



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
Postboks 8036 Dep
0030 OSLO

BARNE-, LIKESTILLINGS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET	
Arkivkode:	704
Dato:	21.10.2011
Saksnr:	201102421-083

Deres ref
201102421

Vår ref
201103274-/ELU

Dato
19 .10.2011

NOU 2011:14 Bedre integrering - høring

Vi viser til ekspedisjon av 12. september 2011.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har følgende merknader i saken:

Vi støtter den brede tilnærmingen til integrering i NOU 2011:14, der bl.a. økonomi og oppvekstvilkår, arbeid og utdanning vektlegges som grunnlag for integrering. Denne tilnærmingen er i samsvar med folkehelsepolitikken og St. meld. nr. 20 (2006-2007) om sosiale helseforskjeller. Ettersom befolkningens og innvandrerbefolkningens helse er så nært knyttet opp til sosioøkonomisk posisjon og levekår, er det nødvendig å ta tak i de grunnleggende forholdene i samfunnet som økonomi og oppvekstvilkår, arbeids- og bomiljø, når vi skal skape grunnlag for bedre helse i innvandrerbefolkningen.

HOD viser videre til at helseatferd i stor grad er bestemt av det sosiale miljøet. Røyking, fysisk inaktivitet, ugunstige kostvaner og rusmisbruk er sosialt skjevt fordelt i befolkningen. For å legge til rette for endringer i befolkningens helseatferd, er det derfor nødvendig å endre bakenforliggende og strukturelle årsaker til atferden. I tillegg er det viktig å gjøre det enklere og mer nærliggende å ta sunne valg i hverdagen. For eksempel vil bedre kosthold og økt fysisk aktivitet bidra til å forebygge og utsette blant annet type 2 diabetes, overvekt og fedme, visse kreftformer og hjerte- og karsykdommer. Fysisk aktivitet og gode måltider har en verdi i seg selv, og er viktige innfallsvinkler til god integrering i alle aldersgrupper. Dette bør derfor ivaretas både i barnehager, skoler, arbeidsliv, fritidsarenaer og helse- og omsorgstjenesten.

Mat og gode måltidsrutiner er viktig i et kulturelt og sosialt perspektiv. I tillegg er det

også sentralt i forebygging, behandling og rehabilitering av en rekke sykdommer og plager. I utredningen er ikke dette omtalt utover at det vises til vitamin D-mangel og diabetes. Kostholdsinformasjon og veiledning bør synliggjøres som eget tiltak i integreringsarbeidet.

I kap 5.10 omtales helseutfordringer blant minoritetsgrupper, blant annet med økt forekomst av diabetes og vitamin D-mangel. HOD viser til tekstinnspill til BLD av 23. mai 2011 til Stortingsmelding om integrerings- og inkluderingspolitikken der omtalen av helseutfordringer er beskrevet nærmere, blant annet med økt forekomst av overvekt og fedme i enkelte minoritetsgrupper. HOD forutsetter at BLD ivaretar innspillene som er sendt og formidlet tidligere.

Føringene for ernæringsarbeidet er lagt i den tverrdepartementale Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011), der overordnet mål er å redusere sosiale forskjeller i kosthold og endre kosthold i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger. Evalueringsarbeidet er startet opp og videre tiltak vurderes. Videreføring er også forankret, blant annet gjennom St.meld. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Strukturelle tiltak på samfunnsnivå som skal gjøre det enklere å velge sunt vil være viktig også for minoritetsgrupper. Sunnhetsmerkeordningen "Nøkkelhullet" ble innført som en felles nordisk merkeordning på mat i 2009. Det vurderes en utvidelse av merkeordningen til kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet for å motivere til sunnere tilbud i dette markedet. Ikke-vestlige innvandrerkvinner er positive til sunnhetsmerking på matvarer. Det viser rapporten *"Ikke vestlige forbrukere og sunnhetsmerking av næringsmidler"* skrevet av Gun Roos og Mari Rysst, Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) på oppdrag fra Mattilsynet.

Det er viktig å tilpasse kommunikasjonsarbeid til ulike målgrupper. Dette er ressurskrevende. I 2011 er nye kostråd lansert, og det er satt i gang et arbeid for å tilpasse kommunikasjonen av disse og kostholdsinformasjon generelt til ulike minoritetsgrupper. Arbeidet skjer i regi av Helsedirektoratet i samarbeid med relevante organisasjoner og etater. Det er utarbeidet en rapport (vedlagt) fra en workshop om kosthold våren 2011, med en statusbeskrivelse og gode idéer til informasjonskanaler og virkemidler for å nå minoritetsgrupper med kostholdsinformasjon. Idéene kan overføres til andre områder. I rapporten heter det bl.a. at "Det er behov for mange tiltak rettet mot de mest utsatte gruppene. I tillegg til individuell kostholdsveiledning er det stor etterspørsel etter matkurs og oppskrifter som er tilpasset andre matkulturer enn den tradisjonelle norske. Informasjonsmaterieell bør også gis gjennom det obligatoriske introduksjonskurset for innvandrere som nylig har kommet til Norge".

For å forebygge rakitt som følge av vitamin D-mangel er det etablert en ordning med gratis vitamin D-dråper til spedbarn, med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, gjennom helsestasjonene. Helsestasjonene er en svært viktig arena for informasjon til minoritetsgrupper. Et forsøk i Oslo i perioden 2008-2010 med klinisk ernæringsfysiolog som

ressurs for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er evaluert med særdeles god resultater, og kan være en god modell for andre kommuner i ernæringsarbeidet.

NOU 2011:14, kap 7, har grundig situasjonsbeskrivelse og tiltaksforslag for barnehager og skoler. HOD støtter beskrivelsen, men mener i tillegg at en barnehage- og skolehverdag som ivaretar behovet for fysisk aktivitet og gode rammer rundt måltidet er helt sentralt, både som et virkemiddel til integrering gjennom positive aktiviteter, og som et ledd i å forebygge sykdommer knyttet til uheldig helseatferd. For eksempel har organisering av skolemåltidet mye å si for elevenes helse, trivsel og sosiale kompetanse og er en viktig arena for inkludering. Det er fremdeles mange skoler på grunnskolenivå som ikke oppfyller anbefalingene om 20 minutters spisetid, eller har egnede lokaler som innbyr til felles måltid på tvers av klassetrinn. Utvidet skoledag omtales i utredningen som viktig i forhold til leksehjelp. HOD vil understreke at det også gjelder måltid og fysisk aktivitet som er inkludert i forsøkene. Barnehager og skoler er for øvrig omhandlet i eget kapittel i St.meld. nr 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Matlaging er en felles positiv aktivitet som fremmer kulturforståelse. Dette kan også bidra til å bedre kunnskap om mat og helse. Helsedirektoratet har utviklet en kokebok "Mat for alle", som tilbys til selvkost til kommuner foruten at den tilbys gratis til ungdomsskoleelever. Matlaging kan være et viktig element i norskopplæringen og en aktivitet der frivillige organisasjoner tradisjonelt har bidratt positivt i lokalmiljøet. Matlaging og måltidstreff bør derfor ses på som en del av kultur- og fritidstiltak omhandlet i kapittel 10.

HOD merker seg at det står i denne utredningen at det ved behandling av kommuneplaner bør det rettes oppmerksomhet på folkehelsearbeid (om likeverdige offentlige tjenester, side 21 i sammendraget). Folkehelseloven vil være relevant for å få oversikt over helsetilstanden til bl.a. innvandrere, og skal danne grunnlag for utforming av tiltak og prioriteringer i bl.a. annet kommuneplaner. Ny folkehelselov er ikke omtalt i utredningen under 5.10.

Overordnede mål for folkehelsepolitikken er flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte helseforskjeller mellom kjønn, etniske og sosiale grupper. Gjennom samhandlingsreformen vil Regjeringen legge til rette for en bærekraftig helsetjeneste og god kvalitet i tjenestene for alle. En viktig strategi for å få til en slik utvikling er en sterkere satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Reformen er konkretisert gjennom bl.a. to nye lovforslag og St. meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Ny folkehelselov legger et større ansvar for det lokale folkehelsearbeidet til kommuner og fylkeskommuner, jf. Prp. 90 L (2010-2011) om lov om folkehelsearbeid (Folkehelse-loven). Oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Kom-

muner og fylkeskommuner pålegges etter loven et helhetlig ansvar for å fremme folkehelse.

Helsesektoren har, i tillegg til ansvaret for å tilby likeverdige helsetjenester, et ansvar for å fremskaffe kunnskap om innvandrerbefolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker helse, samt kunnskap om effektive forebyggende tiltak. Sektoren har også ansvar for å være pådriver overfor andre sektorer og synliggjøre hvilke konsekvenser politikk og tiltak i ulike sektorer har for folks helse, herunder innvandrerbefolkningen.

Under kap 5.16 anbefales det å bedre indikatorer, overvåkning og rapportering på sentrale faktorer som del av det videre arbeidet med integrering. I denne sammenheng vil HOD opplyse om at det skal arbeides med å fastsette indikatorer og måltall for helseadferd og påvirkningsfaktorer på helse på flere områder på grunnlag av data over befolkningen, herunder data fra Norsk pasientregister, som bl.a. gir informasjon om innvandrerstatus og sosial bakgrunn.

Det vises til omtale av rusmiddelbruk i kap 5.10. HOD vil understreke at rusmidler misbrukes i alle sosiale lag og i alle etniske grupper. Samtidig vet vi at veier inn i rusmiddelmisbruk henger sammen med sosioøkonomiske faktorer som inntekt, utdanning og arbeid. Diskriminerende handlinger, praksis og ytringer reduserer menneskers livskvalitet og begrenser livsutfoldelse og muligheter. Tiltak for å hindre diskriminering er sentralt i det brede, tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Det å bli inkludert, både på arbeidsmarkedet og i samfunnet generelt, er viktig både for å unngå å havne i rusmiljøer, men også som hjelp til å komme ut av et rusmisbruk.

Når det gjelder kulturforståelse og tilgang til spesialisthelsetjenester er målet er å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Sykehusene må tilrettelegge helsetjenesten for et flerkulturelt samfunn.

Det er en utfordring å tilby likeverdige helsetjenester til alle. Vi vet en del om de ulike sykdommer som minoritetsbefolkningen har og er disponert for å utvikle. Det er helsetjenestens ansvar å sørge for at behandlingstilbudet både er faglig innrettet og riktig dimensjonert for det sykdomspanoramaet som til enhver tid finnes i befolkningen. Utfordringen er i stor grad språk og kulturforståelse.

Det er lovfestet i helseforetakenes formålsparagraf og understreket i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene at alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.

De regionale helseforetakene skal også iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov. Det er videre stilt som krav fra eier at det skal iverksettes tiltak for at alle

pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, gis mulighet til deltagelse i mottakelse av helsehjelp.

Helsedirektoratet er også gitt i oppdrag å gjennomføre tiltak for å styrke språk- og kulturkompetansen hos personell i helseforetakene knyttet til den samiske befolkningen og innvandrere. Helsedirektoratet fikk i 2009 tildelt 5,5 mill. kroner til videreføring av pågående områdesatsinger i Groruddalen og i bydel Søndre Nordstrand i samarbeid med Oslo kommune, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008-2009) og i Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen.

Akershus universitetssykehus HF har vedtatt en egen plattform for arbeid med Likeverd og Mangfold ved sykehuset. Målsettingen er at likeverd og mangfoldsperspektivet skal være gjennomgripende innenfor alle områder i sykehuset og er rettet mot.

Det arbeides systematisk og koordinert for å understøtte alle områder i sykehuset, og i samhandlingen med bydelene i Oslo kommune og med andre kommuner i Akershus universitetssykehus HF opptaksområde, med bl.a. følgende prosjekter i samarbeid med bydelene Stovner og Grorud mfl.:

- *Å leve med diabetes*
- *Støttetilbud for norsktamilere*
- *Bedre fødselsomsorg til kvinner med innvandrerbakgrunn*
- *Det arbeidet med en svangerskapsplan med fokus på minoritetsperspektivet*
- *Ulike HR og kompetanseutviklingstiltak på området.*
- *Det utvikles også et elæringskurs for bruk av tolketjeneste i samarbeid med høgskolen i Oslo*

Helse Sør-Øst og Oslo kommune samarbeider om prosjektet: Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste om minoritetsbefolkningen i hovedstadsområdet. Hovedmålet med prosjektet er å styrke sykehusenes og bydelenes evne til å tilby pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn et likeverdig helsetilbud. Resultatet av dette arbeidet kan gi erfaringer som også kan komme andre regioner og HF til gode.

AMK

De regionale helseforetakene har gjennomgått arbeidet med å sikre språklig og kulturell tilgjengelighet ved AMK-sentralene. Temaet har blant annet blitt behandlet i samarbeidsforum for prehospitale tjenester. Det meldes om utstrakt bruk av KoKoms anbefalinger om opplæring og oppfølging (se neste avsnitt). Det er kun et fåtall av sentralene som har ikke tatt disse i bruk. Medisinsk indeks opplyses å være et nyttig verktøy.

Nasjonalt kompetansesenter forhelsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har utarbeidet "Forslag til faglig opplæring/oppfølging av AMK-operatører" og en faglig anbefaling om resertifisering av AMK-operatører.

Rapporten en "En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten" fra 2009, påpeker at KoKoms opplæringsplaner utgjør et verdifullt utgangspunkt i arbeidet med å sikre kompetansen ved AMK-sentralene, men at det er behov for å gjennomgå disse.

Helsedirektoratet er på bakgrunn av denne anbefalingen, og ønske fra politisk ledelse, gitt i oppdrag å gjennomgå og oppdatere disse planene. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med de regionale helseforetakene. KoKom har overlevert rapporten til direktoratet som vil gjennomgå denne og vurdere om den evt. kan bli en standard for helsetjenesten. Unison opplæring av personell på legevaktsentraler er et viktig arbeid. Det tas sikte på at dette arbeidet vil være ferdig medio 2012.

Kommunikasjon og tolketjenester

Likeverdige helsetjenester er et uttalt mål for helsetjenesten. Lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet forutsetter i mange tilfeller tilrettelagt informasjon og kommunikasjon ved hjelp av tolking.

Det har vært en økt satsing på å utdanne flere tolker og undervise helsepersonell i å arbeide med tolk i helsekonsultasjoner. Undersøkelser viser imidlertid at det er underforbruk av tolk i helsetjenestene, og at det eksisterer lite informasjon rettet mot den «tredje parten» i tolkete samtaler, nemlig pasienter.

Helsepersonell har:

- Plikt til å vurdere behovet for og bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner
- Ansvar for å informere pasienter og brukere om muligheten og plikten til å bruke tolk for å kunne gi forsvarlig helsehjelp
- Ansvar for å forklare pasient eller bruker som ikke selv ønsker å bruke tolk, men hvor det vurderes som nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, hvorfor tolk er nødvendig
- Ansvar for å informere pasient/bruker om klagemulighet når tolkingen ikke har vært tilfredsstillende

Språklige barrierer kan medføre:

- Redusert tilgang til helsetjenester
- Større risiko for feildiagnose
- Større risiko for feilbehandling
- Vanskeligheter med å forstå egen sykdom
- Mangelfull oppfølging av anbefalt behandling
- Unødvendige gjeninnleggelser med medisinske og økonomiske konsekvenser
- Mindre tilfredshet, økt frustrasjon og utrygghet hos pasienter og pårørende
- Svekket tillit til helsepersonell og til helsetjenestene

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) har i samarbeid med Helsedirektoratet laget brosjyren "Pasient og tolk". En brosjyre om tolk i helsetjenesten (IS-0287, 2009) som er oversatt til over 20 språk. Denne kan brukes av helsepersonell i møtet med aktuelle pasienter og brukere. Brosjyren omtaler blant annet rettigheter til

tolketjenester, at tjenestene er gratis for pasienten, og at barn og pårørende ikke skal brukes som språklige formidlere/oversettere i helsekonsultasjoner.

Helsedirektoratet har, september 2011, gitt ut en veileder for tolking i møte med bl.a. personer med begrensede norskkunnskaper. Veilederen skal bidra til å gi helse- og omsorgspersonell bedre kompetanse til å bestille kvalifiserte tolker og til å gjennomføre samtaler via tolk.

Å benytte kvalifisert tolk og å inneha nødvendig kompetanse som tolkebruker er avgjørende for å kunne yte forsvarlige helsetjenester når det er en språkbarriere. Departementet har i oppdragsdokumentet for 2009 bedt de regionale helseforetakene om å etablere tolketjenester for minoritetsspråklige pasienter som trenger det.

Utgifter til tolketjenester utgjør en del av det økonomiske ansvaret for helsetjenester

Tolkeutgifter i forbindelse med behandling i spesialisthelsetjenesten og hos private aktører som Regionale helseforetak (RHF) har inngått avtale med, skal dekkes over midler som er stilt til rådighet til RHF gjennom statsbudsjettet.

Dette henger sammen med sørge-for ansvaret og sikring av tilstrekkelig kommunikasjon mellom helsevesenet og pasienten. Statlige finansieringsordninger tildeler midler til helseregioner, delvis basert på behov og delvis på aktivitet, og det er de samlede midlene som ressurstilgangen består av. Hvordan midlene fordeles internt, herunder midler til tolkeutgifter, er det opp til helseregionene å bestemme. Økt tidsbruk hos privatpraktiserende spesialister som skyldes bruk av tolk i konsultasjonen, kompenseres gjennom takstsystemet på samme måte som for fastleger.

Pasientens rett til informasjon, medvirkning og forsvarlige tjenester – juridisk grunnlag

Helsetjenesten har informasjons- og veiledningsplikt overfor sine brukere og har ansvar for å bruke tolk der det er nødvendig. Rett til tolk i helse- og omsorgstjenestene fremgår ikke eksplisitt av lovverket. Pasientrettighetsloven fastslår imidlertid at pasientene har rett til medvirkning og informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Helsehjelp skal være basert på informert samtykke fra pasienten, jf. §§ 3-1-3-4. Helsepersonelloven § 10 pålegger den som yter helsehjelp en korresponderende plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i Pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4".

Helsehjelp skal være basert på informert samtykke fra pasienten, jf. Pasientrettighetsloven § 4-1. Dette tilsier at bruk av tolk i mange tilfelle vil være nødvendig når pasienten har begrenset norskkunnskap.

Pasientrettighetsloven § 3-5 gir pasienten rett til informasjon som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språk-

bakgrunn. I forarbeidene til loven er det presisert at også personer med funksjonshemninger har rett til tilpasset informasjon. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Pasienter har rett til innsyn i egen journal, jf. pasientrettighetsloven § 5-1, og helsepersonell har plikt til å gi pasienten innsyn i journalen, jf. helsepersonelloven § 41. For at innsynsretten skal bli reell, vil det kunne være behov for å bruke tolk. Det skal legges til rette for at samiskspråklige, fremmedspråklige og personer med funksjonshemninger skal kunne utøve retten til innsyn i sin journal, jf. Journalforskriften § 11.

Et krav om bruk av tolk kan også følge indirekte av lovens krav til ytelse av forsvarlige helsetjenester og pasientens rett til nødvendig helsehjelp. Helsepersonell har plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp etter helsepersonelloven § 4, hvilket noen ganger ikke vil være mulig uten å benytte tolk.

Det er for øvrig tjenestens ansvar å ha rutiner og prosedyrer som sikrer at helsepersonell blir i stand til å overholde sine plikter.

Spesialisthelsetjenesteloven fastslår at helsetjenester som ytes i henhold til denne loven, skal være forsvarlige, jf. § 2-2. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 forplikter helseinstitusjoner som omfattes av loven til å videreformidle den informasjonen som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter etter pasientrettighetsloven §§ 2-1 – 2-5, herunder rett til nødvendig helsehjelp.

Det vises også til forvaltningsloven § 11 om offentlige myndigheters veiledningsplikt og § 17 om plikten til å ha utredet saken så godt som mulig før vedtak treffes. Selv om forvaltningsloven ikke sier noe om bruk av tolk, kan bruk av tolk være nødvendig for å oppfylle lovens bestemmelser.

Godkjenningsordningene for utenlandsk utdanning generelt og for lovregulerte yrker spesielt

Det er behov for kvalifisert helsepersonell for å dekke både dagens og fremtidens behov. Innvandring til landet kan bidra til å dekke dette behovet.

Krav til utdanning og praksis som grunnlag for autorisasjon av helsepersonell er et vesentlig element i å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen. Befolkningen skal ha tillit til at helsepersonell i Norge yter faglig god og sikker helsehjelp.

Helsemyndighetene har ansvar for at gode godkjenningsordninger som sikrer at helsepersonell som arbeider i Norge har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. Det gjøres risikovurderinger der målsetningen er å belyse utfordringer som finnes i autoriseringen av helsepersonell fra andre land.

Arbeidsgiverne har ansvar for å forsikre seg om at de som ansettes tilfredsstillt krav til personlig egnethet, språkferdigheter og kjennskap til norsk helsetjeneste.

Med vennlig hilsen

Siv Wassmich

Ann M. Løseth e.f.
avdelingsdirektør

for

E. Lien Utstumo
E.Lien Utstumo
rådgiver

Vedlegg