



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle

Nasjonal strategi om innvandreres helse
2013-2017



Innhold

Mål og tiltak	5
1. Fakta om innvandrerbefolkningen	7
<i>Kort om ulike innvandringsgrunner</i>	7
Asylsøkere	7
Flyktninger	8
Arbeidsinnvandrere	8
Familiegjenforening	8
Avgrensning	8
2. Førende dokumenter	9
Samhandlingsreformen	9
Folkehelsemeldingen	9
Integreringsmeldingen	10
3. Utfordringsbildet	11
<i>Helserelaterte utfordringer</i>	11
Diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft	11
Tuberkulose	15
HIV	15
Familieplanlegging	16
Helseutfordringer blant lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT)	19
Psykisk helse	19
Rus	22
Voldsutsatte	23
Kjønnslæstelse	24
Tannhelse	24
Ulykker	26
<i>Kulturelle utfordringer</i>	28
Brukerinnflytelse	29
<i>Språklige utfordringer</i>	30
Opplæring i norsk og bruk av tolk	30
<i>Tilgang til generell helseinformasjon</i>	33
IKT/ e-helse	33
<i>Tilgang til og bruk av helsetjenestene</i>	35
Spesialisthelsetjenester	36
<i>Kompetanse hos helsepersonell</i>	37
<i>Forskning og utvikling</i>	39
4. Referanser	40

Forord

Norge opplever, som andre land i Europa, endringer i befolkningens sammensetning. Innvandring er bra for Norge. Innvandring gir nye impulser og et kulturelt mangfold. Dette er berikende for nasjonen. Men innvandring gir også noen utfordringer. Målet om likeverdige helsetjenester til alle utfordres både på grunn av språkproblemer, kulturelle forskjeller og at enkelte innvandrere har spesielle helseproblemer. Dette skyldes mange forhold, også at vi mangler en del av den kunnskapen vi trenger for å tilrettelegge tjenestene.

Et inkluderende og likeverdig samfunn er et viktig mål for regjeringen. At alle føler seg som en del av det norske samfunnet uavhengig av etnisitet, religion, språk og kultur er viktig både for den enkelte og for samfunnet. En likeverdig helse- og omsorgstjeneste er en svært viktig del av, og en forutsetning for å nå dette målet.

Vår ambisjon er at denne strategien skal bidra til å nå målet om en likeverdig helse- og omsorgstjeneste. En endring krever langsiktig utviklingsarbeid på flere områder. Med denne strategien vil regjeringen starte arbeidet.

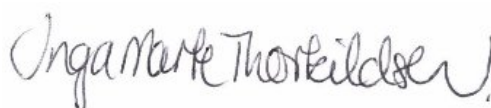
Regjeringen legger i strategien til rette for økt kompetanse om innvandrersgruppers spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møtet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten. Strategien viderefører og styrker allerede igangsatte tiltak. Den legger også grunnlaget for nye tiltak, blant annet for forskning og kunnskapsutvikling.

19. august 2013



Jonas Gahr Støre

Helse- og omsorgsminister



Inga Marte Thorkildsen

Barne-, likestillings- og inkluderingsminister

Innledning

Innvandrerbefolkningen er, i likhet med befolkningen for øvrig, ingen homogen gruppe. Innvandreres helse varierer etter kjente sosioøkonomiske faktorer, etter landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Dagens kunnskap om ulike grupper innvandreres fysiske og psykiske helse er fragmentert og mangelfull, men vi ser en økt sykdomsrisiko i enkelte grupper. Oppdatert kunnskap om ulike innvandrergrupper er nødvendig med tanke på forebygging, diagnostisering og behandling.

En befolkning og et samfunn som forandrer seg, krever endrede arbeidsmetoder og ny kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Regjeringens mål er at alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon. Tilbudet må ta utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og behov. Formålet med strategien er å fremme likeverdige helse- og omsorgstjenester gjennom å synliggjøre utfordringene knyttet til innvandreres helse og gjennom å presentere tiltak for å møte utfordringene.

Det er viktig å understreke at god helse for innvandrere i stor grad handler om å skape et inkluderende samfunn der hele befolkningen deltar på lik linje. Et trygt bomiljø, et godt arbeidsmiljø og gode oppvekstvilkår og fritidstilbud kan føre til utjevning av de sosiale helseforskjellene som eksisterer, både mellom enkelte innvandrergrupper og den øvrige befolkningen og mellom de ulike gruppene.

Målgruppen for strategien er primært de ansvarlige innenfor helse- og omsorgstjenestene på politisk, administrativt og faglig nivå. Strategien skal være et redskap for alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten for å tilrettelegge for gode tjenester til ulike deler av innvandrerbefolkningen.

Strategien er forankret i regjeringens strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller slik den er nedfelt i St. meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, og mål som fremgår av *Nasjonal helse- og omsorgsplan* Meld St. 16 (2010-2011) og i Meld. St. 6 (2011-2012) *En helhetlig integreringspolitikk* og *Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen*. Strategien legger også til grunn Samhandlingsreformens mål om større vekt på forebygging og tidlig innsats, i tillegg til god behandling og oppfølging ved bedre samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenestene og ved å etablere tjenester nærmere der folk bor.

Strategien beskriver de hovedutfordringene som knytter seg til enkelte innvandrergrupper når det gjelder helse, og den beskriver en del av det arbeidet som skjer i tjenestene. Hovedfokus for strategien er gruppen innvandrere som kommer fra land utenfor EU/EØS og som har fått varig opphold i Norge.

MÅL OG TILTAK

Regjeringen vil at:

- Helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrersgrupperes sykdomsforekomst og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste.
- Helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker.
- Helse- og omsorgstjenestene skal ha tilgang til oppdatert kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester og benytte kunnskapen i utviklingen av tjenestene.

Tiltak:

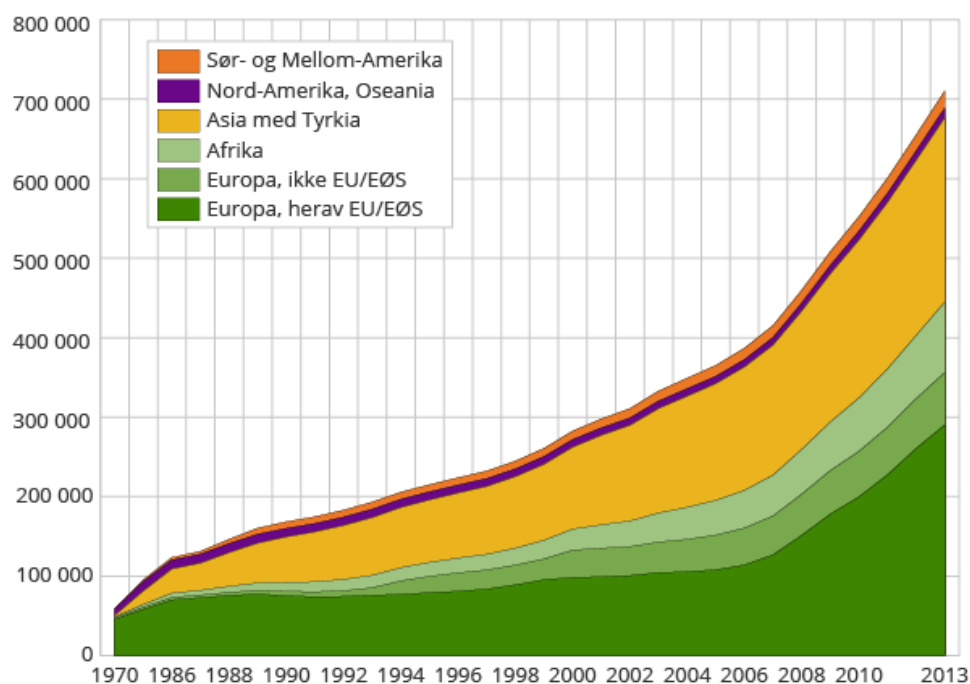
- Regjeringen vil i 2014 styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2013 styrke NAKMI for å øke kapasiteten til opplæring av helsepersonell.
- Regjeringen vil i den videre oppfølging av Meld. St. 6 (2012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk* ta initiativ til at det legges mer vekt på innvandrers helse i helse- og omsorgsutdanningene.
- Helse- og omsorgsdepartementet tar i planperioden sikte på å styrke Folkehelseinstituttets (FHI) grunnbevilgning, slik at FHI kan kople eksisterende registerdata og publisere analyser av helsen til innvandrerbefolkningen og deres bruk av helsetjenester.
- Helse- og omsorgsdepartementet vil styrke Diabetesforbundets arbeid rettet mot innvandrere.
- Helse- og omsorgsdepartementet vil gi NAKMI i oppdrag å etablere et forsker-nettverk innenfor innvandrers helse.

- Helse- og omsorgsdepartementet vil som ledd i oppfølging av kreftstrategien be Helsedirektoratet om å utrede årsakene til sen utredning og forsinket diagnose av brystkreft hos innvandrerkvinner. I samarbeid med Kreftforeningen, berørte grupper og fagmiljø, vil det bli sett på ulike informasjonstiltak for å nå disse kvinnene tidligere enn i dag. Helsedirektoratet skal på bakgrunn av sitt uredningsarbeide utarbeide ytterligere tiltak innen 2015.
- Regjeringen varslet i Meld. St. 6 (2012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk* at den vil gjennomgå hvordan tolketjenesten bør organiseres. Som en del av dette arbeidet vil Helse- og omsorgsdepartementet utrede mulighetene for, og kartlegge bruk av, telefon- og skjermtolkning i 2014. Dette skal gjøres i dialog med de regionale helseforetakene.
- Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre et dialogseminar for å spre informasjon om strategien til relevante aktører og legge til rette for god oppfølging.

1. FAKTA OM INNVANDRERBEFOLKNINGEN

I 2012 innvandret 78 570 personer til Norge. Rundt 60 prosent av disse er statsborgere av medlemsland i EU. Polske statsborgere utgjør den største gruppen, med litauiske og svenske statsborgere på henholdsvis andre og tredjeplass. Sagt på en annen måte, består den største gruppen innvandrere til Norge av statsborgere fra EU-området. Samtidig er det en tendens at innvandringen fra afrikanske land (12 prosent) som Somalia, Eritrea, og Afganistan øker. I tillegg innvandrer statsborgere fra Asia inkludert Tyrkia, Nord-Amerika, Sør- og Mellom-Amerika og Oseania. Med andre ord innvandrer det mennesker til Norge fra stort sett hele verden. Ved utgangen av 2012 manglet det bare 1000 personer på at nettoinnvandringen av utenlandske statsborgere siden 1. januar 1988 totalt har nådd en halv million. Nettoinnvandringen i 2011 og 2012 har vært høyere enn hele tiårsperioden 1976-1985.

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn.
1970-2013



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

KORT OM ULIKE INNVANDRINGSGRUNNER

Asylsøkere

Antall personer som søker beskyttelse og opphold i Norge varierer med globale migrasjonstrender. I 2012 søkte 9800 personer om asyl i Norge. Av disse fikk 5200

innvilget opphold. 960 asylsøkere opplyste at de var mindreårige. Alle asylsøkere får tilbud om mottaksplass, men er ikke pliktige til å benytte seg av tilbudet.

Flyktninger

Gjennom avtale med FN's høykommissær for flyktninger mottar Norge årlig omtrent 1200 overføringsflyktninger. Denne gruppen bosettes direkte i kommuner og deltar i en omfattende introduksjonsordning.

Arbeidsinnvandrere

Arbeid har vært den viktigste innvandringsgrunnen siden 2006. I 2011 utgjorde 30 prosent av innvandrerne familiegjenforening 11 prosent studenter og au pairer og 10 prosent flyktninger, mens 49 prosent av alle som innvandret fra land utenfor Norden var arbeidsinnvandrere. 70 prosent av arbeidsinnvandrerne kom fra de nye EU landene i Øst-Europa, de fleste fra Polen. Samtidig har arbeidsinnvandring fra Litauen økt betydelig.

Familiegjenforening

I 2011 innvandret 16 200 personer til Norge på bakgrunn av familiegjenforening. Det er en økning på 1400 personer fra året før. Flest familiegjenforente kom fra de samme landene som hadde flest arbeidsinnvandrere: Polen og Litauen. Den tredje og fjerde største gruppen kom fra henholdsvis Thailand og Filippinene. Mange av disse er kvinner som kommer for å stifte familie med en norskfødt mann uten innvandrerbakgrunn.

Avgrensning

I strategien benyttes SSBs definisjon på innvandrere:

Innvandrere er personer bosatte i Norge som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre.

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer med to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre født i utlandet.

2. FØRENDE DOKUMENTER

Her nevnes meldinger og lover som har spesiell relevans for strategiens innhold.

Samhandlingsreformen

Den gradvise implementeringen av Samhandlingsreformen (*St. meld 47 (2008-2009) Rett behandling - på rett sted - til rett tid*) startet opp 1. januar 2012. Et mål med reformen er at alle innbyggere skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud av høy kvalitet som er tilpasset den enkeltes behov.

Videre er det et mål å vektlegge folkehelsearbeidet og forebygge sykdom. Forebyggende arbeid skal omfatte iverksetting av systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem.

Folkehelsemeldingen

Som oppfølging av Samhandlingsreformen og ny folkehelselov, la regjeringen våren 2013 fram Folkehelsemeldingen (*Meld. St. 34 (2012-2013) God helse – felles ansvar*). I meldingen presenterer regjeringen den brede innsatsen i alle sektorene for å fremme befolkningens helse. Meldingen gjennomgår vår tids folkehelseutfordringer. Vi står overfor en økning av ikke-smittsomme sykdommer som hjertelidelser, diabetes, kreft og lungesykdommer. Disse, sammen med psykiske lidelser, er de nye folkehelse-sykdommene. Det er fremdeles sosiale forskjeller i helse i befolkningen. Levealderen har økt mest i grupper med lang utdanning og høy inntekt. Hjerte- og karsykdommene skaper de største sosiale forskjellene i tidlig død. Utviklingen følger en global trend.

Meldingen har et helhetlig helseperspektiv og framhever deltakelse og medvirkning som helsefremmende aktiviteter. Frivillig sektors betydning som en folkehelseressurs understrekes, herunder betydningen av å øke deltakelse i frivillige aktiviteter. Enkelte innvandrergupper benytter seg i liten grad av tilbud om fysisk aktivitet og andre folkehelse-tiltak. De involverer seg for eksempel i mindre grad i idrettslag og benytter i mindre grad kommersielle treningstilbud. Dette gjelder særlig kvinner.

Det skal utvikles et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Data fra helseregistre skal videreutvikles og systematiseres slik at kommunale og statlige myndigheter får mer kunnskap om sykdomsbyrden og bedre grunnlag for mer treffsikre tiltak lokalt og nasjonalt. Bedre data om innvandrerbefolkningens helse inngår i utviklingsarbeidet. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal jevnlig utarbeide rapporter om helse-tilstanden og sosiale forhold som skal inngå i et systematisk oppfølgingsopplegg for folkehelsepolitikken.

Folkehelseloven har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven gir kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter ansvar for å fremme helse.

Kommunen og fylkeskommunen skal ha oversikt over befolkningens helse og over forhold som påvirker denne. Dersom det er grupper i befolkningen som har spesielle folkehelseutfordringer, for eksempel at de har risiko for utvikling av sykdom på grunn av levevaner, skal dette inngå i oversikten. Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Arbeidet med oversikt er nærmere regulert i forskrift om oversikt over folkehelsen. Oversikten skal identifisere ressurser og folkehelseutfordringer. Med utgangspunkt i oversikten, skal kommunen fastsette mål og strategier og forankre det i kommunens planstrategi og i kommuneplan. Kommunen skal iverksette tiltak som er egnet for å møte sine folkehelseutfordringer

Integreringsmeldingen

Høsten 2012 la regjeringen fram Meld. St. 6 (2012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk – Mangfold og felleskap*. Meldingen handler om muligheter og utfordringer som følger med å være et land og samfunn med innvandring. Meldingen presenterer prinsipper og rammer for fremtidens politikk for mangfold og felleskap, og gir en helhetlig framstilling av regjeringens integreringspolitikk. Det er et viktig mål for regjeringens integreringspolitikk å sørge for at alle som bor i Norge får brukt ressursene sine og tar del i fellesskapet.

3. UTFORDRINGSBILDET

Helsetilstanden i den norske befolkningen er generelt god, men det er tydelige sosiale helseforskjeller. En relativt stor andel personer i enkelte innvandrergupper har ingen eller liten utdanning. Innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har statistisk sett lavere sysselsetting enn befolkningen forøvrig. Dette kan slå negativt ut for innvandreres helse. Flere av utfordringene som omtales i strategien må i stor grad sees i lys av dette.

Utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenesten favner bredt. Her har vi valgt å dele disse inn i syv avsnitt: i) helserelaterte utfordringer, ii) kulturelle utfordringer, iii) språklige utfordringer, iv) tilgang til helseinformasjon, v) tilgang til og bruk av helsetjenester, vi) kompetanse hos helsepersonell og vii) forskning og utvikling.

Det er igangsatt en rekke tiltak i helse- og omsorgstjenesten rundt om i landet for å bedre tilbudet til og helsen i innvandrergupper. Noen er initiert fra politisk eller statlig hold, mens andre er lokale initiativ. Flere av disse beskrives i dokumentet.

Vi har liten kunnskap om sykdomsforekomst av norskfødte med innvandrerforeldre. Mye tyder på at jenter født i Norge av pakistanske foreldre har en annen helseprofil enn sine innvandrede mødre. Barn av innvandrere tilegner seg i stor grad et norsk levesett og oppnår ikke i like stor grad livsstilssykdommer som sine foreldre. Dette kan tilsi at utfordringene er større for personer som kommer til Norge i voksen alder enn for annen generasjons innvandrere.

HELSERELATERTE UTFORDRINGER

Diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft

I enkelte innvandrergupper er det påvist større forekomst av sykdommer som diabetes type 2, overvekt samt hjerte- og karsykdommer. Fysisk aktivitet og et sunt kosthold har en positiv effekt på utviklingen av disse sykdommene. Enkelte innvandrere, særlig kvinner, mosjonerer i betydelig mindre grad enn befolkningen forøvrig og er således mer utsatt for overvekt, diabetes type 2 og hjerte- og karlidelser.¹

Forekomsten av overvekt er særlig høy blant innvandrere fra Pakistan, Tyrkia og Sri Lanka. Generelt er fysisk aktivitet i form av turgåing og trening ikke like etablert blant innvandrere som blant befolkningen for øvrig.²

BOKS 3.1 Friluftsrådernes Landsforbund (FL)

Friluftsrådernes Landsforbund har utgitt et temahefte i 2012 - *Friluftsliv med etnisk mangfold – hvorfor og hvordan – helt enkelt*. Denne publikasjonen er formet som en veileder for de lokale friluftsrådene, frivillige organisasjoner, skoler og andre med formål å rekruttere, og å iverksette gode aktivitets og turopplevelser for innvandrere.

Mange frisklivssentraler i Norge tilpasser tilbudene sine til deltakere med innvandrerbakgrunn og har gode erfaringer med dette. De fire frisklivssentralene i Groruddalen i Oslo kommune har alle tilpassede tilbud innen fysisk aktivitet til deltakere med innvandrerbakgrunn. Eksempler er egne treningsgrupper for kvinner, informasjon og opplæring om fysisk aktivitet ute, og tilpassede kostholdskurs.

Røyking er en viktig faktor når det gjelder utviklingen av flere sykdommer som hjerte- og karlidelser og kreft. Undersøkelsen UNGHUBRO fra Folkehelseinstituttet viste at med unntak av en gruppe jenter fra Midtøsten, er forekomsten av røyking blant jenter med innvandrerbakgrunn nesten lik null. Til sammenligning viser tall at 17 prosent av jenter med norsk bakgrunn røyker daglig og 20 prosent røyker av og til. Blant jenter med bakgrunn fra Asia, Afrika, Tyrkia er det 10 prosent som røyker av og til. Dette har stor betydning for forekomst av hjerte- og karsykdommer samt enkelte krefttyper i disse gruppene.

Forskning fra Norge støtter en antagelse om at matvaner forandres ved migrasjon.³ Enkelte innvandrergrupper benytter tradisjonelt mye frukt og grønnsaker i kostholdet. Dette reduserer risikoen for flere kroniske sykdommer. De fleste ungdommene fra middelhavslandene og Midtøsten bevarer noen av sine sunne mattradisjoner, som å spise mye frukt og grønnsaker. Rundt 20 prosent av disse ungdommene spiser rå salat og grønnsaker hver dag. Andelen ungdom med innvandrerbakgrunn som spiser frukt hver dag er nesten dobbelt så stor som andelen i ungdomspopulasjonen for øvrig. Blant flere innvandrergrupper blir det rapportert at de spiser mer fisk etter de har flyttet til Norge.

Det er avdekket høyere forekomst av diabetes type 2 blant enkelte innvandrergrupper enn i den øvrige befolkningen.² Dette skyldes blant annet generelle sosioøkonomiske forhold, kostholdsvaner og mangel på fysisk aktivitet. Flere studier peker på sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer tidlig i livet og risikoen for utvikling av type 2 diabetes senere i livet⁴ Det er også påvist en sammenheng mellom svangerskapsdiabetes og utvikling av type 2 diabetes senere i livet. Det er derfor av grunnleggende betydning at forebyggingstiltak både settes inn tidlig hos unge kvinner og at svangerskapsoppfølgingen har et særlig fokus på denne problemstillingen.

En undersøkelse foretatt av Folkehelseinstituttet i 2012 viste at innvandrere fra det indiske subkontinentet hadde den høyeste prevalensen av diabetes type 2. Tilnærmet 90 prosent av pakistanske kvinner i Oslo har forhøyet risiko for å utvikle diabetes type 2.^{5 6} Diabetes type 2 er også en utfordring i andre innvandrergupper. Gjennomsnittsalder ved debut av diabetes type 2 ser dessuten ut til å være lavere i noen innvandrergupper sammenliknet med den øvrige befolkningen.^{7 8} Alle typer diabetes er forbundet med alvorlige komplikasjoner som kronisk nyresykdom, skade av netthinnen, fotsår, nevropati (kronisk smerte) og hjerte-og karsykdommer, og er således svært viktig å forebygge.

For disse gruppene er det viktig at helsetjenesten er særlig proaktiv i oppfølgingen, dvs. at risikofaktorer tas tak i på et tidligere tidspunkt enn for andre grupper. Et godt eksempel er STORK Groruddalen-prosjektet og tiltak igangsatt i kjølvannet av dette (se boks 3.7). Som eksempel kan nevnes glukosebelastning av alle gravide kvinner i uke 28 av svangerskapet. Målet er å fange opp kvinner med økt risiko for å utvikle type 2 diabetes. Et annet eksempel er frisklivs- og mestringsentralen i Grorud bydel i Oslo kommune, som arrangerer gruppebaserte fysisk aktivitetstilbud for innvandrerkvinner. Tilbudet omfatter også en teoridel om kosthold. Et slikt tilpasset utdanningsopplegg kan eksempelvis bidra til økt bevissthet rundt viktigheten av sunt kosthold og grep for å forebygge diabetes for enkelte grupper av innvandrere.

Boks 3.2 Samhandlingsprosjekt – å leve med diabetes

Bydelene Alna, Grorud og Stovner har samarbeidet med Ahus, Diabetesforbundet og Høgskolen i Oslo om et samhandlingsprosjekt - «Å leve med diabetes». Erfaringer viser at innvandrergupper med høy forekomst av diabetes 2 vanligvis ikke deltar på etablert opplæringstilbud på sykehuset. Prosjektet har derfor hatt et spesielt fokus på diabetespasienter med innvandrerbakgrunn – og lykkes med dette. Brukerne har tatt del i utviklingsarbeidet

Videreføringen av opplæringstilbudet går nå på rundgang i de tre Groruddals-bydelene. Prosjektet har vist seg å være vellykket fordi man har klart å få til en dialog mellom pasient og helsepersonell, og fordi det har vært et fokus både på det teoretiske og den praktiske overføringen til hverdagen.

Brukermedvirkning er sentralt i samhandlingsreformen, blant annet ved at brukerne skal delta i arbeidet med avtaler mellom kommunene og helseforetakene. Brukerne har erfaringer og kunnskap som det er vanskelig for andre å bidra med.

Diabetesforbundet har et samarbeid med brukere om et konsept for hvordan de kan nå ut med informasjon og veiledning om diabetes, kost- og aktivitetsveiledning til personer med ulik bakgrunn. Målet er at den enkelte skal oppleve økt mestring av sin situasjon og få bedret livskvalitet.

I 2012 utviklet Diabetesforbundet fire nye brosjyrer om forebygging av diabetes type 2 og om hvordan det er å leve med diabetes, på henholdsvis urdu, somali, tyrkisk og arabisk. I tillegg har Diabetesforbundets nettside blitt videreutviklet med mer tilpasset informasjon. Diabetesforbundet har utarbeidet en egen strategi for perioden 2013-2015 knyttet til diabetes og innvandrere.

Boks 3.3 Diabeteslinjen

Diabetesforbundet mottar årlig tilskudd fra Helsedirektoratet til informasjonstiltak for innvandrere. Organisasjonen har etablert mobil "Diabeteslinjen" og har ansatt veiledere som snakker arabisk, tyrkisk somali, urdu og punjabi i tillegg til norsk og engelsk. Veilederne driver også oppsøkende arbeid og helseopplysning om diabetes. Formål er å informere om forebyggende tiltak og behandlingstilbud for den enkelte.

Folkehelseinstituttet har avdekket høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer blant enkelte innvandrergupper. Undersøkelsen som baserer seg på blodprøver, selvrappporterte variabler og fysiske mål, viser at innvandrere fra det indiske subkontinentet hadde høyest risiko for hjerte- og karsykdom. Innvandrere fra det tidligere Jugoslavia hadde også høy risiko, mens personer fra Øst-Asia hadde lavest risiko.⁹

Vi har liten kunnskap om forekomst av kreft i de forskjellige innvandrerguppene. Hovedårsaken er at landbakgrunn som variabel ikke registreres i Kreftregisteret i dag. En igangsatt norsk studie ved Akershus universitetssykehus viser imidlertid at innvandrerkvinner med brystkreft langt oftere enn etnisk norske kvinner har fremskredet brystkreft når de får diagnosen. Studien peker i retning av at hos somaliske kvinner er dødeligheten for denne krefttypen på hele 50 prosent.

Noen innvandrergupper har en høy andel overvektige. Forekomsten er særlig høy blant innvandrere fra Pakistan, Sri Lanka og Tyrkia, og lav blant innvandrere fra Vietnam. Kun 3-4 prosent av vietnamesiske kvinner har en BMI over 30.¹⁰ Blant alle innvandrerguppene var overvekt mer vanlig blant kvinner enn blant menn. Blant befolkningen for øvrig er det omvendt; det er en høyere forekomst av overvekt blant menn enn blant kvinner. Overvekt er en viktig faktor med tanke på utvikling av hjerte- og karlidelser samt diabetes.

Boks 3.4 Friskliv i Drammen kommune

Fysioteket-Frisklivssentralen i Drammen kommune har i oppfølgingen av diahelseprosjektet laget frisklivstilbud for innvandrerkvinner med diabetes. I bydelen Fjell hvor det bor mange kvinner med innvandrerbakgrunn er det startet et trimtilbud i samarbeid med Fjell menighet og Buskerud pakistanske kvinneforening. I tillegg arrangeres sykkelopplæring og skikurs for innvandrerkvinner.

Tuberkulose

Man finner en overvekt av innvandrere fra Asia og Afrika som er smittet med tuberkulose. De fleste er smittet før de kommer til Norge. Mest utbredt er det hos innvandrere fra det afrikanske kontinentet, men forekommer også hos innvandrere fra Asia. I 2012 var 296 av totalt 383 smittet i hjemlandet, 60 hadde ukjent smittested og 27 var smittet i Norge.

Etter invitasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte EUs smittevernbyrå (ECDC) i samarbeid med WHO's regionskontor og norske helsemyndigheter i 2011 en gjennomgang av det norske tuberkulosearbeidet. Gjennomgangen viste at arbeidet med tuberkulose i Norge generelt er av høy kvalitet, det ble samtidig pekt på enkelte forbedringspunkter blant annet knyttet til oppfølging av de som screenes for tuberkulose. Mange asylsøkere og flyktninger sendes fra asylmottaket og til kommunene uten at deres status på disse områdene er ferdig kartlagt og uten at det er gjort en medisinsk risikovurdering av den enkelte. For familiegjennforente, au pairer og arbeidsinnvandrere er problemet at disse er vanskelig å nå. Det er ikke kjent hvor godt screeningen fungerer for disse gruppene.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet vil i 2013 samarbeide med politiet, utlendingsmyndighetene og Oslo kommune om å vurdere en forenklet screening for tuberkulose for asylsøkere og flyktninger, og bedre informasjon og oppfølging til familiegjennforente, au pairer og arbeidsinnvandrere.

HIV

Norge har en konsentrert hiv-epidemi. Det vil si at det er enkelte grupper i samfunnet som er mer utsatt for å bli smittet og som lever med hiv. Tall fra Folkehelseinstituttet fra 2012 (MSIS-rapporteringen) viser at flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente fra enkelte land tilsammen utgjorde om lag halvparten av alle nydiagnostiserte med hiv. Hiv-infeksjon forekommer hyppigere blant enkelte innvandrergrupper. Hiv-smittede innvandrere kommer fra områder i verden hvor hiv er utbredt. Hiv-epidemien i Norge gjenspeiler således epidemien i hjemlandet. De fleste er smittet før de kom til Norge, men mange har fått diagnosen i Norge. Det antas at 1400-1600 innvandrere lever med

hiv i Norge. utfordringer for innvandrere med hiv er blant annet stigmatisering av hiv-positive og lavt kunnskapsnivå om å leve med hiv.

Et viktig mål i den nasjonale hivstrategien *Aksept og mestring* (2009-2014) er å sikre tidlig avdekking av hiv-diagnose og god oppfølging av særlig sårbare personer. Det er viktig å gjøre helsetjenesten tilgjengelig for innvandrere og sikre god informasjon om hiv. Helse- og omsorgsdepartementet vil fortsette finansiering av forebyggende tiltak for innvandrere, blant annet når det gjelder omsorg og støtte. Det er lovfestet at asylsøkere skal få tilbud om hivtest i forbindelse med ankomst til Norge. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Utledningsdirektoratet (UDI) utarbeide en opplæringspakke i 2013 for ansatte i asylmottak, som skal innholde opplysninger om smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet skal i tillegg utarbeide informasjon om seksuell helse, hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner som skal distribueres til kommunene, og som kan benyttes i kommunenes arbeid rettet mot nyankomne innvandrere. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) og Vox (Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk) bistår i dette arbeidet. Helsedirektoratet tildeler årlig midler til hiv-forebyggende arbeid til frivillige organisasjoner hvor en av målgruppene er homofile innvandrere.

Familieplanlegging

En undersøkelse foretatt av Folkehelseinstituttet i 2002 viste at abortraten blant enkelte grupper av kvinner med innvandrerbakgrunn og i sårbare livssituasjoner (særlig fra Afrika og Asia) var langt høyere enn hos den øvrige kvinnepopulasjonen i Norge. Dette dokumenteres også i en annen undersøkelse¹¹ og i tilsvarende undersøkelser fra Danmark og Nederland. Tilpasset informasjon og tilgang på prevensjon er en av flere nøkkelfaktorer. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet Handlingsplanen *Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015 - strategier for bedre seksuell helse*. Innvandrere er prioritert i arbeidet med oppfølging av planen. Arbeidet gjennomføres nasjonalt og lokalt av flere ulike aktører ved at Helsedirektoratet gir tilskuddmidler. Blant annet gis det tilskudd til frivillige organisasjoner som har innvandrergrupper som sin målgruppe. For 2012 viser aborttallene nasjonalt for alle grupper kvinner en nedgang.

Boks 3.5 Familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort blant ikke- vestlige innvandrerkvinner - FAFUS prosjektet

Oslo universitetssykehus Ullevål, driver i samarbeid med Oslo kommune en kveldspoliklinikk for innvandrerkvinner som trenger helseinformasjon, etterkontroll etter fødsel og råd/veiledning om prevensjon og familieplanlegging. I løpet av 16 mnd i perioden 2010-2012 besøkte 400 kvinner poliklinikken. Felles for dem var mangel på norskkunnskaper, mange barn, dårlig økonomi og en opplevelse av å være slitne og isolerte. Poliklinikken gir kvinnene et gratis lavterskeltilbud for oppfølging.

Kvinner med opprinnelse utenfor Vest-Europa, Nord Amerika og Australia hadde i en undersøkelse foretatt av FHI i 2008 økt risiko for dødfødsel og svikt i fødselsomsorgen. Kjønnsllestelse, som forekommer i enkelte grupper innvandrere, kan gi økt forekomst av fødselskomplikasjoner.

Veiledningstilbud og svangerskapsomsorg tar ikke nok høyde for innvandrerkvinnens særskilte behov.¹² Behovene har sammenheng med manglende kunnskap om komplikasjoner som kan oppstå under svangerskapet, herunder diabetes og svangerskapsforgiftning. Mange er heller ikke kjent med helsetjenestetilbudet som tilbys til gravide. Forskning viser at kvinner er særlig mottakelige for informasjon og livsstilsendring når de er gravide. Svangerskapskontrollene er derfor en viktig arena for å ta opp, diskutere og veilede kvinner med tanke på kosthold og fysisk aktivitet og familieplanlegging. Regjeringen ønsker å bygge videre på dagens svangerskapsomsorg som et samlet forebyggende og behandlende helsetjenestetilbud. Kvinner med særlige behov, som for eksempel kvinner med innvandrerbakgrunn, skal prioriteres.

Boks 3.6 Folkehelse som en del av Groruddalssatsningen og Handlingsprogram Oslo Sør

Staten og Oslo kommune har for perioden 2007-2016 inngått en avtale om en bred og helhetlig satsing for å bedre miljø og levekår i fire bydeler i Groruddalen. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har det overordnede ansvaret for statens innsats innenfor programområde 4 i satsingen, som omhandler oppvekst, utdanning, levekår, kulturaktiviteter og inkludering. Staten og Oslo kommune har også inngått en intensjonsavtale om Handlingsprogram Oslo Sør for perioden 2008-2017. Dette er et forpliktende samarbeid for å bedre oppvekst og levekår i bydel Søndre Nordstrand.

I Oslo kommune er det i noen områder avdekket store levekårsutfordringer. Bydelene har de siste årene gjennomgått raske demografiske endringer. Andelen med innvandrerbakgrunn i befolkningen er nå 40-45 prosent, en økning med mer enn 10 prosent de siste 5-6 årene. Dette stiller helse- og omsorgstjenestene og det befolkningsrettede folkehelsearbeidet overfor nye utfordringer.

For å møte utfordringene er det som en del av disse satsingene etablert områdebasert tverrfaglig folkehelsesatsing. Satsingen ligger innenfor programområde 4 i Groruddalssatsingen. Siktemålet med folkehelseprosjektene er å styrke befolkningens helse gjennom tiltak som fremmer fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil, herunder god tannhelse. Innsatsen rettes i stor grad mot risikogrupper i innvandrerbefolkningen.

Boks 3.7 Stork Groruddalen

Stork Groruddalen er et folkehelseprosjekt med fokus på bedre helse for mor og barn som en del av Groruddalssatsingen. Formålet med prosjektet har vært å fremskaffe oppdatert kunnskap om nye folkehelseutfordringer gjennom å kartlegge helse-tilstanden til gravide og fødselsutfall blant innvandrere. Prosjektet inneholder en forskningsdel. På bakgrunn av funn fra denne forskningen er svangerskapsomsorgen forbedret ved å utvikle kultursensitive helsetjenester tilpasset befolkningens og den enkeltes behov. Prosjektet har hatt stort fokus på informasjon om kosthold tidlig i svangerskapet. Studien har vist høyere forekomst av svangerskapsdiabetes hos gravide groruddalskvinner i tillegg til høy forekomst av gravide med vitamin D-mangel og jernmangel. På bakgrunn av funnene som er gjort har helsestasjonstilbudet til gravide og barselkvinner blitt styrket i regionen. Midtveisevalueringen av Groruddalssatsingen, omtaler Stork Groruddalen som et pionerarbeid innenfor svangerskapsutløst diabetes med overføringsverdi til kommuner. Tiltaket er tett knyttet opp mot det ordinære tjenestetilbudet i bydelene og integrert i helsestasjonens arbeidsrutiner.

Helseutfordringer blant lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT)

I rapporten "*Diskriminering, et hot mot folkehelsen*" peker Statens folkhälsoinstitut i Sverige (2006) på LHBT-innvandrerers og -asylsøkeres særlige utfordringer knyttet til å være en minoritet innenfor minoriteten. Rapporten påviser en direkte sammenheng mellom antall sårbarhetsfaktorer og opplevd uhelse. En rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) peker på sterkt forhøyet selvmordsrisiko blant unge LHBT med innvandrerbakgrunn.¹³

Regjeringen arbeider kontinuerlig for å sikre at alle opplever å ha like rettigheter uavhengig av seksuell orientering og kjønnsidentitet. Homofile, lesbiske, bifile og transpersoner skal kunne leve åpent, og regjeringens innsats for å hindre diskriminering har økt betydelig i de senere årene. Det er særlig lagt vekt på å bedre levekårene for unge LHBT-personer utenfor de store byene. I tillegg har man gjort en innsats for LHBT-personer i flerkulturelle miljøer, i organisert lagidrett og på arbeidsplassene. Regjeringen la i 2008 frem en handlingsplan *Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012* som er blitt forlenget til å vare ut 2013. Et hovedmål med planen er et samfunn preget av åpenhet, toleranse og inkludering også når det gjelder seksuell orientering og ulike kjønnsuttrykk. Handlingsplanens overordnede mål er å få slutt på diskrimineringen som lesbiske, homofile, bifile og transpersoner opplever i ulike livsfaser, sosiale sammenhenger og i arbeidslivet, og bidra til bedre levekår og livskvalitet for gruppen.

Boks 3.8 FAFO- undersøkelse om levekår for LHBT

Det er mangelfull forskningsbasert kunnskap om livssituasjonen til LHBT med innvandrerbakgrunn i Norge. Fagbevegelsens senter for forskning (FAFO) utfører på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet en undersøkelse om levekår for LHBT i noen innvandrergrupper i 2013. Resultatene fra denne undersøkelsen vil kunne være et bidrag til utarbeidelse av tiltak for å forebygge hiv, psykisk uhelse og sosial isolasjon i gruppen. Brukermedvirkning er et viktig grep for å nå disse målsettingene.

Psykisk helse

Det arbeides med å styrke det psykiske helsearbeidet i Norge, både for majoritets- og innvandrerbefolkningen. Opptrappingsplanen for psykisk helse som pågikk fra 1999-2008 representerte et stort løft for feltet. Satsningen er videreført og styrket med et særlig fokus på kommunen etter at opptrappingsplanen ble avsluttet. Allikevel er det fortsatt utfordringer.

Mange faktorer påvirker psykisk helse hos innvandrere. Alder, kjønn, utdanning, traumatiske erfaringer, årsak til innvandring, tap av familiemedlemmer, forberedelse til migrasjon, grad av sosial støtte, grad av integrering, arbeidssituasjon, økonomi, diskriminering, følelse av maktesløshet og akkulturasjon er noen av disse. Akkulturasjon forklares som de kulturelle og psykologiske forandringsprosesser som oppstår når kulturer møtes. Forekomsten av psykisk sykdom er særlig høy blant flyktninger og asylsøkere som har opplevd krig, tortur og andre traumatiske hendelser. Risikofaktorene indikerer at forebygging av psykiske problemer og lidelser hos innvandrerbefolkningen er svært sammensatt, og i stor grad må foregå innen andre sektorer enn helse.

Innvandrerbefolkningen, og da særskilt voksne innvandrere fra lav- og middelinntektsland, har høyere forekomst av psykiske helseproblemer sammenliknet med befolkningen for øvrig.¹⁴ Det ser ut til at også barn av innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager enn andre barn.

Det er sannsynlig at kulturelle og sosiale forhold har betydning for en persons vurdering av eget behov for behandling for en psykisk lidelse og av type behandling. En undersøkelse blant et utvalg av innvandrere, flyktninger, norskfødte og profesjonelle innenfor psykisk helsevern bekrefter dette. Man fant at innvandrere og flyktninger, i hovedsak fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Europa utenom EU/EØS foretrekker andre typer behandlinger for depresjon enn norskfødte og helsepersonell.¹⁵ Erfaringer fra helsetjenesten i opprinnelseslandet kan påvirke forventningene til tilbudet som gis. Det kan derfor være krevende for enkelte innvandrere å formidle sine helseplager og bekymringer, også der det ikke foreligger språklige barrierer. Behandling av psykiske lidelser forutsetter god verbal kommunikasjon, enten det benyttes tolk eller ikke.

I et langvarig perspektiv har opplevelser og erfaringer i mottakslandet ofte større innvirkning på den psykiske helsen enn opplevelser før og under migrasjonen.¹⁶ Flere studier peker på at omtrent halvparten av flyktningene i Norge mener at situasjonen etter ankomst til Norge er det som i størst grad har påvirket deres psykiske helse. Dette taler for en helhetlig behandling som også fokuserer på livssituasjonen til den enkelte. Helsedirektoratet og Utlendingsdirektoratet er gitt i oppdrag i 2013 å samarbeide om flere tiltak for å kartlegge og styrke tidlig identifisering og oppfølging av sårbare etter ankomst til landet.

I Sverige er det utviklet en manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra diagnoseklassifikasjonsverktøyet DSM-IV. Manualen skal hjelpe klinikere som skal gjøre en psykiatrisk utredning til å utforske den enkelte pasients sykdomsoppfatning og hans/hennes sosiale og kulturelle kontekst. Den retter seg mot leger, psykologer og annet helsepersonell som vurderer og diagnostiserer psykisk sykdom og lidelser i flerkulturelle behandlingsmiljøer. Manualen er oversatt til norsk. Manualen er

et supplement til ordinære diagnosesystemer og er ikke ment å skulle følges systematisk i alle kliniske møter hvor pasient og behandler opplever å ha ulik kulturell bakgrunn, men som et hjelpemiddel som kan brukes fleksibelt.

Nasjonal forskning og kompetanseutvikling på volds- og traumeområdet har vært prioritert de siste årene og skjer i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Flyktninger og asylsøkere er ett av senterets temaområder. Flyktningshelse og migrasjon er også et av kjerneområdene til de fem regionale ressurs-sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Til sammen skal disse sentrene bidra til kunnskap, undervisning og veiledning til praksisfeltets fagfolk, både innen kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. Fagteamet Flyktningshelse og tvungen migrasjon ved de fem RVTS'ene skal bidra til nasjonale forpliktelser med hensyn til Flyktningskonvensjonen og menneskerettighetene, for å fremme god helse og en meningsfull hverdag. Målet er at arbeidet med kompetanseheving skal gi flyktninger og asylsøkere både et helsetilbud, og andre offentlige tjenester som er likeverdige med det resten av befolkningen tilbys. For å oppnå dette tilbys opplæring til personell som arbeider med flyktninger, asylsøkere og migranter. Viktige virkemidler er kompetanseheving av helsepersonell med hensyn til utredning, behandling og forebygging, samt tverretattlig samarbeid i arbeid med flyktningsfamilier.

Flere fagmiljøer arbeider for å møte utfordringer som heterogeniteten blant pasienter innen psykiske helsetjenester i Norge representerer. For eksempel er forening for interkulturell psykologi (FIP) etablert som en interesseforening under Norsk Psykologforening, og retter seg mot psykologer som arbeider med problemstillinger som berører grupper med en annen språklig og kulturell bakgrunn. Den norske legeforening utarbeidet i 2008 statusrapporten *Likeverdige tjenester? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*.

Det har siden 2004 vært satsset på oppbygging av kompetansemiljøer nasjonalt og regionalt, for å bidra til at tjenestene har den kompetanse som er nødvendig for å møte traumatiserte. Selve behandlingstilbudet for traumatiserte skal gis av de ordinære tjenestene. Da enkelte mennesker har vært utsatt for særlig store traumatiske hendelser eller situasjoner, er det viktig at spesialisthelsetjenesten i den enkelte regionen organiserer dette slik at tilbudet ivaretar de sterkt traumatiserte best mulig. Departementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for dette.

Rus

Flere studier har vist at ungdom og voksne med innvandrerbakgrunn bruker langt mindre rusmidler enn de med etnisk norsk bakgrunn. Særlig gjelder dette for bruk av alkohol og cannabis. Det er store forskjeller i bruk av alkohol blant ungdom med forskjellig landbakgrunn i alle ungdomsundersøkelser. Forskjellene er mindre for eksperimentering med andre rusmidler. Både unge og voksne med asiatisk eller afrikansk bakgrunn som oppholder seg i Norge, drikker mindre alkohol enn andre. I tillegg drikker muslimer i mindre grad enn kristne eller ikke-religiøse alkohol. Menn med innvandrerbakgrunn bruker for øvrig langt mer rusmidler enn kvinner med innvandrerbakgrunn.

Khat regnes som et relativt mildt stimulerende rusmiddel og har vært kjent og brukt i Afrika og Midt-Østen i nærmere tusen år. Det er gjort lite forskning på khatbruk i Norge, og man vet lite om hvor stor andel av den norske befolkningen som bruker khat, hvorvidt khatbruk fører til akutte eller kroniske helseplager og hvordan brukere blir behandlet i helsetjenesten. Det er gjort en undersøkelse i 2006¹⁷ blant khatbrukere i Oslo som viste at det nesten utelukkende var innvandrere med somalisk bakgrunn som brukte khat. Khatbruk i Norge kan derfor vanskelig betraktes som et stort folkehelseproblem, men alvorlig nok for de som rammes. Khatbrukere i Norge kommer i stor grad fra krigsherjede land med sannsynlighet for traumatiske opplevelser som igjen kan ha utløst psykiske vansker. Det samme gjelder for brukere med flukterfaringer og status som papirløse, uavklart oppholdstillatelse, ustabil boligsituasjon eller manglende kontakt med familie. Manglende egenforståelse av psykisk sykdom kan dessuten gjøre tradisjonell terapi utfordrende.

Generelt er det grunn til å anta at khat ikke er hovedårsak til sosiale og psykiske problemer, men et symptom på underliggende problemer, og at generelle integreringstiltak og (psykisk) helsehjelp vil være viktige bidrag for å bistå denne gruppen. Fra rusinstitusjonene oppgis det at de ikke er kjent med rene khatbrukere. Khatbruk oppgis alltid i kombinasjon med andre narkotiske stoffer eller alkohol og khat er underordnet andre psykiske problemer og integreringsvansker.

I samarbeid med Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI) har Kompetansesenter rus – Oslo (KoRus) nylig gjort en grundig gjennomgang av den forskningsbaserte kunnskapen som eksisterer om khat, og informasjon om hvordan khat påvirker kroppslig og psykisk helse. Rapporten, *Khat og helse: En kunnskapsoppsummering*, er forfattet av Warsame Ali og Manmeet Kaur og gir indikasjoner på hvordan khatbruk bør forstås ut fra et helsemessig perspektiv.

Rapporten konkluderer med at det offentlige hjelpeapparatet har behov for mer kunnskap om hvordan khat påvirker fysisk og psykisk helse og at det trengs en

kompetansebygging i helsetjenesten og hjelpeapparatet om khatbruk. Økt kunnskap om omfanget kan gjøre det lettere å implementere en effektiv integrert behandling hos den berørte målgruppen.

Voldsutsatte

Livssituasjon og bakgrunn har betydning for utsatthet for vold, opplevelse av vold og muligheten til å komme seg ut av en voldspreget relasjon. Særlig kvinner med innvandrer- og flyktningbakgrunn, herunder kvinner bosatt i asylmottak, er en gruppe som kan være ekstra sårbar.

Regjeringen har lagt frem Meld. St. 15 (2012-2013), *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner - Det handler om å leve*. Migrasjon er en av flere faktorer som kan bidra til å øke sårbarheten til enkeltpersoner eller grupper av mennesker. Det påpekes at sosial isolasjon og manglende sosial integrering kan øke risikoen for at volden får fortsette og tilta, uten at andre kan bidra til å stoppe den. Enkelte menn ønsker å holde kvinner i familien isolert for å opprettholde eller oppnå makt og kontroll. Det kan blant annet innebære å nekte kvinnen å gå på norskkurs eller å true med at hun vil bli sendt ut av landet. Dermed fratras kvinnen muligheten til å opprette et sosialt nettverk og skape grunnlag for en selvstendig tilværelse.

Flertallet av de som i dag benytter seg av krisesentrenes botilbud, er kvinner med innvandrer- og flyktningbakgrunn. I 2001 utgjorde kvinner med innvandrerbakgrunn en tredjedel av brukerne, i 2006 over halvparten. I 2011 var 62 prosent av brukerne kvinner med innvandrerbakgrunn. Årsaken til dette kan være at innvandrerkvinner ikke har tilstrekkelig økonomi til å etablere seg alene og heller ikke har samme nettverk med familie og venner som kan bistå i en krisesituasjon. Rundt en fjerdedel av kvinnene var utsatt for vold fra en etnisk norsk partner (Sentio Research 2012). Krisesentertilbudet synes å spille en særlig viktig rolle for voldsutsatte kvinner som er uten arbeidsinntekt, og som har svake sosiale nettverk.

Det finnes ikke nok kunnskap om vold i nære relasjoner i innvandremiljøer. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har derfor fått i oppdrag å iverksette studier om temaet. Økt forskningsinnsats på området vil kunne bidra til å identifisere gode tiltak for å bistå voldsutsatte personer i innvandrerbefolkningen.

Boks 3.9 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress - NKVTS

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Senteret ble etablert i 2004 og har i dag ca 50 ansatte. Formålet er å bidra til å forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene som vold og traumatisk stress kan medføre. Senteret er internasjonalt orientert og utvikler kunnskap på et internasjonalt, akademisk nivå. Et av temaene som senteret fokuserer på er flyktninger og asylsøkere.

Kjønnslemlestelse

Kjønnslemlestelse er ikke tillatt i følge norsk lov. Jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse vil ofte ha særlige helseproblemer som følge av dette. Omfanget av problemene vil variere avhengig av inngrepets art og omfang.

Regjeringen har i 2013 lagt frem en ny *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013-2016)*. Handlingsplanen inneholder 22 nye og videreførte tiltak, og den utvikler regjeringens innsats til også å omfatte forebyggende tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet. Forebyggende arbeid, god offentlig hjelp gjennom kompetanseheving og samordning, samt forskning og metodeutvikling er hovedområdene i planen. Det har vært en prioritert innsats på disse feltene i flere handlingsplaner. En rekke tiltak i handlingsplanene er blitt innlemmet i den ordinære driften. Det gjelder fremfor alt i helsetjenesten. Helsetjenesten har en viktig rolle, sammen med andre tjenester/sektorer, i det forebyggende arbeidet. I tillegg har helsetjenesten en spesiell rolle når det gjelder behandling av de følgende kjønnslemlestelse har for den enkelte. Tiltakene i de foregående handlingsplanene har forbedret helsetilbudet til jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, og styrket det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap innenfor offentlig sektor, herunder helsesektoren. Handlingsplanen skal supplere den øvrige innsatsen mot vold i nære relasjoner og strategi mot vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom.

Tannhelse

Undersøkelser viser at enkelte grupper av innvandrerbarn har større forekomst av tannsykdom (karies) enn etnisk norske barn. SMÅTANN-studien fra Oslo i perioden 2002- 2004 viste at kariesforekomsten var betydelig høyere hos barn med opprinnelsesland utenfor EU/EØS, sammenliknet med de med bakgrunn fra EU/EØS området. Det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status, tannhelse og bruk av tannhelse-tjenester. Innvandrere er overrepresentert blant grupper med lav eller ingen utdanning,

dårlige arbeidsforhold og lav sysselsetting og er således i risikogruppen for å utvikle karies og dårlig tannhelse generelt.

Boks 3.10 Bedre tannhelse hos barn av mødre med ikke-vestlig bakgrunn

På grunn av høy forekomst av karies blant barn i Fjell bydel i Drammen, gjennomførte Buskerud FKF og Drammen kommune et femårig utviklingsprosjekt 2005-2010 i nært samarbeid med helsestasjonen. Barna ble innkalt til tannklinikken til ettårsundersøkelse i motsetning til treårsundersøkelse som er det normale. Mødrene fikk informasjon om kosthold, tannpuss og fluor. Resultatene var positive i gruppen ett til tre år og hos treåringene ble det i 2010 oppdaget mindre forskjell i tannhelsetilstand på Fjell og i resten av distriktet.

Et hovedformål med offentlige stønadsordninger til tannbehandling er å hjelpe de som trenger det mest, og å bidra til å utjevne sosiale tannhelseforskjeller. I Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med ny lov om den fylkeskommunale tannhelsetjenesten vurderes en sterkere rolle for fylkeskommunene når det gjelder kunnskaps- og fagutvikling på tannhelsefeltet. Dette omfatter hele befolkningen. Tannhelsetjenestens helsefremmende og forebyggende innsats overfor barn og unge og andre prioriterte grupper er særskilt regulert i tannhelsetjenesteloven. Det forutsettes dermed at fylkeskommunen ved den offentlige tannhelsetjenesten har oversikt over ulikheter i tannhelsetilstand i de ulike grupper, og mulige årsaker til dette. I arbeidet med å få frem opplysninger som er av stor betydning for kommunene når det gjelder tannhelseforhold i befolkningen, vil metoder for opplysninger om tannhelse hos innvandrere bli vurdert. Departementet har igangsatt et arbeid som skal gjøre det mulig å innhente sammenlignbare opplysninger om tannhelseforhold i den voksne befolkning.

I henhold til ny lov om folkehelsearbeid skal både kommunen og fylkeskommunen ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan påvirke denne (jf pkt 3). Dette omfatter også tannhelsetilstanden i befolkningen. Opplysningene om helse- og tannhelseforholdene i befolkningen skal blant annet danne utgangspunkt for kommunens og fylkeskommunens arbeid med å fremme befolkningens helse, med å forebygge sykdom og med å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Folkehelsearbeidet er viktig med tanke på en bedring av tannhelsen både blant barn og voksne. Helsedirektoratet arbeider med en veileder for tannhelsetjenester til barn og unge, hvor det blant annet vil være anbefalinger rettet mot barn av innvandrere og andre med store tjenestebehov. Det tas sikte på å ferdigstille veilederen i 2015.

Helsedirektoratet har tilskuddsordninger på tannhelsefeltet, og tiltak overfor innvandrere er blant de som prioriteres. I 2013 er det gitt tilskudd til «Tannhelseinformasjon overfor kvinner med innvandrerbakgrunn», og til utvikling av materiell i undervisningsøyemed.

Ulykker

Det finnes lite forskning og litteratur om innvandrere og ulykker. En ny kartlegging fra Transportøkonomisk institutt viser likevel at innvandrere har høyere risiko for ulykker og skader enn befolkningen ellers.¹⁸ Det mangler imidlertid dokumentasjon for flere typer ulykker. Faktorer som manglende norskferdigheter, manglende kunnskap om risiko og sikkerhetstiltak, manglende ferdigheter i for eksempel svømming, hyppigere opphold i områder med skaderisiko og hyppigere bruk av produkter som medfører skaderisiko trekkes i kartleggingen frem som mulige forklaringer på at ulykkesrisikoen blant innvandrere er høyere enn i befolkningen for øvrig.

Boks 3.11 Styrking av svømmeopplæring blant nyankomne elever

I praksis foregår svømmeopplæring på enkelte årstrinn. Mange nyankomne elever har derfor ikke gjennomført svømmeopplæring, da de er kommet til Norge underveis i skoleløpet. Denne gruppen er også overrepresentert i ulykker på grunn av manglende svømmeferdigheter. I læreplanen for kroppsøvningsfaget står det at elevene skal være trygge i vannet og svømmedyktige etter 4. årstrinn. Kunnskapsdepartementet har på denne bakgrunn gitt 1,5 mill kroner i tilskuddsmidler gjennom fylkemennene i Oslo og Akershus, Rogaland, Sør-Trøndelag og Troms for å stimulere kommunene til å gjøre en ekstra innsats rettet mot nyankomne innvandrerelevens svømmeferdigheter. Målet er å redusere risikoen for ulykker i forbindelse med bading, og å sette elevene bedre i stand til å nå kompetansemålene i læreplanen

Mye tyder på at barn med innvandrerbakgrunn er mer utsatt for brannskader enn i befolkningen for øvrig. I en undersøkelse foretatt ved Oslo universitetssykehus fant man at hver andre pasient under 15 år som ble behandlet for brannskade, var fra Asia, Afrika, Latin-Amerika.¹⁹ Det er mye som tyder på at det er manglende kunnskap om hvordan man kan sikre hjemmet sitt på en bedre måte. Erfaringer fra helsesøstre er at det er få som vet, eller få som forstår, skadeomfanget av skader som barn kan få av kun en varm kopp kaffe eller te.²⁰

Boks 3.12 Forebygge skader og ulykker i minoritetsspråklige familier

Ullevål universitetssykehus gjennomførte i 2010-2011 et prosjekt finansiert av Helse-
direktoratet hvor brann og skåldeskader hadde hovedfokus. Målgruppen var
innvandrerforeldre med dårlige norskkunnskaper. Det ble utarbeidet undervisnings-
materiell med bilder og tekst og gjennomført undervisning for foreldre, fagfolk, i
skolen, i barnehager, aktivitetssenter m.m.

KULTURELLE UTFORDRINGER

Mennesker med ulik bakgrunn har ulik forståelse om bruk av helsetjenester; tegn på sykdom, når man bør oppsøke helsetjenestene, og hva helse- og omsorgstjenestene kan bidra med. For mennesker er det av stor betydning at deres sykdom forklares på en måte som de selv kan fatte lit til samtidig som den er forståelig og akseptabel innenfor deres egen, sosiale krets.

Selv om vitenskapelig fundert medisin i dag har stor utbredelse og preger offentlige helsetjenester over hele verden, eksisterer denne formen for medisinsk praksis ofte i kombinasjon med andre velutviklede, mer tradisjonelle medisinske systemer slik som urtemedisin eller akupunktur. Også innenfor den vestlige medisinen finnes det ulike måter å oppfatte sykdom på.

Innenfor vestlig medisin kan det virke svært fremmedartet å forklare sykdom gjennom påvirkninger på det spirituelle plan, slik som ”guds straff”, jinn, juju, eller det onde øye. Slike spirituelle forklaringer er imidlertid utbredt ellers i verden. Religion betyr mye for mange mennesker. Forklaringer som at det kan være en mening med at jeg er blitt syk – fordi jeg ikke er troende nok – kan innen enkelte religiøse samfunn og kulturer være utbredt.

Generelt er det ofte slik at sykdom og sykehusinnleggelse fører med seg nedsatt appetitt. Å legge til rette for at pasienter får i seg næringsrik kost er en grunnleggende oppgave for sykehusene. Mistanke om at det er brukt kumelksprodukter i maten eller at maten ikke er tilberedt etter halalskikk, eller er kosher, gjør at enkelte ikke tar til seg tilstrekkelig næring. Mange pasienter i spesialsithelsetjenesten er avhengig av halalmat. Ahus har innført tilbud om halalmat, noe som er blitt svært godt mottatt av muslimske pasienter på sykehuset. Flere andre sykehus har halalmat på menyen og de fleste andre sykehus tilbyr halalmat ved forespørsel. Det er en selvfølge at alle sykehus kan tilby halalmat til pasienter ved forespørsel.

Det er grunnleggende at helse- og omsorgstjenestene legger til rette for at pasienter og pårørende har tillit til systemet og til de som jobber i helse- og omsorgstjenestene. For mange pasienter kan det være en utfordring å bli behandlet av en av motsatt kjønn. Man bør derfor så langt det er mulig tilrettelegge for at behandlingen skjer av en pasienten har tillit til.

Diagnostiske verktøy og behandlingsmetoder som brukes i helse- og omsorgstjenestene er ikke alle like godt tilpasset enkelte pasienter med innvandrerbakgrunn. Dette gjelder både diagnostiske verktøy innen psykisk helsevern, referanseverdier for blodprøver, samt opptak og effekt av legemidler som kan være forskjellig i ulike etniske grupper. Det er videre en utfordring at mange diagnostiske verktøy som eksempelvis benyttes til utredning av psykisk sykdom eller demens, ikke tar hensyn til personen sin

totale livssituasjon og kulturelle faktorer i diagnostiseringsprosessen. Det er viktig både for behandler og pasient, at den diagnostiske prosessen fremstår som meningsfull og tilpasset pasientens særskilte behov.

Brukerinnflytelse

Helse- og omsorgstjenestene er blitt mer brukerorienterte i de senere årene, men det er rom for forbedringer. Det er viktig at pasienters og brukeres behov står i sentrum og at pasienter og brukere opplever at de har innflytelse på sin situasjon.

Regjeringen vil bidra til at pasienter og brukere i større grad skal oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige. De skal få informasjon og støtte som gjør at de kan bidra i beslutninger, og det skal legges vekt på at brukerne er forskjellige og at den enkeltes behov kan endres over tid. God kvalitet forutsetter samarbeid med pasienter og brukere om utforming av tjenester og behandlingsvalg. Involvering og innflytelse gir trygghet og større tilfredshet med tilbudet. Aktiv medbestemmelse kan bidra til bedre resultater for pasienten, og bedre utnyttelse av ressursene. Aktiv medbestemmelse handler om å trekke pasienter og brukere mer aktivt inn i beslutninger om eget behandlingsopplegg eller omsorgstilbud.

Samtidig er det viktig å ta hensyn til brukere som ikke har samme mulighet eller ønske om aktiv medbestemmelse. Tiltak for å gjøre pasienter og brukere bedre i stand til å ta vare på egen helse bidrar til bedre livskvalitet for den enkelte, og til å utvikle en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

En mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste vil kreve omstilling og nytenkning. Skal tjenesten lykkes med en slik omstilling, er det nødvendig med opplæring i nye arbeidsformer, praktiske tiltak innen kommunikasjon og beslutningsstøtte, og kultur- og holdningsendringer. Dette vil regjeringen legge til rette for.

SPRÅKLIGE UTFORDRINGER

Mangelfull kommunikasjon kan skyldes mangel på kvalifiserte tolker, mangel på informasjonsmateriale på riktig språk eller mangel på tilgang til og bruk av alternative kommunikasjonsmetoder, som for eksempel bilder og piktogrammer.

Kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser og få alvorlige følger for diagnostisering, behandling og rehabilitering. Den totale livssituasjonen og det sosiale nettverket har også stor innvirkning på behandlingsprosessen.

For enkelte kan det for eksempel være en utfordring dersom tolken tilhører det samme sosiale nettverket som en selv. I tillegg kan enkelte oppleve at deres integritet ikke blir ivaretatt når tolkingen foregår i samme rom. En måte å løse dette på er å ta i bruk telefon- og skjermtolkning.

I hvilken grad individer har evne og mulighet til å tilegne seg, forstå og benytte seg av grunnleggende helseinformasjon, og helse- og omsorgstjenester som er nødvendig for å kunne ta gode beslutninger om egen helse, kalles på engelsk «health literacy».²¹ Enkelte innvandrere har lavere "health literacy" enn befolkningen for øvrig.

Eldre innvandrere som har lært seg norsk, kan ved demenssykdom miste andrespråket eller få problemer med å skille morsmål og norsk fra hverandre. Bruk av morsmål kan være viktig for å opprettholde best mulig funksjonsnivå og integritet. Utredning av demens hos ulike innvandrergupper kan være mer utfordrende fordi pasienten har en annen kultur- og språkbakgrunn, noe som gir større kommunikasjonsutfordringer i konsultasjonen. Det er også et problem at kognitive tester som brukes er så kultur- og språkspesifikke at de ikke er egnet som utredningsverktøy i forskjellige innvandrergupper.²²

Det er satt i gang et utviklingsprogram om minoritetsspråklige og demens. Det er også etablert et nordisk samarbeid om utvikling av framtidens demensomsorg og de særlige utfordringene knyttet til minoriteter og demens.

Opplæring i norsk og bruk av tolk

Norskkunnskaper er viktig for deltagelse på alle samfunnsområder. Gode norskkunnskaper er avgjørende for å kommunisere med helsepersonell om egen sykdom og tilegne seg kunnskap om anbefalt behandling. Selv med et godt system for norskkopplæring vil det alltid finnes personer i Norge som har behov for språklig tilrettelegging. Å lære et nytt språk tar tid. Noen har kort botid i Norge og således svake norskkunnskaper. Det offentlige bruker betydelige ressurser på tolketjenester. Det er derfor viktig at ressursbruken gir gevinst, blant annet ved at plikter og rettigheter ivaretas. Gjør det ikke det, kan man risikere at pasienten ikke får tilstrekkelig god behandling i

tillegg til at samfunnet påføres merkostnader i form av dårlig kvalitet på offentlige tjenester og feilbehandling.

Behovet for tolk i møte med helse- og omsorgstjenestene er stort, og forventes å øke. Helse- og omsorgstjenestene må ta høyde for at det kan være behov for språklig tilrettelegging, som tolking og skriftlig materiale, slik at ansatte og pasienter og deres pårørende kan kommunisere med hverandre, og slik at brukeren får et godt tjenestetilbud. Funn om underforbruk av tolk, manglende kvalifikasjonskrav og mangel på rutiner i bestilling av tolk understøttes bl.a. i rapporter fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). En undersøkelse fra sykehusene i Oslo-området viser at 88 prosent av tolkene som ble brukt var uten formelle kvalifikasjoner.²³

For at tolkingen skal fungere godt, trenger man både kvalifiserte tolker og helsepersonell som kan kommunisere via tolk. Å bruke tolk på en effektiv og trygg måte er en ferdighet som må erverves. Opplæringen i tolkebruk for helsepersonell i Norge er mangelfull og tilfeldig.

Familiemedlemmer og barn benyttes enkelte ganger som tolker, til tross for at dette er i strid med retningslinjer og anbefalinger jf Helsedirektoratets "Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten". Omfanget av brudd på retningslinjer er ikke kjent i detalj, men i en rapport om fastlegers bruk av tolk fremgår det at 78 prosent av fastlegene "ofte" eller "noen ganger" benytter voksne familiemedlemmer som tolk, og at 29 prosent av fastlegene "ofte" eller "noen ganger" benytter mindreårige familiemedlemmer som tolk.²⁴ Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet ledet et interdepartementalt arbeid hvor man har vurdert virkemidler for å unngå at barn benyttes som tolk i offentlig sektor. Et mulig lovforslag om forbud mot bruk av barn som tolk vil bli utredet og sendt på høring.

Boks 3.13 Tolkeprosjekt i hovedstadsområdet

Helsepersonell trenger ofte tolk for å forstå, behandle, informere og veilede minoritets-språklige pasienter og pårørende. Til nå har Oslo universitetssykehus kontaktet private formidlingsbyråer for å få tolk, og undersøkelser har vist at 91% av tolkeoppdragene da ble utført av personer uten tolkeutdanning eller autorisasjon (2011). Dette er i strid med avtalevilkår og en risiko for pasientsikkerheten. På grunn av dette utreder Oslo universitetssykehus, etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, muligheten for å etablere en egen tolkesentral, med egenregi på tolkeformidling. Dette gjøres i samarbeid med Ahus og Sunnaas sykehus.

For å bidra til økt kompetanse hos helsepersonell til å bestille kvalifiserte tolker og til å gjennomføre samtaler via tolk, ga Helsedirektoratet i 2011 ut *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (IS-1924)*. For å gjøre veilederen bedre kjent i fagmiljøene gjennomførte Helsedirektoratet høsten 2012 en informasjonskampanje overfor helse- og omsorgstjenestene og brukerorganisasjonene. For å få en oversikt over bruken av tolk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennomfører Helsedirektoratet i løpet av 2013 en kartlegging av tolkebruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene om å etablere tolketjenester for pasienter som trenger det. Dette har ført til at helseforetakene har lagt vekt på å øke bevisstheten blant ansatte om behovet for tolk og at det i spesialisthelsetjenesten legges til rette for bruk av tolketjenester.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten kommunikasjonsberedskap (KoKom) utarbeidet i 2011 en modulbasert opplæringsplan for helsepersonell som mottar og håndterer medisinsk nødmeldinger. Opplæringsplanen fra KoKom har egne kapitler om kommunikasjon med personer som har dårlige norsk og engelskkunnskaper. Disse modulene er utviklet i samarbeid med Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og AMK-Oslo og Akershus og inneholder konkrete råd for hvordan operatørene kan få til en god kommunikasjon med alle innringere, også de med annen spåklig bakgrunn.

Også innenfor ambulansetjenesten er det gjennomført mange tiltak i flerkulturelt helsearbeid, særlig i Oslo området. Flere ansatte i ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus har tatt videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid. Én ansatt er engasjert for å jobbe med flerkulturell fagutvikling blant ambulanspersonell.

De siste årene har det også vært en bevisst rekruttering av ansatte med flerkulturell og flerspråklig kompetanse til AMK og ambulansetjenesten og det har blitt arrangert dialogmøter med innvandrersorganisasjoner. Et annet viktig virkemiddel i arbeidet med å spre kunnskap om de akuttmedisinske tjenestene har vært deltakelse på ulike stands, for eksempel på flerkulturelle festivaler og lignende. Dette for å være synlige i miljøer der innvandrere ferdes, for å rekruttere til ambulansesykket og for å spre kunnskap om AMK/nødmeldetjenesten og ambulanseoppgaven generelt.

I noen akuttmedisinske situasjoner er språkproblemene så omfattende at man må søke tolkehjelp for å kunne forstå innringers situasjon og behov for hjelp. Det er ikke etablert en nasjonal tolketjeneste for AMK- og legevaktsentraler, men noen sentraler har på eget initiativ etablert et system for tolketjeneste. Erfaringene fra disse sentralene er gode, og sentrale helsemyndigheter vil vurdere om det er behov for nasjonale føring med hensyn til tolketjeneste innen de akuttmedisinske tjenestene.

TILGANG TIL GENERELL HELSEINFORMASJON

En del innvandrere kan ha manglende kunnskap om organiseringen av helse- og omsorgstjenestene og hvilke rettigheter man har. Denne kunnskapen er en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg tilbudene som finnes. Innvandrergupper som står utenfor offentlige ordninger eller institusjoner, som introduksjonsprogram eller asylmottak, kan være vanskelige for helsetjenestene å nå. Dette gjelder blant annet arbeidsinnvandrere.

Hele befolkningen eksponeres regelmessig for et mangfold av helsebudskap fra ulike aktører med ulike interesser. Det kan være utfordrende å finne ut av hvordan man bør forholde seg til budskapet i informasjonen, og det er derfor sannsynlig at grupper med lav utdanning og nyankomne innvandrere går glipp av viktige helsebudskap fra myndighetene.

Det er gjennomført ulike helseinformasjonstiltak rettet mot innvandrere, men foreløpig er det liten kunnskap om effekten av disse. Det finnes oversatt informasjonsmateriell for ulike tjenester på ulike nivåer, men ingen samlet oversikt som er lett tilgjengelig for helsepersonell, og som redigeres og oppdateres systematisk.

Boks 3.14 Radioprojektet – voiceofoslo.com

Oslo Universitetssykehus samarbeider med Oslo kommune om drift av en radiosending med formål å bedre helseinformasjon til noen innvandrergupper. Sendingene går hver annen uke på urdu, somali og arabisk. Det tas opp ulike temaer som diabetes, kvinnehelse, brystkreft, psykisk helse, tannhelse. Publikum kan ringe inn under sending og stille spørsmål til helsepersonell. Sendingen ledes av en journalist som alltid har med kvalifisert helsepersonell til å besvare spørsmål på direktesendt radio.

IKT/ e-helse

Elektronisk samhandling og bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren er et viktig virkemiddel for å nå samhandlingsreformens helsepolitiske mål. Satsingen på e-helse kan også bidra til å gjøre tilgangen til tjenestene vanskeligere for enkelte grupper med lav kompetanse. Det er derfor viktig at de digitale tjenestene tilpasses. Lav digital kompetanse sammenfaller med høy alder, lav utdanning og det å stå utenfor arbeidslivet. Det er en positiv sammenheng mellom å være i jobb og digital kompetanse. Denne sammenhengen er knyttet til om man bruker data på jobben eller ikke. Enkelte kvinner med lav utdannelse og liten tilknytning til arbeidslivet har av den grunn manglende digitale ferdigheter.²⁵ For personer med høy digital kompetanse kan satsingen på e-helse bidra til økt tilgang på helseinformasjon og tjenester. Det finnes

audiovisuelle hjelpemidler (IKT) som kan være aktuelle i kommunikasjonen med innvandrere som har begrensede norskkunnskaper.

TILGANG TIL OG BRUK AV HELSETJENESTENE

Juridisk rett til helsehjelp er ikke ensbetydende med reell tilgang til helse- og omsorgstjenester eller at man faktisk benytter seg av de tilbudene som finnes. Det finnes mange ulike barrierer, eksempelvis økonomiske, organisatoriske og språklige, som kan virke begrensende på den reelle tilgangen til helse- og omsorgstjenester. Mangel på kunnskap om hvilke tilbud som finnes, kan også redusere etterspørselen.

Helse- og omsorgstjenestene skal tilrettelegges slik at alle, uansett bakgrunn, kan nyttiggjøre seg av tilbudene. Mangel på kunnskap hos helsepersonell om innvandrers grupperes rett til helse- og omsorgstjenester, bruk av tolk, sykdomsforekomst og migrasjonsårsaker kan påvirke tilgangen til og kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene for disse gruppene. Når det ikke kan kommuniseres med pasienten på et språk han eller hun forstår, kan det innenfor helse- og omsorgstjenesteloven være et brudd på pasienters informasjons- og medbestemmelsesrett.

Boks 3.15 Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkningen i hovedstadsområdet

70 % av landets ca 600 900 innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn er bosatt i opptaksområde for Helse Sør-Øst. Det bor flest innvandrere i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken. På bakgrunn av dette har Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune ønsket å styrke helsetilbudet til denne gruppen. En felles satsning er iverksatt for å tilrettelegge helsetjenestene for innvandrere gjennom samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet".

Hva pasienter med ulik innvandrerbakgrunn opplever som god og tilstrekkelig helse- og omsorgstjeneste, og hvilke forventninger de har til tjenesteapparatet, er det liten kunnskap om. Det er også lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene innvandrere får, samt ulikheter i resultater av behandling som kan tilskrives landbakgrunn.

Fastlegene, helsestasjonene, skolehelsetjenesten og tjenesteapparatet for øvrig har en viktig jobb når det gjelder å fange opp de som har behov for helse- og omsorgstjenester, men som av ulike årsaker ikke benytter seg av sin rett på helse- og omsorgstjenester.

Ansvaret for god informasjon og forebygging av sykdom til pasientene, uavhengig av bakgrunn, ligger i stor grad i primærhelsetjenesten; hos fastlegen og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tillit og god kommunikasjon mellom fastlege og pasient er en forutsetning for et vellykket legebesøk

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ansvar for det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot alle barn og unge mellom 0-20 år og deres foreldre. Tjenesten er et lavterskeltilbud som skal sikre barn og unge likeverdige helsetjenester uavhengig av foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten dekker nær 100 prosent av målgruppen, og har en unik mulighet til å identifisere mulige behandlingstrengende. Tilknytningen til skolen gjør også at skolehelsetjenesten har en helt spesiell mulighet til å være tilstede og drive forebyggende arbeid rettet mot barn og unge på deres egen arena. Ved enkelte helsestasjoner har de organisert tjenestene på en slik måte at én bestemt helsesøster er ansvarlig for alle flyktninger og nyankomne innvandrere.

Tjenestetilbudet til personer med innvandrerbakgrunn skal utvikles som en integrert del av den samlede helse- og omsorgstjenesten, og utformes ut fra lokale forhold og med stor nærhet til brukerne. Det er primært kommunenes ordinære tjenestetilbud som skal legge til rette for brukere med innvandrerbakgrunn, både faglig og organisatorisk. Videre er det viktig å målrette virkemidlene inn mot denne brukergruppen og deres behov, og i tillegg iverksette tiltak for å møte de særlige utfordringene for disse brukergruppene.

Spesialisthelsetjenester

Plikten til å yte likeverdige helsetjenester følger til dels direkte av helselovgivningen, men også av den generelle plikten til likeverdige offentlig tjenesteyting etter diskrimineringslovverket. I henhold til spesialisthelsetjenesteloven har de regionale helseforetakene ansvar for å sørge for at hele befolkningen i helseregionen blir tilbudt likeverdig spesialisthelsetjeneste. Helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. De regionale helseforetak må utøve en overordnet organisering og styring slik at dette prinsippet ivaretas.

KOMPETANSE HOS HELSEPERSONELL

I tråd med den demografiske utviklingen er det viktig at helsepersonell har kunnskap og kompetanse om særskilte helseutfordringer hos ulike grupper mennesker og om hvilke barrierer som eksisterer for at alle tilbys likeverdige helsetjenester. Ved profesjonsutdanningene for sykepleiere, psykologer og leger etterlyses det undervisning som er praktisk rettet med hensyn på etikk, språk, kommunikasjon, tolkebruk og migrasjon og helse.^{26 27 28} Målet til Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) er å bidra til, og å formidle forskningsbasert kunnskap. NAKMI's primære målgruppe er beslutningstagere, helseledere, helsepersonell, forskere og studenter. NAKMI driver utstrakt undervisningsaktivitet på universitet og høyskoler.

Boks 3.16 Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

NAKMI ble opprettet i 2003 av Helse- og omsorgsdepartementet og administreres i dag av Oslo Universitetssykehus. NAKMIs oppdragsgiver er Helsedirektoratet. NAKMI formidler kunnskap om resultat av norske og internasjonale studier om helse og innvandrere og deres etterkommere, og arrangerer jevnlig kurs for helse- og omsorgspersonell for å spre kunnskapen på området.

Målet for NAKMIs virksomhet er å skape og formidle forskningsbasert kunnskap som kan fremme god helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester for personer med innvandrerbakgrunn. NAKMIs primære målgrupper er beslutningstakere, helseledere, helsepersonell, forskere og studenter.

NAKMI er et tverrfaglig senter som tar sikte på å være et samlingspunkt for landets kompetanse på både psykisk og somatisk innvandrerhelse. NAKMIs kjerneaktiviteter er forsknings-, utviklings- og formidlingsarbeid, herunder opplæring, veiledning og rådgivning.

NAKMI skal være en pådriver for produksjon og formidling av kunnskap om innvandreres helsesituasjon, med særlig vekt på de største innvandrergruppene og de mest utbredte helseutfordringene disse står overfor. Senteret tilstreber praksisnærhet og samarbeid med klinikere, men har ikke egen klinisk virksomhet.

I den norske helse- og omsorgstjenesten er det mange ansatte med innvandrerbakgrunn. Omtrent 20 prosent av alle fastleger, og en av seks ansatte ved Oslo universitetssykehus har innvandrerbakgrunn.²⁹ Norsk helse- og omsorgstjeneste har i mange år hatt ansatte fra forskjellige land og er en av sektorene med størst andelen ansatte med innvandrerbakgrunn. Dette gjelder særlig sykehjemssektoren.

For å møte behovet for omsorgstjenester til personer med innvandrerbakgrunn på en god måte fremkommer det i en kartlegging i norske kommuner at det er de ansattes kompetanse som må tillegges mest vekt.³⁰

Kulturkompetanse kan være en forutsetning for andre viktige virkemidler som informasjon om tjenestene til personer med innvandrerbakgrunn og for tilrettelegging av tilbud og tjenester. Mye tyder på et forholdsvis stort kompetansebehov for ansatte i ulike deler av omsorgstjenesten. Samtidig synes det jevnt over å være forholdsvis sparsomt med undervisnings- og opplæringstilbud for ansatte på dette området.

Regjeringen har satt i gang en egen satsing i 2013 for å kvalifisere flere med innvandrerbakgrunn til helsearbeiderfaget. Satsingen vil stimulere til opprettelse av yrkesrettet språkopplæring innenfor helsearbeiderfaget i samarbeid med fylkeskommuner og kommuner. Satsingen vil bidra til å øke tilgangen på helsefagarbeidere til omsorgssektoren, spesielt i storbyene. En rapport fra Rokkansenteret (08/2008) viser at innvandrere utgjør tyngden av søkere til hjelpepleier- og helsefagarbeiderutdanning i Oslo, men at svært mange avvises fordi de ikke tilfredsstiller språkkrav. Oslo kommune har på bakgrunn av dette utviklet et prøveprosjekt med helsefagarbeiderutdanning for voksne minoritetsspråklige. Prosjektet er fortsatt i en tidlig fase, men en gjennomgang antyder at modellen har stor overføringsverdi til andre kommuner.³¹

Til tross for at det er en stor andel personer med innvandrerbakgrunn som jobber i helse- og omsorgstjenestene, er det en underrepresentasjon på mellomleder- og ledernivå. Det er derfor viktig med målrettede ledelsesstrategier som innebærer både opplærings- og veiledningstiltak, god kommunikasjon og systematisk utnyttelse av tilleggskompetanse som helse- og omsorgsarbeidere med innvandrerbakgrunn har.

FORSKNING OG UTVIKLING

Kunnskap om ulike innvandringsgrupper helse og bruk av helsetjenester er basert på enkeltstudier og fremstår som mangelfull og fragmentert. Dette gjelder både hvilke grupper som er studert og hvilke temaer som er belyst. Det er mangel på kunnskap om sykdomsforekomst blant de ulike innvandringsgruppene som er bosatt eller oppholder seg midlertidig i Norge. Videre er det begrenset kunnskap om bruk, tilgjengelighet og kvalitet på de eksisterende helse- og omsorgstjenestene. En oversikt over forskningen på innvandringshelse i Norge viser at de fleste foreliggende studiene ikke skiller mellom helserelevante faktorer, som eksempelvis ulike innvandringsgrupper, ulik innvandringsstatus og bo- og oppholdstid i Norge. Det er flere årsaker til denne begrensede kunnskapen. De viktigste årsakene beror på at landbakgrunn ikke registreres som en fast variabel i norske helseregistre, slik at data som kunne gitt betydelig kunnskap på feltet, ikke utnyttes fullt ut. I tillegg er de teknologiske løsningene ikke gode nok og helseregistrene ikke tilstrekkelig integrert i informasjonssystemene i helsetjenestene. Innvandringsgrupper faller ofte utenfor den generelle forskningen på livsstilssykdommer og somatiske og psykiske lidelser. Flere spørreskjemaundersøkelser er ikke tilpasset innvandringsbefolkningen hverken metodisk eller språklig, og vil derfor ha lav svarprosent.

Norge har svært gode sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre som potensielt kunne benyttes i større grad gjennom kopling av eksisterende registre. Det er viktig at medisinske kvalitetsregistre gjennom dokumentasjon og evaluering av klinisk virksomhet bidrar til bedre helse- og omsorgstjenester for befolkningen. Ulike aspekter (juridiske, etiske, økonomiske) bør gjennomgås, og det bør legges til rette for kobling mot fødelandsregister slik at medisinske kvalitetsregistre gir kunnskap om innvandringsbefolkningen og slik bidrar til bedre helse- og omsorgstjenester også for disse gruppene. Kunnskapsstatus om innvandreres helse bør løpende oppdateres slik at man til enhver tid har kjennskap til ulike helseutfordringer

4. REFERANSER

- ¹ Blom (2008): "Innvandrerers helse 2005/2006" Rapport 35/ 2008 Statistisk sentralbyrå
- ² www.fhi.no
- ³ Wandel, M., Raberg, M., Kumar, B., og Holmboe-Ottesen, G. (2008): "Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: the effect of demographic, socio-economic and integration factors", *Appetite*, 50(2-3), 376-385.
- ⁴ Jenum, A. K. med flere (2012): "Impact of ethnicity on gestational diabetes identified with the WHO and the modified International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria: a population-based cohort study", *European Journal of Endocrinology* (2012) 166 317–324
- ⁵ Kumar, B. N. (2008): "The Oslo Immigrant Health Profile", Rapport 7 Oslo: Folkehelseinstituttet
- ⁶ Hjellset et al. (2011): "Risk factors for type 2 diabetes among Pakistani immigrants: "The InvaDiab-PLAN study on Pakistani immigrant women living in Oslo", i *Immigr Minor Health Vol. (13)* 101 – 10
- ⁷ Tran A.T., Diep L. M., Cooper, J. G., Claudi, T. et al. (2010): "Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway", *BMC Health Services research*. ISSN 1472-6963.
- ⁸ Tran A. T., Straand J., Diep, L. M., et al. (2011): "Cardiovascular disease by diabetes status in five ethnic minority groups compared to ethnic Norwegians", i *BMC Public Health*
- ⁹ Rabanal K.S., Lindman A.S., Selmer R.M., Aamodt G. (2012): "Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study", *European Journal of Preventative Cardiology*.
- ¹⁰ Kumar, B. N. (2006): "Ethnic Differences in Obesity and Related Risk factors for Cardiovascular diseases among immigrants in Oslo Norway", Faculty of Medicine, University of Oslo
- ¹¹ Goth, Ursula-Georgine Småland; Netskar, Anne Kate; Misvær, Nina (2012). Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant ikke-vestlige innvandrere. Tidsskrift for jordmødre. Vol. 8 side 24-29.
- ¹² Skålid, (2012): "The International Medical Interpreters Association (IMIA) 2012", Accreditation program
- ¹³ Moseng, Bera Ulstein (2003): "Lesbiske og homofile med innvandrerbakgrunn En pilotundersøkelse", NOVA rapport 14/2003
- ¹⁴ Dawit Shawel Abebe, Lars Lien, Karin Harsløf Hjelde (2012): "What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway", *Journal of Immigrant and Minority Health*, November 2012
- ¹⁵ Erdal K., Singh N., Tardif A. (2011): "Attitudes about depression and its treatment among mental health professionals, lay persons and immigrants and refugees in Norway", *Journal of Affective Disorders*, 133 481-488.
- ¹⁶ Kirmayer L.J., Narasiah L., Munoz M., Rashid M., Ryder A.G., et al. (2011): *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*. For the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH)
- ¹⁷ Gundersen T. K (2006): "Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring", 2006. Report No.: 1
- ¹⁸ Assum, T. og Nordbakke, S. (2013): "Innvandrere og ulykker. Kunnskap om skadetyper og skadeomfang blant personer med innvandrerbakgrunn", TØI rapport 1255/2013
- ¹⁹ Mørk, I.T., Askenberg, C., Utvoll, J. og Hokland, B.M. (2008): "Brannskader hos barn i alderen 0-15 år innlagt Ullevål universitetssykehus i perioden 1. januar 2003 til 27. august 2008"

-
- ²⁰ Oslo universitetssykehus (2012): "Forebygge skader og ulykker I minoritetsspråklige familier" Prosjekt rapport, Oslo universitetssykehus
- ²¹ The Lancet, editorial Taking health literacy seriously (2005)
- ²² Nielsen T.R. & Waldemar G. (2010): "Dementia in ethnic minorities", Ugeskr Læger. 2010 May 17;172(20):1527-31
- ²³ Buzunge, H. F.. og H. Linnestad & (2012): "Ikke lengre "en tjeneste av ukjent kvalitet", Statusrapport om tolkefeltet i helsevesenet i hovedstadsområdet, Oslo universitetssykehus.
- ²⁴ Utlendingsdirektoratet (2005): "Tospråklig sjekk for potensielle tolker (ToSPoT)", evalueringsrapport 2, Integreringsavdelingen UDI (nå IMDi)
- ²⁵ Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk, Vox 2010
- ²⁶ Magelsen R. (2012): "Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon og helse? En kartlegging av sykepleiestudiet i Helse Sørøst", NAKMI.
- ²⁷ Berre I., Dæhli T. W., og Nordløkken A. (2010): "Hva lærer fremtidige leger om migrasjon og helse? – En kartlegging av medisinstudiet i Oslo", Helsedirektoratet
- ²⁸ Hwang P. (2005): "Utværdering av professionsutbildningen i psykologi", Psykologisk institutt Universitetet i Oslo.
- ²⁹ www.ssb.no
- ³⁰ Ingebretsen, Reidun (2012): "Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn", NOVA-rapport nr. 28/2011
- ³¹ Sandbæk, Miriam Latif (2011): "Voksne innvandrere i norskopplæringen Brukerundersøkelser i Basis og Helsefagarbeideropplæringen Krafttak for norskopplæring", delrapport 4 Fafo-notat 2011:03

