

Høring NOU 2011:14 Bedre integrering

Fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

NAKMI mener at god helse er et grunnleggende premiss for god integrering

Bemerkning til utvalgets mandat: I utvalgets mandat nevnes det: «Utvalget skal gjennom sitt arbeid løfte fram utfordringer og muligheter i et flerkulturelt Norge, og med bakgrunn i dette foreslå tiltak i inkluderings- og integreringspolitikken. Utvalget skal ta utgangspunkt i foreliggende forskning og kunnskap på feltet, og i sitt arbeid legge vekt på arbeidsliv, utdanning og deltakelse i demokrati og sivilsamfunn.»

NAKMI mener at det i utvalgets mandat burde vært lagt mye større vekt på helse som et selvstendig tema

Bemerkning til utvalgets sammensetning og dialogarbeid: Gitt at både brukerne av helsetjenester og helsepersonell har minoritetsbakgrunn er det viktig å inkludere temaet helse i integreringsutvalget. Så vidt NAKMI kan bedømme har ingen i utvalget noen form for helsefaglig bakgrunn eller yrkesmessig tilknytning til helsesektoren. Utvalget sier de har lagt opp til *et omfattende dialogarbeid for å få til en bred debatt om integrerings- og inkluderingspolitikken* og at hensikten har vært å bidra til en kunnskapsbasert integreringsdebatt og la befolkningen komme til orde med sine erfaringer og synspunkter. Ingen av dialogmøtene har hatt helse som et hovedfokus og ingen av innleiderne i disse møtene har hatt helsefaglig bakgrunn og eller kompetanse. Heller ikke blant innleiderne på inkluderingsutvalgets utvalgsmøter har hatt en slik bakgrunn eller kompetanse. Dette til tross for at det finnes en rekke kapasiteter og fagmiljøer i Norge som har kompetanse når det gjelder innvandrerbefolkningens helsetilstand, helseutfordringer, og sammenheng mellom helse og levekår, arbeid, deltakelse og integrering.

NAKMI mener dette er en svakhet ved utvalget og utvalgets arbeid. Resultatet har blitt at helseperspektivet er for dårlig ivaretatt i NOU'en.

Levekår i innvandrerbefolkningen: Dokumentet beskriver kort helseforskjeller og helseutfordringer i innvandrerbefolkningen i kapitlet om levekår. Det nevnes som et av tiltakene for bedre levekår at det trengs et større fokus på likeverdige offentlige tjenester, men man er for lite konkret når det gjelder strategi og innhold. Det er et behov for målrettet forebyggende folkehelsearbeid. Både SSBs, Folkehelseinstituttets undersøkelser og annen forskning viser at innvandrerbefolkningen er overrepresentert både i forekomst og risikogruppe for visse alvorlige folkehelseproblemer. For

eksempel er innvandrere fra Pakistan, Tyrkia, Iran og Sri-Lanka betydelig overrepresentert med diabetes type-2, og så mye som 90% av innvandrerkvinner fra Pakistan er i risikogruppen.¹

Diabetes type-2 kan gi betydelig forringet livskvalitet og er samfunnsøkonomisk svært kostbart (synshemmelser og nyresvikt). Flere av folkehelseproblemene kan forebygges. Fordi det er store variasjoner innvandrergruppene i mellom vil det være god ressursutnyttelse å gjøre noe av folkehelsearbeidet gruppespesifikt. NOU'en har skrevet for lite om betydningen av folkehelsearbeid.

NAKMI ber om at utvalget ser nærmere på hvilken betydning forebyggende folkehelsearbeid ovenfor innvandrerbefolkningen kan ha i når det gjelder forbedring av levekår.

NAKMI mener utvalget bør orientere seg bedre om betydningen av helse og helsetjenester i forhold til tiltakene for bedre levekår. Og inkludere eksisterende kunnskapsgrunnlag om helse for å kunne tegne et bredere bilde av levekårsituasjonen.

Arbeid og sysselsetting: Migrasjonens betydning for helse- og omsorgssektoren kommer ikke tydelig nok frem i teksten. Statistisk sentralbyrå kunne i 2010 rapportere at: "I helse- og sosialtjenestene arbeidet det 25 400 personer som hadde en annen landbakgrunn enn norsk i 2010. Dette er en økning på nær 7 prosent sammenlignet med året før. Sykepleiere utgjør den største gruppen av helsepersonellet, hele 8 000 personer, mens gruppen leger er nest størst med om lag 4 500."² Tall fra SSB, 2008, viser at 1 av 5 fastleger er innvandrere. Innvandrere er også overrepresentert som fastleger i små kommuner der det ofte er problematisk å dekke fastlegebehovet.³ I alt var det i 2008 150 318 innvandrere med Universitets eller høyskoleutdannelse innen helse og sosialfag. I tillegg er helse- og omsorgssektoren avhengig av ufaglært pleie- og rengjøringspersonell, der innvandrere utgjør en stor andel av arbeidskraften. En undersøkelse utført av Rokkansenteret i 2008 viste at hver tredje ansatte i pleie- og omsorgssektoren i Oslo, har innvandrerbakgrunn.⁴

NAKMI ber om at innvandringens betydning for arbeidskraftstilfanget i helse- og omsorgssektoren samt andre sektorer kommer eksplisitt frem.

Voksenopplæring og grunnleggende kvalifisering av nyankomne innvandrere: "Voksnes rett til grunnskole og videregående opplæring bidrar til utjevning av sosiale forskjeller mellom innvandrerbefolkningen og den øvrige befolkningen. Ikke minst vil et løft av voksenopplæringen være viktig når en skal fange opp de som i dag faller fra videregående opplæring, og som senere i livet ønsker å komme tilbake for å fullføre sin opplæring."(s.213). Like viktig er at nyankomne får informasjon og kunnskap om helsetjenestene og rettighetene de har. Helserelevante temaer som f. eks kosthold, kan inkluderes under tematikk under voksenopplæringen.

Bedre bruk av innvandreres medbrakte kompetanse:

"Flerkulturell kompetanse hos helsearbeidere samt grunnleggende systemforståelse, kjennskap til det norske samfunnet og tillit i innvandrerbefolkningen er sentrale faktorer." (s.106). Helsepersonell med minoritetsbakgrunn er en viktig ressurs som må tydeliggjøres og brukes aktivt.

