

15. september 2022

Helse og omsorgsdepartementet
nasjonalhelseogsamhandlingsplan@hod.dep.no

Innspill til ny nasjonal helse- og samhandlingsplan fra Helsedirektoratets fagråd for innvandrerhelse

Fagråd for innvandrerhelse skal bistå Helsedirektoratet i arbeidet med likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen. Rådet består av fagpersoner med kompetanse om innvandreres levekår, helse og helseutfordringer, tilgang til og bruk av helse- og omsorgstjenester. [Fagrådets medlemmer](#) representerer seg selv i rådets arbeid.

Etter at den nasjonale strategien for innvandrerhelse gikk ut i 2017, har vi erfart at det har blitt viet mindre politisk oppmerksomhet mot helse- og omsorgstjenester for innvandrere. Vi ser derfor med glede på at Helse- og omsorgsdepartementet i den nye nasjonale helse- og samhandlingsplanen gjennomgående vil vektlegge tjenester til minoriteter og til den samiske befolkningen.

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Personer med innvandrerbakgrunn utgjør nå over en million av Norges befolkning (innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn). Det er en sammensatt gruppe med stor variasjon i bakgrunn, årsak til innvandring og botid i landet. Dette påvirker på ulike måter også deres helse og levekår. Det er viktig at dette synliggjøres i den nye planen. Under vil vi rette oppmerksomhet mot et utvalg utfordringer vi mener bør adresseres.

Manglende tilrettelegging med tanke på språk, helsekompetanse, kulturell bakgrunn, tro- og livssyn

Fagrådet opplever at det fortsatt er behov for å minne ansatte i helse- og omsorgstjenester om lover som fordrer at tjenester er tilpasset den enkeltes bakgrunn og forutsetninger. Språkbarrierer, kulturelle og religiøse forhold, helsekompetanse, funksjonsevne, utdanningsnivå/sosioøkonomiske forutsetninger mm. er viktige faktorer å ta hensyn til. *Pasient- og brukerrettighetsloven* er tydelig på at pasienter har rett til å medvirke, og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Pasienten skal få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. *Tolkeloven* er tydelig på at offentlige tjenester skal bruke tolk når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. I vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, skal det blant annet legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter. Det presiseres også at det skal brukes *kvalifiserte* tolker.

Kjennskap til den enkeltes helsekompetanse og utdanningsnivå er også viktig, for å kunne tilrettelegge informasjon og kommunikasjon(sform) på en hensiktsmessig måte.

Helse- og omsorgstjenestene trenger *fortsatt* en påminnelse om å benytte tolk der man ikke kan kommunisere forsvarlig i behandlingssammenheng med pasient/bruker. I den sammenheng er det behov for kontinuerlig opplæring i kommunikasjon via tolk, og i bestilling av tolk. Dette må også legges inn i de aktuelle profesjonsutdanningene.

Når det er behov for tolk i kommunikasjon med f.eks. fastlegen eller ulike polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, er det viktig at det settes av nok tid. I en tolket samtale skal alt sies to ganger, og det fordrer dobbelt så lang konsultasjonstid. I tillegg er det et element at det tar tid å bygge tillit mellom lege og pasient. Fastlegen har ofte korte konsultasjoner per pasient, noe som i vår erfaring er uheldig med tanke på å skape den tryggheten som er nødvendig for å gi den nødvendige hjelpen. Mange kulturer er mer relasjonsorienterte enn norsk kultur. Det tar tid å bygge tillit – og det tar tid å få frem de faktiske helserelaterte problemene.

Tillit til maktpersoner/myndighetene

Erfaringer fra koronatiden viser at enkelte innvandrergupper er preget av lav tillit til myndighetene, basert på erfaringer fra hjemlandet. Det er også en faktor som har betydning for den psykiske og somatiske helse i tillegg til tilbøyeligheten til å følge råd relatert til folkehelse og smittevern.

Rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn i møte med helse- og omsorgstjenestene

Også den som mottar helse- og omsorgstjenester, har rett til å kunne utøve sin tro eller sitt livssyn både alene og i fellesskap med andre. Å sikre dette kan kreve en ekstra bevissthet, og ikke sjelden tilrettelegging, av tjenesteyterne. Det kan for eksempel handle om mat, bønnetider, hygiene, hva man ønsker å lese og lytte til, hvem tjenestemottakeren ønsker besøk av og samtaler med, osv. Det er viktig å understreke at dette kan gjelde både majoriteter og minoriteter på ulike måter i samfunnet.

Fagrådet opplever generelt at det er lite kunnskap og bevissthet om pasienters tro og livssyn. Følgelig blir det ikke alltid tilrettelagt godt nok. Det bidrar til å svekke menneskers mulighet til å praktisere sin tro eller sitt livssyn. Samtidig har vi sett en god utvikling de siste årene, blant annet med tros- og livssynsveiledere – og flere eksempler på sykehusimamer, felthumanist osv.

Forskning viser også at religion kan fungere som en ressurs i mestring av psykisk og somatisk sykdom.

Helsetilbud og informasjon til asylsøkere

Asylsøkere og flyktninger har, som befolkningen for øvrig, ulik sosioøkonomisk bakgrunn (inkl. utdanning). Det er også store geografiske forskjeller innad i Norge når det gjelder informasjonsvirksomheten overfor denne målgruppen (asylmottak, kommune el.l.); det gjelder type informasjon som blir gitt, identifisering av behovene for informasjon, kompetanse/kunnskapsnivå hos de som gir informasjon, og ikke minst *måten* denne informasjonen blir gitt på.

Det er derfor behov for tilpasset informasjon for å ivareta deres allerede begrensede rettigheter (spesielt de som har fått avslag på asylsøknad/de som bor utenfor mottakssystemene).

For nyankomne til Norge og de med midlertidig personnummer er tilgangen til helsetjenester begrenset. Tilgangen øker etter hvert som oppholdstillatelsen endres, men vår erfaring er at mange

står uten helsehjelp for annet enn akutte tjenester i lang tid. Psykologisk behandling og kjønnsbekreftende behandling faller blant annet utenfor det som tilbys personer som ikke har fått fast oppholdstillatelse.

Mangelfull tilgang til helsetjenester og lav helsekompetanse

Fagrådet er av den oppfatning at helsesystemet ikke er rigget godt nok for personer som ikke kjenner systemet, som ikke forstår hva som ligger i begrepene som brukes (henvisninger, behandlingskø, primær- og spesialisthelsetjenesten, DPS, psykolog, taushetsplikt, pakkeforløp, osv.), og som har traumatiske erfaringer.

Lite kjennskap til systemet og ens rettigheter i tillegg til manglende språkkunnskaper gjør at mange ikke forstår omgivelsene sine og har vansker med å gjøre seg forstått. Slike opplevelser kan være psykisk belastende og kan føre til mye frustrasjon, maktløshet, manglende kontroll eget liv og negative tanker eller følelser.

Overrepresentasjon av innvandrere med psykisk uhelse

Andelen innvandrere med høyt nivå av psykiske plager er i snitt høyere enn i befolkningen generelt. Dette er det viktig å rette oppmerksomhet mot. Årsakene kan være sammensatt, for flykninger kan det være basert på erfaringer med vold og terror i hjemlandet og/eller opplevelser fra selve flukten. For mange innvandrere har det likevel også sammenheng med økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer *etter* de har kommet til Norge ([Helse blant personer med innvandrerbakgrunn - FHI](#)).

Vi ønsker også å trekke frem særlig sårbare grupper i denne sammenheng: Levekårsundersøkelsen (Eggebø, Stubberud og Karlstrøm, 2018) blant *skeive med innvandrerbakgrunn* i Norge beskrev at denne gruppen er overrepresentert på utfordringer knyttet til psykisk helse, selvmord, rus, økonomiske problemer, vold i nære relasjoner, m.m. Levekårsundersøkelsen (Anderssen, Eggebø, Stubberud og Holmlid, 2020) for seksuelle- og kjønnsminoriteter viste at *transpersoner* rapporterer om dårligere levekår enn andre skeive og enn øvrige befolkningen. Ettersom transpersoner har dårligere levekår og skeive med innvandrerbakgrunn har dårligere levekår, er det rimelig å anta at transpersoner med innvandrerbakgrunn er den mest utsatte undergruppa.

Arbeidsmigranter er også en gruppe som bør vies oppmerksomhet med tanke på psykisk helse. Det er behov for mer kunnskap om hvordan integreringsprosesser spiller inn for livskvaliteten og den psykiske helsen hos denne gruppen. Vi ser behov for å undersøke nærmere hvilke mestringsstrategier og faktorer som kan spille en forebyggende rolle for denne målgruppen.

Det er også en utfordring at informasjon om muligheter for psykisk helsehjelp i primærhelsetjenester som fastlege, helsesykepleier og kommunale lavterskel tilbud ikke er tilgjengelig på flere språk. Mange kjenner ikke til slike tilbudene i sine respektive hjemland. Det er kjent at arbeidssituasjon påvirker gruppens livskvalitet og psykisk helsetilstand. Mange opplever diskriminering og rasisme i arbeidslivet ([statistikk fra Bufdir](#)), og det gjelder både nasjonale minoriteter og personer med minoritetsbakgrunn. Videre viser en [rapport fra Arbeidstilsynet](#) at utenlandske arbeidstakere har høyere risiko for arbeidsskadedødsfall enn norske arbeidstakere. Noen studier (Przybyszewska A., 2021) viser også hvordan nedadgående faglig og sosial mobilitet blant polske innvandrere i Norge bidrar til psykisk påkjenning hos denne gruppen.

Barn og unges psykisk helse påvirkes av foreldrenes forståelse og kjennskap til det norske helsesystemet. Det er mange som ikke forstår forskjellen mellom PPT, BUP og barnevernet. Videre er

det erfart at frykt for barnevernet er et større problem enn faktiske utfordringer hos familier. Denne frykten er en hindring for foreldre å oppsøke hjelp når de er bekymret både for barnas eller egen helse, og kan føre til at mange oppsøker hjelp sent ([doktoravhandling Fylkesnes M.K., 2018](#)).

Rasisme og diskriminering

Personer som opplever rasisme og diskriminering, rapporterer om mer psykiske plager enn de som ikke gjør det. Diskriminering kan *også* få konsekvenser for den fysiske helsen ([Rasisme og diskriminering kan påvirke helsen - FHI](#)). Mye av vår kunnskap på dette området er riktignok basert på utenlandske studier. Det er derfor behov for å se på de faktiske forhold også i Norge. Det finnes studier som dokumenterer omfanget av og årsakene til diskriminering og på sentrale arenaer i samfunnet, som i arbeidslivet, på boligmarkedet, i sivilsamfunnet og i utelivet. Så langt har man imidlertid viet mindre plass til *konsekvensene* av å bli utsatt for systematisk forskjellsbehandling. Fagrådet mener at diskrimineringens konsekvenser bør settes inn i en bredere forståelse av mer generelle utfordringer knyttet til utenforskap og folkehelse. Utenforskap og diskriminering virker negativt inn på den enkeltes livsutfoldelse, men det er også vist at dette er forhold som har klar negativ betydning for psykologiske faktorer og det man gjerne referer til som well-being. Mye av forskningen er også forankret utenfor Norge.

Det er en sammenheng mellom *opplevd* diskriminering og psykisk helse (Abebe et al., 2012; Berry et al., 2006). Innvandrere, barn av innvandrere og skeive med innvandrerbakgrunn rapporterer alle om mer diskriminering enn den øvrige befolkningen (Dalgard, 2018; Eggebø, Stubberud og Karlstrøm, 2018; Vrålstad og Wiggen, 2016). I følge tall fra SSB, Fafo, NBR rapporterer individer med muslimsk bakgrunn om mest diskriminering i samfunnet når man sammenligner ulike innvandrergrupper. Det gjelder også i møte med norsk helsesektor i tillegg til at muslimer er overrepresentert som ofre for hatkriminalitet i Norge. Internasjonale studier er tydelig på sammenheng mellom opplevd diskriminering og negative helseutfall (både somatisk og psykisk helse) blant muslimer.

For *skeive med migrantbakgrunn* er manglende trygghet og diskriminering på asylmottak en stor utfordring, herunder alvorlig mobbing, vold og seksuelt misbruk. Mobbing og diskriminering er også et stort problem på introduksjonsprogrammet, noe som gjør at mange dropper ut og følgelig ikke lærer de nødvendige ferdighetene for å integrere seg i Norge (Eggebø, Stubberud og Karlstrøm, 2018).

Manglende bevissthet ved «dobbelminoritet» (interseksjonalitet)

Det kan være ulike utfordringer og tabuer knyttet til f.eks. funksjonsnedsettelse – som kan gi en dobbel utfordring for den det rammer. Her er det viktig å jobbe med å bygge ned stigma gjennom opplysningsarbeid og støtte til pårørende, og ved å gi ekstra støtte til de som fort kan bli mindre synlige pga. sykdom.

Folk kan møte på utfordringer uavhengig om de er en minoritet eller ikke, men som minoritet er man ofte mer utsatt for diskriminering og forskjellsbehandling. Ekstra utfordrende kan det være for «dobbelminoriteter», f.eks. minoritetsreligiøse med funksjonshemming.

Manglende representasjon i ledelse, råd og utvalg – også i forskning

Selv om individer med minoritetsbakgrunn er overrepresentert i ulike yrker i norsk helsesektor er det sjelden reflektert i lederstillinger. Kulturell kompetanse er vitenskapelig bevist mangel blant norsk helsepersonell.

Fagrådet erfarer at innvandrerbefolkningen i mange råd og utvalg er dårlig representert. For å kunne favne bredt hva gjelder erfaringer og tilbakemeldinger til ansvarlige tjenesteytere, er det viktig med en adekvat representasjon.

Østeuropeiske arbeidsmigranter, hvor polske innvandrere utgjør den desidert største innvandrergruppen i Norge, er lite synlige i den offentlige debatten og lite representert på arenaer hvor det er naturlig å snakke om inkludering og integrering. Deres stemme kommer sjelden fram. De får ikke tilbud om introduksjonsprogram og er derfor selv ansvarlig for språkopplæring, det å bli kjent med plikter og rettigheter i arbeidslivet, brukerrettigheter i helsevesenet mm. For å hevde sine rettigheter må man først kjenne til dem. Dette fører til at bare de ressurssterke lærer seg språket og blir kjent med det norske (helse)systemet og etter hvert vet hvor og hvordan de kan henvende seg for veiledning og hjelp. De som *ikke* klarer dette, opplever store belastninger inkl. psykisk påkjenning, når de møter utfordringer på arbeidsplassen, i skole hjem samarbeid eller i helsevesenet.

Vi vil også rette oppmerksomheten mot manglende inkludering av individer med innvandrerbakgrunn i både kvalitative og kvantitative studier. Det unnskyldes gjerne med at det blir for dyrt. Resultatet er at vi får «kunnskap» som ikke reflekterer de faktiske forhold i befolkningen. Dette er det viktig at adresseres i meldingen.

Hvilke tiltak er aktuelle

- Kompetansehevende tiltak om innvandrerhelse, minoriteters utfordringer og kultur- og traumesensitive tilnærminger for ansatte i offentlig sektor er viktig. Alle ledd i helsevesenet bør øke sin kompetanse på hvordan de kan tilby bedre hjelp minoriteter. Dette gjelder både personalet, de helse relaterte utdanningene og selve organiseringen av helsevesenet. Minoritetsorganisasjoner bidrar gjerne med sin særskilte kompetanse. Utfordringen er ofte at det ikke settes av tid til kompetanseheving. Tematikken må også bli eksamensrelevant i profesjonsstudier.
- Det er fortsatt behov for gjøre helsepersonell oppmerksom på tolkens rolle som en integrert del av helsetjenesten. Dette for å sikre at pasienter med begrensede norskferdigheter skal ha mulighet til å bli informert og gis mulighet til medvirkning i eget behandlingsforløp. Det er viktig at det settes av nok tid til tolkede samtaler, det være seg både i spesialisthelsetjenesten og hos fastleger og i andre helsemøter.
- *Tid er penger:* Det bør legges til rette for økt DRG ved bruk av tolk. Alt må sies to ganger, det tilsier at tiden på konsultasjonen minst dobles. I tillegg er det viktig at det settes av nok tid til at det etableres en tillitsfull relasjon mellom pasient/bruker og helsepersonell.
- Informasjonsarbeid om helsetjenester og pasientrettigheter:
 - Styrke informasjonsarbeid til asylsøkere om helse relaterte tilbud, slik at beboere på ulike mottak og i ulike kommuner mottar samme informasjon om sine rettigheter.
 - Informasjon må være lett tilgjengelig via kanaler hvor man når målgruppen f.eks. via lokale innvandrerforeninger, sosiale medier, radiokanaler, ulike landbaserte nettportaler osv.

- Mer klarspråk i offentlig helseinformasjon. Dette er også knyttet til helsekompetanse i befolkningen generelt.
- Lettere tilgang til helsetjenester, gjerne via ulike lavterskeltilbud med kort geografisk avstand, gratistilbud og lav terskel for å oppsøke hjelp; det kan være vanskelig for personer som ikke er oppvokst i Norge å navigere det norske (helse)systemet. Det må være enkelt å komme i kontakt med helsevesenet (ambulerende/opsøkende tilbud). Det kan også være informasjonstiltak via kurs med tolk på f.eks helsestasjon eller hos helsesykepleier på skole for nyankomne barn, evt. holdt i samarbeid med minoritetsorganisasjoner.
- Styrke innvandrerbefolkningens helsekompetanse via f.eks. webinarer med helsepersonell som snakker morsmålet til målgruppen. Bør være mulighet for dialog/stille spørsmål.
- Forbedring av internrutiner for å avklare behov og ønsker hos brukere og pårørende, også relatert til deres tro eller livssyn. Dette må gjøres systematisk, f.eks. ved innkomstsamtale/førstesamtaler. Vurdere praktiske digitale løsninger for registrering av ønsker og behov, f.eks. ritualer og tilgang til samtalepartnere og hellige tekster.
- Bevisst bruke erfaringer fra Covid-pandemien, om hvordan nå ut med informasjon til ulike innvandrergrupper.
- Opprettholde støtte til etablerte frivillige organisasjoner som tilbyr hjelp til innvandrere og skjeive med minoritetsbakgrunn, slik at disse har mulighet til å tilby forutsigbare helsetilbud eller tiltak for å øke helsekompetanse. Frivillige organisasjoner bidrar med mye relevant kompetanseheving, og deres relasjon til brukere er uvurderlig (noe som blant annet ble synlig under koronapandemien.) Samtidig er fagrådet opptatt av å formidle at frivillige organisasjoner ikke skal må ta over det som åpenbart er statens ansvar å ivareta.
- Noen grupper kan ha behov for veiledning i hvordan man kan «supplere» helsehjelp i Norge og i hjemlandet. En del undersøkelser tas i hjemlandet, da de der er vesentlig billigere (f.eks. mammografi i Polen). Det er riktignok lite kjennskap til hva man kan/bør gjøre for at en norsk lege skal benytte undersøkelse fra annet land i videre helsevurdering/behandling.
- Brukerrepresentasjon i råd og utvalg som representerer mangfoldet i befolkningen.
- Det må fremskaffes mer kunnskap om rasismens og diskrimineringens konsekvenser for den enkelte som utsettes for dette (fysisk og psykisk helse). Det bør samtidig settes inn i en bredere forståelse av mer generelle utfordringer knyttet til utenforskap og folkehelse generelt.
- Større forskningsprosjekter må sikre representativitet som speiler befolkningen.
- Mer forskningsmidler dedikert til minoritetshelse og sosial ulikhet i helse.
- Utarbeide beredskapsplaner til bruk i krisetider, som sikrer involvering av innvandrere og at informasjon og tjenester når ut til alle.

På vegne av

Helsedirektoratets Fagråd for innvandrerhelse,

Hege Linnestad

Fagrådsleder