**Høring i forbindelse med Norges 19./20. rapport til FNs rasediskrimineringskomité.**

Takk for invitasjon til skriftlig høring i forbindelse med Norges 19./20. rapport til FNs rasediskrimineringskomité (CERD). Rapporten, som er en sammenstilling av ulike bidrag fra involverte departement og deres underliggende og tilknyttede etater, gir god innsikt, ikke bare i det omfattende arbeidet som gjøres for å avskaffe diskriminering i alle dens former, men også hvilke tiltak som er egnet til å fremme forståelse mellom etniske grupperinger og konkrete forholdsregler som er relevante for å sikre tilfredsstillende utvikling og vern av etniske minoriteter. Før jeg knytter noen utdypende kommentarer til selve teksten, vil jeg imidlertid påpeke enkelte uheldige utelatelser:

**NAKMI**

NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse) er et tverrfaglig kompetansemiljø om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. NAKMI tildeles midler fra Helsedirektoratet, som også gir føringer for driften. Ambisjonen er å påvirke praksis i retning av et likeverdig helsetjenestetilbud til alle. Med likeverdige tjenester mener vi da at tjenestene er like tilgjengelige, like forståelige og like meningsfulle for alle, uavhengig av språk, etnisk, eller sosiokulturell bakgrunn. Ved siden av forskning og utviklingsarbeid legges stor vekt på formidling og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt, og NAKMI er med i flere internasjonale nettverk, bl.a. Task Force on Migrant Friendly Hospitals (WHO) og Mighealthnet ([www.nakmi.no](http://www.nakmi.no) ). Jeg mener at slik arbeidet mot diskriminering fremstiles i denne rapporten må NAKMI regnes inn som et viktig tiltak.

**Helsedirektoratets Utviklingstrekkrapport 2009**

I 2008 – 2009 var NAKMI med i Helsedirektoratets redaksjonsgruppe for Utviklingstrekkrapport 2009, *Migrasjon og helse* (også oversatt til engelsk), hvor oppmerksomheten rettes mot mangfoldet i den norske befolkningen og utfordringer knyttet til helse og til møtet med helsetjenesten i Norge. Redaktør var Frode Forland. Rapporten inneholder bl.a.viktig informasjon om helseforskjeller mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen og om hvilke problemer en står overfor når det gjelder å utvikle gode og likeverdige helsetjenester også til innvandrerbefolkningen. Denne rapporten og eventuelt noen av de mest vesentlige momentene bør nevnes i rapporten til CERD.

**SOHEMI**

SOHEMI (Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon) skal være en faglig kompetent og brukerorientert rådgivningsgruppe for Helsedirektoratets arbeid med likeverdige helse- og sosialtjenestetilbud til hele befolkningen. SOHEMI skal kunne ta opp saker som vedrører helse- og omsorgstjenester til minoritetsbefolkningen og videre bistå Helsedirektoratet i oppfølgningen av utviklingstrekkrapporten 2009. Leder for SOHEMI er Manuela Ramin-Osmundsen som også har vært prosjektleder for prosjektet **Likeverdige helsetjenester, Helse Sør-Øst RHF.** Såvel SOHEMI som prosjektet Likeverdige helsetjenester bør omtales.

**Flere tiltak som er relevante på feltet minoritetshelse:**

**SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern, Karasjok)** har i det samiske miljøet en viktig funksjon når det gjelder å dokumentere samers helsetilstand og hvilke barrierer samene støter på i møte med en helsetjeneste som er utviklet på majoritetens premisser.

**IKM (Internasjonalt kultursenter og museum)** har skapt en rekke fremragende utstillinger som bl.a. har bidratt til å fremme dialog og gjensidig forståelse mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen, ikke minst helsearbeidere.

I det følgende knyttes kommentarer til selve teksten i rapporten, dels på innspill fra andre ansatte ved NAKMI. Sidetall i parantes henviser til de relevante steder i rapporten.

**Helse og menneskerettigheter**

Det er gledelig å se at det legges så stor vekt på at menneskerettigheter ikke bare er rettigheter man har i følge internasjonale traktater, men at det handler om et verdigrunnlag som en lærer- ikke minst i grunnskolen, slik det også kommer til uttrykk i formålsparagrafen for opplæring i faget *religion, livssyn og etikk* (s 51). En slik forståelse og bruk av menneskerettighetene ville være svært relevant også innnenfor de ulike profesjonsutdanningene innen helsefagene. Som det heter i et av HODs bidrag (s 24): *”Ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten står daglig overfor vanskelige etiske dilemmaer som krever etisk bevissthet og god dømmekraft. Å vise respekt, åpenhet, tillit og omsorg krever etisk klokskap og et bevisst forhold til egne motiver og verdier”* (sit.slutt). I tillegg til refleksjon over egen praksis vil større kunnskap om menneskerettsprinsipper kunne bidra til å kaste lys over fagetiske problemstillinger som gjør seg gjeldende i møte med mennesker med en annen kulturell bakgrunn. Det vil i slike tilfeller ofte handle om å veie ulike verdier og rettigheter opp mot hverandre, f.eks. Art 12 i Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (rett til helse), Art 2 i Protokoll nr 4 (1963, om bevegelsesfrihet), og Art 8 og 12 i den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen (Rett til respekt for privatliv og familieliv, og Forbud mot diskriminering, hvor det bl.a. heter at *utøvelsen av de rettigheter og friheter som er fastlagt i denne konvensjonen skal bli sikret uten diskriminering på noe grunnlag*). Undervisning i menneskerettigheter og det verdigrunnlaget de hviler på burde derfor styrkes også innen profesjonsutdanningene.

Siden ulike rettigheter ofte må balanseres opp mot hverandre, ser det ut til å være uheldig at FNs rasediskrimineringskonvensjon er inkorporert i Diskrimineringsloven, hvor den ikke har samme forrang som om den var inkorporert i Menneskerettsloven. Det vil etter mitt syn si at veien er åpen for å sette diskrimineringshensyn til side i arbeidet med å fremme andre rettigheter, slik det skjer f.eks. i arbeidet mot kvinnelig kjønnslemlestelse (se Sverre Sands kronikk i Aftenposten 020709).

**Arenaer for dialog og samhandling**

Et annet tiltak som fremheves i rapporten og som synes svært viktig også i et helseperspektiv er etablering av arenaer for dialog og samhandling mellom innvandrere og majoritetsbefolkning. IMDi har utarbeidet en guide om etablering og utvikling av slike lokale møteplasser (s 35). Det holdes dialogmøter mellom innvandrerorganisasjoner og politiet (s 11). HOD omtaler møteplasser for helsearbeidere for systematisk etisk refleksjon om egen praksis (s 24). Møteplasser mellom helsearbeidere og innvandrere (utenfor den kliniske konsultasjonen) nevnes imidlertid ikke. Slike møteplasser vil kunne være arena for folkehelsebeid og informasjonsutveksling mellom innvandrere og norske helsearbeidere. På denne måten vil innvandrere kunne tilegne seg kunnskap om det norske helsevesenet og fornuftig bruk av dette, slik at de også blir i stand til å utløse de tjenestene de har krav på. Slike arenaer vil også kunne gi rom for at profesjonelle helsearbeidere og innvandrere sammen involveres i prosesser hvor det utvikles tillit og gjensidig læring, hvilket det er st stort behov for i arbeidet med å utvikle likeverdige helsetjenester også til innvandrerbefolkningen.

**Diskriminering og helse**

Det er påvist store helseforskjeller mellom majoritetsbefolkning og innvandrerbefolkning, ikke minst når det gjelder psykisk helse (Se Helsedirektoratets Utviklingstrekkrapport 2009). Det er videre påvist at innvandreres psykiske helse i svært stor grad avhenger av situasjonen her og nå, dvs forhold knyttet til arbeidsplass/arbeidsmarked (særlig for menn), problemer på boligmarkedet (særlig for kvinner) sammen med negative livshendelser. Selv om det til nå ikke er påviset entydige forbindelser mellom opplevd diskriminering og sykdom, er det mye som tyder på at diskriminering er et helseanliggende; diskriminering i arbeidsliv, på boligmarkedet, i utdanningssituasjoner etc. Slik diskriminering er da også behørlig omtalt i rapporten. SSBs rapport Levekår blant innvandrere 2005/2006 (s 43) viser at mange innvandrere også opplever *diskriminering i helseinstitusjoner*. Dette nevnes ikke.

Det er viktig at en gjennom SSBs levekårsrapporter kan få oversikt over situasjon og utviklingstrekk. Slike rapporter bør også være grunnlag for handling. Jeg vil her påpeke at det er uklart hvorvidt det er tilstrekkelig å overlate ansvaret for anti-diskrimineringstiltak til det enkelte helseforetak, evt.de regionale HF. Trolig bør det iverksettes tiltak nasonalt for å ta tak i denne problemstillingen.

**Rett til helsetjenester**

Det heter på s 24 at: ”alle borgere i landet har rett til likeverdige tjenestetilbud tilpasset de enkeltes behov.” Det er her uklart hva som menes med ’borgere’. I Pasientrettighetsloven heter det at (§1-2) ”Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket”. Videre heter det at ”Kongen kan i forskrift gjøre *unntak* (min uthevelse) fra lovens kap 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.” For enkelte grupper som asylsøkere og udokumenterte innvandrere er det i dag gjort unntak. Deres rettigheter til helsetjenester er sterkt begrensedt (dvs til øyeblikelig hjelp eller de mest nødvendige helsetjenester). I følge Legeforeningens statusrapport 2008 er det imidlertid svært uklart hvordan disse begrensningene kan og bør praktiseres. Helsedirektoratet mener i sin Utviklingstrekkrapport 2009 at ”også papirløse flyktninger skal gis eksplisitt rett til forebyggende og kurative tjenester i primærhelsetjenesten” og videre at ”for sårbare grupper som barn, personer med funksjonshemninger, gravide kvinner og eldre bør tilbudet være på linje med tilbudet til befolkningen forøvrig.” Det heter også at ”det må utarbeides ordninger for finansiering av helsetjenester til ubemidlede papirløse flyktninger.” Direktoratet foreslår i sin utviklingstrekkrapport at det settes ned et utvalg med representanter fra innvandrer-, integrasjons- og inkluderingsmyndigheter, sammen med helsemyndighetene for å avklare ansvarsforhold og tydeliggjøre rettigheter og plikter knyttet til rett til helsetjenester for de papirløse. Tjenestene bør omfatte både forebyggende og kurative tjenester, innenfor kommunehelsetjenesten såvel som spesialisthelsetjenesten.

**Tilgang til helsetjenester**

Når det gjelder arbeid og utdanning er det ikke urimelig at alle har tilgang og muligheter ut fra sine *kvalifikasjoner* (access and opportunities in line with their qualifications s 6). Når det gjelder helsetjenester er det derimot eksplisitt uttrykt at tjenester skal gis i tråd med den enkeltes *behov*. En ny rapport fra SSB (Jensen: *Sosiale ulikeheter i bruk av helsetjenester, 2009 nr.6*) viser imidlertid at dette sannsynligvis ikke er tilfelle. Det er faktisk de med høyest utdanning og inntekt som bruker tjenestene mest, selv om mange andre undersøkelser viser at de både er friskest og lever lengst. Denne rapporten omtaler ikke innvandreres bruk av helsetjenester, men det er god grunn til å tro at personer med språkvansker og lite kunnskap om det norske helsevesenet kommer ekstra dårlig ut.

Det anføres i rapporten at ”Å sikre likeverdige offentlige tjenester () i sektorer som forvalter oppgaver med stor betydning for den enkeltes liv” er en prioritert oppgave(S 7-9). Helsesektoren er en slik sektor hvor det er avgjørende at folk får hjelp i tråd med sine behov og ikke ut fra kvalifikasjoner eller andre ressurser. Det etterlyses tiltak innen helsevesenet som kan bidra til å sikre slik praksis, og med særlig oppmerksomhet mot innvandrere og andre etniske minoriteter.

Tilgang til gode *tolketjenester* er en forutsetning for effektiv kommunikasjon når helsearbeider og pasient ikke har et felles språk. Selv om rett til tolk kan utledes fra teksten i flere relevante lover er lovhjemmelen for bruk av tolk i helsetjenesten likevel svak sammenlignet med fr.eks. hjemmel for bruk av tolk i rettsvesenet. Konsekvensene for den enkeltes liv kan imidlertid være like dramatiske i helsetjenesten som i rettsvesenet. En annen hindring for god og effektiv kommunikasjon er at dagens tolker ofte har lite kunnskap om helse og sykdom. Undersøkelser har vist at det er lav bevissthet rundt sammenhengen mellom tolkningens kvalitet og rettsikkerhet, og at det er et betydelig underforbruk av tolk (s42-43) - også i helsetjenestene (Kale: *Vi tar det vi har*. *NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006*). Et ekstra problem reiser seg når pasienten, av frykt for at taushetsplikten ikke blir overholdt, selv ikke ønsker at det benyttes tolk. Det må derfor påpekes at det å utvikle gode tolker som har tilstrekkelig tillit og dertil kunnskap om forhold som omhandler sykdom og helse, og videre utvikle tolketjenester i et omfang som er tilstrekkelig for å dekke behovet, må være en prioritert offentlig oppgave.

I 2006 – 2007 ble det ved fire norske sykehus gjennomført en kartlegging av ’innvandrervennlighet’ dvs i hvilken grad tjenestetilbudet er tilpasset de særlige behov som følger av det å være innvandrer. De fire sykehusene var Oslo universitetssykehus, Ullevål, Sørlandet Helseforetak (Kristiansand, Arendal og Farsund), Stavanger Universitetssykehus og St.Olavs hospital (Trondheim). Det ble funnet ikke bare et underforbruk av tolk, men svært mangelfull informasjon om norske helsetjenester – informasjon som er nødvendig for pasienten for å kunne navigere trygt i et omfattende og komplisert tjenestetilbud. Den informasjonen som er utarbeidet, finnes dessuten som oftest bare på norsk. Likeledes viser det seg at også informasjon fra NAV kun sendes ut på norsk.

Relevant og tilstrekkelig helseinformasjon på flere språk, tilpasset brukernes muligheter til å nyttiggjøre seg denne må være en prioritert oppgave for det offentlige i årene som kommer. Det er i denne sammenheng kjærkomment at Regjeringen retter oppmerksomheten mot hvordan rettighetene og politikken kommer til uttrykk i praksis. Det kan, som det fremgår av ovenstående, være stor avstand mellom intensjoner i traktater og offentlige forordninger og den hverdagslige praksis på feltet. Dette er viktig i og med at det gjelder den enkeltes velferd og rettssikkerhet. Det er viktig for samer, som anført i teksten (s10), men det er ikke mindre viktig for innvandrere og andre etniske minoriteter.

**Godkjenning av utenlandsk utdanning – helseutdanninger.**

Her savnes hva som gjøres når det gjelder å godkjenne innvandreres helsefaglige utdannelse. Det er i dag et stort behov for såvel hjelpepleiere som sykepleiere og leger. Det synes derfor å være særlig viktig å utvikle en god og hensiktsmessig praksis på dette området, særlig når en vet at en betydelig andel innvandrere er overkvalifisert for sitt arbeid. Dette gjelder ikke minst de som arbeider i helsevesenet.

**Kjønnslemlestelse.**

Det er gledelig å se at AIDs instruks til Utlendingsdirektoratet om kjønnsrelatert forfølgelse befester kjønnsrelaterte overgrep (og under dette nevnes også kjønnslemlestelse) som beskyttelsesgrunnlag i norsk rett. I rapporten savnes imidlertid betraktninger om hvordan slik beskyttelse tenkes ivaretatt i en tid med tydelige innstramninger i asylpolitikken (s 19-20).

Det reflekteres heller ikke over i hvilken grad såkalte ’frivillige underlivsundersøkelser’ av jenter (fra land hvor mer enn 30% omskjæres) i virkeligheten oppleves som tvungne undersøkelser, i og med at de som ikke ønsker å bli undersøkt lett blir utsatt for mistanke om at ’de skjuler noe’. Men heller ikke selve undersøkelsen er enkel. En nylig sak i media, hvor en lege kom til den feilaktige konklusjon at jenta var omskåret – hvilket resulterte i at foreldrene ble varetektsfengslet, og hvor videre undersøkelser avkreftet dette, - viser at ordningen med frivillige undersøkelser faktisk kan undergrave rettssikkerheten til visse grupper innvandrere. Det heter at undersøkelsen skal foretas av kompetent lege, men leger blir desverre ikke mer kompetente ved at noe bestemmer at de skal være det (s 20-21)

**Tvangsekteskap (s 40)**

Her savnes samarbeid med Familievernet. Saker som omhandler arrangerte ekteskap og tvangsekteskap er svært vanskelige og sammensatte, ikke bare for den jenta eller gutten som motsetter seg foreldrenes ønsker, og som derfor står i fare for å utsettes for overgrep, men for hele familien. Erfaring har vist at Familievernet kan være en ressurs i denne sammenheng, men det kreves bevisstgjøring om at den kompetansen de besitter faktisk er relevant. Det er også vesentlig at Familiekontorene kan fremstå som en ressurs i de aktuelle miljøene. Dette krever utadrettet virksomhet.

**Riktig dimensjonering av tjenestene**

De tiltakene som er nevnt i rapporten synes alle å være viktige og hensiktsmessige, men i tillegg til de mangler som her er påpekt, savnes stort sett informasjon om tiltakenes omfang, hvilke ressurser som er stilt til rådighet og i hvilken grad tiltakene dekker behovet for de aktuelle tjenestene.

Jeg håper at noen av de tiltakene som er nevnt her, og videre refleksjonene over enkelte problemstillinger som synes særlig relevante på feltet minoritetshelse, kan tilflyte rapporten. Jeg håper det også fremgår av ovenstående kommentarer at det fremover må utvikles en sterk kobling mellom helsefremmende arbeid og anti-diskrimineringsarbeidet for disse gruppene.

Oslo 09 07 09

Vennlig hilsen

Arild Aambø

Fung.dir.NAKMI