenge på barnehageplass. Dette er uheldig fordi barna mister verdifulle muligheter til utvikling og jevnaldersamvær. En ansatt går så langt som å si at det at barn må vente i måneder på barnehageplass på grunn av måten kommunen har organisert inntaket på, er diskriminerende overfor barn som kommer til asylmottak på en tid hvor det ikke kan søkes om plass.

## **6.2 Barns rett til tilpasset opplæring**

Fra asylmottakene vi har hatt kontakt med, ble det informert om at alle barn i skolepliktig alder går på skole. Det gjelder også barn med betydelige funksjonsnedsettelse. Rektor ved en skole som tok i mot et barn med omfattende hjelpebehov midt i skoleåret, sa det på denne måten:

*«Hvor nye elever kommer fra har ingen betydning. Det hender at også norske barn kommer fra andre steder midt i skoleåret, og da er prosessene de samme, i alle fall når det gjelder skole. Barns rett til skolegang er udiskutabel, og skolen vet derfor at vi må ta i mot de barna som kommer og legge til rette for retten til tilpasset opplæring som gjelder for alle barn.»*

Barn som bor i asylmottak, regnes som bosatt i den kommunen hvor mottaket ligger, og dette betyr at de har rett til å gå på sin nærscole. I en del større kommuner har de imidlertid valgt å definere enkelte skoler som mottaksskoler. Det vil si at det finnes skoler som har utviklet kompetanse og skaffet seg erfaring om barn og unge som bor i asylmottak. Ved en slik mottaksskole går elevene i egen gruppe når de begynner på skolen. Opphold i en slik gruppe kan vare opp til et år. Gruppene er mindre enn vanlige klasser, og skolen forsterker gruppene med flere ansatte dersom barn har spesielle vansker. For å få del i skolemiljøet deltar elevene fra gruppene sammen med andre elever i fag som gym og heimkunnskap. Etter et år fortsetter de i vanlige klasser med andre elever. Inspektøren ved en slik skole

forteller at skolen har regelmessige nettverksmøter med flyktningehelseteamet, mottaket og representanter for de kommunale helsetjenestene. I slike møter kan de ta opp spesifikke problemer knyttet til anonyme enkeltelever, selv om formålet med møtet er samarbeid på mer overordnet nivå. En fagperson som har jobbet lenge med barn fra asylmottak sier at det er en tøff situasjon for lærere å arbeide i grupper med barn som bor i mottak fordi barna kan ha mange ulike problemer og reaksjoner. Ved den skolen han refererer til, har de mange års erfaring med barn fra asylmottak, og de har svært kompetente lærere. Mange av lærerne engasjerer seg aktivt i barnas situasjon, også utenfor skoletid. Dette er svært krevende, og fagpersonen sier at det er en forutsetning at lærerne får god oppfølging og støtte fra rektor og skoleadministrasjonen slik at de ikke brenner ut.

Fra en representant for kommuneadministrasjonen i en kommune som har mottaksskole, blir det informert om at tilskuddet som mottaksskolen får fra Fylkesmannen, er stort nok til å dekke behovet på dette området, men tilskuddet omfatter ikke spesialpedagogisk hjelp. Her er det opplæringslovens bestemmelser som gjelder, og det finnes ikke ekstra tilskuddsordninger. For eksempel nevnes ikke spesialpedagogisk hjelp som tiltak det kan søkes dekning for i midlene fra UDI til dekning av kostnader til ekstraordinære tiltak i mottak (RS 2010-187). I den aktuelle kommunen har en bosatt mange flyktninger, også personer med nedsatt funksjonsevne. På grunn av dette har kommunen søkt om ekstraordinære midler fra IMDI til bosetting av flyktninger med spesielle behov. I stedet for å la disse midlene følge den enkelte flyktning, har kommunen imidlertid valgt å plassere midlene i en pott som kommunens enheter kan søke på når det er behov for ekstra tilskudd til asylsøkere etter bosetting. Dette tilskuddet brukes i enkelte tilfelle også til spesialpedagogiske tiltak for barn fra asylmottak. Vanligvis gis det spesialpedagogisk hjelp først etter at PP-tjenesten har gjort en sakkyndig vurdering, men i enkelte tilfelle settes det også i verk tiltak før utredningen er gjennomført.

Ved en mottaksskole i en større kommune har de en elev i ungdomsskolen som har betydelige hjelpebehov på grunn av en fysisk funksjonsnedsettelse. Skolens spesialpedagog sier at det er mye mer komplisert å skulle legge til rette for denne eleven enn for andre elever med nedsatt funksjonsevne. Blant annet sier hun at hun ikke egentlig er klar over hvilke regler som gjelder for spesialpedagogisk innsats for elever fra asylmottak. Hun vet at eleven etter en tid fikk spesialpedagogisk hjelp, herunder tilskudd til tegnspråkopplæring, men hun er ikke sikker på hvor pengene til dette kommer fra. En tilleggsutfordring når det gjelder denne eleven, er at hun er søkt inn til det statlige pedagogiske støttesystemet. Skolen har fått vite at dersom oppholdet der kommer til å vare mer enn 60 dager i løpet av skoleåret, vil skolen få trekk i tilskuddet fra Fylkesmannen. Ingen kan imidlertid si noe om hvordan et slikt trekk fungerer. Spesialpedagogen konkluderer med å si at det er mye mer komplisert å finne ut av regler og retningslinjer som gjelder for elever fra asylmottak enn for elever som er bosatt i kommunen. Hun sier at hun ønsker seg en liste over hva slike elever

har og ikke har krav på. Nå opplever hun at skolen sitter med eleven og må fikse og ordne så godt de kan. Til slutt blir det en slags orden på ting, og eleven får det hun trenger, men prosessen dit er enormt tidkrevende og unødig komplisert.

Barns rett til å gå på nærskolen kan fravikes dersom det vurderes at barnet kan få mer tilpasset opplæring ved et annet skoletilbud. I enkelte større kommuner er det opprettet spesialgrupper for barn med omfattende nedsatt funksjonsevne, og enkelte barn fra asylmottak får tilbud om plass i slike grupper. En gutt som bor på et asylmottak, går i en spesialgruppe på skolen. Han kom til mottaket som tiåring og hadde til da verken hatt skolegang eller særlig mye bistand. Han har cerebral parese og epilepsi og kan karakteriseres som multifunksjonshemmet. Selv om denne gutten kom til mottaket midt i skoleåret, tok det bare et par dager før skoletilbudet var ordnet. Det som tok noen dager, var å rekruttere ekstra personale til skolegruppa. Rektor som tok i mot eleven, sier at hun ikke kan se at han blir behandlet annerledes enn de andre elevene, men hun sier at han har vært heldig som kom til en kommune hvor det fantes en spesialgruppe hvor han kan få tilpasset opplæring. Hun tilføyer at selv om det har gått greit å etablere selve skoletilbudet til gutten, har det tatt tid å få alt annet på plass. Gutten har betydelige helsemessige vansker og har gjennomgått flere operasjoner. Etter hvert har han fått de hjelpemidlene han trenger, og han får jevnlig fysioterapi samt fullt tilbud i SFO. Eleven har nå vært ved skolen i to år og har utviklet seg godt. Foreldrene er svært fornøyde med opplegget og deltar i ansvarsgruppe som er opprettet rundt gutten. Sosialkonsulenten ved mottaket som er involvert i arbeidet rundt denne gutten, sier at en utfordring når det gjelder barn fra asylmottak, er at en del offentlige instanser tror at de ikke har ansvar for disse barna. Imidlertid tar de respektive instansene det ansvaret de har når de blir gjort oppmerksom på det. Men før en kommer så langt, kan det være noen innledende runder som tar mye tid.

Familien til den nevnte eleven har fått avslag på sin søknad om opphold. Det betyr at det kan være vanskelig å tenke langsiktig fordi situasjonen er så usikker. Skolen forholder seg likevel til eleven som om han skulle bli boende, og derfor planlegges det et ungdomsskoletilbud fra neste år av. Fremdeles anses det som best for gutten at han går i en spesielt tilrettelagt skolegruppe, og han planlegges overført til en slik gruppe på ungdomstrinnet ved en annen skole. Rektor i en annen kommune er også opptatt av hvor viktig det er at de forholder seg til at elevene hører til, helt til de eventuelt flyttes eller returneres. Hun sier at ved den skolen hun leder, satser de for fullt på barna fra asylmottaket når de er der, uansett hvor lenge de blir. Noen går på skolen bare 3-4 måneder, andre kanskje i et år. Rektor sier: *«Vi må tørre å satse på asylsøkerbarna selv om de er her bare i fire måneder.»*

Intervjuer med ansatte i skoleverket og skoleadministrasjonen i flere kommuner viser at skolen tar barns rett til skolegang på alvor. Mange steder strekker de seg dessuten langt for å gi et godt tilbud til barn med nedsatt funksjonsevne. Det er i alle fall tilfelle når

funksjonsnedsettelsen er synlig, og det er klart hva slags hjelpebehov eleven har. Barns rett til å gå på skole gjelder for alle, men i enkelte tilfelle kan usikkerhet omkring hva en elevs problemer består i, føre til at det i beste fall tar tid før hjelpetilbudet er på plass og i verste fall at eleven ikke får et godt nok tilpasset tilbud i barnehage eller skole.

### **6.3 Utredning og sakkyndig vurdering**

Det er PP-tjenesten som har ansvar for å utrede og komme med sakkyndig vurdering av elevers rett til spesialpedagogisk hjelp. En ansatt ved PP-tjenesten i en kommune hvor det ligger et større asylmottak, sier at hennes kontor har lite kontakt med mottaket fordi de jobber direkte mot skolen. Kontoret hennes har dessuten få saker som angår barn fra asylmottaket fordi skolen sjelden henviser disse barna dit. Hun sier at hun tror dette er på grunn av språkproblemer mellom lærere og elever og mellom skolen og foreldre. Ikke minst blir barn sjelden henvist fordi det er usikkerhet om hvorfor de har problemer. Etter hennes oppfatning kan barns problemer komme av at de har et annet språk, at de har traumatiske opplevelser bak seg eller at de kan ha lese- og skrivevansker. Hun sier i tillegg at det kan hende at PP-tjenesten er enda mer avventende overfor disse barna enn skolen er, og at de for eksempel kan innta en vente-og-se holdning i møter med skolen hvor problemer hos barn fra asylmottaket drøftes.

En skole samarbeider tett med PP-tjenesten rundt to av elevene fra et asylmottak. Skolen har også samarbeidet med helsetjenesten for å tilrettelegge for en gutt med omfattende funksjonsnedsettelse som var elev ved skolen i et halvt år. I dette tilfellet fungerte systemet rundt eleven helt på linje med samme type tilbud til andre elever. Dette gjaldt både henvisninger, utredninger, behandling og tilrettelegging. I andre tilfeller kan barn ha vansker som det kan være komplisert å finne ut av. En fagperson fra tjenester for barn og unge sier at det kan handle om deprivasjon på grunn av trangboddhet, om mangel på leker og mangel på stimulering. Andre ganger kan det handle om kognitiv svikt eller en kombinasjon av begrensede kognitive evner og deprivasjon. Uavhengig av årsakssammenheng og eventuelle diagnoser må barnehager og skole forholde seg til det komplekse i barns situasjon og legge til rette for stimulering og opplæring. Fagpersonen mener at dette finnes det metoder for, men kompleksiteten kan være verre å forholde seg til for de som skal utrede barna, og det kan ta lang tid å stille en diagnose. Han minner om at det kan være nødvendig med en diagnose for at barn skal få nødvendig hjelp og støtte.

Et eksempel fra et mottak kan belyse noe av denne kompleksiteten. Det dreide seg en gutt på 5 år som ble henvist til PP-tjenesten for utredning. Gutten snakket ikke, verken morsmål eller norsk. Både foreldrene og barnehagen var bekymret, og foreldrene fortalte at gutten var over alt, hylte masse, våknet om natta og bare skrek. Han lekte ikke, spiste ikke og hadde

ingen kompetanse i å samhandle med andre. Det hadde vært komplikasjoner rundt fødselen som skjedde under flukt, men det manglet medisinske opplysninger om dette. Foreldrene var svært ressurssterke, men fortvilte og slitne. Gutten var undersøkt av fastlegen, men ikke henvist til videre utredning. Han gikk i en god barnehage med betydelig kompetanse på barn fra minoritetsfamilier, men de opplevde at deres kompetanse ikke var tilstrekkelig til å kunne gi gutten et godt nok tilbud.

PP-tjenesten fant at det var vanskelig å utrede gutten. Et problem var at det meste av testmaterialet er standardisert for norske barn. Det andre var at gutten «falt ut» av testsituasjonen hele tiden, og fagpersonen klarte ikke å holde på hans oppmerksomhet. Hun prøvde å flytte utredningen over til barnehagen, men det gikk heller ikke. Til slutt ba PP-tjenesten om at fastlegen måtte henvise gutten til BUP. Legen var skeptisk til dette, og mente at BUP ikke ville ta i mot et barn som ikke var utredet. Barnevernet var også skeptiske til en slik henvisning. Fagpersonen i PP-tjenesten var fortvilt fordi hun opplevde at hennes kompetanse ikke strakk til, og at hun ikke fikk hjelp til å henvise gutten til instanser med mer kompetanse. Familien hadde på det tidspunktet fått avslag på asylsøknaden, og dette førte til at de ulike instansene var redde for å sette i gang en utredning som de kanskje ikke ville få fullført. Dette provoserte fagpersonen i PP-tjenesten, og hun så hvordan denne gutten ikke fikk det tilbudet som et norsk barn med samme problemer ville ha fått. Hun hevdet at dersom det hadde dreid seg om et norsk barn, ville BUP og Statped ha vært inne med det samme. Barnet ble noe senere henvist til BUP, men omstendighetene gjorde at fagpersonen ikke hadde anledning til å følge opp videre, og hun vet derfor ikke hvordan det gikk med han.

I ettertid summerer hun opp at bestillingen hun opprinnelig fikk, var å utrede om gutten hadde språkvansker. Hun opplevde at det var umulig for henne å gjøre dette, og hun tilføyer at PP-tjenesten kan alt for lite om barn med minoritetsbakgrunn. Hun sier at både hun og familieveilederen som ble satt inn hos familien, følte at de ikke strakk til. Når det gjelder guttens problemer sier hun:

*«Det kan ha vært mange ting... Om det var språkvanskene som kom først. Jeg tror det var noe nevrologisk... Jeg tror det er et generelt problem at mange asylbarn er underdiagnostisert... Jeg oppfatter at det var en form for fagarroganse – fra BUP, barnehagen, PPT, helsesøster, familieveileder. «Det er ikke mitt bord». Det var en sak som krevde masse samarbeid, og gutten skulle snart begynne på skolen. Hvordan skulle han kunne settes i et klasserom?»*

I denne konkrete saken var det mange instanser i bildet, og det virket som om alle var like rådville. Saken er kanskje unik i all sin kompleksitet, men i denne studien har vi fått presentert mye usikkerhet, ansvarsfraskrivelse og vegring mot å gå inn i vanskelige saker, så den er ikke nødvendigvis enestående. Som nevnt innledningsvis i dette avsnittet, er barns

rett til skolegang udiskutabel, men for at barn med omfattende problemer skal kunne bruke sin rett, må hjelpeapparatet rundt dem være villig til samarbeide for å kartlegge best mulig hva problemene består i og hvordan en skal kunne møte barna med adekvate hjelpetiltak.

#### **6.4 Skolen – oppvekstarena og samarbeidspartner**

Skolen er ikke bare opplæring. På samme måte som barnehagen kan den fungere som en integrerende institusjon; både fordi asylsøkerbarn generelt trenger samvær med andre barn og fordi barn med nedsatt funksjonsevne kan få være en del av ordinært dagligliv. En kontaktlærer som arbeider ved en skole nær et asylmottak understreker hvor viktig skolen er for barn fra mottaket. De fleste av dem opplever skolen som et fristed. Der kan de slippe fri fra bekymringer for foreldrene og for avslag og utsendelse og være barn sammen med andre barn. Hun sier at på denne skolen har de en positiv innstilling til barna fra asylmottaket. De er stolte av dem og hva de får til selv om de lever under vanskelige vilkår. Ingen av elevene fra dette mottaket har noen fysisk funksjonsnedsettelse, men det er mange som sliter psykisk. Som eksempel nevner hun en jente som bor alene med sin mor. Jenta har vansker med å komme seg til skolen fordi hun er redd for hvordan det skal gå med moren mens hun er borte. Skolen arbeider mye med å gjøre henne trygg, og de har laget et spesielt opplegg for henne. Skolen har tett kontakt med barnepsykiatrien, og de får mye råd og veiledning derfra.

En fagperson fra hjelpetjenesten for barn sier at skolen ikke nødvendigvis er et fristed for alle barn og unge, og at ikke alle er like motivert for å gå på skolen. Barn kan slite med psykiske vansker, og de kan oppleve at det ikke er noen vits å streve når de ikke vet om de får bli boende. Han forteller om en ung gutt som nektet å lære norsk. Hans argumenter var at med den usikre situasjonen familien var i, kunne det like gjerne hende at det var tysk eller nederlandsk han trengte å lære. Dette sier noe om hvor usikre unge i asylmottak kan være på sin egen framtid.

Det finnes arenaer hvor barns og unges problemer kan tas opp. Ofte er det kontaktlæreren som ser problemer i skolehverdagen, og disse kan drøftes i spesialpedagogisk team. Teamet består vanligvis av lærere, sosionom, PPT og BUP og har vanligvis regelmessige møter. Barnevernet kan være til stede ved slike møter når det er saker som er aktuelle for dem. I møtene kan en drøfte barn anonymt eller med fullt navn dersom foreldrene har gitt samtykke til det. Ved en skole opplyses det at dersom det er behov for å melde barn videre til instanser utenfor skolen, blir foreldrene alltid bedt om å gi samtykke. Rektor har ansvar for å melde til barnevernet mens kontaktlærer har ansvar for alle andre henvisninger.

En skole har en kontaktperson ved det nærliggende asylmottaket. Kontaktpersonen er et viktig bindeledd mellom skolen, mottaket og foreldrene. Ansvar er blant annet å formidle beskjeder begge veier mellom foreldre, skole og mottak og å gi foreldrene detaljert informasjon om skolen; om klær og utstyr til barna og om møter og aktiviteter på skolen. Det kan være en utfordring å skulle balansere mellom foreldrenes ansvar for barnas klær og utstyr og det å sørge for tilgjengelig utstyr på skolen. Skolen bruker tolk når de samarbeider med foreldre, men har dessverre en del dårlige erfaringer med tolker som ikke fungerer godt nok.

Skolen tar ansvar for de barna som har rett og plikt til å gå på skole og som befinner seg i skolens opptaksområde. I norsk skole står samarbeid mellom skole og foreldre sterkt, og også når det gjelder barn fra asylmottak prøver skolen å få til et samarbeid med foreldre. Når skolen har elever med nedsatt funksjonsevne, er behovet for samarbeid med andre instanser stort, og når barn i tillegg bor i asylmottak, kan det bli mange å forholde seg til, og mange som skal ha en oppfatning av hva som er et godt skole- og hjelpetilbud for det enkelte barn. Skolen kan ikke vegre seg for sitt ansvar, men kan oppleve at andre instanser kan være lite lydhøre for hva elever sliter med. Når asylmottakene i vår undersøkelse blir spurt om hvilke tjenester de i stor grad samarbeider med, rangerer skolen øverst, sammen med helsesøster (figur 14). 2/3 av alle mottakene rapporterer at barn med behov for det i svært stor grad får pedagogisk tilrettelegging (jfr. figur 11), mens bare en av ti mener at og det må til bedre samarbeid med opplæringssektoren for at behovene til barn med nedsatt funksjonsevne skal bli ivaretatt (figur 13).

## **6.5 Å kunne være barn**

Samvær og lek med andre barn er viktig for barns sosiale utvikling og opplevelse av tilhørighet (Frønes 1998), og barnehage og skole blir med rette omtalt som fristeder for barn og unge som lever i asylmottak. Mens tilværelsen i mottak kan oppleves som utrygg og trist, er barnehage og skole steder hvor det legges vekt på læring og lek, og hvor barns og unges ressurser og potensial for utvikling står i fokus. Barnehage og skole er dessuten viktige arenaer for integrering i det norske samfunnet. Her i landet har barnehagetilbud for barn med nedsatt funksjonsevne vært sett på som så viktig at de har vært prioritert for opptak helt tilbake til 1970-tallet. Plass i barnehage må være minst like viktig for barn med nedsatt funksjonsevne som lever i asylmottak, og vi vil derfor foreslå at disse prioriteres for opptak i vanlig barnehage så tidlig som mulig. I barnehagen vil det kunne legges til rette for spesialisert opplæring og hjelpetiltak samtidig som barna får delta i lek og annen ordinær virksomhet i barnehagen. Samtidig vet vi at mange barn i asylmottak kan ha vansker som det ikke er så lett å oppdage. Slike barn kan risikere at de ikke får noen diagnose og dermed heller ikke tilgang til en del hjelpetiltak. Slike barn vil kunne ha stort utbytte av å gå i

barnehage, og ikke minst vil barnehagen kunne være en arena hvor barn med problemer av usikker årsak kan observeres over tid med tanke på å kartlegge hva problemene består av.

Både Bergeutvalget (NOU 2011:10) og Kunnskapsdepartementet har foreslått at retten til barnehageplass også skal omfatte barn av asylsøkere. Begrunnelse for dette forslaget er hensynet til språkutvikling, psykososial helse og integrering. Bergeutvalgets flertall anbefaler at barn som er asylsøkere får det samme tilbudet om barnehage og skole som andre barn. Dette vil bety rett til barnehageplass fra 1 års alder. Når vi foreslår at barn med nedsatt funksjonsevne blir prioritert for barnehageplass, henger det sammen med en erfaring fra det norske samfunnet om at barnehagen er viktig for deres utvikling og muligheter (Ytterhus 2000, 2002). Vi foreslår i tillegg at barn med problemer som volder bekymring, men har usikker bakgrunn får barnehageplass med tanke på observasjon og kartlegging slik at skjevutvikling kan forebygges. Samtidig har vi i løpet av vår kontakt med asylmottakene sett at mange barn vokser opp under vanskelige livsbetingelser, og vår konklusjon er at barnehagen vil kunne gi alle barn fra asylmottak mulighet til også å få være barn.

Retten til skolegang er udiskutabel, og vi har sett at både mottak og skole tar barns rett til skolegang på alvor. For barn med nedsatt funksjonsevne tar det imidlertid tid å få alle hjelpetiltak på plass, og det kan være vanskelig å finne ut av hvilke rettigheter barn i grunnskolen har til spesialpedagogiske hjelpetiltak og andre tjenester. Det er også et tankekors at bare halvparten av mottakene i spørreundersøkelsen svarer at barn med nedsatt funksjonsevne har individuell opplæringsplan. Dette kan bety at de faktisk ikke har en slik plan eller at mottaket ikke samarbeider godt nok med skolen til å vite om barn har individuell opplæringsplan. Det virker som om det kan være nødvendig å gå gjennom de rettighetene som barn med nedsatt funksjonsevne i mottak har i skolen og gjøre dem synlige både for skoler og asylmottak. Samtidig trengs det en styrking av samarbeidet rundt enkeltbarn som har nedsatt funksjonsevne eller som sliter i skolehverdagen. Barnehager og skoler er de mest sentrale pedagogiske arenaene for barns oppvekst. Av den grunn er barns utvikling og mestring avhengig av at disse institusjonene fungerer på en god måte, og at de samarbeider godt både med foreldre og andre instanser som er nødvendige for barns opplæring og velferd.



## 7 Hjelpemidler og tilrettelegging

Asylsøkere har samme rett til helsetjenester som befolkningen ellers (Lov om helsetjenesten i kommunene 1982). Dette innebærer både rett til generelle helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Til spesialisthelsetjenesten hører blant annet somatiske og psykiatriske sykehus, og habiliterings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Asylsøkere er medlem av Folketrygden og har dermed rett til å stå på lista til en fastlege. Siden asylsøkere ikke har norsk personnummer, får de tildelt et såkalt D-nummer. Det er D-nummeret som gir tilgang til fastlege, og det er viktig at dette kommer på plass raskt for personer som trenger helsehjelp. For barn i asylmottak som har nedsatt funksjonsevne, betyr retten til helsehjelp at de kan få hjelp fra spesialisthelsetjenesten, medisinske og tekniske hjelpemidler og ulike former for opptrening og behandling, som for eksempel fysioterapi.

### 7.1 Rett til tjenester

Asylsøkeres rett til medlemskap i Folketrygden har noen begrensninger. En slik begrensning er at asylsøkere som er foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne ikke har rett til grunn- og hjelpestønad. Disse stønadene er skattefrie ytelser som gis i tillegg til andre eventuelle ytelser (Grue 2011). Grunnstønad skal kompensere for utgifter i forbindelse med funksjonsnedsettelsen, mens hjelpestønnen skal dekke utgifter til særskilt pleie og omsorg på grunn av varig sykdom, skade eller medfødt varig funksjonsnedsettelse.

Asylsøkere har heller ikke rett til tjenester etter § 3-2.6 (b-d) i helse og omsorgsloven (tidligere sosialtjenesteloven § 4-2). Disse lovbestemmelsene gir rett til ulike former for sosiale tjenester som avlastning til foreldre som har omfattende omsorgsansvar, støttekontakt som kan ledsage i fritid eller brukerstyrt personlig assistanse som kan bistå personer med nedsatt funksjonsevne i dagliglivet. Som kompensasjon for manglende rettigheter etter helse- og omsorgslovgivningen, kan det søkes til UDI om ekstraordinære midler. Om slike midler brukes på grunn av manglende rettigheter etter helse- og omsorgsloven, er det imidlertid vanskelig å få et klart bilde av. Vår studie viser at de ekstraordinære midlene blir brukt i noen tilfeller, og at det også finnes såkalte «spleiselag» hvor UDI og kommunen ved barnevernet går inn og deler på utgiftene slik at barn får nødvendige tjenester.

Barn med synlige funksjonsnedsettelse er, som vi har sett, stort sett lett å oppdage, og det er forholdsvis mange ting som det kan være lett å hjelpe dem med. Ved et mottak tok de imot en gutt som hadde en spesiell muskulatur med feilstillinger i hender og føtter. Da han kom til mottaket sammen med sin familie, ble det meste ordnet med en gang. Han fikk

barnehageplass, ergoterapi og permobil slik at han kunne ta seg fram. Han fikk også elektriske sokker på grunn av dårlig blodsirkulasjon, og da han begynte på skolen, fikk han en spesialstol. Denne guttens familie fikk opphold, og siden de flyttet til en kommune i samme fylket som mottaket lå i, fikk han med seg alle hjelpemidlene. Dette er på mange måter en solskinnshistorie, og når det gjelder barn med fysisk og synlig nedsatt funksjonsevne, virker det som om det er mye som fungerer når det gjelder praktisk oppfølging og tekniske hjelpemidler. Medisinske og tekniske hjelpemidler anses som helsehjelp, og for gutten i dette eksemplet var det hjelpemidlene som var avgjørende for hans dagligliv og skolegang.

Det kan likevel ta tid å få alt på plass. En sykepleier forteller at det kom en familie med en multifunksjonshemmet gutt fra et mottak som skulle legges ned. Hun sier at det tok mye tid og «tusen telefonhenvendelser» å få alt på plass. Fordi han flyttet fra et asylmottak i en annen kommune, var det mange hjelpemidler han ikke fikk med seg, og dermed måtte alt skaffes på nytt. Det gikk ganske greit å få hjelpemidler fra kommunens lager slik som seng, heis, bleier mv., men ellers var det et slit å få tak i alt han trengte. I den første tiden opplevde hun at hun hadde full jobb med å få alt på plass. Dette belyser hvordan det kan bli problematisk når familier av ulike grunner flytter fra et asylmottak til et annet. På det nye stedet må det gjøres nye avveininger og skaffes til veie nye hjelpemidler. Dette tar tid og er slitsomt både for familien og mottaket.

I enkelte saker har mottak opplevd at de har fått lite tid til å forberede seg. Det kom henvendelse fra UDI midt i sommerferien om å ta i mot en familie med en gutt med omfattende behov for tilrettelegging. Både mottaket og kommunen var villig til å ta i mot, men opplevde at de trengte tid til forberedelse. Da de fikk det, tok det ikke så lang tid før mye var på plass. Helsesøster forteller at de fikk god informasjon fra transittmottaket og at kommunen fikk gjort en god forberedelse. Det ble blant annet arrangert flere ansvarsgruppemøter for å legge forholdene til rette. Nå er det et godt samarbeid rundt familien. De har fått en tilrettelagt bolig utenfor mottaket, og gutten har fått barnehageplass. Han får også hjemmesykepleie og fysioterapi. Det som imidlertid er et problem, er at mottaket bare inngår kortvarige husleieavtaler, 6 måneder. Nå skal huset familien bor i selges, og det er svært vanskelig å finne et hus som er tilpasset rullestol, har heis og hvor det også er mulig å tilrettelegge for hjemmesykepleien. Selv om det er bevilget ekstraordinære midler til nytt hus eller leilighet, er det vanskelig å finne noe som oppfyller kravene.

## 7.2 Tilgjengelighet

Det er gjort betydelige forbedringer med hensyn til tilgjengelighet i flere mottak. En årsak er at departementet har bevilget 30 millioner kroner; primært med formål å skjerme enslige kvinner i asylmottak, men det ble også åpnet for å kunne bruke deler av midlene til tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne. Ved utgangen av 2010 var 24,4 millioner disponert. Av disse var en tredel, 8 millioner kroner, brukt til tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne. 11 mottak hadde fått midler til personer med funksjonsnedsettelse, og 12 hadde fått midler både til disse og til enslige kvinner (NOU 2010:11). Av de mottakene som har svart på spørreundersøkelsen oppgir 39 % at et tiltak som er satt i verk er tilrettelagt bolig (figur 10).

Et eksempel på hva som er gjort i praksis, er et mottak hvor de har bygget en ny avdeling som er tilrettelagt med flere boenheter for personer med bevegelseshemming. Ved et annet mottak som består av flere hus, er to av husene gjort tilgjengelig for rullestol. Samtidig finnes det utfordringer som mottakene ikke har klart å løse. Ved et mottak forteller mottaksleder at de har enkelte hus som er egnet for bevegelseshemmede, mens den forsterkede avdelingen er lite egnet for personer med fysiske funksjonsnedsettelser. På spørsmål om det er gjort noe med tilgjengelighet for andre personer enn bevegelseshemmede, som for eksempel synshemmede, svarer mottaksleder ved et mottak at han ikke vet, og han henviser til helsetjenesten som rette instans for å ha kunnskap om dette. Svarene mottaksledere gir om tilgjengelighet viser at de på linje med folk flest, mener at tilrettelegging handler om rullestoladgang og fysisk tilrettelegging for bevegelseshemmede. En slik holdning kommer også til syne i spørreundersøkelsen i dette prosjektet. På spørsmål om hvilke typer funksjonsnedsettelser det er tilrettelagt for i mottaket, svarer 36,8 % bevegelseshemmede mens 20,6 % svarer døve og 14,7 % blinde og svaksynte. Svarene viser samtidig at oppmerksomheten omkring behovet for tilrettelegging kanskje ikke er stor nok.

Ombygginger tar tid, og det kan være for sent å starte større ombygningsprosjekter før man vet hvilke behov beboere har. En mulighet kan være å la noen mottak være permanent tilrettelagt for ulike grupper. I tillegg til bevegelseshemmede finnes det også andre grupper som kan ha behov for tilrettelagt bolig. Barn og voksne med kognitive funksjonsnedsettelser eller orienteringshemmede, for eksempel svaksynte eller blinde, burde kunne tilbys bolig i skjermede eller rolige omgivelser. Svaksynte eller blinde er dessuten grupper som trenger spesiell tilrettelegging i form av ledelinjer eller visuelle markeringer. For disse gruppene kan bosituasjonen i asylmottak, særlig de store, i seg selv oppleves som kaotisk og vanskelig å orientere seg i. For dem vil en alternativ måte å tenke bolig på kunne være større grad av individuell tilrettelegging i desentraliserte mottak eller gjennom AMOT.

I sentraliserte mottak kan det være vanskelig å skaffe husvære som er spesielt tilrettelagt for familier med multifunksjonshemmede barn. For eksempel ble en familie med et pleietrengende barn tildelt et rom i en tidligere institusjon. Der var det bad i korridoren, og dette ble delt av flere beboere. Hjemmesykepleien som bisto familien opplevde at situasjonen for barnet var uverdlig. For at han skulle få dusje, måtte de kle av han på rommet og trille han gjennom en korridor forbi andre beboere. På badet var det kaldt og skittent, og dusjen var ødelagt. Da hjemmesykepleien klaget på forholdene, ble de henvist til et annet bad hvor forholdene var noe bedre. Hjemmesykepleieren som fortalte denne historien, sa at de prøvde å skjerme barnet, men hun gjentok flere ganger at hun opplevde situasjonen som uverdlig.

Mangelfull boligtilrettelegging trenger ikke bare handle om rullestoladgang og fysisk tilgjengelighet. Det kan også handle om naboforhold og trangboddhet. En familie med en gutt som har autisme, bor i et sentralisert mottak. Boligstandarden er rimelig god, men de bor mer trangt enn det som er godt når en har et barn som trenger plass rundt seg fordi aktivitetsnivået er høyt. Familien opplever i tillegg at enkelte naboer har negative holdninger til dem og ikke forstår at det ikke er deres feil at gutten ikke oppfører seg som andre barn. En slik familie ville sannsynligvis ha profitert på å bo utenfor mottaket i en vanlig litt romslig bolig og i et nærmiljø hvor det finnes større forståelse for at barn kan ha autisme eller andre former for nedsatt funksjonsevne.

Som del av tilretteleggingen av en best mulig tilværelse for barn og unge i asylmottak, er det bevilget statlige midler til aktivisering i fritiden (RS 2012-004). Dette er midler som det kan søkes på av kommuner og frivillige organisasjoner, og som har som formål at barn og unge skal få en mer innholdsrik hverdag og verdifull kontakt med lokalmiljøet. Målet er også at barn skal være i fysisk aktivitet, og at de skal tilegne seg ferdigheter gjennom forskjellige aktiviteter. Aktivitetstilbudene beskrives som brede og varierte med stor vekt på ulike former for idrett (Lidén m.fl. 2011). Imidlertid virker det ikke som om det er gjort store anstrengelser for at barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal kunne inkluderes i aktivitetstilbudene, og barn med nedsatt funksjonsevne er heller ikke nevnt i en rapport om fritidsaktiviteter for barn på asylmottak (Seland & Lidén 2011). På spørsmål om aktivitetene i og utenfor mottaket er tilrettelagt slik at barn og unge med funksjonsnedsettelse kan delta, svarer enkelte mottaksansatte og barnefaglig ansvarlige at mottaket ønsker at alle skal kunne delta, men at det er opp til foreldrene å bestemme. Den samme holdningen kommer fram i undersøkelsen til Lidén m.fl. (2011). Her problematiserer mottaksansatte at det er vanskelig for dem når de ser at foreldrene velger bort muligheter til at barna deres kan delta i fritidsaktiviteter. Et annet forhold er at bruk av støttekontakt er svært lavt. Bare 11, 8 % av mottakene svarer at det er satt i verk tiltak med bruk av støttekontakt, og det kommer ikke fram om dette gjelder for barn eller voksne. Støttekontakt er et tiltak etter helse- og

omsorgslovgivningen, og dermed det tiltak som kan finansieres gjennom de ekstraordinære midlene fra UDI. Det kan derfor være mulig å søke UDI om finansiering av støttekontakt slik at barn og unge med funksjonsnedsettelse kan delta i fritidsaktiviteter sammen med en ledsager.

Tekniske hjelpemidler og hjemmesykepleie er en del av retten til nødvendig helsehjelp som barn i asylmottak har, og det framgår av våre intervjuer at selv om det kan ta tid, blir hjelpemidler tildelt ut fra behov. Det er ikke like selvfølgelig at familier med barn med funksjonsnedsettelse får tilrettelagt bolig når de bor i asylmottak. Boligens tilgjengelighet i vid forstand er av stor betydning for barns og familiers fungering, og for en del familier er nøktern standard ikke godt nok. For enkelte familier vil det være en fordel å få bo desentralisert; det vil si i en bolig som ligger utenfor selve mottaket, men da må forutsetningen være at boligen er tilrettelagt for barnets og familiens behov, og at de så langt det er mulig får slippe å måtte flytte mens de fremdeles er asylsøkere. Det er heller ikke sikkert at alle barn får delta i tiltakene for barn og unge som mottaksansatte og frivillige lag og organisasjoner legger til rette for. Vi ser det som en form for ansvarsfraskrivelse når mottaksansatte viser til at fritiden er foreldrenes ansvar. På samme måte som foreldre i asylmottak trenger informasjon om hvordan de skal følge opp i skolen og hva slags klær og utstyr barna trenger, er det behov for at de informeres om hvilken betydning det har for barn å delta i aktiviteter sammen med andre. Foreldre i asylmottak som har barn med nedsatt funksjonsevne er muligens ikke klar over at slike barn er velkommen i ulike aktiviteter. Hvis de får informasjon om det, er det mulig at de vil tillate barna å delta både fordi det er viktig for dem, men også fordi de da kan få noen timers avlastning slik som mange av dem trenger.

Kravene til boforholdene i asylmottak er at det skal være et forsvarlig tilbud med en nøktern standard (RS 2010-177). Det heter i tillegg at beboere med særskilte behov så langt som mulig skal ha en tilpasset boløsning. Bergeutvalget (NOU 2011:10) peker på at det ikke finnes minstestandarder for botilbudet, og at standarden kan være for lav noen steder. Utvalget peker også på sammenhengen mellom standard og botid og sier at boforholdene må være bedre for de som blir boende lenge i asylmottak. Lang botid er ofte realiteten for familier som har barn med nedsatt funksjonsevne og også for voksne med funksjonsnedsettelse. Vi har sett i vårt materiale at flere av de familiene vi har fått beskrevet, har bodd i asylmottak i mange år, kanskje det meste av barnas oppvekst. For noen henger dette sammen med at asylsituasjonen er uavklart, for andre handler det om at kommuner er mindre villige til å ta i mot familier som har behov for kommunal innsats over tid som for eksempel ulike hjelpetiltak. Slike familier trenger en god bolig, i noen tilfelle med spesiell tilrettelegging, og fordi barna trenger å vokse opp i et mest mulig vanlig miljø, er desentralisert bolig å foretrekke. Av den grunn foreslår vi at desentraliserte mottak eller AMOT vurderes når familier med barn med funksjonsnedsettelse bor lenge i mottak.

### **7.3 Når det meste fungerer**

Det finnes eksempler på at samarbeid mellom foreldre, mottak og kommune har ført til en god situasjon for barn og foreldre. Rundt en gutt med autisme er det satt ned en ansvarsgruppe med representanter for mottaket, barnehagen, barnevernet og habiliteringstjenesten. Kommunen har lagt til rette for at en assistent arbeider spesielt med gutten i barnehagen, og han har også jevnlig kontakt med en spesialpedagog. Både assistenten og spesialpedagogen får veiledning fra habiliteringstjenesten, noe de opplever som nyttig og trygt. I en periode var mor så sliten at hun fikk en psykisk knekk og måtte legges inn på sykehus. Da stilte barnevernet opp og skaffet beredskapshjem hos en av de ansatte i barnehagen hvor gutten går. Senere har foreldrene fått avlastning ved at en annen ansatt i barnehagen stiller opp. Dette er de godt fornøyd med.

Det går veldig bra med gutten. Da han kom til barnehagen, hadde han store kommunikasjonsvansker. Nå har han lært tegnspråk. Han utvikler seg godt og har etter hvert blitt trygg i de daglige omgivelsene. Foreldrene har gått på kurs i barnehagen og har også lært tegn slik at de kan kommunisere med gutten. Til høsten skal han begynne på skolen, og det har vært arbeidet med å sikre en trygg overgang dit. Nå er han på skolen flere ganger i uka sammen med barnehageassistenten. Han har truffet sin kommende lærer, og assistenten regner med at overgangen skal gå veldig greit.

Dette er et eksempel på at samarbeidet fungerer, og at det går an å få til gode opplegg rundt barn med betydelige vansker. Imidlertid har det ikke vært enkelt å komme dit familien er i dag, og de har fremdeles mye å streve med. Det har også vært konflikter underveis mellom de ulike involverte instansene. Nå har kommunen og UDI tatt ansvar for å dele på utgiftene til noen av tiltakene rundt gutten, og dermed får foreldrene også nødvendig avlastning selv om de ikke har rett til tjenester etter helse- og omsorgsloven.

### **7.4 Avlastning og støttekontakt**

Som nevnt over har asylsøkere ikke rettigheter til sosiale tjenester etter den nye helse- og omsorgsloven som ble iverksatt 1.1.2012 (tidligere hjemlet i Lov om sosiale tjenester). Dette skaper ekstra vansker for familiene, fører til stor grad av slitasje på foreldre og kan medføre at barn ikke får den hjelpen de trenger. Erfaringer fra våre intervjuer viser imidlertid at det ofte foregår diskusjoner om hvem som har ansvaret for nødvendige hjelpetiltak.

I mange tilfelle er det behov for avlastning. For foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne er dette en rettighet nedfelt i helse- og omsorgsloven og inngår som et virkemiddel i det vi

tidligere har omtalt som arbeidsdelingen mellom det offentlige hjelpeapparatet og familien (Tøssebro & Lundeby 2002). Det vil si at det er en erkjennelse i det norske samfunnet at dersom barn med nedsatt funksjonsevne skal vokse opp i sine familier, trenger foreldrene en pust i bakken slik at de kan klare de ekstra utfordringene de møter. Foreldre som lever i asylmottak, har ikke slike rettigheter selv om de ofte er langt mer utsatt for belastninger enn andre foreldre. Flere ansatte er opptatt av at foreldrene burde hatt rett til avlastning, og de forteller om mangelfulle tjenester, men de forteller også om "spleiselag" hvor UDI og barnevernet går inn med ressurser.

En mor som har flere barn, har fått midlertidig opphold fordi det er problemer knyttet til identitet. Dette innebærer at familien blir boende i mottaket på det uvisse. Den ene sønnen har autisme og er svært krevende. Atferden hans skaper problemer i skolen, og det er vanskelig å skaffe noen som kan avlaste mor. UDI har bevilget midler til avlastning, men det oppleves som alt for lite. Tidligere fikk mor avlastning to dager i uka, men nå er dette redusert til en dag. Avlastningen er kostbar for gutten trenger to personer sammen med seg. Barnevernet er også inne i denne saken, men en barnevernsansatt er klar på at saken ikke handler om omsorgssvikt, men om at mor er grunnleggende sliten og trenger bistand til å klare omsorgsoppgavene. Den ansatte i barnevernet beklager at en mor i en så vanskelig situasjon ikke har rettigheter på linje med andre.

Ved et annet mottak bodde det i en periode en gutt med omfattende fysiske funksjonsnedsettelse. Han fikk hjelp fra omsorgstjenesten, men selv om mor var sliten, fikk hun ingen form for avlastning ut over at en mottaksansatt eller en av søsknene så etter gutten noen timer slik at mor kunne komme seg litt ut. Det var ikke søkt om ekstraordinære midler til avlastning for denne gutten. Om dette handlet om at mottaket ikke hadde kjennskap til ordningen, eller om de ikke søkte fordi familien valgte å reise til hjemlandet på frivillig basis, ble det ikke sagt noe om.

Barn i asylmottak har heller ikke rett til støttekontakt. Dette kan bety at de ikke får anledning til å delta i fritidsaktiviteter dersom de har behov for ledsager og foreldre eller søsken ikke kan stille opp. Dermed kan barn med nedsatt funksjonsevne bli utestengt fra fellesskap med jevnaldrende. Samvær med jevnaldrende er sentralt når det gjelder utvikling av identitet, og når barn omgås andre barn, lærer de hvordan en inngår i sosiale relasjoner.

For å kompensere for manglende rettigheter etter sosiallovgivningen er det etablert en egen tilskuddsordning gjennom UDI (tilskudd til ekstraordinære tiltak, se under). De fleste mottakene virker å være kjent med ordningen, og mange benytter seg av mulighetene til å søke. I enkelte tilfelle kan det oppstå diskusjoner mellom UDI og kommunen om hva slags rettigheter barn og familier egentlig har. En ansatt ved et av UDI sine regionkontorer, sier at hun av og til sitter igjen med en følelse av at det er de som til sist blir sittende med ansvaret

for å yte tilstrekkelig hjelp. Runder med diskusjoner om ansvarsforhold kunne vært unngått dersom familier med barn med nedsatt funksjonsevne hadde hatt de samme juridiske rettighetene som andre i tilsvarende situasjon. Nå blir de utsatt for tidkrevende ekstra søknadsprosesser og ventetid. Dette oppleves kanskje verst når familien faktisk har fått midlertidig opphold og blir boende i asylmottaket, fremdeles uten rettigheter.

## 7.5 Ekstraordinære tiltak<sup>9</sup>

Ordningen med *ekstraordinære tiltak* fra UDI omfatter ulike typer utgifter knyttet til innkvartering av asylsøkere. I Statsbudsjettet for 2011 ble ordningen omtalt på følgende måte: *(Posten) dekker utgifter til bl.a. særskilte tiltak som vakthold og tilrettelegging av boforhold for personer med særskilte behov*. UDI har utarbeidet en såkalt "intern melding" med nærmere omtale av ordningen<sup>10</sup>, med en oversikt over hvilke tiltak denne ordningen kan dekke:

- Vakthold og særskilte tiltak for beboere med voldelig og utagerende atferd, inkludert bruk av bo- og omsorgsløsninger i henhold til UDIs rammeavtale.
- Forsterket bemanning, som for eksempel miljøarbeider.
- Skjermet bolig (innleie av bolig utenfor mottaket knyttet til enkeltpersoner med behov for skjerming).
- Bo- og omsorgsløsninger for funksjonshemmede, som for eksempel institusjonsplass eller ombygging/tilrettelegging av eksisterende bolig.
- Ekstrabemanning og særskilte tiltak rundt beboere i avdelinger for enslige mindreårige.
- Tiltak og oppfølging av personer som kan være utsatt for menneskehandel.
- Helseutgifter, inkludert medisinsk oppfølging, som ikke omfattes av folketrygden eller RS 2008-035 Reglement for økonomiske ytelser til beboere i statlige mottak.
- Forebyggende tiltak for å hindre negativ utvikling eller eskalering. Her inngår blant annet støttekontakt, SFO og avlastning.
- Diverse kostnader som følge av uforutsette hendelser som for eksempel brann, trusselsituasjoner og hærverk.

Som vi ser inneholder denne oversikten ulike typer tiltak. Noen er av en type som iverksettes for å beskytte andre beboere og ansatte. Andre tiltak handler om å kompensere for at

---

<sup>9</sup> Dette avsnittet bygger på samtaler med Lars Steinar Hansen, UDI Midt-Norge, budsjettinnspill, og regnskapsoversikter og virksomhetsrapporter fra UDI til overordnet departement, samt notater og statistikk utarbeidet i forbindelse med arbeidet til Bergeutvalget (NOU 2011:10).

<sup>10</sup> IM 2010-049: Rutiner for UDIs søknadsbehandling og oppfølging av ekstraordinære tiltak i mottak.



asylsøkere ikke har rettigheter etter sosialtjenesteloven (nå hjemlet i helse- og omsorgsloven). I begge tilfeller dreier det seg om utgifter som det ikke er rimelig å forvente at driftsoperatørene dekker innenfor driftsavtalene.

Utgiftene til ekstraordinære tiltak har økt fra 13,8 mill i 2003 til 118,3 millioner kroner i 2011. Når det gjelder gjennomsnittlig utgift pr beboer har imidlertid nivået holdt seg nokså konstant de siste årene (på ca kr 7000). Fra 2007 har UDIs regnskapsrapporter hatt en nærmere spesifisering av type tiltak midlene har vært brukt til. Her er "tilrettelegging for funksjonshemmete" skilt ut som en egen type tiltak. Det er imidlertid vanskelig å se nøyaktig hva som er plassert under denne kategorien og hva som for eksempel dekkes av "vakthold og skjerming", "forsterket bemanning", "forebyggende tiltak" og "diverse". Anslagsvis representerer tiltak for funksjonshemmete samlet sett om lag halvparten av det totale tilskuddet til ekstraordinære tiltak.

Tilbakemeldinger fra asylmottakene tyder på at ordningen med ekstraordinære tiltak er kjent, men i varierende grad blir brukt. Variasjonen kan selvsagt skyldes ulike behov, men det er grunn til å tro at det også handler om usikkerhet knyttet til hva denne ordningen kan brukes til. Systemet er basert på at det er den enkelte ansatte ved mottaket som vurderer behov og tar stilling til hvilke tiltak som bør iverksettes. I mange tilfeller forutsetter dette en faglig kompetanse som det ikke er forutsatt at ansatte ved ordinære mottak har. Hvis man mener at dette ekstratilskuddet skal kunne kompensere for manglende rettigheter etter helse- og omsorgsloven, forutsetter dette at de som foretar vurderingene har kjennskap til disse rettighetene og har faglige forutsetninger for å foreta de ofte kompliserte skjønnsmessige vurderingene som kreves for å foreslå tiltak.

Våre samtaler med mottaksansatte tyder på at denne kunnskapen var svært varierende. Usikkerheten var særlig stor når det gjaldt vurdering av tiltak for personer med omfattende kognitive vansker (autisme, ADHD, utviklingshemming med mer). I tilfeller der det handlet om sansetap, bevegelsehemming eller kroniske medisinske tilstander, følte de mottaksansatte seg på tryggere grunn. Men også her var det åpenbare kunnskapshull. Avlastning til foreldre eller støttekontakt til barn og unge med nedsatt funksjonsevne, var tiltak som sjelden ble foreslått. Det var også betydelig usikkerhet knyttet til det som ble omtalt som andre huller i systemet. Dette gjaldt både tiltak som er hjemlet i opplæringsloven og i helselovgivningen. Selv om den enkelte asylsøker har en individuell rett til spesialundervisning (ved behov), er det flere eksempler på at kommunene vegrer seg mot å iverksette dette av økonomiske grunner. Selv om altså loven gir asylsøkere like rettigheter, henviser en del av kommunene til at asylsøkere ikke er en del av befolkningsgrunnlaget som danner utgangspunkt for rammeoverføringene. Dermed blir dette, ofte i tillegg til argumenter om at kommunene ikke vet hvor lenge barna blir boende, brukt som et argument mot å gi denne elevgruppa spesialundervisning.

På lignende vis argumenteres det også forhold til en del helsetiltak. En del mottak søker å få dette "fraværet av rettigheter i praksis" kompensert gjennom det ekstraordinære tilskuddet fra UDI. Dette er imidlertid ikke i tråd med intensjonen, noe som også gjør at UDI i slike tilfeller avslår søknaden. Dette er ingen urimelig praksis, men det bidrar likevel til at asylsøker kan oppleve å "ramle mellom to stoler". Søknader om dekning av ekstraordinære tiltak fremmes av mottaket – ikke den enkelte asylsøker, og det er ikke klageadgang på vedtakene. Selv om altså tiltakene retter seg mot enkeltindivider, er det ikke den personen som har hjelpebehovet som står som søker på hjelpetiltaket. Og som det blir påpekt i Bergeutvalgets innstilling: *Dette innebærer en risiko for feil nivå på tjenestene, både i forhold til behovet og i forhold til tilsvarende tjenestenivå for de fastboende i kommunen* (NOU 2011:10, s 235).

## 7.6 Likeverdige offentlige tjenester

Ny helse- og sosiallovgivning hjemler retten til likeverdige offentlige tjenester. Sentrale prinsipper for likeverdige tjenester er at en skal ta hensyn til at mennesker er forskjellige, at en skal respektere mangfold og at en skal erkjenne at alle er likeverdige medlemmer av samfunnet med lik rett til tjenester. Dette gjelder uavhengig av kjønn, kjønnsidentitet / kjønnsuttrykk, etnisitet, seksuell orientering, funksjonsevne, religion, alder eller kombinasjoner av dette. Samtidig pekes det på at likeverdige tjenester ikke er det samme som like tjenester. Det skal legges til rette for individuelle tilbud. Dette betyr at ikke alle kan behandles likt fordi det kan føre til at noen systematisk får et dårligere tjenestetilbud. Både hvis en behandler mennesker med samme behov ulikt og hvis en gir lik behandling til mennesker med ulike behov, kan det dreie seg om usaklig forskjellsbehandling eller diskriminering (LDO 2011)<sup>11</sup>

Følgende eksempel viser hvordan målsettingen om likeverdige offentlige tjenester kan oppfattes forskjellig. På samme måte som alle barn i Norge, får barn i asylmottak tilbud om å følges opp med jevnlig kontroller og vaksineringer av helsesøster og fastlege tilknyttet helsestasjonen. I noen kommuner finnes det en kommunalt ansatt helsesøster på asylmottaket, mens i andre kommuner må beboere på asylmottaket reise til den kommunale helsestasjonen for å møte en helsesøster. Det kan se ut som om organiseringen av disse tjenestene enten gjenspeiler, eller medfører, ulike holdninger til hva helsesøstertjenester til barn i asylmottak bør inneholde. Mens en av helsesøstrene på en helsestasjon presiserer at: *"Alle barn følger det samme programmet på helsestasjonen, enten de bor på mottaket eller ei"*, fremholder en av helsesøstrene på et mottak at:

---

<sup>11</sup> Likestillings- og diskrimineringsombudet, <http://www.ldo.no/LOFT/Aktivitetsplikt>, lastet ned 6.12.2011

*”Det tilbudet den kommunale helsesøstertjenesten på mottaket tilbyr barna her, skal være annerledes enn den ordinære helsesøstertjenesten. Forskjellen er at helsesøstertjenesten her skal være et lavterskeltilbud i langt større grad enn den ordinære helsestasjonsvirksomheten. Vi skal være et støtte, kartleggings- og oppfølgingstilbud som skal støtte, veilede, avdekke, sortere og henvise.”*

Det er et betydelig problem at asylsøkere mangler rett til en del tjenester. Mangel på avlastning hos alt for slitne foreldre er gjennomgående. Foreldre som sliter med angst for framtida, dårlig råd og store omsorgsbyrder burde fått tilgang på avlastning slik at de får anledning til å ta vare på seg selv og de andre barna i familien. I tillegg burde det være mulig å gi barn med nedsatt funksjonsevne tilgang på støttekontakt eller annen ledsager i fritid slik at de kan delta sammen med andre barn og unge i sosiale aktiviteter.

Med unntak av sosiale tjenester har barn i asylmottak rett til tjenester som er likeverdige med det andre får. Dette betyr i noen tilfeller at det må gjøres ekstra anstrengelser for at tilbudet skal bli likeverdig med det andre barn får. Det holder for eksempel ikke når en helsesøster sier at barn i asylmottak følger det samme programmet som andre barn dersom dette betyr at en ikke bruker tolk for å kunne kommunisere med foreldrene eller at en overser den spesielle situasjonen barn i asylmottak lever i. Det er heller ikke likeverdige offentlige tjenester når hjemmebaserte tjenester må utøves i uverdige omgivelser, og hjemmetjenestens ansatte ikke får anledning til å kunne kommunisere med foreldre, eller når det bare kan søkes om barnehageplass på bestemte tidspunkt. En utfordring for asylmottak hvor det bor barn og unge med nedsatt funksjonsevne er å konkretisere hva likeverdige offentlige tjenester betyr, og så ha dette prinsippet som grunnlag for måten tiltakene rundt barna og de unge tilrettelegges på.



## 8 Samarbeid med foreldre

I studier av norske barn med nedsatt funksjonsevne, kommer det fram at det først og fremst er foreldre som har ansvar for å følge opp barna sine inn mot det offentlige hjelpeapparatet (Tøssebro og Lundebj 2002). Hjelpeapparatet er på sin side innstilt på at det først og fremst er foreldrene de skal samarbeide med når personer med funksjonsvansker er barn. Også for barn som lever i asylmottak, burde foreldrene være de nærmeste og de som hjelpeapparatet først og fremst spiller på, men dette er ikke alltid tilfelle. Dette kan handle om at foreldre har mer enn nok med sine egne vansker, det kan handle om språkvansker og manglende bruk av tolk, og det kan handle om liten forståelse hos foreldre både av barnets funksjonsnedsettelse og av hjelpeapparatet. Studier av minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn viser at det også kan handle om manglende forståelse fra hjelpeapparatets side, blant annet antagelser om kulturforskjeller, stereotype oppfatninger av foreldrene og diskriminering (Sørheim 2000, Hatton m.fl. 2004, Poulsen 2005).

Den norske antidiskrimineringslovgivningen viser til at diskriminering kan handle om både direkte og indirekte diskriminering. Likestillings- og diskrimineringsombudet definerer disse diskrimineringsformene slik: Med direkte diskriminering menes at «... personer som ellers er like, behandles ulikt» mens indirekte diskriminering er «... når personer med ulike behov likevel behandles likt» (<http://www.ldo.no>). Med dette pekes det på at diskriminering kan ha form av likebehandling som får ulike virkninger for ulike grupper fordi folk er forskjellige. Dette betyr at det kan virke diskriminerende å behandle asylsøkende foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne på samme måte som en behandler norske foreldre, fordi disse foreldrene ofte mangler de språklige eller kunnskapsmessige forutsetninger som norske foreldre har. For eksempel er det dokumentert at minoritetsforeldre til barn med nedsatt funksjonsevne kan ha vansker med språk og kommunikasjon og dessuten mangle kunnskap om hjelpeordninger og rettigheter i det norske samfunnet (Sørheim 2000, Hatton m.fl. 2004, Poulsen 2005, Fladstad & Berg, 2008), og det er sannsynlig at mange foreldre i asylmottak vil ha lignende vansker, ikke minst fordi de har bodd kort tid i Norge. For at disse skal bli behandlet likeverdig, må det legges spesielt til rette at de skal kunne utøve sin rett til medvirkning i saker som angår barna deres.

### 8.1 Familien i et helhetsperspektiv

Det er ikke enkelt å være foreldre når en bor i asylmottak. Ventetid, usikkerhet knyttet til opphold, trangboddhet og ofte uvirksomhet kan gjøre dagliglivet slitsomt og krevende. Dersom en i tillegg har barn med nedsatt funksjonsevne, kan belastningen bli svært stor. For hjelpere som skal samarbeide med foreldrene for å hjelpe barna med nedsatt funksjonsevne,

kan det være vanskelig å vite i hvilke situasjoner og på hvilke måter en skal støtte foreldrene slik at de ikke fratras det ansvaret de har som foreldre.

En lege som har mye kontakt med et asylmottak, er tydelig på at det er viktig å ha et helhetssyn på familien. Hun sier at det kan hende at et barn for eksempel kan ha en utviklingshemming. Når en skal ta opp dette med foreldrene, er det viktig å begynne der foreldrene er, og ofte er de mest opptatt av somatiske vansker. Det er da viktig å ta tak i det opplevde problemet fordi dette kan være inngangen til de andre vanskene som ansatte oppfatter at et barn kan ha. Det er ingen foreldre som har egen erfaring med å ha barn med nedsatt funksjonsevne før de kommer i den situasjonen, og det er viktig å informere om barnets tilstand på en måte som gjør at foreldrene forstår og samtidig får støtte og videre oppfølging (Hatton m.fl. 2003).

Noen ganger kan det være at foreldrene sliter selv, slik at de ikke orker å følge opp barna. En barnefaglig ansvarlig forteller at hun bistår foreldre ved at hun er med et barn til samtaler ved en barnepsykiatrisk poliklinikk. Foreldrene er hele tiden orientert om behandlingen, men de har så mye å streve med selv at de opplever at det er bedre at noen andre følger med barnet. I dette tilfellet har foreldrene selv bedt om bistand, og gjennom den tilbakemeldingen de får fra den barnefaglig ansvarlige, kan de følge med på hvordan det går med barnet. Måten dette fortelles på, viser at støtten til foreldrene gis på deres premisser.

I et annet tilfelle ble en mor nærmest oversett av hjelpeapparatet. Hun og datteren har bodd i asylmottak i åtte år; det vil si det meste av datterens liv. Datteren fikk tidlig en diagnose som tilsa at hun har en alvorlig utviklingsforstyrrelse. Hun ble henvist til barnepsykiatrien da hun var i 7 års alderen, men de ville ikke foreta seg noe annet enn å gi veiledning til skolen. Det kom ingen tilbud om oppfølging av mor. Riktig nok ble det satt i gang en ansvarsgruppe hvor mor var med, men sykepleieren som fortalte historien om denne familien, mente at det kom lite ut av ansvarsgruppa.

Mor var langt nede psykisk, og det samme var jenta. Hun ønsket ikke å leve lenger. Da ble barnevernet koblet inn, og mor fikk beskjed om at hvis jentas situasjon ikke bedret seg, måtte hun tas ut av hjemmet. Mor hadde lite å stille opp med for hun var dårlig orientert om jentas situasjon siden hun aldri hadde hatt kontakt med barnepsykiatrien. Ved at en lege til slutt grep inn, fikk både mor og datter plass på en familieavdeling innen barnepsykiatrien, og her ble for første gang den lille familien sett på som en helhet. Innleggelsen førte til at barnevernet bestemte seg for å avvente situasjonen. Den som fortalte om den familien, konkluderte med at det i ettertid er lett å se at situasjonen kunne ha utviklet seg bedre dersom mor hadde fått delta i arbeidet rundt jenta allerede fra begynnelsen av. Ut fra det vi vet om norske foreldre, er det sannsynlig at de fleste ikke hadde funnet seg i å bli satt utenfor på denne måten, men ville ha krevd sin rett til å delta i hjelpetilbudet rundt barnet.

Moren her var syk og hadde sannsynligvis verken krefter eller kunnskap nok til å kreve å bli involvert. Konsekvensene for mor og barn kunne ha blitt alvorlige, og vi oppfatter dette som et tilfelle av diskriminering.

Barnefaglig ansvarlig ved et stort mottak sier at barna er ofte triste når de er sammen med foreldrene, og derfor er det viktig at foreldrene får vite at det er av betydning at de deltar sammen med barna på noe som er positivt. Dette støttes av en ansatt ved et annet mottak. Hun betoner betydningen av at ansatte støtter opp under foreldrerollen som er ganske vanskelig i den krevende situasjonen som familiene lever i. Hun sier at det ikke er lett å være foreldre når barna lærer så mye fortore og forstår så mye mer både av språk og av omgangsformer. Det er dessuten vanskelig for barna når foreldrene ikke forstår. Hun sier videre at det ikke er så lett for foreldre å følge opp aktiviteter når de ikke har bil og ikke har råd. Ved mottaket prøver de å skaffe utstyr som ski, fotball og annet slik at barna kan delta i aktiviteter.

En ansatt i barnevernet forteller om en mor som har en sønn med autisme. Hun sier at mor kunne trenge mer kunnskap om hva autisme er fordi hun har et helt annet syn på nedsatt funksjonsevne enn det som er vanlig her. Når for eksempel en voksen henvender seg til gutten, skyver mor han til side og sier: "*... han forstår ingen ting.*" En annen mor har i følge en mottaksansatt gradvis fått en ny forståelse av sin sønns vansker. Hun har lært om hva autisme er, og nå vet hun mer om hva hun kan forvente både av sønnen og av omgivelsene. Hun vet også mer om hvordan hun selv kan følge opp sønnen. For henne har kunnskap betydd større mulighet til å kunne utøve sitt foreldreskap på en god måte. Fra studier av minoritetsforeldre med barn med funksjonsnedsettelse vet vi foreldre kan ha med seg andre forståelser av funksjonshemming fra hjemlandet enn det som er vanlig her (Hatton, Akram, Shah, Robertson & Emerson 2004, Fladstad & Berg 2008). Derfor er det viktig å gi foreldre god og tilpasset informasjon slik at de blir satt i stand til å forstå hva funksjonsnedsettelsen handler om og dermed kan følge opp barna slik det forventes at foreldre gjør.

De færrest foreldre som får barn med nedsatt funksjonsevne, vet i utgangspunktet hva dette handler om, uavhengig av hvilket land de kommer fra eller hvor de befinner seg. Noen foreldre i asylmottak kan ha manglet god nok informasjon om sitt barns tilstand før de kom i kontakt med det norske tjenesteapparatet, og det vil derfor være svært mye de trenger å lære seg, både om forståelser av funksjonshemming, om hjelpetiltakene og om hvordan forholdet mellom barn og foreldre vanligvis er her i landet. Det sentrale må være at foreldrene blir regnet med, og at en ikke setter dem utenfor beslutninger som tas på vegne av barna med henvisning til språkvansker eller at foreldrene har nok med sine egne problemer. Det kan hende at de trenger å avlastes på ulike måter, men det må alltid være på bakgrunn av deres egne ønsker og behov.

## 8.2 Foreldrenes situasjon

Et spørsmål som blir stilt av flere ansatte både i og utenfor mottak, er hvordan en kan følge opp foreldre når de har barn med nedsatt funksjonsevne og samtidig selv sliter med psykiske vansker som angst og depresjon. En spesialpedagog sier at for henne har det vært en stor utfordring å se depresjonen hos foreldre. Hun mener at det ikke er de språklige eller kulturelle barrierene som er de største hindringene i arbeidet, men å skulle forholde seg til foreldre som sliter psykisk. Hun skulle gjerne hatt mer kompetanse på hvordan en kan møte dem på en god måte, og hun ønsker hun visste mer om hvordan foreldrenes situasjon virker på barna.

En barnehageansatt som har tett kontakt med en gutt med autisme, opplever at foreldrene er ressurssterke og positive mennesker, men at de strever med sine egne tunge tanker og den usikre situasjonen de lever i. Foreldrene strever dessuten med dagliglivssituasjoner med sønnen, som for eksempel legging og det å kunne spise et måltid i fellesskap. Den ansatte i barnehagen har på eget initiativ besøkt foreldrene og har hjulpet dem med det praktiske slik at gutten nå både lar seg legge og kan sitte til bords og spise sammen med andre. Dette er til stor hjelp for foreldrene, og den ansatte fra barnehagen sier at det også er til hjelp i hennes arbeidssituasjon. Hun sier at hennes jobb blir mye lettere når gutten er rolig fordi han sover og spiser godt. Dette bruker hun nærmest som en unnskyldning for at hun bistår foreldrene ut over egen arbeidstid, og hun strever med å finne ut av om hun går for langt. Hun mener at foreldrene sliter nok, og at både de og gutten trenger å lære gode dagliglivsrutiner, men hun kommer stadig tilbake til hvem som har ansvar for dette.

Foreldre er de mest sentrale personene i barns liv, uavhengig av barnets tilstand eller funksjonsnedsettelse. Foreldre som lever med sine barn i asylmottak er utsatt for flere problemer enn folk flest, og det er kjent at foreldres psykiske helse virker inn på barnas situasjon. Familiene kan være fattige og derfor ha få muligheter til å gi barna ting og utstyr de ønsker seg eller trenger, eller foreldres vansker kan til tider være så omfattende at det går ut over foreldrerollen (Lidén m.fl. 2011). Det er dessuten mange ting foreldre trenger å lære dersom de skal mestre det å være foreldre i en norsk kontekst. Når barna deres har spesielle behov, blir læringskurven bratt, og det er en lang rekke ting de trenger å sette seg inn i. Tilfellet hvor mor risikerte å miste omsorgen for datteren sin fordi hun ikke var involvert i datterens situasjon, er kanskje et unntak. Men det kan være lett å overkjøre foreldre som en opplever at forstår lite både om systemet og om eget barns situasjon. Det kan også være lett å glemme at det å ha et barn med nedsatt funksjonsevne også handler om praktiske sider ved dagliglivet, og at et viktig bidrag til familienes mestring er å hjelpe dem med praktisk veiledning og oppfølging. For at foreldre skal kunne være foreldre er det



altså viktig at de får hjelp og støtte i foreldrerollen, og at det gis tilstrekkelig tid til at de kan involveres i sine barns situasjon og i hjelpeapparatet rundt barn med nedsatt funksjonsevne.

### 8.3 Språk og kommunikasjon

Prinsippet om likeverdige offentlige tjenester innebærer at det må legges til rette for at mennesker som møter det offentlige tjenesteapparatet, må kunne forstå hvordan det fungerer og kunne kommunisere med de som representerer det. Studier av minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn viser at det ofte er store kommunikasjonsvansker i samarbeidet mellom familiene og hjelpeapparatet (Hatton m.fl. 2004, Poulsen 2005, Fladstad & Berg 2008, Berg & Söderström 2012). Dette betyr at det i mange tilfelle er nødvendig å bruke tolk og at det ellers må legges til rette for at familiene får innsikt i hjelpeapparatets fungering og hva slags bistand de har muligheter til å få når de har barn med nedsatt funksjonsevne.

En ansatt i helsetjenesten i mottak sier at den største utfordringen de møter, handler om kommunikasjon. Det er mange ganger vanskelig å finne ut om asylsøkere forstår hva som foregår, og derfor er det viktig å bygge opp trygghet og tillit rundt individene slik at en etter hvert kan se deres behov. Hun sier at det ville ha vært en fordel å ha noen ansatte som kan snakke med asylsøkere på deres eget språk for det gir trygghet. Når det handler om funksjonsvansker, er det ulike forståelser og ulike ord og begreper som brukes, og det er derfor viktig at informasjon om funksjonsnedsettelse formidles på eget språk. Dette er også trukket fram i studier av minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn (Hatton m.fl. 2003, Poulsen 2005, Söderström m.fl. 2011). Men sykepleieren framholder at det er viktig å være forsiktig her for det er for eksempel ikke alle tolker som har gode nok kunnskaper om anatomi, og de kan komme til å informere feil. Det kan også være et problem at ansatte i hjelpeapparatet ikke kan bruke tolk, og da kan de komme til å overse den personen de egentlig skal forholde seg til.

Ved et mottak sier flere ansatte at foreldrene blir hemmet av at de ikke kan følge opp barna. Årsaker til dette er at de ikke kan norsk og at de ikke forstår hvordan ting gjøres her. Dette utgjør en betydelig barriere for foreldre. I en studie av minoritetsfamilier med barn med funksjonsnedsettelse bruker Sørheim (2000) begrepet «informasjonshemmet» for å beskrive foreldrenes situasjon. De strever med både å gi og å motta informasjon. For asylsøkende foreldre er det et stort problem at de ikke får tilstrekkelig opplæring i norsk. Dette gjør samarbeidet mellom foreldrene, mottaket og hjelpeapparatet svært utfordrende. En ansatt sier at foreldre må få norskundervisning med det samme, og de må få kontakt med den norske virkeligheten. Hun ønsker seg norske kontaktfamilier slik at beboere i mottak kan

blir kjent med norsk dagligliv og norske væremåter. Familier trenger blant annet kunnskap om norsk kosthold og hvordan de bruker norske matvarer slik at familien får et balansert kosthold. Hun sier at barnehagen er en viktig arena for opplæring i kosthold.

## **8.4 Bruk av tolk**

En forutsetning for at foreldre skal involveres i sine barns liv, er at de kan kommunisere med omgivelsene. For å kunne gjøre seg forstått og forstå, er de avhengig av at hjelpeapparatet stiller opp med tolk. Det er imidlertid ikke alltid lett å bruke tolk rett, og det er ikke alltid at tolkene mestrer situasjonen. God tolking krever forberedelse og samarbeid. Det er derfor viktig at tolker er informert på forhånd om hva som skal være tema i en samtale (Söderström m.fl. 2011). Det er også viktig å være oppmerksom på at det å ha tolk til stede vil påvirke samtalen. Det kan både virke betryggende og ubehagelig å skulle ha en tolk til stede (ibid). Flere av utfordringene innenfor det kommunikasjonsmessige området handler om at en unnlater å bruke tolk, men det kan også handle om for dårlig tolkning og utfordringer med å skulle formidle sensitiv og komplisert informasjon gjennom tolk (Fladstad & Berg 2008, Poulsen 2005, Berg 2011, Berg & Söderström 2012).

På en avdeling for enslige mindreårige asylsøkere bruker de tolk når de har samtaler med ungdommene. Når tolken er fysisk til stede under samtalen, mener en ansatt at det er viktig at kjemien stemmer mellom tolken og ungdommene. Kjønn og etnisitet kan spille en rolle her. Noen ganger kan det være en fordel å bruke telefontolk for da kan både tolken og ungdommen være anonyme. Dersom det oppstår kriser, hender det at de bruker tospråklige ansatte som tolker, men dette anser hun som uheldig fordi det blir for personlig. En annen sykepleier sier at hun savner språkkompetanse i den forsterkede avdelingen hun jobber i. De bruker tolk ved avtalte møter, og de kan ringe etter telefontolk dersom det oppstår kriser eller turbulente situasjoner. Hun understreker at mange misforståelser kan unngås hvis en kan kommunisere, og dermed blir språk og kommunikasjon de største utfordringene de møter i det daglige.

Hjelpeapparatet rundt familiene bruker vanligvis tolk ved formelle møter som avtaler på kontoret og i ansvarsgrupper. En lege sier at tolkingen stort sett går greit selv om det er varierende kvalitet på hva tolkene kan. Dette støttes av en rektor ved en barneskole som opplever at tolkene har lite forståelse for skoleverket og skolehverdagen, og at det derfor ofte fungerer dårlig. Samtidig forteller hun at foreldreutvalget ved skolen har ønske om å engasjere foreldrene i asylmottaket mer fordi de mener at disse foreldrene kan være en ressurs for skolemiljøet. Foreldrene fra mottaket kommer på foreldremøter, men begge parter opplever at språkbarrierer er et problem. Foreldrene kan oppleve at de blir veldig

alene på slike møter fordi de bare til en viss grad forstår hva som foregår. Rektor slutter med å si at språkopplæringen er det viktigste for uten felles språk kan en ikke oppnå integrering, og den tar alt for lang tid slik det er nå.

Selv om det brukes tolk i møter, er det mange dagliglivssituasjoner hvor det ikke brukes tolk. En ansatt i hjemmebaserte tjenester og hennes kollegaer fikk beskjed om at de skulle hjelpe en gutt med omfattende funksjonsnedsettelse med å dusje. De som skulle utføre dusjingene, hadde ikke hatt noen kontakt med guttens foreldre på forhånd og visste lite om dem. De opplevde det som et stort problem at de ikke kunne kommunisere med guttens mor. Dermed kunne de heller ikke få del i hennes erfaringer og lære av måten hun bisto sønnen på. De kunne heller ikke formidle verbalt til mor hvordan de selv arbeidet med gutten eller komme med forslag som kunne være til hjelp for henne. På grunn av dette opplevde de at de bare delvis kunne gjøre en god jobb. Språkvanskene gjorde at mor bare ble en statist og ikke den samarbeidspartneren som hjemmetjenestens ansatte er vant til at andre foreldre er.

I en barnehage bruker de alltid tolk til å informere foreldre om hva barnehagen er. Tidligere har de hatt erfaringer med barn som nærmest er blitt "kastet" inn i barnehagen og har blitt veldig usikre fordi de ikke har forstått hvor de er. Nå har de utarbeidet skriftlig materiale med mange bilder om livet i barnehagen. Dette gjennomgås sammen med foreldrene og med bruk av tolk når barnet skal begynne. Samtidig spør de om tillatelse til å ta bilder av barna og om de kan få ta dem med i bil. Styreren i barnehagen sier at klær er et stort problem, og de har en egen perm med bilder av klær som bør brukes i barnehagen. Det er mulig å skaffe tolk til foreldresamtaler ellers også, men den lokale tolketjenesten har ikke alltid tolk tilgjengelig, så det hender at de må klare seg uten. I en annen barnehage bruker de språkassistent hele den første uka barnet er i barnehagen slik at både barn og foreldre skal venne seg til situasjonen, mens skoler ofte bruker tolk når de ønsker nye elever velkommen til skolen.

Språk og kommunikasjon står helt sentralt i kontakten mellom hjelpeapparatet og foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne. Tolk er ofte på plass i mer formelle situasjoner som møter og ansvarsgrupper, men mangler ofte i dagliglivets mange ulike situasjoner. Når en har kontakt med foreldre over tid, slik som i mottaket, i skolen eller barnehagen, kan kommunikasjonen bedres etter hvert som en blir kjent med hverandre, eller en kan utvikle ikke-verbale hjelpemidler slik som den ene barnehagen i eksemplet over. Dessverre ser det ut til at noen grupper av tjenesteutøvere kan bli glemt, slik som i det nevnte tilfellet med hjemmebaserte tjenester. Slike "forglemmelser" kan også oppstå når barn skal på avlastning. Hvis hjelpere på utøvende nivå som er i tett kontakt med barna og deres familier, ikke får tilgang til å kommunisere med foreldre, kan resultatet bli at foreldre føler at deres erfaringer ikke er noe verd og at ansatte opplever at de ikke fullt ut kan gjøre den jobben de er satt til. Kommunikasjonsmessige og språklige barrierer kan forhindre at asylsøkende foreldre får

tilgang til offentlige tjenester som er likeverdige med det som norske foreldre får. I tilfeller hvor det bevisst eller ureflektert ikke blir sørget for at foreldre så langt som mulig får nødvendig informasjon og anledning til å fremme egne synspunkter, kan det også handle om diskriminering.

## 9 Oppfølging, samarbeid og kompetanse

Når det er blitt kjent at et barn har nedsatt funksjonsevne av en type som trenger oppfølging, er det behov for samarbeid mellom mottaket og det offentlige hjelpeapparatet utenfor mottaket. Først må det avklares om barnet skal henvises til andre instanser, og dernest må det avgjøres hva slags hjelpetiltak som det skal legges til rette for. Det er kjent at samarbeid og mangel på samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser vil virke inn på hvilke muligheter barna og familiene får (Tøssebro & Lundebj 2002), og fordi asylsøkere ikke kjenner hjelpeapparatet, er de i stor grad prisgitt andres kompetanse og vilje til å finne gode løsninger.

### 9.1 Ansvarsgrupper og individuell plan

Barn som trenger omfattende og langvarige tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan om hvilke tjenester det er behov for og hvordan disse skal legges til rette. Planen blir ofte utarbeidet i et samarbeid mellom foreldrene og hjelpeapparatet. Planen er ikke bindende for hjelpeapparatet, men kan danne utgangspunkt for søknader om ulike hjelpetiltak (Grue 2011). Ikke sjelden utarbeides planen i en ansvarsgruppe. Ansvarsgrupper består av en koordinator som har som ansvar å være foreldrenes kontaktperson, foreldrene og representanter for de tjenestene som skal samarbeide om å yte tjenester til familien. For barn som lever i asylmottak, er det svært viktig at mottaket er representert i ansvarsgrupper fordi mottaksansatte er de eneste som har kunnskap om livet i asylmottak og hvordan dette virker inn på barns dagligliv og oppvekst.

Vi har vist i et tidligere avsnitt at det finnes gode eksempler på at samarbeidet rundt enkeltbarn fungerer, og at det er etablert ansvarsgrupper og gode hjelpetiltak rundt familier med barn med nedsatt funksjonsevne. Her trekker vi fram noen eksempler på samarbeidsvansker som viser hvor vanskelig det kan være for ansatte i asylmottak å få tilgang til de tjenestene de ser at barn og familier trenger. Ansatte har hatt behov for å snakke om dette fordi de kan føle at de blir sittende alene med ansvaret for mennesker som har sterkt behov for oppfølging. Likevel formidler de at holdningene fra hjelpeapparatet i kommuner og spesialisthelsetjeneste er blitt bedre etter hvert slik at disse i større grad enn tidligere tar det ansvaret de har for å yte likeverdige tjenester.

## 9.2 Når bør det henvises videre?

Som nevnt har vi funnet eksempler på god oppfølging av barn med nedsatt funksjonsevne og godt samarbeid mellom foreldre og ulike fagfolk, og eksempler på negative erfaringer og misforståelser. Fagfolk kan seg i mellom har ulike forståelser av hvordan vansker skal løses. Et eksempel på hvordan fagpersoner kan ha ulike oppfatninger, handler om i hvilken grad barn og unge i asylmottak trenger psykiatrisk hjelp. En lege som har fast kontortid på et mottak, sier: *”Når jeg ser på de barna som barnepsykiatrien jobber med til vanlig, er jeg ikke i tvil om at det er barn og unge fra asylmottak som har de tyngste vanskene og som derfor trenger å prioriteres.”* Hennes erfaring er at hun må kjempe for at psykiatrien skal ta i mot asylsøkerbarn, og at terskelen er høyere for dem enn for andre. Hun fortsetter: *”Det er mange barn og unge i asylmottak som har opplevd store kriser og vært gjennom omfattende traumer uten å få tilbud om noen som helst hjelp.”* Dette støttes av en annen ansatt i barnepsykiatrien som sier:

*”Noen av barna som kommer fra asylmottak, er veldig traumatisert. De har en marginal omsorgssituasjon knyttet til levestandard og usikkerhet. Dette gjelder både enslige mindreårige og barn som bor sammen med foreldre. Når disse barna blir henvist, er deres situasjon ofte verre enn andres. Jeg tror at flere barn kunne vært henvist, og jeg lurer på om det er en form for økt toleranse for barns situasjon i mottaket.”*

En annen lege mener at førstelinjen mangler kompetanse om psykiske lidelser og at de står i fare for å sykeliggjøre normale reaksjoner. Han sier følgende om enslige mindreårige asylsøkere:

*”De unge viser en adekvat forsvarsmekanisme, men hjelperne forstår det ikke og dermed bidrar de til sykeliggjøring. Det de unge trenger er vanlig liv, skole og røtter. De har ikke posttraumatisk stressreaksjon selv om de har alle symptomene.”*

Ulike holdninger og forståelser finnes blant mange fagfolk, og dette kan gjøre henvisning av barn og unge med nedsatt funksjonsevne komplisert og unødvendig strevsomt. Ofte blir det reist tvil om hvem som egentlig har ansvaret for å følge opp barn og unge, og ansatte i mottak kan oppleve at de som kanskje har minst kompetanse, blir sittende alene med ansvaret. En utfordring er også at det kan være ulike syn på, eller kunnskap om, hva slags behov og rettigheter barn og unge i asylmottak har. En lege sier:

*”Flyktninger blir ofte sett på som pasienter som kommer på toppen av de egentlige pasientene. Tidligere ble noen avvist fordi de ikke hadde oppholdstillatelse. Nå er det*

*mer snikavvisning.” En helsesøster sier: ”Når barna først kommer inn i helsesystemet, går det greit, men det kan være vanskelig å få dem inn.”*

Lange ventelister, avglemt registrering, kluss med ID eller D-nummer og så videre gjør at hun lurer på om det er tilfeldigheter eller noe annet. En sykepleier ved et mottak sier:

*”Å finne den rette balansen mellom hva jeg skal henvise videre og hva jeg bør sitte med selv, er også noe av det vanskeligste. Jeg føler på en del forventninger om at vi her i mottaket skal ordne opp i alt selv. Dette er forventninger jeg føler på fra sykehuset, fra UDI regionalt og fra den forsterkede avdelingen. Av og til oppleves disse forventningene som ansvarsfraskrivelse fra samarbeidspartnere.”*

### **9.3 Offentlig vegring**

Barn i mottak har den samme retten som andre til helsehjelp, men som vi har sett er det ikke alltid lett å få hjelpeapparatet til å akseptere denne retten. En familie i et sentralisert mottak hadde behov for hjemmebasert omsorg til sin multifunksjonshemmede sønn. Det ble sendt henvendelse til hjemmetjenesten, men de svarte negativt ved å vise til at mottaket jo hadde sykepleier som kunne ta på seg ansvaret for stell av gutten. Etter en god del argumentasjon forsto de likevel at gutten hadde rett til helsehjelp, og de tok på seg det ansvaret de har.

I en kommune avbryter en helsesøster sin egen fortelling om en gutt med multifunksjonshemming med å si: *”Det var et spetakkel uten like. Det satt langt inne å forstå at denne gutten har samme rett til tjenester som andre barn.”* Hvor barnet og familien skulle bo, var et tilbakevendende tema, og spørsmålene var hele tiden: *”Har han rett på dette? Trenger han dette? Og ikke minst, hvem skal betale?”* Hun forteller også at *”det var et byråkrati uten like”*, og at kontakten med UDI var vanskelig. Dette hang ikke minst sammen med at ting tok alt for lang tid. Fordi det var så stor uenighet mellom mottak, kommune og UDI, måtte barnevernet gå inn og dekke utgifter til assistent i barnehage og til drosjetransport til og fra slik at gutten i alle fall fikk gå i barnehagen. Helsesøster avslutter med å si: *”Jeg har aldri sett make til byråkratiske stengsler.”*

Ved et annet mottak sier ansatte at de ikke lenger har problemer med samarbeid med de offentlige tjenestene. Men de har hatt en lang vei å gå før de kom dit. Mottaksleder sier at det er en stor fordel at mottaket er gammelt. Det betyr at de har opparbeidet både personlige relasjoner og profesjonelle samarbeidsrutiner med det øvrige hjelpeapparatet. De har jobbet lenge og systematisk med dette, og de har alltid vært på tilbudssiden selv. Nå har

de i fellesskap utarbeidet skriftlige samarbeidsrutiner som er forankret i kommunens ledelse, og dette er viktig. De mangler ennå skriftlige rutiner for samarbeidet med barne- og ungdomspsykiatrien, men dette er de i gang med.

Eksempelene over viser at det finnes offentlig vegring mot å involvere seg i barn og familier som bor i asylmottak. For å komme forbi stadiet med offentlig ansvarsfraskrivelse, ser det imidlertid ut til at mottakene kan oppnå mye hvis de er offensive og bruker tid på å gjøre seg kjent. Det siste eksemplet viser at relasjonsbygging tar tid og at personlige og faglige relasjoner ikke er tilstrekkelig. Det må også skrives skriftlige samarbeidsrutiner til, og her må ledelsen være involvert slik at rutineene forankres i virksomheten hos alle samarbeidspartnerne. Det er også en fordel at mottakene eksisterer over tid slik at samarbeidet er på plass når mottaket skal ta i mot barn og familier som trenger kontakt med store deler av hjelpeapparatet.

#### **9.4 "Vi vet ikke hvor lenge de blir her"**

Et typisk eksempel på vegring er saker der det argumenteres med at det vil være etisk problematisk å sette i verk behandling eller tiltak så lenge en ikke vet om eller hvor lenge barna blir her i landet. Det er mange grunner til at dette i de fleste tilfeller ikke er et holdbart argument. For det første vil både barnekonvensjonen og helselovgivningen gi barn rett til helsehjelp. For det andre vil det være minst like etisk problematisk å unngå å gi hjelp til barn som trenger det. Et annet forhold er at mange barn lever svært lenge i asylmottak fordi saksbehandlingen tar tid, og ankemulighetene gjør at tiden går. Det vil si at en del barn opplever å tilbringe mange år av sin barndom i asylmottak. Hvor lang tid hver enkelt familie blir boende i mottak er umulig å forutsi, og dermed vil det være uforsvarlig med en holdning om å «vente og se». Dessuten, selv om familier som har medlemmer med nedsatt funksjonsevne skulle få opphold, kan det ta lang tid før disse blir bosatt i en kommune. Fra flere av de mottakene vi har hatt kontakt med, blir det vist til at kommuner prøver å unngå å ta i mot familier som trenger omfattende oppfølging fra tjenesteapparatet.

En sykepleier ved et mottak mener at det er et etisk dilemma å avgjøre hvor mye utredning man skal sette i gang når man ikke vet hvor lenge familien blir i landet. Samtidig gir denne sykepleieren et eksempel på en familie ved mottaket som har ventet i syv år på en avgjørelse av asylsøknaden sin. Slik sett har hun ikke veldig gode argumenter. Det er imidlertid flere som er enig med henne; ikke minst i spesialisthelsetjenesten. En jente ble henvist til barnepsykiatrien, men fikk avslag fordi en mente at det var kontraindisert å sette i gang behandling siden hun muligvis ikke skulle bli boende. En gutt som ble sendt ut av landet sammen med familien, hadde hatt behov for mer helsehjelp før han dro, men i følge



sykepleier ved mottaket, fikk han ikke den nødvendige bistanden fordi han skulle reise. Hun kommenterte dette ved å si at: *“Når de er her, så er de her.”* Det finnes også eksempler på at PP-tjenesten har nektet å yte bistand til barn som ikke har oppholdstillatelse.

En lege med lang erfaring fra helsetjenester til innvandrerbefolkningen sier at terskelen for å få hjelp fra helsevesenet er høyere for barn i asylmottak enn for andre barn. Hun bruker som eksempel at dersom barn som er født og oppvokst i Norge blir utsatt for større ulykker, får de krisehjelp, mens barn i mottak som kan sies å leve i en kronisk krisetilstand, langt sjeldnere får den hjelpen de trenger. En leder i barnevernet sier noe av det samme ved å hevde at terskelen for å bli henvist til barnevernet er langt høyere for barn i asylmottak enn for andre barn. På den annen side ser hun det svært problematisk å skulle overta omsorgen for et barn dersom det er fare for at foreldrene blir sendt ut av landet fordi det vil kunne innebære at kontakten mellom barn og foreldre blir fullstendig brutt. I noen tilfelle har de derfor fattet midlertidig vedtak om omsorgsovertakelse. Det betyr at de kan oppheve vedtaket slik at barnet reiser med foreldrene tilbake til hjemlandet. Hun mener at noe av omsorgssvikten ofte er knyttet til familiens situasjon og kan endre seg når situasjonen omkring opphold er endelig avklart.

De fleste som snakker om tidsdimensjonen i forbindelse med hjelpetiltak, argumenterer imidlertid mot at en skal tenke på at barna kanskje reiser snart.

*“Jeg pleier å si til familiene at det er mye som kan tas fra dem hvis de må reise tilbake til hjemlandet. Det kan for eksempel handle om eiendeler. Men jeg sier at det de har lært, kan ingen ta fra dem. Det er derfor viktig at de får med seg mest mulig i den tiden de er her.”*

Dette kom fra en ansatt i et mottak. En ansatt ved en barneskole sier at deres oppgave er å gjøre livet best mulig for elevene mens de er her. Rektor ved en annen skole sier noe av det samme:

*“Mitt anliggende er at skolen skal være en trygg base i en utrygg tilværelse, et fristed. Vi må tørre å satse på asylbarna selv om de bare er her i fire måneder.”*

Ved et stort mottak sier en ansatt med lang erfaring at det kan se ut til at holdninger om å vente og se ikke lenger er så framtrødende. Blant annet har det blitt lettere å få barn inn i barnepsykiatrien. I det daglige opplever hun at det er viktig at barna opplever trygghet og en meningsfull hverdag. En av mottakslederne er av den oppfatning at mye har endret seg til det bedre. I dag blir det iverksatt tiltak rundt barn med nedsatt funksjonsevne, og han ser dette i motsetning til tidligere hvor det var vanskeligere å få noe til. Han ser det som en fordel at det er lege tilknyttet mottaket, og at de har arbeidet mye med å etablere nettverk

med andre instanser. Da kan samarbeidspartnere ikke dekke seg bak at de ikke vet hvor lenge asylsøkere blir boende, og de kan heller ikke si at alt er mottakets ansvar.

## **9.5 Samarbeid og hjelpetiltak**

Forskningslitteratur om forholdet mellom foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne er ofte beskrevet som en kamp (Tøssebro & Lundebj 2002). Da er det foreldres kamp mot systemet som er beskrevet. Også asylsøkere opplever denne kampen, selv om mange foreldre er forsiktige med å kritisere. De opplever tautrekking mellom de ulike offentlige hjelpesystemene for å få alt på plass. Til tross for at de som lever i asylmottak mangler formelle rettigheter når det gjelder sosiale tjenester, ser det likevel ut til at en god del av tjenestene kommer på plass. Det kan riktig nok ta noe tid, men så ordner det seg. Det kan se ut som om det går forholdsvis greit å få ordnet med barnehageplass og hjelpemidler, men at det kan være mer komplisert å skulle få tilgang til hjelp innen psykisk helsevern.

En del av eksemplene som handler om samarbeid omkring enkeltbarn, har handlet om vegring mot å betrakte barn og unge fra asylmottak som primærbrukere av tjenestene, både med henvisning til at mottaket har ansvaret og til at det ikke bør settes i gang tiltak for noen som kanskje snart skal reise. Vi har fått en forståelse av at slike holdninger er på vei ut, men likevel er det viktig at en får plassert ansvaret der det hører hjemme for eksempel i form av samarbeidsavtaler som er forankret i ledelsen både i mottaket og i hjelpeapparatet for øvrig.

## **9.6 Kompetanse og kompetansebehov i mottak**

Rundskriv RS 2010-84 fra UDI stiller krav om bemanningen ved statlige asylmottak. I ordinære mottak skal ansatte som har ansvar for barn og ungdom ha barnefaglig utdanning på høgskolenivå mens den som har ansvar for informasjonsarbeid, skal ha pedagogisk utdanning eller tilsvarende kompetanse. Dersom et mottak tar i mot enslige mindreårige asylsøkere, skal det finnes en faglig ansvarlig med relevant faglig utdanning på høgskolenivå.

I praksis viser det seg at mottakene er ulikt utrustet med fagfolk som har kompetanse når det gjelder å avdekke nedsatt funksjonsevne, og ikke alle har helsepersonell tilgjengelig innenfor mottakets fysiske rammer eller har nært samarbeid med den øvrige helsetjenesten. Mottaksansatte har en krevende jobb, og de vil ofte ha behov for støtte og veiledning fra det ordinære helse- og sosialtjenestesystemet. De trenger også hjelp til å sortere hva som er funksjonsnedsettelse, og hva som er normale reaksjoner på en vanskelig tilværelse. Av den

grunn er det nødvendig at det utvikles et nært samarbeid og gode samarbeidsrutiner mellom mottaket og helse- og sosialtjenesten.

I spørreundersøkelsen ble mottakene spurt om å oppgi hvilke fagstillinger som finnes på mottaket. Her oppgir 68 % at de har helsefaglig ansvarlig mens 96 % svarer at de har en barnefaglig ansvarlig. Det er usikkert hva som menes med at mottakene har en helsefaglig ansvarlig fordi flere viser til at den som er helsefaglig ansvarlig på deres mottak, er ansatt i kommunen med tjenestested i mottaket. Mest sannsynlig er de helsefaglig ansvarlige ansatt i kommunehelsetjenesten slik sektoransvaret krever (Helsedirektoratet 2010).

Mottakene ble også spurt om hvilke fagutdanninger som finnes ved mottakene. Her er pedagogisk utdanning mest utbredt slik at det finnes ansatte med pedagogisk utdanning ved 80 prosent av mottakene. En stor gruppe ansatte, 65 %, har sosialfaglig utdanning som for eksempel sosionom eller barnevernpedagog. Dette er fagpersoner som skal ha kunnskap om offentlige stønader og hjelpeordninger, og som må forventes å skulle ha satt seg inn i hvilke rettigheter som gjelder for personer i asylmottak, herunder ordningen med ekstraordinære tilskudd. 65 % av mottakene oppgir at de har en eller flere ansatte som har utdanning innenfor helse. Imidlertid har flere mottak krysset av for at de har ansatte med helsefaglig utdanning når kommunalt ansatt helsepersonell har sitt arbeidssted i mottaket, og det er derfor usikkert om mottakene har egne ansatte med helsefaglig utdanning.

I dybdeintervjuene gis det ulike svar på spørsmål om mottakene har tilstrekkelig kompetanse. Mottaksledere sier stort sett at det er god kompetanse blant de ansatte. En leder sier at det alltid er god søkning til ledige stillinger og at de passer på å rekruttere slik at de kan komplettere den bemanningen de allerede har. Blant de ansatte har leder lagt vekt på at noen skal ha sosial- eller helsefaglig bakgrunn, men han synes at det også er viktig at noen har mer håndverksmessig bakgrunn fordi det er mange praktiske oppgaver i mottaket. En annen mottaksleder opplever ikke å ha samme gode tilgang på personale. Han sier at mottaket ikke kan konkurrere når det gjelder lønnsbetingelser, og dermed kan de ikke nødvendigvis velge personer med lang erfaring og høy kompetanse fordi disse koster for mye.

Ved forsterkede avdelinger og avdelinger for enslige mindreårige asylsøkere er det forholdsvis flere ansatte, blant annet fordi det er nattevakt til stede. Her er det også lagt vekt på at det skal være tilgjengelig helsekompetanse. Faggrupper som ofte rekrutteres inn i mottak er sykepleiere, lærere, barnevernpedagoger, vernepleier og sosionomer. Dette er faggrupper som i utgangspunktet har kompetanse på å forholde seg til personer i vanskelige livssituasjoner og som også bør ha forutsetninger for å forholde seg til barn som av ulike årsaker har nedsatt funksjonsevne. En del ansatte har selv bodd i mottak eller tilhører minoritetsbefolkningen. Det er også ansatte av begge kjønn. Fra flere leder betones

betydningen av at fagmiljøet er bredt sammensatt fordi de i det daglige møter mange utfordringer, og da kan det være en fordel å kunne se en sak fra flere sider.

Ved større mottak har helsetjenesten gjerne flere ansatte, og de prioriterer å følge opp beboere som de er bekymret for. Enkelte sykepleiere har bakgrunn som helsesøstre eller jordmødre, noe som gir dem viktig bakgrunn for å kunne forholde seg til barn og foreldre. Ansatte både i helsetjenesten og i mottakene gir uttrykk for at de har utfordrende arbeidsoppgaver, og at de jobber hardt. Enkelte har vært inne på at en må ha en spesiell type personlig utrustning for å jobbe i mottak fordi det skjer noe hele tiden, og en må stadig forholde seg til nye situasjoner. En lege som er konsulent ved et mottak sier at mottaksansatte må ha god relasjonskompetanse for det er viktig at de stadig klarer å forholde seg til ulike mennesker og ulike behov.

I rundskrivet som omhandler krav til bemanning og kompetanse i ordinære mottak (RS 2010-084) heter det at ansatte skal følge ordinære kurs i regi av UDI, og de skal også gis anledning til å delta i andre opplæringstiltak. Det samme rundskrivet stiller også som krav at ansatte skal ha regelmessig ekstern veiledning. Mange av de ansatte forteller at de får anledning til å gå på ulike kurs. Dette kan være viktig og gi påfyll i en travel hverdag. Men samtidig er det ønske om mer systematisk opplæring, gjerne kompetansegivende slik at de får større forståelse for den sammenhengen de arbeider i og de menneskene de møter. Flere ansatte opplever at kan være lett å slite seg ut, og noen er åpne på at de trenger å komme seg bort av og til for å samle krefter. Til tross for at det er stilt krav om ekstern veiledning, er det bare ved enkelte av mottakene at det blir opplyst at de får regelmessig veiledning utenfra. Veiledning er et savn, og blir etterlyst. De som nevner veiledning, snakker om at de får andres skjebne tett inn på livet, og at en del av de individene og familiene de jobber med, gjør sterke inntrykk. Av den grunn har de behov for å kunne snakke med noen utenfra om sine opplevelser. I litt større personalgrupper bruker de hverandre for som en form for veiledere, men det oppleves som utilstrekkelig.

Oppsummert kan en si at de ansatte opplever at de har en travel hverdag, men svært mange gir uttrykk for at de trives, og flere steder blir folk værende i jobben i mange år. For at de ansatte skal blir bedre rustet både kunnskapsmessig og følelsesmessig til å takle de daglige og sammensatte utfordringene de møter, vil det være behov for mer systematiske opplæringsløp og systematisk faglig veiledning. Vi anbefaler derfor at kravet til systematisk opplæring og veiledning blir tatt på alvor som en viktig og nødvendig del av ansattes hverdag. Innenfor området barn med nedsatt funksjonsevne kan slik veiledning handle både om forholdet til barna og familien og til de utfordringene som ansatte møter når de skal forholde seg til et stort antall offentlige instanser og fagpersoner.

## 10 Oppsummering og anbefalinger

I dette sluttkapitlet vil vi oppsummere hovedfunn fra undersøkelsen og bruke dette som et utgangspunkt for å peke på forbedringspotensial og komme med anbefalinger for det videre arbeidet på feltet. Oppsummeringen baserer seg på resultater både fra breddeundersøkelsen og dybdestudien.

### 10.1 Oppsummering og hovedinntrykk

Både gjennom breddeundersøkelsen og ved kontakt med regionkontorene og de seks mottakene har vi fått tilbakemelding om at antallet barn med nedsatt funksjonsevne i mottak er lite. Det betyr at mange mottak har begrenset erfaring med dette, og at de derfor ikke nødvendigvis har utviklet tilstrekkelige rutiner for hvordan de skal oppdage og følge opp barn med funksjonsvansker. Synlige funksjonsnedsettelse som for eksempel bevegelseshemming er lett å oppdage både i transittmottak og ved ankomst til ordinære mottak, mens andre funksjonsnedsettelse av kognitiv eller psykisk art, kan være vanskeligere å få øye på før en har observert barnet over tid i mottak, barnehage eller skole. Ved de fleste mottak blir det gjennomført en helseundersøkelse ved ankomst, men her er det svært ulike rutiner både for hva som blir undersøkt og hvordan informasjonen blir formidlet til de som har daglig kontakt med familien. Om helsetjenesten er til stede i mottaket kan ha betydning for om funksjonsnedsettelse oppdages og blir tatt opp lokalt. Tre sentrale faktorer fører til at mindre synlige funksjonsnedsettelse blir oppdaget:

- Tilgjengelig helsetjeneste
- Barnehage og skole
- Årvåkne mottaksansatte

Der hvor helsetjenesten fungerer som et lavterskeltilbud med enkel tilgjengelighet for beboere, vil det åpnes mulighet for å kunne samtale om smått og stort, og også for bekymringer knyttet til barns fungering og eventuelle vansker. For små barn er barnehagen et sted hvor det er kompetanse på å vurdere barns utvikling og modenhetsnivå. Av flere grunner er det viktig at små barn i asylmottak får tilbud om barnehage på et tidlig tidspunkt. For det første har mange av dem foreldre som sliter psykisk og dessuten bor familiene ofte trangt slik at barn har liten plass å utfolde seg på. I tillegg kommer at barnehagens kompetanse gjør at vansker kan oppdages tidlig slik at skjevutvikling kan forebygges eller behandles.

For større barn vil skolen spille en rolle i å oppdage funksjonsnedsettelse som vises i form av konsentrasjonsvansker og nedsatt læreevne. Problemer i familier og enslige mindreårige

asylsøkere kommer også til syne ved kontakt med oppmerksomme og kompetente mottaksansatte som vet hva de skal se etter. Her spiller både erfaringsbasert kunnskap og formell kompetanse en sentral rolle.

Når det gjelder måten barn med funksjonsnedsettelse blir fulgt opp på, er det store variasjoner. Noen steder, og særlig der hvor mottakene har arbeidet aktivt for det, er kontakten med de offentlige helse- og sosialtjenestene god, og ulike instansene får til å finne løsninger på utfordringene som barn og familier har. Andre steder hvor de ikke har så stor erfaring, kan det være mer prøving og feiling før løsningene er på plass. Det finnes en viss offentlig vegring mot å ta ansvar for beboere i asylmottak, men mottaksansatte mener at dette har bedret seg i de senere årene. Alt i alt ser det ut til at barn med nedsatt funksjonsevne får hjelp og blir fulgt opp både i barnehage, skole og når det gjelder tjenester. En særlig utfordring er likevel at disse barna og deres familier ikke har rettigheter etter helse- og omsorgsloven. Dette innebærer blant annet at foreldre som er langt vanskeligere stilt enn de fleste andre i Norge, må klare seg med langt dårligere avlastningsordninger enn det som ellers er vanlig og ansett nødvendig. Manglende rettigheter kan føre til store diskusjoner om hvem som egentlig har ansvaret; UDI, barnevernet eller andre, mens foreldrene må vente på sårt tiltrengt bistand.

En utfordring som møter de som treffer barnas familier, er vansker med språk og kommunikasjon. Det kan være vanskelig å finne ut om en snakker om det samme (Poulsen 2005); det vil si om en får formidlet til foreldrene hva barnets vansker består i sett med faglige øyne, om de forstår hvordan de selv kan følge opp og om de får tak i hva slags oppgaver alle de ulike instansene og fagpersonene har. I samtaler med foreldre er kompetent tolkning helt vesentlig både for å formidle til foreldrene hva funksjonsnedsettelsen innebærer, men også for å få tak i de erfaringene og ressursene foreldrene har slik at en kan skape en felles forståelse og få til samarbeid til beste for barna og familien.

## **10.2 Anbefalinger for det videre arbeidet**

Undersøkelsen har avdekket utfordringer på ulike nivå. På et overordnet nivå pekes det på utfordringer knyttet til juridiske rettigheter og økonomi, på det utøvende nivået pekes det på utfordringer knyttet til kompetanse og samarbeidet med det kommunale hjelpeapparatet, og i forhold til brukernivået understrekes det fra alle hold at hovedutfordringen for denne gruppa er selve mottakstilværelsen, som representerer en stor tilleggsbelastning for personer som allerede befinner seg i en sårbar situasjon.

Samtidig som undersøkelsen har avdekket områder der gruppa funksjonshemmete barn og unge i mottak stiller svakt, ser vi også mange eksempler på at både mottaksansatte, helsepersonell og andre innenfor tjenestesystemene strekker seg lang når det gjelder å finne praktiske løsninger. Problemet er at dette blir veldig personavhengig. Du kan være heldig og komme til et mottak der ansatte har kompetanse på feltet og hvor kommunen er villig til å strekke seg langt, men du kan også komme til et mottak der man har en "vente og se" holdning og hvor kommunen tolker lovverket innskrenkende. Selv om UDIs ekstratilskott kan kompensere for noen av hullene i systemet, viser erfaringene at dette ikke er tilstrekkelig. Når det gjelder de mer grunnleggende forholdene knyttet til oppholdstid i mottak, er det lite eller ingenting det utøvende leddet kan gjøre med dette. Hvis vi legger til grunn at dette er en av hovedutfordringene for denne beboergruppa, blir det viktig at også dette gjenspeiles i anbefalingene for det videre arbeidet. Det betyr selvsagt ikke at kortere oppholdstid fjerner behovet for tekniske hjelpemidler, helsehjelp og annen konkret tilrettelegging, men det er en understreking av at disse forholdene henger sammen.

Når det gjelder konkrete anbefalinger for det videre arbeidet, er det særlig på følgende områder vi ser behov for tiltak:

- Bedre rutiner for identifisering av funksjonshemming
- Kompetanseoppbygging om funksjonshemming blant mottaksansatte
- Utvikling av informasjonstiltak til foreldre med funksjonshemmete barn
- Utvikling av samarbeidsrutiner for å sikre bedre koordinering mellom mottak og kommunalt tjenesteapparat
- Bedring av bo- og omsorgssituasjonen i mottak
- Utvidet bruk av desentraliserte mottaksløsninger eller alternativ mottaksplassering (AMOT)
- Tilbud om barnehage til alle barn fra et års alder
- Lik rett til tjenester – også etter helse- og omsorgsloven
- Avklaring med hensyn til rettigheter og finansiering av spesialundervisning

*Bedre rutiner for identifisering av funksjonshemming* gjelder alle ledd. Fysiske funksjonshemming eller andre synlige funksjonsnedsettelse er ofte lette å oppdage, men både uoppdaget somatisk sykdom, psykiske lidelser, kognitive vansker og ulike former for utviklingshemming kan være vanskelig å avdekke. Her er det særlig viktig å være proaktiv. Mens de fleste barn som vokser opp i Norge har vært fulgt opp av helsestasjon og barnehage siden de var små, har ikke sykdom eller funksjonsnedsettelse hos asylsøkerbarn hatt den samme muligheten til å bli oppdaget tidlig. Det er derfor av avgjørende betydning at det allerede i forbindelse med helseundersøkelsen i transitt blir gjennomført en grundig

vurdering av barnas helsetilstand og at det gis tilbud om vider henvisning til spesialist dersom det er mistanke om sykdom eller forsinket utvikling. En del tilstander vil det imidlertid være vanskelig å oppdage under en enkelt helseundersøkelse. Derfor blir det viktig at både mottaksansatte, barnehage, skole og det kommunale hjelpeapparatet har et kontinuerlig fokus på barn og unges utvikling og tar foreldres bekymringer på alvor. Tidlig innsats vil ofte ha avgjørende betydning for barnas utvikling.

*Kompetanseoppbygging om funksjonshemming blant mottaksansatte* er en forutsetning for at mottaksansatte skal kunne spille en aktiv rolle når det gjelder både identifisering og etablering av tiltak for denne gruppa. Mottaksansatte må kjenne til hvilke rettigheter som gjelder, og de må vite hvor i systemet man kan søke hjelp. Ambisjonen om likeverdige tjenester gjelder også på et asylmottak, men uten at mottaksansatte kjenner til hvilke ordninger som eksisterer og hva slags målsettinger som gjelder for barn og unge med funksjonsnedsettelse, er det vanskelig å spille en aktiv rolle. Kompetanseheving vil kunne bidra til at flere vet hva de skal se etter – og hvor de kan søke hjelp. På en del mottak er det allerede flere som innehar denne typen kompetanse, mens det på andre mottak er få eller ingen. Her bør det legges opp til en systematisk erfaringsoverføring, i tillegg til at temaet funksjonshemming bør inngå både som en del av den generelle opplæringen av mottaksansatte og som tema i ekstern veiledning.

*Utvikling av informasjonstiltak til foreldre med funksjonshemmete barn.* Alle foreldre som får vite at deres barn har en funksjonsnedsettelse vil ha behov for informasjon. Dette gjelder både informasjon om sykdommen/funksjonsnedsettelse, informasjon om rettigheter og ordninger og informasjon om det å leve med/være foreldre til barn og unge med en funksjonsnedsettelse. For asylsøkere vil det ofte være både språklig og kulturelle utfordringer forbundet med informasjonsformidlingen. Her er bruk av profesjonelle tolker helt sentralt – både til ren språklige oversetting, men også til tilrettelegging av skriftlig og muntlig informasjon. Forståelser av funksjonshemming er ikke nødvendigvis de samme over alt i verden, noe som også påvirker holdninger. Manglende kjennskap til hvilke velferdsordninger som fins, kan også gjøre mange foreldre ekstra bekymret for framtida. I informasjonsformidlingen til foreldre som befinner seg i en dobbelt sårbar situasjon, er det ekstra viktig å vise sensitivitet og at man bruker god tid. Helserelatert informasjon forutsetter tillit, noe som må bygges opp over tid. En fast kontaktperson vil i mange tilfeller være avgjørende for god informasjonsformidling.

*Utvikling av samarbeidsrutiner for å sikre bedre koordinering mellom mottak og kommunalt tjenesteapparat.* Tiltak for barn og unge med funksjonsnedsettelse forutsetter et tett samarbeid mellom ulike instanser: mellom mottak og kommune, mellom ulike kommunale instanser (førstelinjen) og mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten (andrelinjen). Hvem de ulike instansene er, avhenger av grad og type funksjonsvanske. Det eksisterer



allerede en rekke ordninger, rutiner og retningslinjer for samarbeid i slike saker (individuelle plan, ansvarsgrupper, koordinator mm), men disse ordningene er bare unntaksvis tatt i bruk overfor denne målgruppa. Her er det behov for avklaring både når det gjelder mottakenes plass og rolle, og det er behov for en presisering av at disse ordningene også gjelder for asylsøkere.

*Bedring av bo- og omsorgssituasjonen i mottak.* De færreste mottak er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse – verken for personer med bevegelseshemming, sansetap eller kognitive vansker. Når det gjelder tilrettelegging for personer med bevegelseshemming, er bevisstheten om behov for heis, rullestolsrampe eller andre tekniske hjelpemidler gjennomgående god, selv om det er få mottak som tilfredsstillende behøver til f.eks. en rullestolsbruker. Når det gjelder tilrettelegging for andre grupper, er bevisstheten gjennomgående betydelig lavere. Asylmottak benytter ofte bygningsmasse som er gammel og har vært bygd for helt andre formål enn å huse asylsøkere. For synshemmete kan det være vanskelig å orientere seg i bygg som er kronglete å ta seg fram i, og for hørselshemmete kan det også være utfordrende å tilbringe hele døgnet i omgivelser som sansemessig ikke er tilrettelagt for dem. For personer med kognitive lidelser vil mangel på oversikt, mangel på plass, mangel på forutsigbarhet være utfordringer som kan forverre deres tilstand. Dette er et forhold som kjennetegner mange mottak. I mange tilfeller vil skjerming være et viktig tiltak, i andre tilfeller er det behov for større bygningsmessig tilrettelegging for at beboere skal kunne utfolde seg og oppleve verdighet. Avhengig av funksjonshemmingens art vil det trenge ulike typer tilrettelegginger. I noen tilfeller, f.eks. i forhold til hørselshemmete, kan det være en god løsning å samle asylsøkere i bestemte mottak for å kunne legge til rette for kommunikasjon via tegnspråk. For bevegelseshemmete bør det være mulig å sikre at et visst antall mottaksplasser (i ulike mottak) er tilrettelagt for bevegelseshemmete. Når det gjelder kognitive lidelser, barn og unge med atferdsproblemer, personer med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming, bør det etableres individuelle løsninger – alt fra tilrettelegging i ordinære mottak til plassering utenfor mottakssystemet, eller i form av alternativ mottaksplassering.

*Utvidet bruk av alternativ mottaksplassering (AMOT).* Denne ordningen eksisterer allerede i dag og benyttes når Utledningsdirektoratet, av ulike grunner, finner det urimelig at en person skal bo i mottak. Ordningen innebærer at UDI kan inngå en avtale med en kommune om å gi en person uten oppholdstillatelse et botilbud i stedet for opphold i statlig mottak. Kommunen mottar statlig kompensasjon for de oppgavene som følger med dette. Bruken av AMOT har fram til nå vært svært begrenset, men vurderes som et godt alternativ for personer/familier som enten har behov for omfattende tjenester eller som trenger mer skjerming. AMOT kan bidra til å normalisere tilværelsen for familier der den totale belastningen er med på å forverre tilstanden for det funksjonshemmete barnet. Ordinær

bolig i en kommune vil også gjøre det enklere å skreddersy løsninger – både fysiske og sosialt.

*Rett til plass i barnehage for alle barn fra et års alder.* Det gis i dag støtte til barn i asylmottak alderen 4 til 6 år slik at de kan gå i vanlig barnehage mens yngre barn ikke har slike rettigheter. Det er vanlig her i landet at de fleste barn går i barnehage, og barn med nedsatt funksjonsevne har gjennom mange år vært prioritert for barnehage fordi det har vært sett på som spesielt viktig for deres utvikling og mulighet for samvær med andre barn. Vi mener at barn med nedsatt funksjonsevne som er bosatt i asylmottak, må prioriteres for plass i barnehage, og med utgangspunkt i at små barn i asylmottak er en særlig sårbar gruppe, mener vi at rett til plass i barnehage må omfatte alle barn fra et års alder.

*Lik rett til tjenester.* Pr i dag er asylsøkere ikke berettiget til sosiale tjenester som er hjemlet i helse- og omsorgsloven. Vi anbefaler at asylsøkere må få rett til tjenester som praktisk bistand og opplæring, avlastning, støttekontakt, plass i institusjon mv. Disse tjenestene vurderes om helt avgjørende for å sikre asylsøkere med tilleggsbehov likeverdige tjenester. Selv om ekstratilskottet fra UDI kan kompensere for noe av dette, viser vår undersøkelse at ordningen fungerer tilfeldig og langt fra fanger opp alle behov. Ordningen forutsetter at mottaksansatte er aktive pådrivere når det gjelder å fremme krav overfor UDI, og det forutsetter at UDI påtar seg en rolle som faginstans på et område som ikke er UDIs primærområde. Her vil en lovregulering som gjøre at asylsøkere har rett til sosiale tjenester bidra til en forvaltningsmessig opprydding og til å sikre at asylsøkerfamilier, som ofte er i en særlig sårbar situasjon, har rett til de samme hjelpetiltakene som andre i tilsvarende situasjon.

*Avklaring med hensyn til rettigheter og finansiering av spesialundervisning.* Retten til spesialundervisning er hjemlet i opplæringsloven, en lov som også gjelder for asylsøkere. Mange kommuner vegrer seg likevel for å iverksette tiltak som medfører ekstraordinære kostnader og begrunner dette med at asylsøkere ikke er med i befolkningsgrunnlaget som danner utgangspunktet for rammeoverføringene til kommunene. Ekstratilskuddet fra UDI dekker ikke denne typen utgifter, og utdanningsmyndighetene har ingen særordning som dekker utgifter til spesialundervisning for asylsøkere. For å sikre asylsøkerbarn like rettigheter etter opplæringsloven trengs det en avklaring av ansvarsforholdene. Sentrale parter for en slik avklaring er kommunesektoren (KS), utlendingsmyndighetene (Justisdepartementet/UDI) og utdanningsmyndighetene (Kunnskapsdepartementet/ Utdanningsdirektoratet).

# Oversikt over tabeller og figurer

## Tabeller

Tabell 1. Fagutdanninger og fagstillinger ved mottaket.

Tabell 2. Antall barn (0-18 år) ved mottaket og antall barn med nedsatt funksjonsevne per dags dato.

## Figurer

Figur 1. Typer funksjonsnedsettelse i gruppen barn per dags dato.

Figur 2. Typer funksjonsnedsettelse som mottaksansatte i stor til svært stor grad har erfaringer med.

Figur 3. Typer funksjonsnedsettelse det i stor til svært stor grad er fysisk tilrettelagt for på mottaket.

Figur 4. Tilrettelegging av aktivitetstilbud for beboere med funksjonsnedsettelse.

Figur 5. I hvilken grad er barns funksjonsnedsettelse kjent ved deres ankomst til mottaket?

Figur 6. I hvilken grad oppdages og registreres barn med funksjonsnedsettelse av mottakspersonell?

Figur 7. Rutiner som eksisterer for å avdekke funksjonsnedsettelse hos barn.

Figur 8. I hvilken grad fungerer eksisterende rutiner?

Figur 9. Typer funksjonsnedsettelse det er lett eller svært lett å oppdage hos barn ved mottaket.

Figur 10. Tiltak som er satt i verk per dags dato.

Figur 11. Tiltak som barn med behov for det i stor til svært stor grad får tilbud om.

Figur 12. Tiltak som sjelden er tilgjengelige, men som det er behov for.

Figur 13. Endringer som er nødvendige for at behovene skal bli ivaretatt.

Figur 14. Tjenester mottakene i stor til svært stor grad samarbeider med.

Figur 15. I hvilken grad bidrar mottaket til innhenting av medisinske opplysninger som kan ha betydning for bosetting?

Figur 16. I hvilken grad overleverer mottaket medisinsk dokumentasjon til IMDi i forbindelse med bosettingsarbeid?

Figur 17. Person/instans med hovedansvar for å overlevere medisinsk dokumentasjon til IMDi.

Figur 18. I hvilken grad bidrar dagens system til å oppdage barn med nedsatt funksjonsevne i asylmottak?

Figur 19. Områder som i stor til svært stor grad må forbedres for å oppdage barn med funksjonsnedsettelse.

## Vedlegg – Tabeller og figurer fra breddeundersøkelsen

### Fagutdanninger og fagstillinger ved mottaket

Tabell 1. Fagutdanninger og fagstillinger ved mottaket. Flere svar mulig. Prosent og antall.

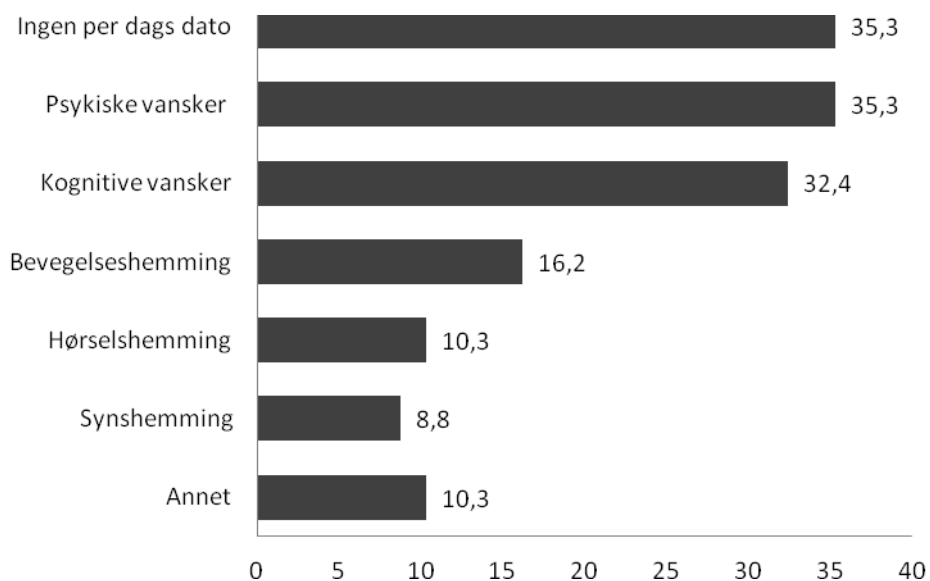
	Prosent	Antall
<b>Fagutdanninger ved mottaket</b>		
Helseutdannelse	64,7	44
Sosialfaglig utdannelse	64,7	44
Pedagogiske utdannelse	79,4	54
<b>Fagstillinger ved mottaket</b>		
Helseansvarlig	67,6	46
Barnefaglig ansvarlig	95,6	65

### Barn og funksjonsnedsettelse ved mottaket

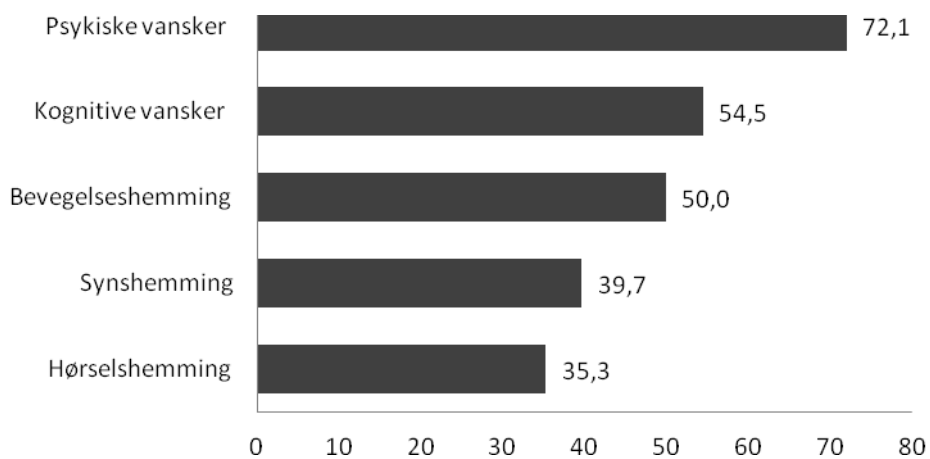
Tabell 2. Antall barn (0-18 år) ved mottaket og antall barn med nedsatt funksjonsevne per dags dato. Prosent og antall.

	Prosent	Antall
<b>Antall barn ved mottaket</b>		
1-20 barn	17,6	12
21-40 barn	51,5	35
41-60 barn	20,6	14
Mer enn 60 barn	10,3	7
Totalt	100,0	68
<b>Antall barn med nedsatt funksjonsevne</b>		
Ingen	52,9	36
1-3 barn	35,3	24
4-6 barn	11,8	8
Totalt	100,0	68

Figur 1. *Typers funksjonsnedsettelse i gruppen barn per dags dato. Flere svar mulig. Prosent (N=68).*

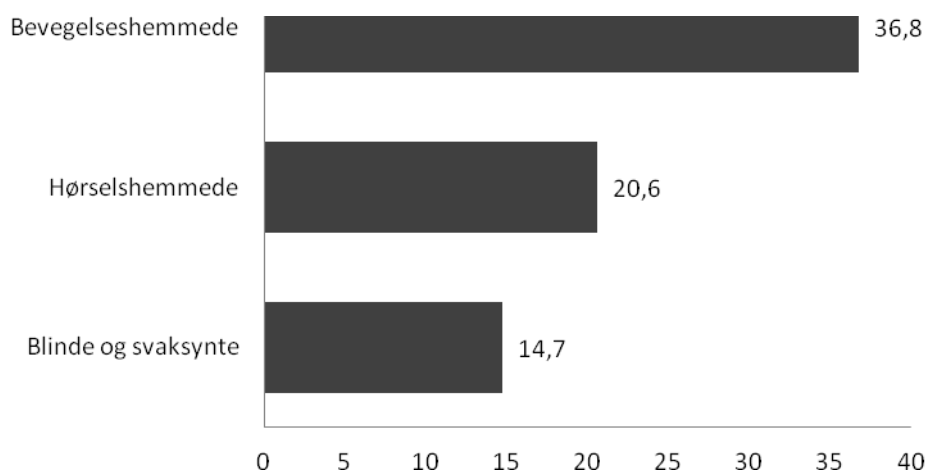


Figur 2. *Typers funksjonsnedsettelse som mottaksansatte i **stor til svært stor grad** har erfaringer med. Prosent (N=68).*

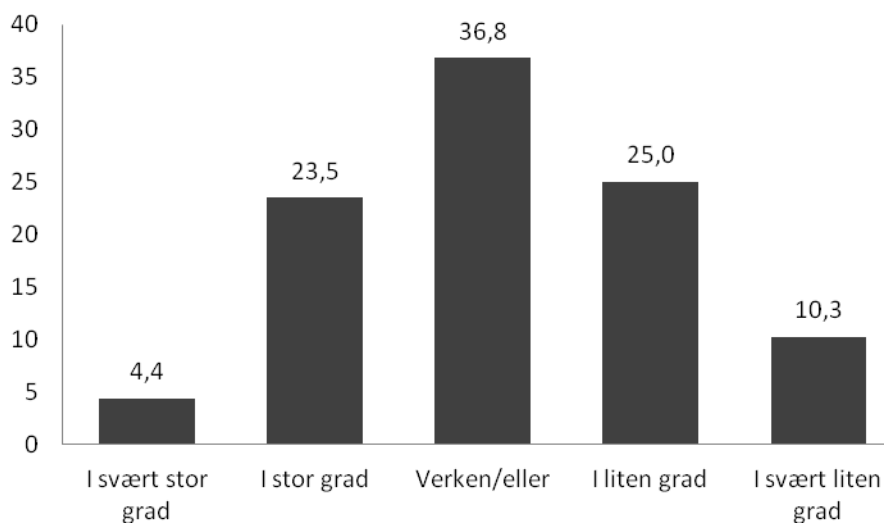


### Tilrettelegging ved mottaket

Figur 3. Typer funksjonsnedsettelse det i stor til svært stor grad er fysisk tilrettelagt for på mottaket. Prosent (N=68).

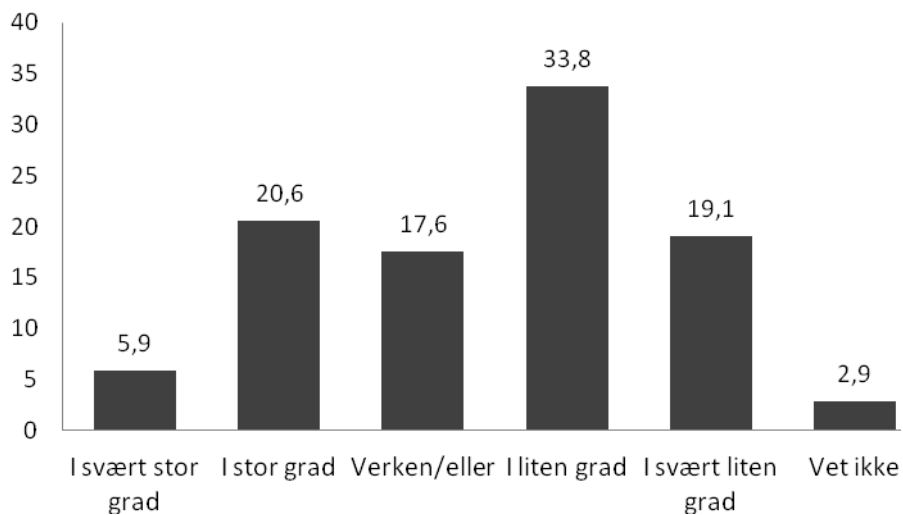


Figur 4. Tilrettelegging av aktivitetstilbud for beboere med funksjonsnedsettelse. Prosent (N=68).

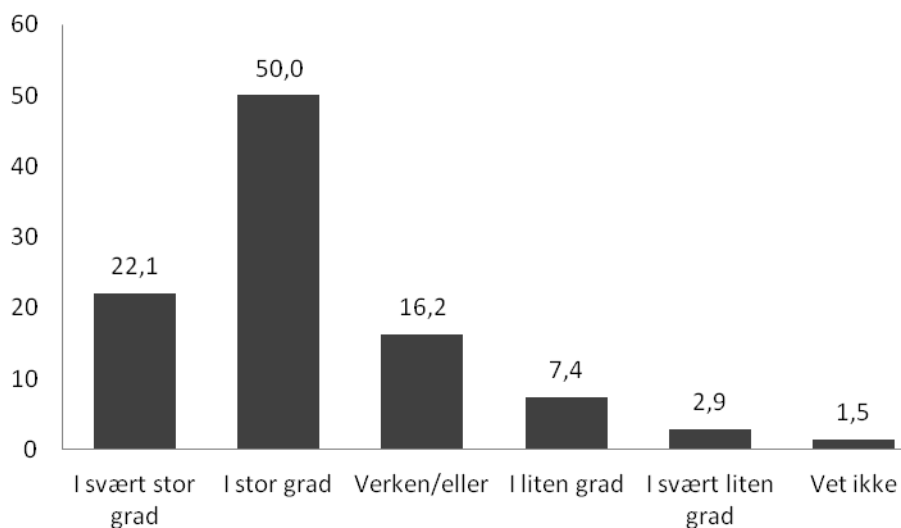


## Kiennskap og registrering av funksjonsnedsettelse

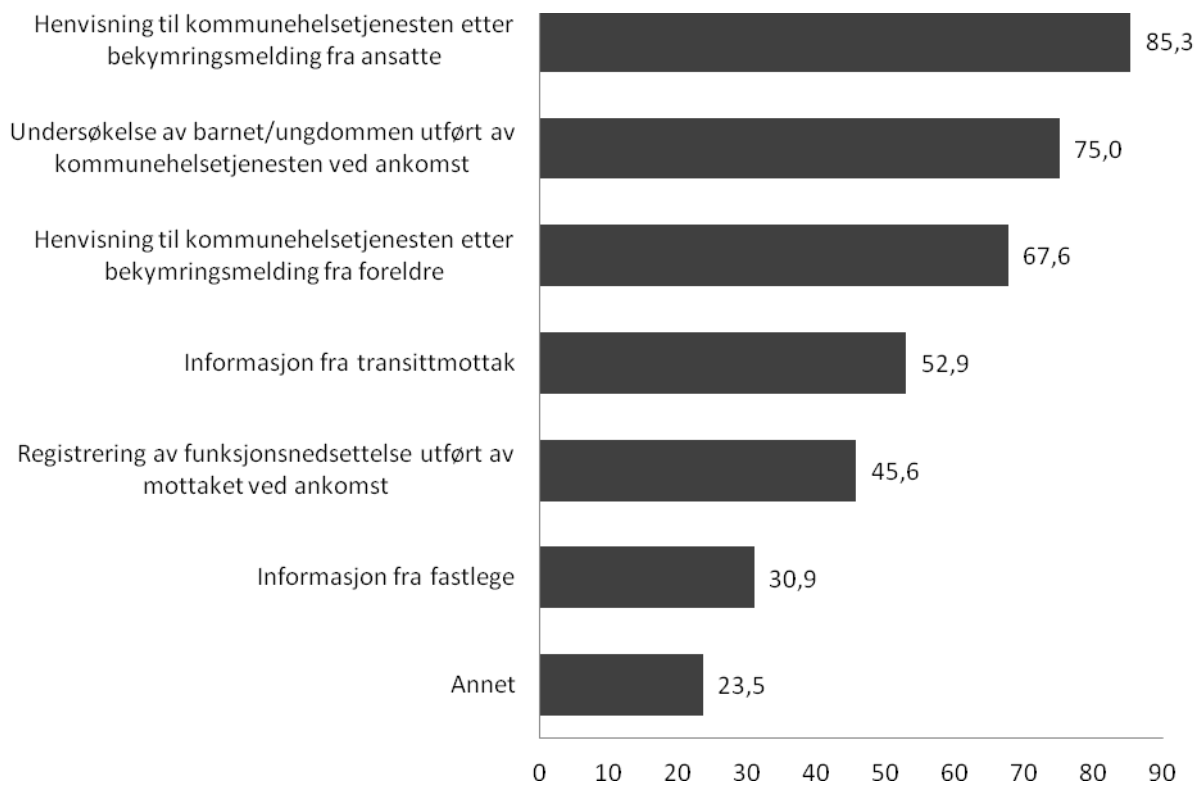
Figur 5. I hvilken grad er barns funksjonsnedsettelse kjent ved deres ankomst til mottaket? Prosent (N=68).



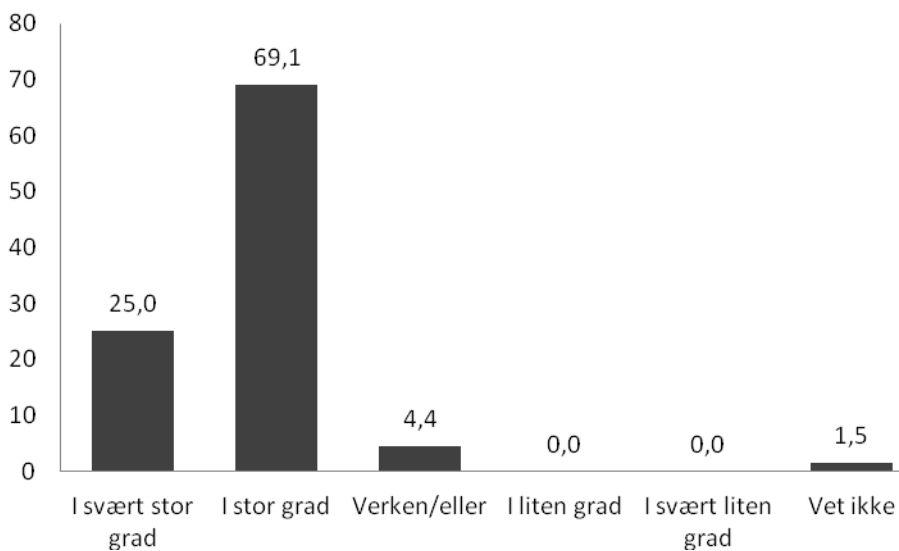
Figur 6. I hvilken grad oppdages og registreres barn med funksjonsnedsettelse av mottakspersonell? Prosent (N=68).



Figur 7. Rutiner som eksisterer for å avdekke funksjonsnedsettelse hos barn. Flere svar mulig. Prosent (N=68).

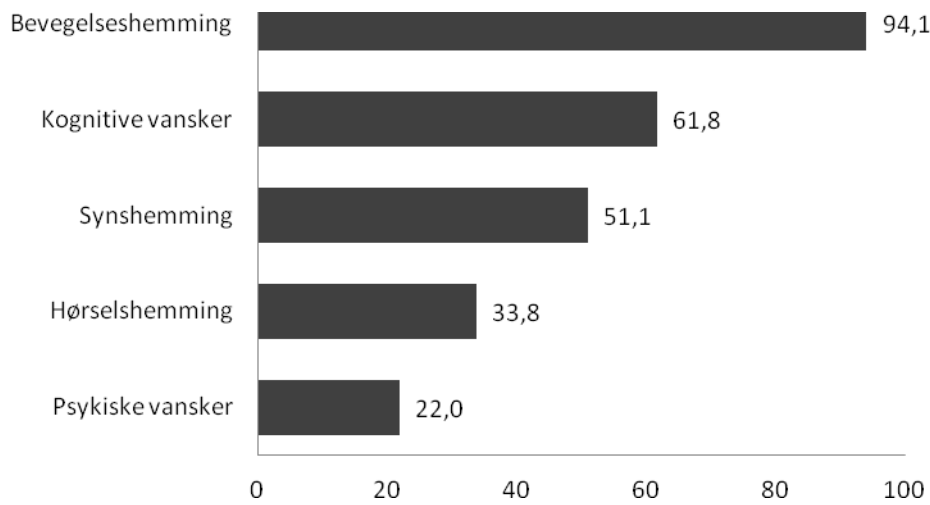


Figur 8. I hvilken grad fungerer eksisterende rutiner? Prosent (N=68).



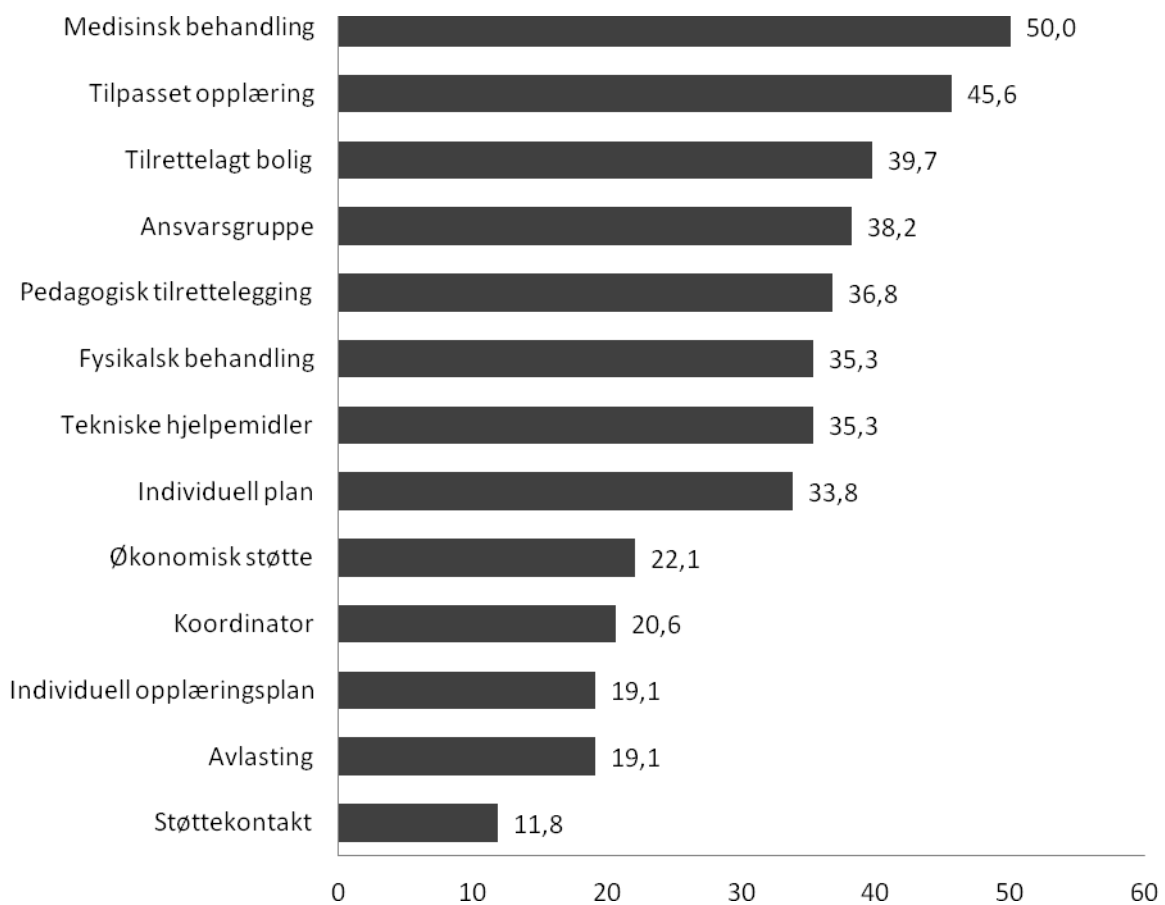


Figur 9. Typer funksjonsnedsettelse det er **lett eller svært lett** å oppdage hos barn ved mottaket. Prosent (N=68).

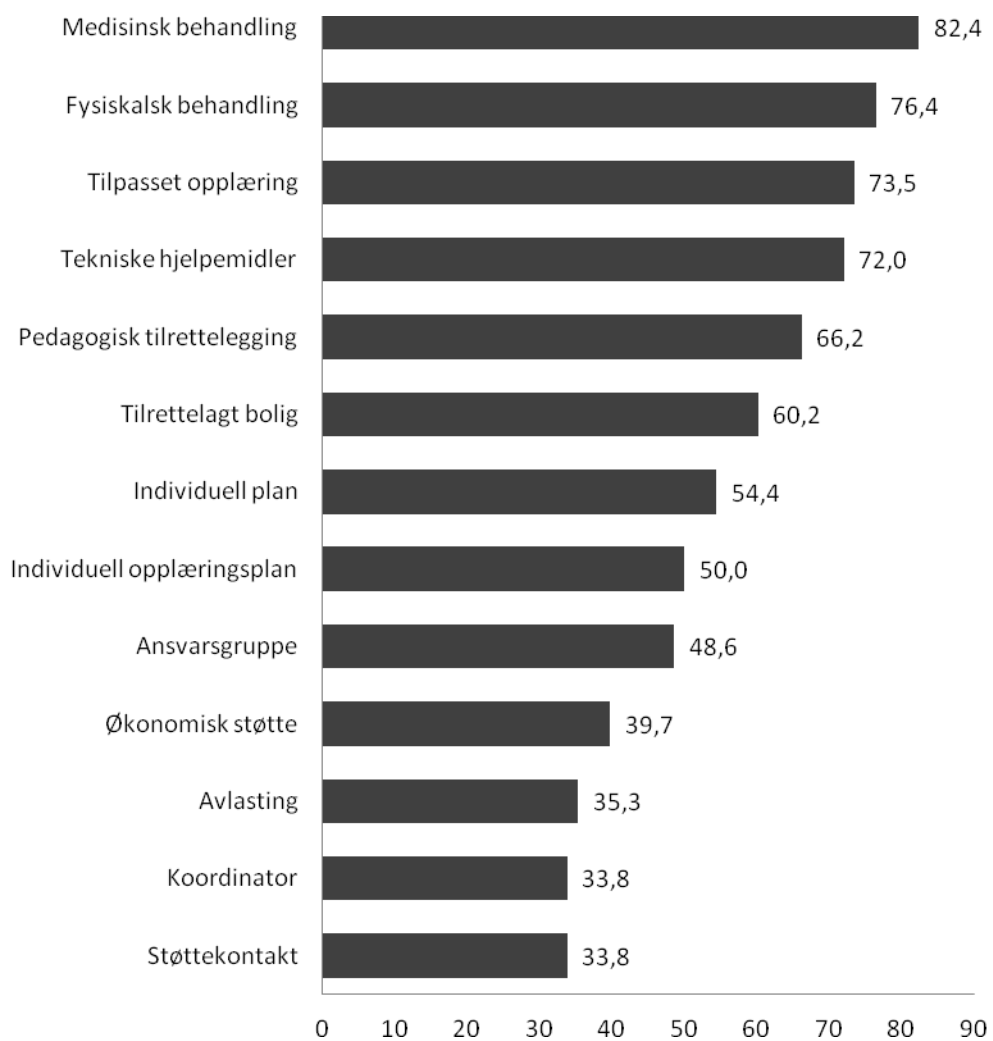


### Tiltak

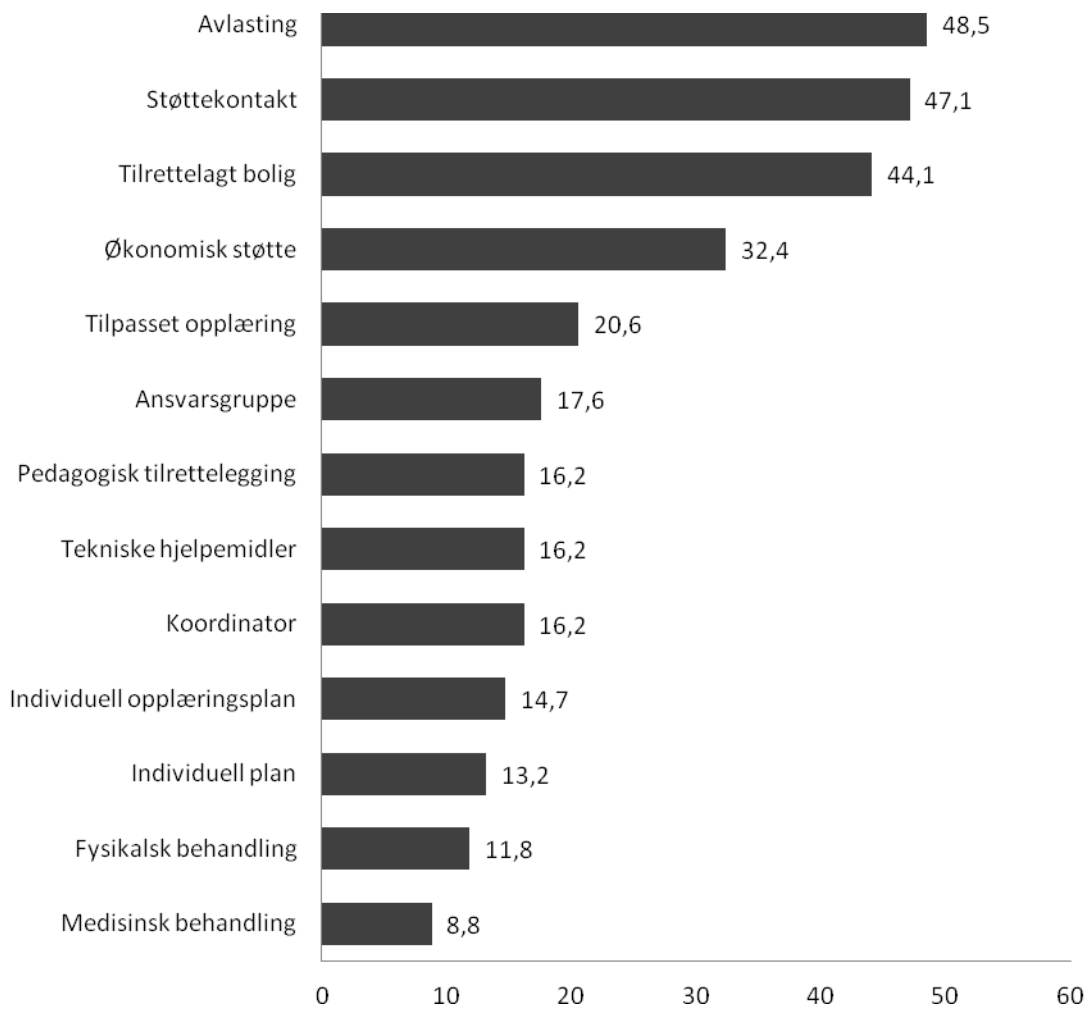
Figur 10. Tiltak som er satt i verk per dags dato. Flere svar mulig. Prosent (N=68).



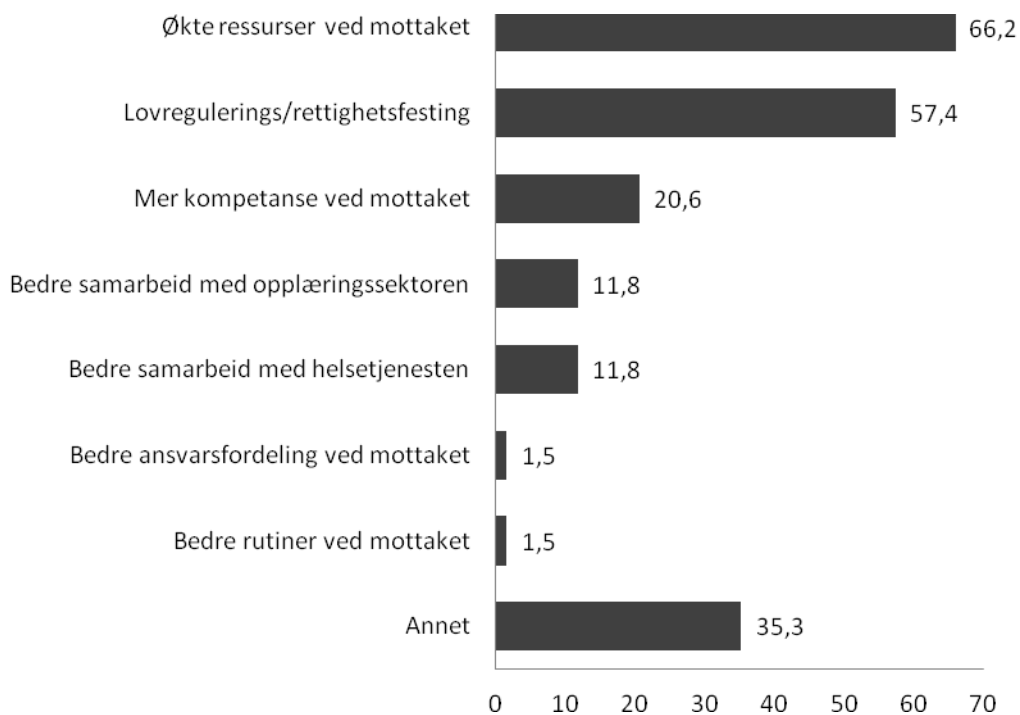
Figur 11. Tiltak som barn med behov for det i **stor til svært stor grad** får tilbud om. Flere svar mulig. Prosent (N=68).



Figur 12. Tiltak som sjelden er tilgjengelige, men som det er behov for. Flere svar mulig. Prosent (N=68).

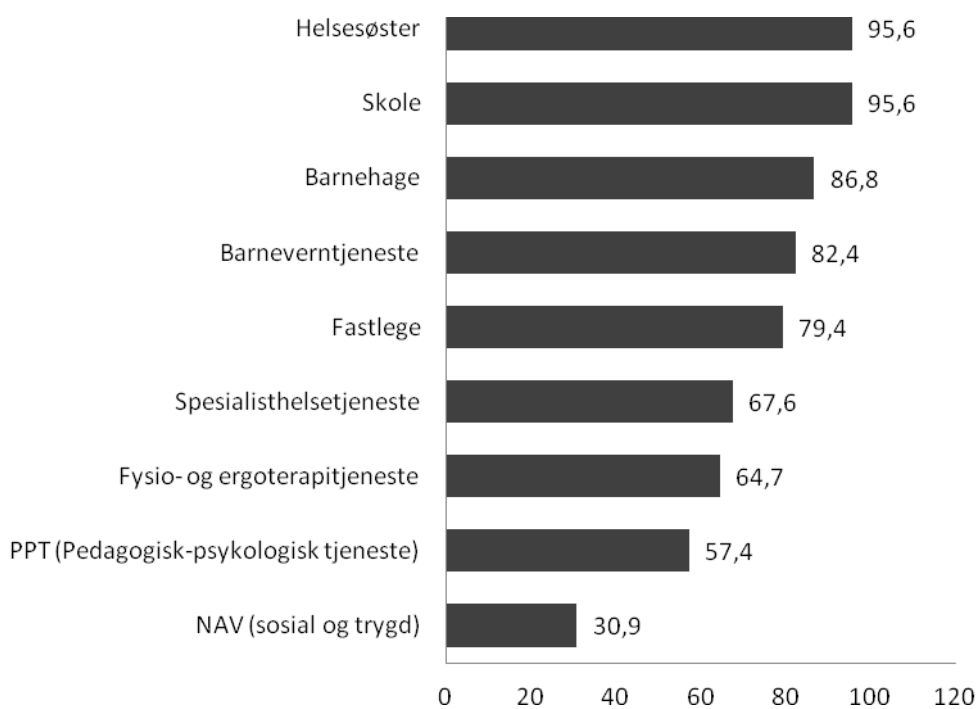


Figur 13. Endringer som er nødvendige for at behovene skal bli ivaretatt. Flere svar mulig. Prosent (N=68).

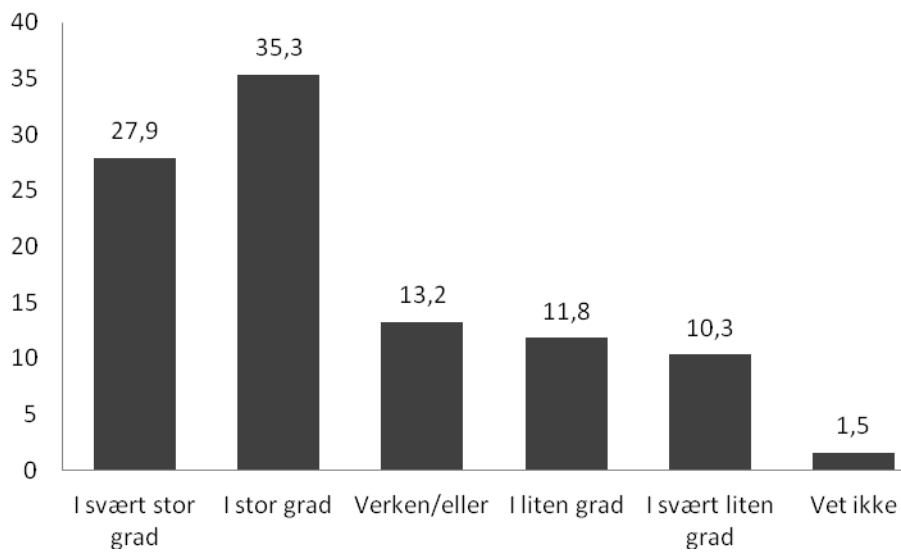


### Samarbeid med tjenester og instanser

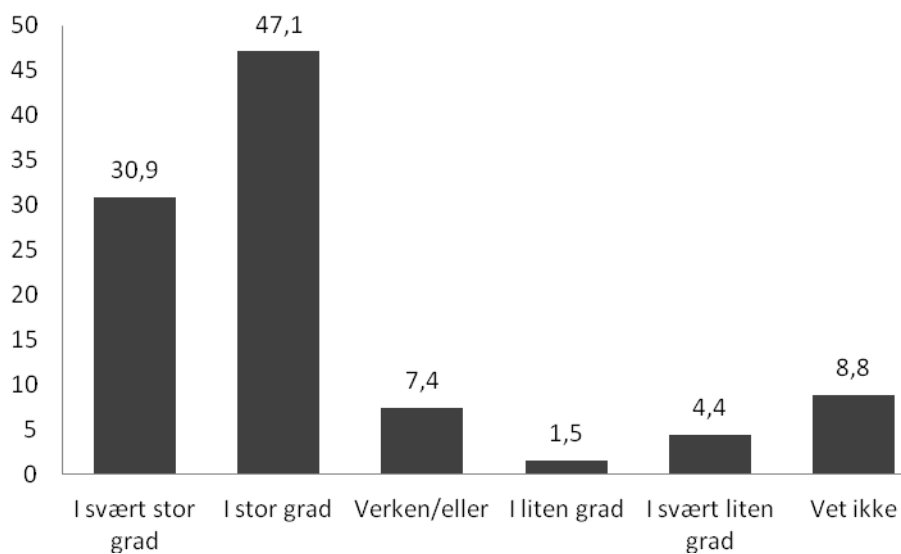
Figur 14. Tjenester mottakene i **stor til svært stor grad** samarbeider med. Prosent (N=68).



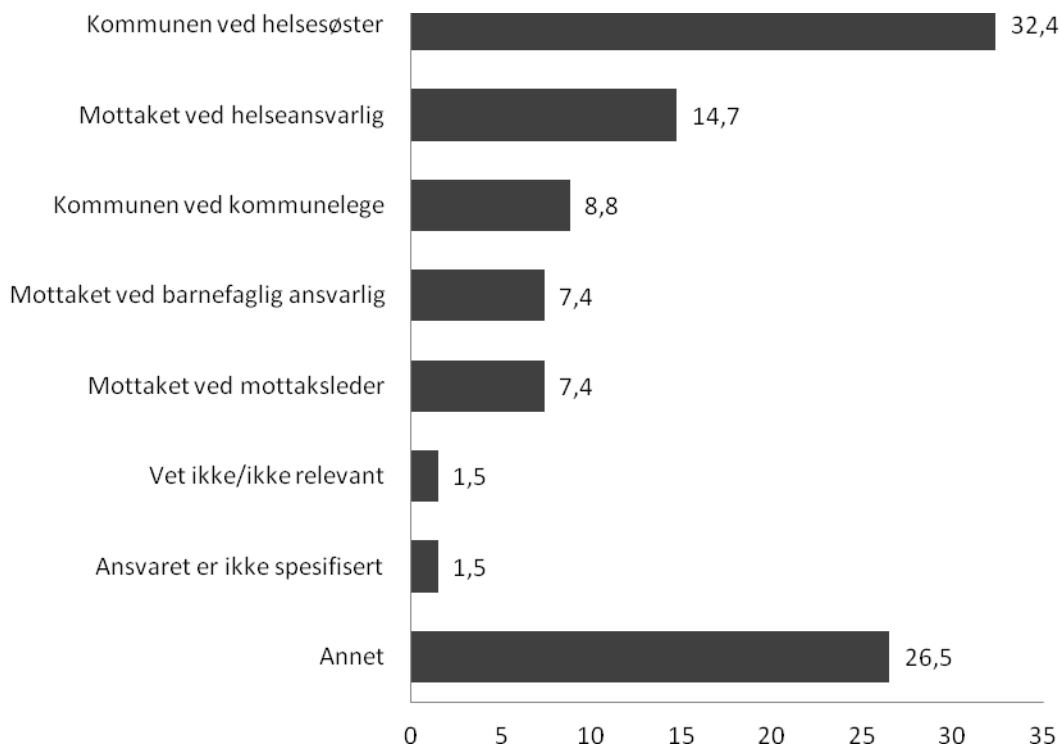
Figur 15. I hvilken grad bidrar mottaket til innhenting av medisinske opplysninger som kan ha betydning for bosetting? Prosent (N=68).



Figur 16. I hvilken grad overleverer mottaket medisinsk dokumentasjon til IMDi i forbindelse med bosettingsarbeid? Prosent (N=68).

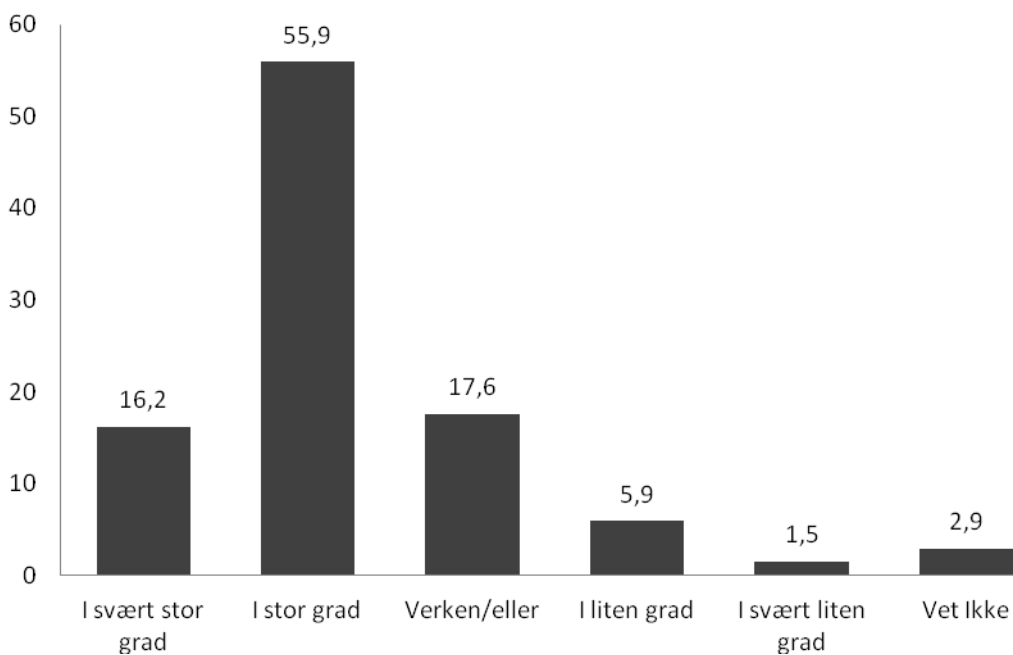


Figur 17. Person/instans med hovedansvar for å overlevere medisinsk dokumentasjon til IMDi. Prosent (N=68).

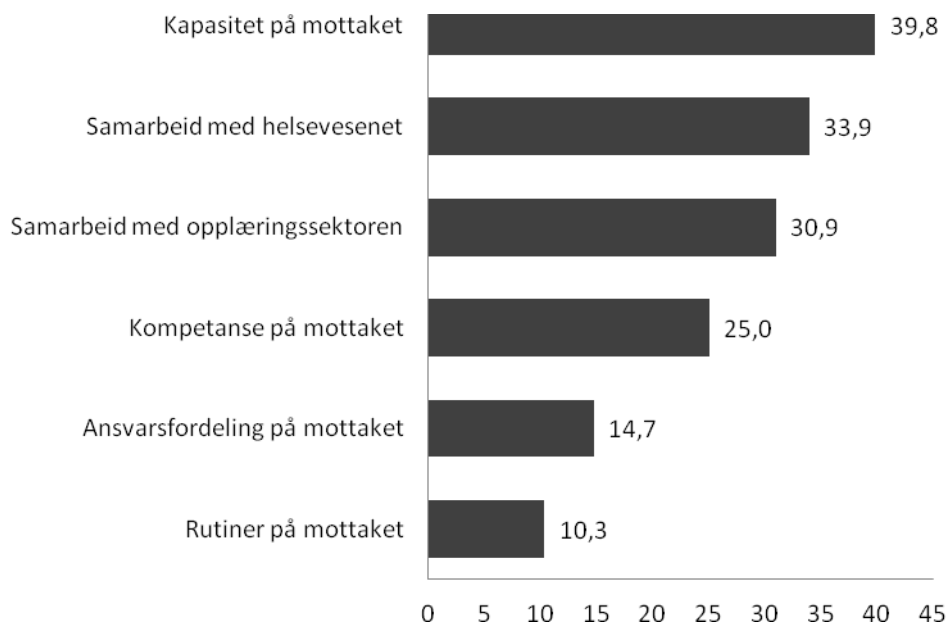


### Vurdering av dagens system

Figur 18. I hvilken grad bidrar dagens system til å oppdage barn med nedsatt funksjonsevne i asylmottak? Prosent (N=68).



Figur 19. Områder som i **stor til svært stor grad** må forbedres for å oppdage barn med funksjonsnedsettelse. Prosent (N=68).







## Referanser

- Antonovsky, A. (1987/2005): *Hälsans mysterium*, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Arbeids- og sosialdepartementet (2005): *Strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne*
- Askheim, O. P. (1998). *Omsorgspolitiske endringer - profesjonelle utfordringer*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Berg, B. (red.) (2012): *Innvandring og funksjonshemming. Minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn i møte med hjelpeapparatet*, Oslo: Universitetsforlaget, kommer
- Berg, B. (2011): «Lost in translation?» Om kulturell brobygging og bruk av tolk som kommunikasjonshjelpemiddel, i Berg, B. & Ask, T. (red.): *Minoritetsperspektivet i sosialt arbeid*, Oslo: Universitetsforlaget
- Berg, B. & Söderström (2012): Om bruk av tolk i vanskelige kommunikasjonssituasjoner, i Berg, B. (red.): *Innvandring og funksjonshemming. Minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn i møte med hjelpeapparatet*, Oslo: Universitetsforlaget, kommer
- Berg, B., Sveaass, N. m.fl. (2005). "Det hainnle om å leve...". Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. SINTEF IFIM, Trondheim.
- Bliksvær, T. & Hanssen, J.A. (1997): *Funksjonshemmede i Nordland. Levekår og livskvalitet*, Bodø: Nordlandsforskning
- Blom, S. (2008): *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, Oslo: Statistisk Sentralbyrå
- Brekke, J.P., Vevstad, V. & Sveaass, N. (2010): *Sårbare asylsøkere i Norge og EU. Identifisering, organisering og håndtering*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Brunvatne, R. (2006): *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*, Oslo: Gyldendal akademisk
- Den norske legeforening (2010): *Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*, Oslo
- Engebrigtsen, A. (2002): *Forlatte barn, ankerbarn, betrodde barn... Et transnasjonalt perspektiv på enslige mindreårige asylsøkere*, Oslo: NOVA, Rapport 7
- EUs mottaksdirektiv (Council Directive 2003/9/EC) (2003): *Official Journal of the European Union*
- Eide, K. (2012): Omsorg, utvikling og alderens betydning. En kunnskapsoversikt, i Eide, K. (red): *Barn på flukt. Psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktninger*, Oslo: Gyldendal Akademisk (61-78)
- Eide, K. & Broch, T. (2010): *Enslige mindreårige flyktninger. Kunnskapsstatus og forskningsmessige utfordringer*, Oslo: Regionsenter for barns og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør.
- Fazel, M. & Stein, A. (2002): The mental health of refugee children, *Archives of Diseases in Childhood* 87 366-70
- Fladstad, T. & Berg, B. (2008): *"Gi meg en sjanse!"* Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
- Frønes, I. (1998): *De likeverdige. Om sosialisering og de jevnaldrendes betydning*, Oslo: Universitetsforlaget
- Grue, L. (2004). *Funksjonshemmet er bare et ord*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Grue, L. (2011): *Hinderløype. Foreldre, barn og funksjonshemming*, Oslo: NOVA, Rapport 19
- Gustavsson, A. & Tøssebro, J. in collaboration with Traustadóttir, R. (2005): Introduction: approaches and perspectives in Nordic disability research, in Gustavsson, A., Sandvin;

- J., Traustadóttir, R. & Tøssebro, J.: *Resistance, Reflection and Change. Nordic Disability Research*, Lund: Studentlitteratur
- Hatton, C., Akram, Y., Shah, R. & Emerson, E. (2003): The Disclosure Process and its Impact on South Asian Families with a Child with Severe Intellectual Disabilities, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 177-188
- Hatton, C., Akram, Y., Shah, R., Robertson, J. & Emerson, E. (2004): *Supporting South Asian Families with a Child with Severe Disabilities*, London: Jessica Kingsley Publishers
- Haugen, G.M., Hedlund, M. & Wendelborg, C. (2012): «Det går ikke an å bruke seg sjøl både på retta og vranga». *Om helsebelastninger og forebygging i familier med barn med funksjonsnedsettelse*, NTNU Samfunnsforskning, Mangfold og inkludering
- Helsedirektoratet (2009) *Migrasjon og helse Utfordringer og utviklingstrekk* Oslo: Helsedirektoratet, IS-1663
- Helsedirektoratet (2010) *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente* Oslo: Helsedirektoratet, veileder IS-1022
- Hjelde, K.H. (2004): *Diversity, Liminality and Silence – Integrating Young Unaccompanied Refugees in Oslo*, Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for psykiatri / Psykososialt senter for flyktninger i Oslo, Avhandling for Dr. Philosgraden
- Kittelsaa, A. M. (2004). *Funksjonshemmedes levekår - fins det? Studier av funksjonshemmedes levekår - en oversikt*. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU. Rapport nr. 51.
- Kittelsaa, A., Magnus, E. & Berg, B. (2011): *Barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Utfordringer og behov i ulike livsfaser*, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, Mangfold og inkludering
- Korsvold, T. (2008): *Barn og barndom i velferdsstatens småbarnspolitik. En sammenlignende studie av Norge, Sverige og Tyskland 1945-2000*, Oslo: Universitetsforlaget
- Lauritsen, K. & Berg, B. (1999): *Mellom håp og lengsel. Å leve i asylmottak*, Trondheim: SINTEF, Rapport nr. STF38, A99508
- Lidén, H., Seeberg, M.L. & Engebretsen, A. (2011): *Medfølgende barn i asylmottak – livssituasjon, mestring, tiltak*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Rapport 11
- Lov om helsetjenesten i kommunene (Lov-2009-12-11-130)* Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
- Lov om pasientrettigheter (Lov-2010-04-09-13)* Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011-06-24)
- Lundeby, H. (2008): *Foreldre med funksjonshemmete barn. En studie av familiemønster, yrkesaktivitet og møter med hjelpeapparatet*, Trondheim: Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Avhandling Phd
- Lundeby, H. & Ytterhus, B. (2011): Barn med funksjonsnedsettelse i en «barnehage for alle», i Korsvold, T. (red.): *Barndom- barnehage-inkludering*, Bergen: Fagbokforlaget
- Molden, T., Wendelborg, C. & Tøssebro, J. (2009): *Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne*, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, Rapport
- Montgomery, E. (2000): *Flygtningebørn. Traume, utvikling, intervention*, København: Dansk Psykologisk Forlag
- NOU 2001:22 *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*
- NOU 2010:7 *Mangfold og mestring. Flerspråklige barn, unge og voksne i opplæringssystemet*
- NOU 2011:10 *I velferdsstatens venterom. Mottakstilbudet for asylsøkere*
- Oliver, M. (1990): *The Politics of Disablement*, London: The MacMillan Press Ltd.

- Oppedal, B., Jensen, L. & Seglem, KB. (2008) *Når hverdagen normaliseres: psykisk helse og sosiale relasjoner blant flyktninger som kom til Norge uten foreldrene sine* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Ovitt, N., Larrison, C.R. & Nackerud, L. (2003): Refugee's responses to mental health screening, *International Social Work* 46 (2), 235-250
- Poulsen, C. (2005): *Taler vi om det samme? Når etniske minoriteter med sjældne handicap møder social- og sundhedsvesenet*, København: Center for små handicapgrupper
- Rundskriv fra UDI:
- RS 2010-084 *Krav til bemanning og kompetanse i ordinære statlige mottak*
- RS2010-152 *Krav til arbeid med barn og unge i statlige mottak*
- RS 2010-177 *Krav til innkvarteringstilbud i ordinære statlige mottak*
- RS 2010-187 *Dekning av kostnader til ekstraordinære tiltak i mottak*
- RS 2011-025 *Tilskudd til vertskommuner for asylmottak og mottakssentre*
- RS 2012-004 *Tilskudd til aktiviteter for barn i mottak*
- Seeberg, M.L. (2009): *Små barns hverdager i asylmottak*, Oslo: NOVA, Rapport 14
- Seland, I. & Lidén, H. (2011): *Fritidsaktiviteter for barn på asylmottak*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Rapport 12
- Skagen, R. (2011): *Bosetting av enslige mindreårige flyktninger i Trondheim kommune En undersøkelse om fordeler og muligheter*, Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Masteroppgave
- St. meld. nr. 49 (2003 – 2004) *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse Ansvar og frihet* Oslo: Arbeidsdepartementet
- Söderström, S., Kittelsaa, A. & Berg, B. (2011): *Snakker vi om det samme? Minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn i møte med hjelpeapparatet*, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS
- Sørheim, T.A. (2000): *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med hjelpeapparatet*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tøssebro, J. & Lundebj, H. (2002): *Å vokse opp med funksjonshemming – de første årene*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tøssebro, J. & Ytterhus, B. (2006): *Funksjonshemmete barn i skole og familie, Inkluderingsideal og hverdagspraksis*, Oslo: Gyldendal akademisk
- Tøssebro, J. (2010): *Hva er funksjonshemming?* Oslo: Universitetsforlaget
- UDI (2010): *Rutiner for UDIs søknadsbehandling og oppfølging av ekstraordinære tiltak i mottak*
- van der Veer (1994): *Rådgivning og terapi med flyktninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*, Oslo: ad Notam Gyldendal
- Wendelborg, C. (2010): *Barrierer mot deltakelse. Familier med barn og unge med nedsatt funksjonsevne*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
- Ytterhus, B. (2000): *De minste vil og får det ofte til ... En kvalitativ studie av hverdagslivets segregering i barnehagen*, Trondheim: NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Avhandling dr. polit
- Ytterhus, B. (2002): *Sosialt samvær mellom barn – inklusjon og eksklusjon i barnehagen*, Oslo: Abstrakt