

Referat

Møte om: Fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 21.10.2026

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saksnr: 24/14102-30

Til stede: Fagrådet: Thea Steen Skogheim, Zoja Ghimire, Jon Rogstad, Natasha Telson, Danilla Tømmerås, Katrine Meisfjord, Bushra Ishaq, Anders Løkkeberg, Jila Hassanpour

Frafall: Niels Fredrik Skarre og Marit Alver-Jacobsen

Helsedirektoratet: Christopher Le, Charlott Nordstrøm, Hanne Kathrine Stav-Noraas, Silja Noline Angellsen

Referat fra møte i fagråd for innvandrerhelse 15.september

1.Velkommen og nytt siden sist ved fagrådsleder

Fagrådsleder orienterte kort om initiativ i Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Lovisenberg for en regional endring av utvalgte spørsmål i felles kartlegging av arbeidsmiljø, HMS og pasientsikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten (ForBedring). Det gjelder særlig spørsmål under psykososialt arbeidsmiljø om diskriminering, trakassering, og seksuell trakassering, med ønske om å få frem erfaringer med rasisme og diskriminering tydeligere.

Innspill fra fagrådet:

- Se til småskala spørsmål om diskriminering som blant annet SSB bruker i tilpasset versjon) (Everyday Discrimination Scale/EDS?)
- Hjelpetekst kan bidra til å få riktigere svar
- Unngå ordet rasisme/diskriminering direkte – bruk heller trakassering, å være utsatt for nedsettende ytringer som angår utseende etc.

2. Utredningsoppdrag om hensiktsmessig oppgavedeling mellom optikere og øyeleger, ved seniorrådgiver Hanne Kathrine Stav-Noraas, avdeling fagutvikling i spesialisthelsetjenesten

Se vedlagte presentasjon.

Stav-Noraas orienterte om Helsedirektoratets pågående utredningsoppdrag om hensiktsmessig oppgavedeling mellom optikere og øyeleger. Formålet er å vurdere hvordan oppgaver kan fordeles for å styrke tilgjengelighet, kvalitet og ressursutnyttelse i tjenestene.

Fagrådet diskuterte særlig konsekvenser og mulige barrierer for pasienter med innvandrerbakgrunn i møte med helse- og omsorgstjenestene.

Innspill fra fagrådet:

Fagrådet pekte på at mange pasienter har begrenset kunnskap om ansvarsfordelingen (oppgavefordelingen) mellom optiker, fastlege og øyelege. Dette kan skape usikkerhet om hvor man skal henvende seg ved synsproblemer, og føre til forsinket diagnostikk og behandling. Det ble også vist til manglende kjennskap til rettigheter, henvisningsordninger og tilgjengelige tjenester.

Det er stor forskjell på optikere hva gjelder kompetanse/profesjonalisering, som de med bachelor vs mastergrad/spesialisering. Forskjeller også mellom kjede-optikere og spesialistikere. Skille på hvilke oppgaver man kan gjøre basert på utdanningsnivå.

Usikkerhet rundt rolle/oppgavefordeling, kan bidra til overforbruk av tjenester både hos kommunale og private. Det bidrar også til økt belastning hos pasienten. Optiker er en kommersiell aktør; det kan være utfordrende dersom en kommersiell aktør får oppgave som i utgangspunktet er en helsepersonelloppgave.

Skille mellom hva som er nødvendig helsehjelp (statens ansvar) – f.eks. netthinnelesning vs heving av øyelokk.

Språk- og kommunikasjonsutfordringer ble trukket frem som en viktig faktor. Fagrådet understreket behovet for klarspråklig og universelt utformet informasjon, systematisk vurdering av tolkebehov og tilgang til informasjon på relevante språk. Dette er viktig for å sikre at pasienter forstår prøvesvar, behandlingsplaner og videre oppfølging. Generelt har man rett på tolk hos optiker, men tolkeutgifter må som hovedregel betales av tolkebruker, og benyttes derfor relativt sjelden. Det bør legges til rette for at behov for tolk hos optiker dekkes av staten.

Rådet løftet også fram økonomiske barrierer. Egenbetaling for synsundersøkelser og briller kan føre til at enkelte utsetter nødvendig oppfølging. Dette kan særlig ramme personer med svak økonomi og bidra til økte helseforskjeller. Det ble stilt spørsmål ved om en eventuell overføring av oppgaver fra øyeleger til optikere kan medføre økt egenbetaling for pasientene og dermed redusere tilgjengeligheten til nødvendige tjenester. Vurdere refusjon på briller. https://hsorhf-my.sharepoint.com/personal/uxslih_ahus_no/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BB89F01D3-68F7-466A-978E-B6588AA2E867%7D&file=2026.09.15%20Referatpunkter%20fra%20m%C3%B8te%20i%20fagr%C3%A5d%20for%20innvandrerhelse.docx&action=default&mobileredirect=true

Kan en løsning være å ansette optikere i kommuner/helseforetak?

God synshelse ble fremhevet som en viktig forutsetning for språkinnlæring, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse. Det ble også vist til at enkelte innvandrergrupper har høy forekomst av diabetes, noe som gjør tidlig oppdagelse og oppfølging av synsrelaterte komplikasjoner særlig viktig.

Fagrådet anbefalte at det legges vekt på kompetanseheving innen helsekompetanse, kultursensitiv kommunikasjon og bruk av kvalifisert tolk både blant optikere og øyeleger.

Skriftlig innspill fra fagrådsmedlem Zoja Ghimire er videresendt til Stav-Noraas.

3. Helseparty som kanal for helseinformasjon og prosjekt om betydning av sosial deltakelse i migrasjonshelse og kvinnehelse, ved Danilla Tømmerås

Se vedlagte presentasjon.

Danilla presenterte prosjektet «Helseparty», som gjennomføres i samarbeid mellom Kvinnenettverk Noor og Norske Kvinners Sanitetsforening, med støtte fra DAM-stiftelsen. Prosjektet har som mål å styrke helsekompetanse, fremme sosial deltakelse og skape trygge arenaer for helseinformasjon. Konseptet bygger på små og mellomstore samlinger der deltakere inviteres til dialog om ulike helsetemaer sammen med fagpersoner og ressurspersoner.

Erfaringene viser at kombinasjonen av sosialt fellesskap og helseinformasjon bidrar til økt deltakelse og gode samtaler om temaer som ellers kan være vanskelige å ta opp. Flere i fagrådet understreket at sosial tilhørighet og tillit er viktige forutsetninger for å lykkes med informasjons- og folkehelsearbeid.

Innspill fra fagrådet:

Fagrådet viste stor interesse for erfaringene fra prosjektet. Følgende forhold ble løftet frem som særlig viktige:

- Sosial tilhørighet og tillit er sentrale forutsetninger for effektiv helseformidling.
- Helseinformasjon når ofte bedre fram når den kombineres med sosiale aktiviteter og møteplasser.
- Det er fortsatt utfordrende å rekruttere enkelte grupper med innvandrerbakgrunn.
- Inkludering krever mer enn at arrangementer er åpne for alle; målgruppetilpasset rekruttering og samarbeid med frivillige organisasjoner er avgjørende. Gjerne tilpasse info og samtale i kombinasjon med ulike målgrupperettede tiltak. Tiltak for å nå gutter med psykiskhelse-tematikk, kan f.eks være i kombinasjon med gaming.
- Mange helseemner vil du holde på avstand til du trenger det. Du vil ikke høre om demens (eller andre diagnoser) før du er i en situasjon der du vil lære mye – og da på kort tid.
- Mange med minoritetsbakgrunn opplever en særlig sårbarhet knyttet til sykdom, helse og fremtid. Frykt for å miste språk, kultur og selvstendighet kan forsterke denne sårbarheten.

Fagrådet fremhevet prosjektet som et godt eksempel på hvordan helsekompetanse kan styrkes gjennom lokalt forankrede og relasjonsbaserte tiltak.

For informasjon om publikasjoner som omhandler helseparty, se vedlagte presentasjon. Det er et pågående følgeforskningsprosjekt av Lucia Hsiao, OsloMet. Det vil bli en større konferanse når følgeforskningen er ferdigstilt.

4. Nasjonal hjernehelsestrategi 2026–2036, ved prosjektleder Silja Nicoline Angellsen,

avdeling fagutvikling i spesialisthelsetjenesten

Angellsen presenterte den nasjonale hjernehelsestrategien som ble lansert 25. juni 2026, og arbeidet med kommende tiltaksplan. Norge er det første landet i verden som har utviklet en egen nasjonal hjernehelsestrategi med politisk forankring. Strategien handler om å bevare og styrke hjernens funksjoner gjennom hele livet. Helsedirektoratet har fått ansvar for å koordinere oppfølgingen av strategien, som skal konkretiseres gjennom en tiltaksplan og tilhørende indikatorer.

Innspill fra fagrådet

- Helsekompetanse må omfatte både individ og organisasjon; det ble understreket at strategiens omtale av helsekompetanse i stor grad er rettet mot individets kompetanse. Fagrådet anbefalte at organisatorisk helsekompetanse gis større oppmerksomhet, herunder utvikling av helsekompetansevennlige tjenester som gjør det enklere for innbyggere å finne, forstå og bruke helseinformasjon.
- Tiltak som styrker helsekompetanse kan fungere som tverrgående tiltak som bidrar til måloppnåelse på flere områder samtidig.
- Det ble vist til erfaringer med verktøy som Rapid Impact Assessment (RIA) og sjekklistor for helsekompetanse som mulige ressurser i det videre arbeidet.
- Fagrådet trakk frem betydningen av tidlig innsats og anbefalte at de første 1000 dagene av livet, fra unnfangelse til tidlig barndom, gis høy prioritet i oppfølgingen av strategien. Av betydning kan være tidlig identifisering av utsatte familier, og deltakelse i barnehage og styrking av sosiale møteplasser og fellesskap.
- Fagrådet mente at hensynet til likeverd bør gjennomsyre hele strategien og være et grunnleggende perspektiv i alle tiltak. Det ble særlig løftet frem at:
 - standardiserte løsninger ikke nødvendigvis gir likeverdige tjenester
 - underprioriterte og sårbare grupper må adresseres eksplisitt
 - mange utfordringer er universelle på tvers av minoritetsgrupper, men tiltak må samtidig tilpasses lokale behov
 - risikoen for utenforskap må vurderes ved økt digitalisering av helsetjenesteneDet ble også stilt spørsmål ved hvorfor underprioriterte grupper ikke er tydeligere omtalt i dagens strategidokument, og hvordan nødvendige ressurser skal sikres dersom slike grupper skal prioriteres i praksis.
- Fagrådet anbefalte at forskning gis høy prioritet i tiltaksplanen, da ny kunnskap vil kunne legge føringer for flere av de øvrige innsatsområdene. Det ble henvist til 10/90-gapet, der 90% av forskningen er basert på 10% av befolkningen. Vi vet ikke hvordan behandling/medisiner fungerer på ulike grupper. Derfor er det viktig med forskning som inkluderer personer med innvandrerbakgrunn og andre underrepresenterte grupper
- Fagrådet anbefalte at kultursensitivitet tydeliggjøres som et eget perspektiv i gjennomføringen av strategien.
- Det ble pekt på at ambisjonene i strategien må ses i sammenheng med faktisk kapasitet i tjenestene, blant annet mangel på nevrologer og annen spesialisert kompetanse.

- Det ble vist til pågående kunnskapsarbeid om vold i hjemmet og barnehjernens utvikling ved utsatthet for vold og overgrep (RVTS – kunnskapsoppsummering lanseres i midten av oktober).

Det planlegges flere innspillsmøter. Fagrådet foreslo at organisasjoner som Abloom inviteres inn i det videre arbeidet for å sikre bred representasjon og relevante brukerperspektiver. Medlemmer i fagrådet oppfordres også til å delta.

5. Orientering om Utvalg om innvandrerhelse, ved utvalgsleder Bushra Ishaq

Bushra orienterte om arbeidet med det offentlige utvalget om innvandrerhelse. Utvalget skal utrede helsestatus, bruk av helsetjenester og foreslå tiltak for mer likeverdige tjenester. Arbeid og helse inngår også som en del av mandatet. Det er et veldig omfattende mandat.

Bushra understreket at fagrådet blir viktig – som enkeltrepresentanter og som gruppe. Hun har tro på en felles innsats. Det blir en kunnskapsoppsummerende NOU, og utvalget skal komme med forslag til tiltak. Bushra håper fagrådet kan bidra.

Papirløse og utenlandske studenter er ikke omfattet av mandatet. Bushra har spilt inn ønske om at skeive med innvandrerbakgrunn inkluderes.

Fagrådet uttrykte stor interesse for arbeidet og understreket betydningen av å bygge videre på eksisterende forskning og kunnskap. Det ble også diskutert hvordan fagmiljøer, brukerrepresentanter og relevante nettverk (NIKS/NIFS/NOEMI) kan involveres i arbeidet.

Flere av medlemmene i utvalget er kjent for fagrådet, men det er også noen nye navn. Spennende sammensetning.

Det ble understreket at mandatet er omfattende, og at det vil være viktig å prioritere og avgrense arbeidet på en hensiktsmessig måte.

6. Status for og planlegging av nasjonal konferanse 17. og 18. november

Det ble gitt en statusoppdatering for den nasjonale konferansen om innvandrerhelse. På møtetidspunktet var om lag 260 deltakere påmeldt, og programmet var i hovedsak ferdigstilt. Noen detaljer gjenstår. Konferansen vil også bli strømmet og gjort tilgjengelig i opptak.

Organisasjoner i fagrådet og andre relevante aktører inviteres til å ha stand på konferansen.

Det ble diskutert hvordan perspektiver fra grasrota og brukerorganisasjoner kan synliggjøres ytterligere i konferanseprogrammet.

7. Likestillings- og diskrimineringsombudets arbeid, med vekt på helse- og omsorgstjenesten, ved Natasha Telson

Se vedlagte presentasjon.

Natasha orienterte om Likestillings- og diskrimineringsombudets arbeid innen helse- og omsorgssektoren. Ombudet mottar veiledningshenvendelser knyttet til diskriminering på ulike grunnlag, herunder etnisitet, religion og livssyn. De behandler ikke klagesaker.

Det ble presentert eksempler på saker som omhandler forskjellsbehandling og opplevd diskriminering i møte med helse- og omsorgstjenestene. Det ble også orientert om pågående prosjekter knyttet til likestilling, diskriminering og kunstig intelligens i helsetjenesten.

Det ble også orientert om nytt tiltak; «Oppreist-treff» som avholdes i Oslo 24/9. Det er likestillingssamtaler som arena for dialog og kunnskapsutveksling mellom ulike aktører. Prosjektet ledes av Mariette Lobo.

Et annet prosjekt som ble omtalt gikk på [IA i sykehus](#); LDO deltar i arbeid om å utvikle en modul om trakassering i verktøyet som vil hete «Sammen om psykososialt arbeidsmiljø» i «Bransjeprogram IA i Sykehus». Det vil bli webinar og kursmateriell om hvordan sykehus kan gjøre strukturelle grep mot diskriminering og rasisme fra pasienter rettet mot ansatte. Hvordan kjenne igjen rasisme når det oppstår og hvordan håndtere det.

For mer informasjon om veiledningstjenesten, se vedlagte presentasjon.

Fagrådet diskuterte utfordringer knyttet til underrapportering, dokumentasjon av diskriminering og behov for økt kompetanse i tjenestene.

8. Orienteringssaker fra Helsedirektoratet

Se vedlagt presentasjon.

Helsedirektoratet orienterte om:

- nytt rundskriv om helsehjelp til personer uten fast opphold i riket
- arbeid med forebygging av og helsehjelp ved kvinnelig omskjæring (kjønnslemlestelse)
- Hdirs innspill til ny folkehelsemelding
- tiltak for å støtte kommunenes arbeid med folkehelse og sosial ulikhet
- aktiviteter i migrasjonshelsenettverket
- innføring av screeningforordningen og helse- og sårbarhetssjekk ved Nasjonalt ankomstsenter
- oversettelse av informasjon om ebola til flere språk på helsenorger.no
- nasjonal strategi for forebygging og kontroll av hepatitt B og C.

9. Eventuelt

Det ble takket for godt samarbeid og aktiv deltakelse av Bushra i fagrådet gjennom flere år. Hun har valgt å tre ut av fagrådet for resten av perioden, grunnet kapasitetsutfordringer i forbindelse med rollen som leder av utvalg om innvandrerhelse.

Orienteringssaker

Fagråd for innvandrerhelse, 15.september 2026

Seniorrådgiver Gro Saltnes Lopez, avdeling samfunnshelse



Nytt rundskriv om helsehjelp til personer uten fast opphold

iris – Hjemmeside

HN Ebola- og marburgsykdom - Helse

rundskriv helsehjelp personer uten

Personer uten fast opphold i riket

https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/personer-uten-fast-opphold-i-riket--rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-dekning-av-utg...

 **Helsedirektoratet**

Søk

Meny

[Forsiden](#)

Personer uten fast opphold i riket – rett til helse- og omsorgstjenester og dekning av utgifter

 Rundskriv

[Hva er rundskriv? →](#)

1 Om rundskrivet

2 Oversikt over rettighetene i forskriften

3 Nærmere omtale av de enkelte bestemmelser i forskriften

4 Dekning av utgifter og betaling for tjenester fra kommuner og helseforetak

5 Saksbehandling, dokumentasjon og betalingsevne

Søk i rundskriv

1. Om rundskrivet

2. Oversikt over rettighetene i forskriften

Informasjon om helsehjelp til personer uten lovlig opphold

- [Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – Helsenorge](#), 2022 (9 språk).
- [Informasjonsbrosjyre på ulike språk - Helsesenteret for papirløse migranter](#) (16 språk)
- Fem artikler om helserettigheter og helsehjelp til asylsøkere og flyktninger på helsenorge.no
- [Helsehjelp i Norge – Helsenorge](#)
- [Helsehjelp for asylsøkere og flyktninger i Norge - Helsenorge](#)

Informasjon til helse- og omsorgspersonell

- [Rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten lovlig opphold – Helsedirektoratet](#) (2019)
- noe informasjon i veilederen om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente
- e-læringskurs om [Helsehjelp til papirløse migranter - et e-læringskurs på Kompetansebroen](#) (2025) (Helsesenter for papirløse migranter i Oslo og Bergen m.fl.).

Kurset har som mål å støtte helsepersonell i å finne løsninger på praktiske og administrative utfordringer som kan oppstå når pasienten er en papirløs migrant.

Forebygging og helsehjelp ved kvinnelig omskjæring

Oppfølging av tiltak i *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner* (2024- 2028)

- gjennomføre en kartlegging av tilbudet om samtale om kjønnslemlestelse og frivillig underlivsundersøkelse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (tiltak 32),
- oppdatering av veileder eller utarbeide faglige råd for helsestasjons- og skolehelsetjenesten om forebygging av kjønnslemlestelse (tiltak 33),
- vurdere muligheten til å videreutvikle behandlingstilbudet til jenter og kvinner utsatt for kjønnslemlestelse (tiltak 83).

Tiltak 17: *Øke kunnskap om og bruk av spesialiserte poliklinikktilbud for kvinner utsatt for kjønnslemlestelse (handlingsplanen «Sjef i eget liv - styrket innsats mot negativ sosial kontroll og æresmotivert vold» (2025 – 2028))*

[Forsiden](#)

Forebygging av kjønnslemlestelse

 Nasjonal veileder[Hva er nasjonal veileder?](#) →

1

Veileder for helsestasjons- og
skolehelsetjenesten

2

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Søk i nasjonal veileder



1. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsetiltak-2026-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding>

Tiltak for bedre folkehelse ved levevaneendring

- Styrke forebygging ved å systematisere korte helseintervensjoner i primærhelsetjenesten
- Strukturelle tiltak som gir sunnere rammebetingelser for helse befolkningen
- Fremme fysisk aktivitet gjennom inkluderende nærmiljøer

Tiltak for å møte helsetrusler som folkehelseutfordring

- Varig satsing på helsekompetanse og helsekompetansevennlige tjenester
- Inkluderende kommunikasjon og håndtering av feilinformasjon
- Beredskaps- og folkehelsetiltak som når utsatte grupper

Tiltak for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid lokalt, regionalt og nasjonalt.

- Bedre data om innvandreres helse og helseforskjeller
- Økt deltakelse fra innvandrerbefolkningen i helseundersøkelser
- Mer målrettet folkehelsearbeid gjennom tilgjengeliggjøring av lokale data og bedre koordinering

Støtte til kommunenes arbeid med folkehelse og sosial ulikhet

Egne analyser

- Oppvekstprofiler
 - Tema 2025: Inkludering av barn og unge med innvandrerbakgrunn
 - [Inkludering av barn og unge med innvandrerbakgrunn – Helsedirektoratet](#)
- Folkehelseprofiler
- Levekårssoner

Folkehelseprofil 2026

 Helsedirektoratet

Våler (Innlandet)



Noen trekk ved kommunens folkehelse

Arbeid - en viktig del av voksenlivet er temaet for folkehelseprofilen 2026. Temaet gjenspeiles i indikatorer og figurer.

Indikatorene som presenteres i profilen er valgt med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke data som er tilgjengelige på kommunenivå. All statistikk må tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I kommunen er andelen i yrkesaktiv alder (16-66 år) lavere enn i landet som helhet.

Oppvekst og levekår

- Andelen sysselsatte i aldersgruppen 20-66 år, er lavere enn i landet som helhet. Les mer om arbeid på midtsidene og finn mer detaljert statistikk i statistikkbanken Folkehelsestatistikk.
- Andelen som står utenfor utdanning og arbeidsliv i aldersgruppa 20-66 år, er høyere enn i landet som helhet. Denne gruppen omfatter også uføretrygdte.
- Andelen som gjennomfører videregående opplæring er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået.

Miljø, skader og ulykker

- Andelen eksponert for fint svevestøv over luftkvalitetskriteriene på 5 mikrogram per kubikkmeter ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), ser ut til å være lavere enn for befolkningen i landet som helhet.

Helserelatert atferd

- Andelen 17-åring som oppgir at de trener sjeldnere enn ukentlig er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter.

Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jmf lov om folkehelsearbeid. Også andre informasjonskilder må benyttes i oversiktsarbeidet, se figuren nedenfor.



Statistikken er hentet fra statistikkbanken Folkehelsestatistikk per februar 2026.

Levekårssoner – bedre støtte til kommunene

Statistikk på et lavere geografisk nivå enn kommune, på såkalte levekårssoner, er nå tilgjengelig i statistikkbanken Folkehelsestatistikk. I første omgang gjelder dette noen kommuner og et utvalg av tabeller. Tall på sonenivå bidrar til et mer nyansert bilde på utfordringer og ressurser i kommunen.



Innhold på denne siden

- ↓ [Bakgrunnen for prosjektet](#)
- ↓ [Etablering av levekårssoner i norske kommuner](#)
- ↓ [Statistikk på levekårssoner](#)

Helsedirektoratet tilgjengeliggjør nå statistikk på lavere geografisk nivå enn kommuner, såkalte levekårssoner. Dette er et resultat av «Prosjekt levekårssoner», som Helsedirektoratet gjennomfører i samarbeid med SSB. Prosjektet handler om å

- etablere et geografisk nivå lavere enn kommuner, levekårssoner
- gjøre statistikk på dette nivået tilgjengelig for kommunene gjennom Helsedirektoratets statistikkbank [Folkehelsestatistikk](#)

Kort oppsummert fra migrasjonshelsenettverksmøter

Saker på agendaene

- Om ressurscenter for norske romer
- Om Helsedirektoratets arbeid med alkohol
- Om "Bo trygt hjemme"

Neste fagmøte:
Resultater fra studie av pilot om å nå ut til
innvandrerbefolkning med tjenester til
hjemmeboende seniorer (des/jan)

Viktige tema fra statusoppdateringer fra nettverkene

- Spørsmål om etikk rundt bruk av AI i helsetjenestene der det ikke nødvendigvis er synlig for pasienten
- Asylankomster og samarbeid om helsetjenester
- Bekymring om personer som er utsatt for å falle mellom tjenestene på grunn av store levekårsutfordringer og lav sosioøkonomi

Helse- og sårbarhetssjekk på nasjonalt ankomstsenter (NAS)

- EUs migrasjonspakt: screeningforordningen iverksatt i juni - grensekontroll og samfunnssikkerhet
- Helsedelen av screeningen:
 - selvutfylling av spørsmål om helse (innspill fra Hdir)
 - Eventuell helsesamtale hvis skjema og/eller observasjon tilsier det
 - Oppfølgingsbehov skal noteres i samtale (sakkyndigvurdering)
 - Foreløpig er få behov avdekket
- Tuberkulose: Månedssrapporter fra den kommunale helsetjenesten og Sykehuset i Østfold
- Fall i ankomsttallene
- Veldig mange av kontaktene med helsetjenesten handler om legemidler

[← Smittevern ved reiser](#)

Utbrudd av bundibugyo ebolavirus i Den demokratiske republikken Kongo (DRC)

Nyhet | Sist endret 10.09.2026



Det pågår et utbrudd med bundibugyo ebolavirus i provinsene Ituri, Nord-Kivu, Sør-Kivu, Tshopo og Haut-Uele i nordøstlige DRC. Provinsene grenser til Uganda og Sør-Sudan.

Utbruddet er omfattende og foregår i et stort og konfliktfylt område, som gjør håndteringen krevende. Utbruddet øker i omfang og man antar at det er betydelig underrapportering. Det er også påvist enkelte tilfeller i Uganda, primært hos personer som har reist fra utbruddsområdet i DRC.

Relaterte emner

[Smittevern ved reiser](#)[Virale hemoragiske febersykdommer](#)[Uganda](#)[Den demokratiske republikken Kongo](#)

Elsemyndighetene i DRC har i samarbeid med Africa CDC og WHO iverksatt en rekke tiltak, inkludert

[Fant du det du lette etter?](#)

Ebola- og marburgsykdom

Ebola og marburg er alvorlige og ofte dødelige virusinfeksjoner, som gir blødningsfeber. Virusene smitter gjennom direkte kontakt med kroppsvæsker fra en som er syk. Sykdommene har nærmest identiske symptomer og smittemåte, og det må tas en laboratorietest for å skille dem fra hverandre.

☰ Innhold på siden

[Ebolautbrudd i Kongo og Uganda](#)

[Slik smitter ebola- og marburgsykdom](#)

[Symptomer på ebola- og marburgsykdom](#)

[Behandling](#)

[Forebygging](#)

[Spørsmål og svar om ebola- og marburgsykdom](#)



Chat





Helse- og
omsorgsdepartementet

Strategi

Nasjonal strategi for førebygging og kontroll av hepatitt B og C



For alle tiltak er godt samarbeid mellom dei ulike aktørane (inkludert dei regionale helseføretaka og kommunane) vesentleg. Samarbeidsformer og avtalar vil kunne variere avhengig av lokale forhold. Tiltak retta mot ulike grupper bør skje i samarbeid med brukarane og deira organisasjonar så langt som mogleg – til dømes kan bruk av språk- og kulturtolk hjelpe med å nå ut til ulike innvandrargrupper.

4.1 Kunnskap om hepatitt B og C i risikogrupper og i helsetenesta

- Del enkel og ikkje-stigmatiserande informasjon om hepatitt B og C på relevante språk til risikogrupper på rette arenaer.
- Gi helsepersonell og tilsette i relevante organisasjonar enkel tilgang til målretta informasjon og opplæring om risikogrupper.

Kunnskap om hepatitt B og C er viktig for å sikre høg oppslutnad om testing og tilbod om førebyggjande tiltak (inkludert vaksinasjon), og rett oppfølging ved positiv test. Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta har alle eit ansvar for å auke kunnskapen om hepatitt B og C og relevante førebyggjande tiltak i befolkninga, særleg blant risikogrupper. Det er viktig at nasjonalt og lokalt informasjonsarbeid forsterkar kvarandre. Sidan det er overlappande smitteåtar og risikogrupper for hepatitt B, hepatitt C og hiv, bør det informerast om infeksjonane i dei same informasjonskanalane.

Oppfølging av nasjonal hjernehelsestrategi

Innvandrerperspektiv i arbeidet med tiltaksplan



Helse- og omsorgsdepartementet

Strategi

Nasjonal hjernehelsestrategi
2026–2036

Silja Nicoline Angellsen

Fagansvarlig for hjernehelse

Avdeling fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
15.09.2026

Bakgrunn

- Ny hjernehelsestrategi 2026-2036 ble lansert i juni
- Helsedirektoratet skal koordinere oppfølgingen
- Vi skal utarbeide en nasjonal tiltaksplan
- Vi er nå i innspillsfasen.

Ansvarsforhold i oppfølging av strategien

Aktør	Rolle og ansvar
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	Helse- og omsorgsdepartementet skal ha det overordna ansvaret for strategien, fastsetje mål og prioriteringar og følge opp gjennom styringsdialog med underliggjande etatar og verksemdar.
Helsedirektoratet	Helsedirektoratet skal koordinere hjernehelsestrategien, utarbeide tiltaksplan og indikatorar, drive fagleg rådgiving, utvikle retningslinjer, indikatorar og rettleiingar, koordinere tiltak rapportere om måloppnåing.
Folkehelseinstituttet (FHI)	FHI skal drive datainnsamling og analyse (NCD-indikatorar, levevanar), forske på førebygging og helsefremjing og overvake sjukdomsførekost.
Regionale helseføretak (RHF)	Dei regionale helseføretaka skal setje i verk tiltak i spesialisthelsetenesta og utvikle pasientforløp, kvalitetsregister og kliniske studiar.
Kommunane	Kommunane skal førebyggje og drive helsefremjing lokalt, følge opp pasientar, brukarar og pårørande, drive habilitering og rehabilitering og samarbeide med frivillige organisasjonar.
Forskringsrådet	Forskringsrådet skal lyse ut midlar til finansiering av forskingsprosjekt og vurdere kvaliteten på og relevansen til søknader som kjem inn. Rådet skal òg stimulere til kliniske studiar i internasjonalt samarbeid.
Hjernerådet	Hjernerådet skal bidra i partnerskapet og etablere ein hub for hjerneforskning.
Frivillige organisasjonar og brukarorganisasjonar	Organisasjonane skal bidra med støtte til pasientar, brukarar og pårørande, vere med på å utvikle tiltak og fremje brukarmedverknad.
Partnerskapet	Partnerskapet skal gi råd, fremje nye idear og skape dialog og samarbeid.

- Hdir., sammen med **Partnerskapet** vil **identifisere, utvikle og iverksette tiltak innenfor målområdene**, i tillegg til å **koordinere** arbeidet på feltet
- Hdir. har ansvar for utvikling av **indikatorer** for å kunne vurdere i hvilken grad målene nås
- Strategien legger til grunn **ordinære ansvarsforhold** i tjenesteutviklingen
- **Personellmessige konsekvenser** skal inngå i vurderingen av tiltak
- Tiltak med økonomiske konsekvenser skal håndteres gjennom **ordinære budsjettprosesser**

- Hdir. skal hvert år gi en **kort statusoppdatering** til HOD om arbeidet.
 - ✓ *Hvem skal rapportere på hva?*
- I tillegg skal det undersøkes om det er **behov for å justere** tiltakene for å nå delmålene.
- Gjennomføre **midtveisevaluering** av delmålene halvveis inn i strategiperioden



Hva vi håper å få ut av møtet med dere i dag

- *Hvilke delmål eller innsatsområder som bør prioriteres først*
- *Hvordan kan tiltaksplanen sikre bedre hjernehelse til personer med innvandrerbakgrunn og deres pårørende*
- *Hvilke tiltak som bør inngå i tiltaksplanen*
- *Hva bør vi være oppmerksomme på ved utfordring av tiltak - personer med innvandrerbakgrunn og deres pårørende*

Kort om hjernehelsestrategien

Hva er hjernehelse?

- *handler om å bevare og styrke hjernens funksjoner gjennom hele livet*

Mange diagnoser – mange fellesnevner

- *Nevrologiske sykdommer*
- *Psykiske lidelser*
- *Avhengighet*
- *Hjerneskader*

Hvorfor et livsløpsperspektiv?

- *Hjernehelse formes gjennom hele livet*

Svangerskap → Barndom → Ungdom → Voksenliv → Alderdom

1

God hjernehelse hele livet

– helsefremming, forebygging og håndtering.



Fra tidlig liv til alderdom

2

Gode forløp

– fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering.



Symptom



Diagnose



Behandling



Habilitering og rehabilitering

Helhetlige og sammenhengende tjenester



Hjernehelse
hele livet

3

Økt kunnskap og kvalitet i tjenestene

gjennom forskning, innovasjon og samarbeid med helsenæringen.



Forskning



Innovasjon



Samarbeid
med helsenæringen

Kunnskap som kommer mennesker til gode

4

Brukeren i sentrum

– et mer brukerorientert tilbud og bedre oppfølging av pårørende.



Medvirkning • Inkludering • Støtte til pårørende

Hovedmål 1: God hjernehelse hele livet – helsefremming, forebygging og håndtering

Delmål	Innsatsområder
1.1. Et hjernevennlig samfunn	• å ha et godt kunnskapsgrunnlag om de viktigste tiltakene for å fremme hjernehelse og forebygge hjernesykdom, både på individ- og samfunnsnivå • å forsterke den samlede forebyggende innsatsen mot risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer • å legge ned innsats for å forebygge og redusere ensomhet
1.2. Økt kunnskap om hjernehelse og helsekompetanse	• å øke kunnskapen om hjernehelse i befolkningen • å fremme forståelse for hvordan vi kan ta vare på vår egen hjernehelse • å øke kunnskapen om hvordan den enkelte kan forebygge hjernesykdom • å tilpasse informasjonen til pasienter og arbeide med helsekompetansen til brukere
1.3. En hjernevennlig start på livet	• å ta vare på hjernehelsen til barnet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen • å øke kunnskapen til foreldre om hjernehelse hos spedbarn og barn

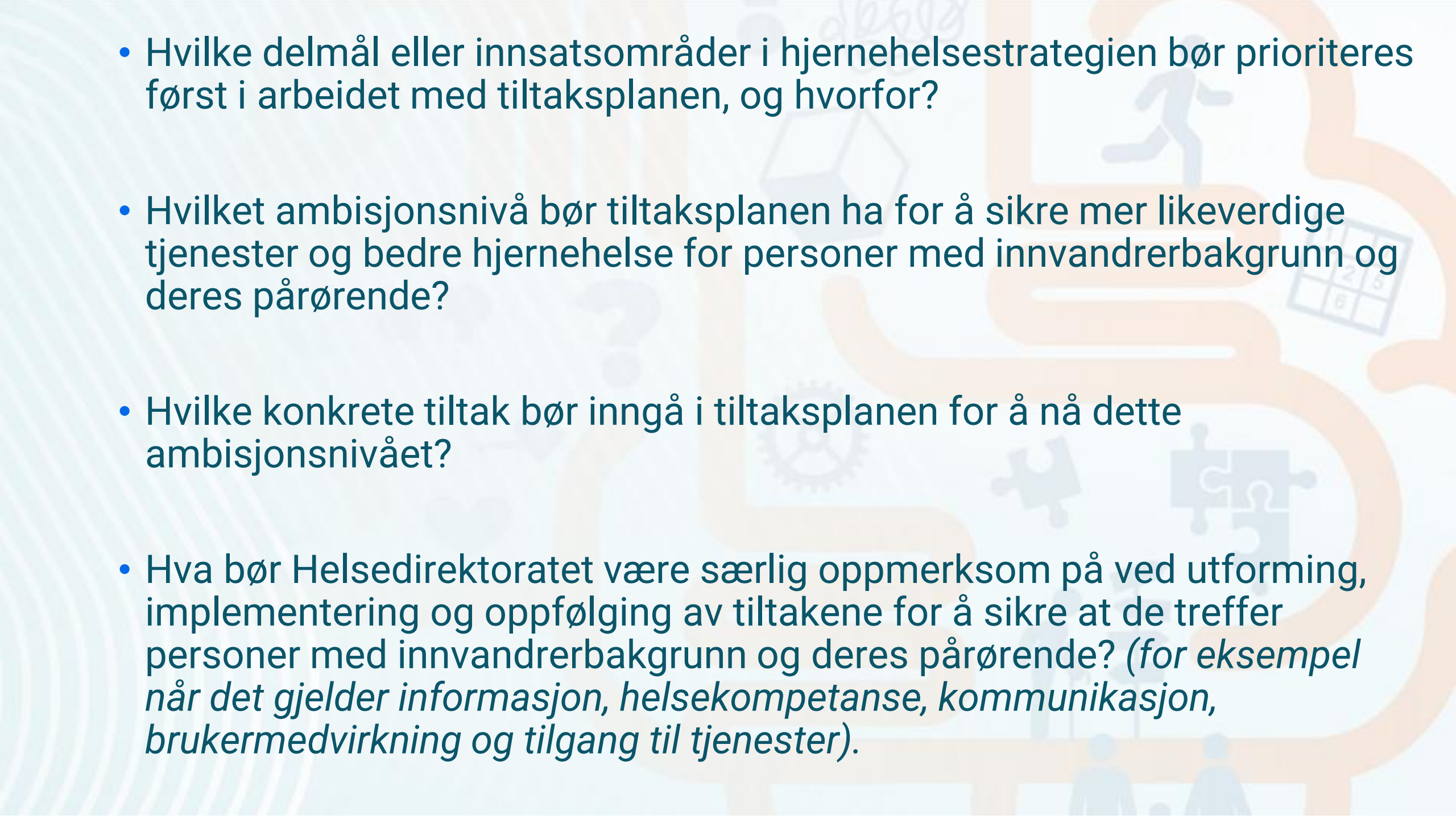
Hovedmål 2: Gode forløp – fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	
Delmål	Innsatsområder
2.1 Rask utredning og presis diagnostisering	• å styrke den akuttmedisinske kjeden som er presentert i Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre • å kartlegge diagnostisk forsinkelse for hjernesykdom • å diagnostisere hjernesykdommer tidlig for å sikre persontilpasset behandling og oppfølging
2.2 Forutsigbare og sammenhengende pasientforløp med effektiv behandling	• å oppdatere nasjonale faglige retningslinjer for behandling av hjernesykdommer i tråd med ny kunnskap, innføre nye metoder og bidra til avklarte ansvarsforhold • å utrede behov for flere nasjonale pasientforløp for behandling og oppfølging av hjernesykdommer, inkludert felles forløp for grupper med lignende utfordringer • å bruke tverrfaglige nasjonale kompetansenettverk til å spre kunnskap og støtte opp under tjenesteutvikling og fremme effektiv ressursbruk og helhetlige og sammenhengende tjenester • å vurdere løsninger som kunstig intelligens og bruk av digitale verktøy for å gjøre forløpene mer pasientrettede og effektivisere ressurs- og kompetansebruk
2.3 Likeverdig tilgang til tverrfaglig og kunnskapsbasert spesialisert rehabilitering	• å sørge for at tidlig og intensiv rehabilitering er standard praksis for hjerneslag og andre akutte hjernesykdommer • å ta i bruk teknologiske løsninger for å øke intensiteten og tilgangen til diagnose og behandling • å redusere uønsket variasjon i tilgangen til habiliterings- og rehabiliteringstjenester

Hovedmål 3: Økt kunnskap og kvalitet i tjenestene gjennom forskning, innovasjon og samarbeid med helsenæringen

Delmål	Innsatsområder
3.1 Bedre tilgang til data om hjernesykdommer	• å gi raskere og enklere tilgang til helsedata for forskning, innovasjon og kvalitetsforbedring • å øke dekningsgrad og datakvalitet i nasjonale medisinske kvalitetsregistre • å øke måloppnåelsen på kvalitetsindikatorene til de medisinske kvalitetsregistrene innenfor hjernehelse • å øke bruken av pasient- og tjenestedata fra kvalitetsregistrene i forskning, innovasjon og kvalitetsforbedring
3.2 Norge skal ha en ledende rolle innen forskning på og innovasjon innen hjernesykdommer	• å etablere en hub for hjerneforskning, med deltakelse fra forskningsmiljøer, helsetjenesten, brukerorganisasjoner og helseindustrien, i regi av Hjernerådet og i samarbeid med Forskningsrådet • å bidra til den nye nasjonale handlingsplanen til regjeringen for kliniske studier og klinisk forskning, med mål om blant annet en dobling av klinisk forskning innen 2036 • å arbeide for at norske forskere fortsatt får høy uttelling på søknader innenfor hjernehelse og hjernesykdommer både nasjonalt og internasjonalt

Hovedmål 4: Brukeren i sentrum – et mer brukerorientert tilbud og bedre oppfølging av pårørende

Delmål	Innsatsområder
4.1 Bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og frivillige organisasjoner	• å spre mer kunnskap i tjenestene om særlige behov som følger av hjernesykdommer • å utvikle bedre tilbud til personer med hjernesykdommer og de pårørende, inkludert tilbud som omfatter kommunene og frivillig sektor
4.2 Gode verktøy for medvirkning og samvalg for pasienter og brukere	• å utvikle relevant velferdsteknologi som kan støtte opp under forebygging, behandling og oppfølging av personer med hjernesykdommer • å utvikle samvalgsverktøy for flere diagnosegrupper innenfor hjernesykdommer og innføring av dem • å utvikle teknologi som støtter opp under samhandling mellom tjenestenivåene og ulike sektorer, personer med hjernesykdommer og de pårørende
4.3 Støtte til pårørendes behov	• å gi god støtte til, samarbeide med og følge opp pårørende til personer med hjernesykdommer • å formidle tilgjengelig, relevant og tilpasset informasjon om hjernehelse og hjernesykdommer, rettigheter og ulike tiltak og tjenester som er rettet mot pasienter, brukere og pårørende • å øke bruken av pårørendeavtaler • å etterleve råd som følger av pårørendeveilederen

- 
- Hvilke delmål eller innsatsområder i hjernehelsestrategien bør prioriteres først i arbeidet med tiltaksplanen, og hvorfor?
 - Hvilket ambisjonsnivå bør tiltaksplanen ha for å sikre mer likeverdige tjenester og bedre hjernehelse for personer med innvandrerbakgrunn og deres pårørende?
 - Hvilke konkrete tiltak bør inngå i tiltaksplanen for å nå dette ambisjonsnivået?
 - Hva bør Helsedirektoratet være særlig oppmerksom på ved utforming, implementering og oppfølging av tiltakene for å sikre at de treffer personer med innvandrerbakgrunn og deres pårørende? *(for eksempel når det gjelder informasjon, helsekompetanse, kommunikasjon, brukermedvirkning og tilgang til tjenester).*



Vil du vite mer om hjernehelse og hjernehelsestrategi?

Ta kontakt om du har spørsmål om
hjernehelse

Silja Nicoline Angellsen

Silja.nicoline.angellsen@helsedir.no

Hjernehelsestrategien har fire hovedmål

Bedre hjernehelse
for enkeltmennesker og samfunn

1

God hjernehelse hele livet

– helsefremming, forebygging og håndtering.



Fra tidlig liv til alderdom

2

Gode forløp

– fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering.



Hjernehelse
hele livet

3

Økt kunnskap og kvalitet i tjenestene

gjennom forskning, innovasjon og samarbeid med helsenæringen.



Forskning



Innovasjon



Samarbeid
med helsenæringen

Kunnskap som kommer mennesker til gode

4

Brukeren i sentrum

– et mer brukerorientert tilbud og bedre oppfølging av pårørende.



Medvirkning • Inkludering • Støtte til pårørende





Veiledningssaker og prosjekter

Likestillings- og diskrimineringsombudet

- Juridisk veiledning
- Pådrivere
- Konvensjonstilsyn
- Kontor i Oslo
- Cirka 40 ansatte
- Behandler ikke klager



Bjørn Erik Thon

Likestillingssamtaler

- «Formålet med prosjektet er å skape arenaer for dialog og kunnskapsutveksling mellom ulike aktører, for å hindre diskriminering, hets, hat og polarisering og fremme likestilling i samfunnet»

(Statsbudsjettet 2026, KUD)



Oppreist-treff (24. sept)

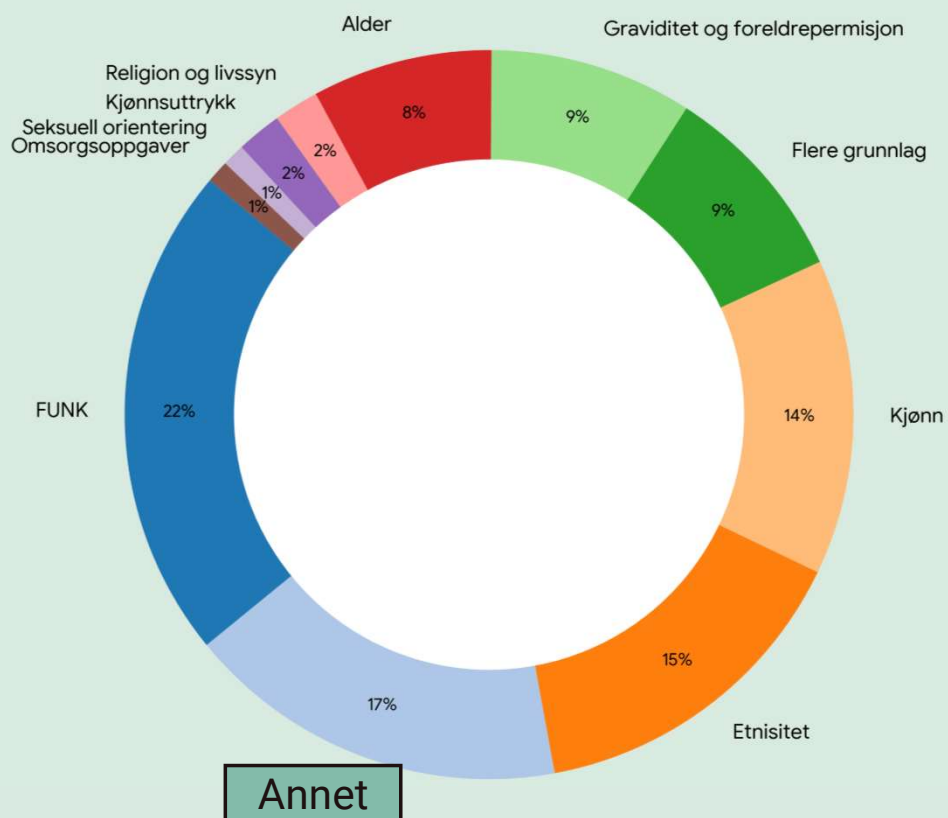
Mål:

- Kunnskap om konsekvenser av hets, hat og diskriminering
- Hva skaper motstandskraft?
- Bygge fellesskap



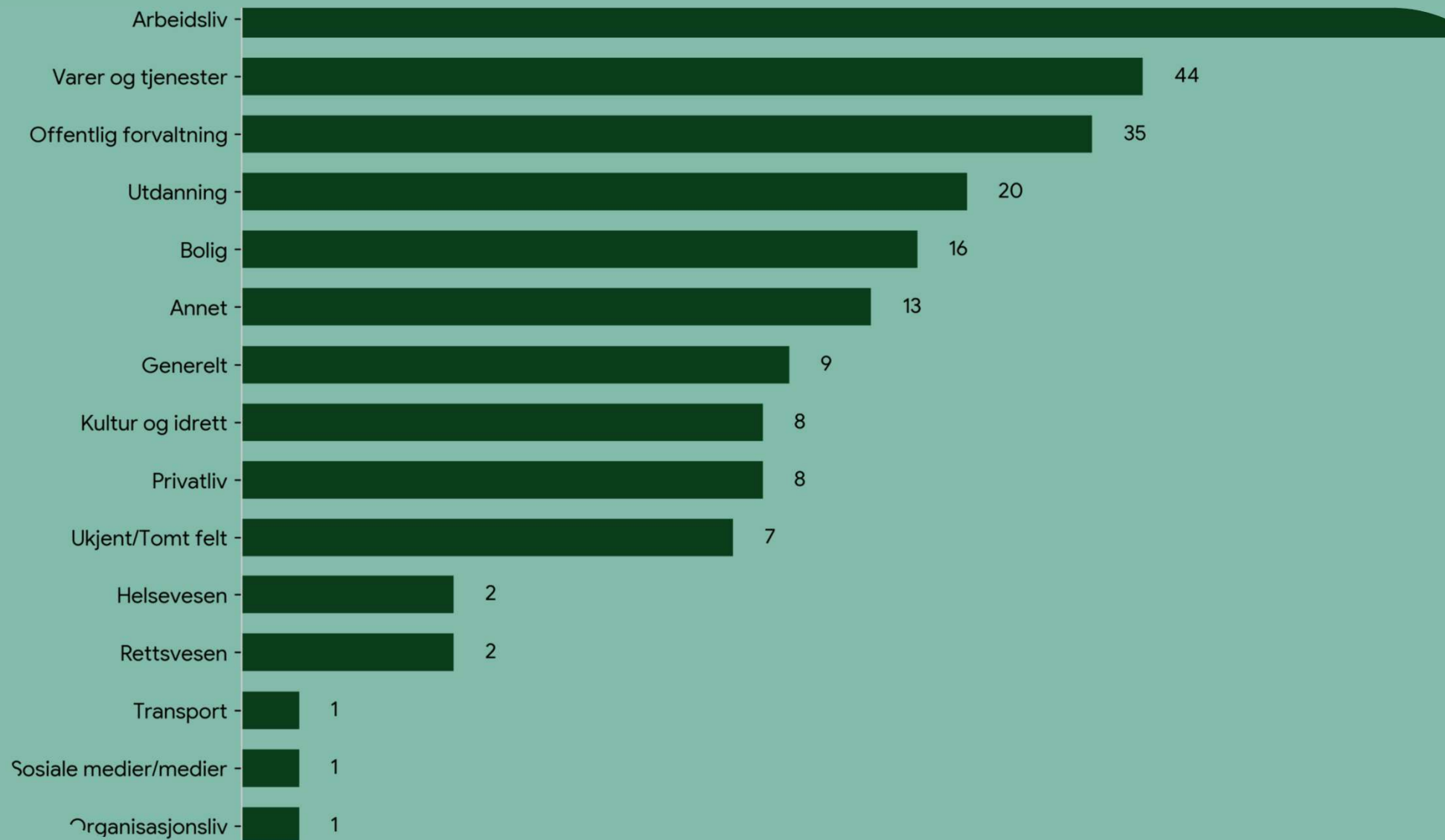
IA sykehus – webinar og kursmateriell

Enkeltsaker fra veiledningsavdelingen



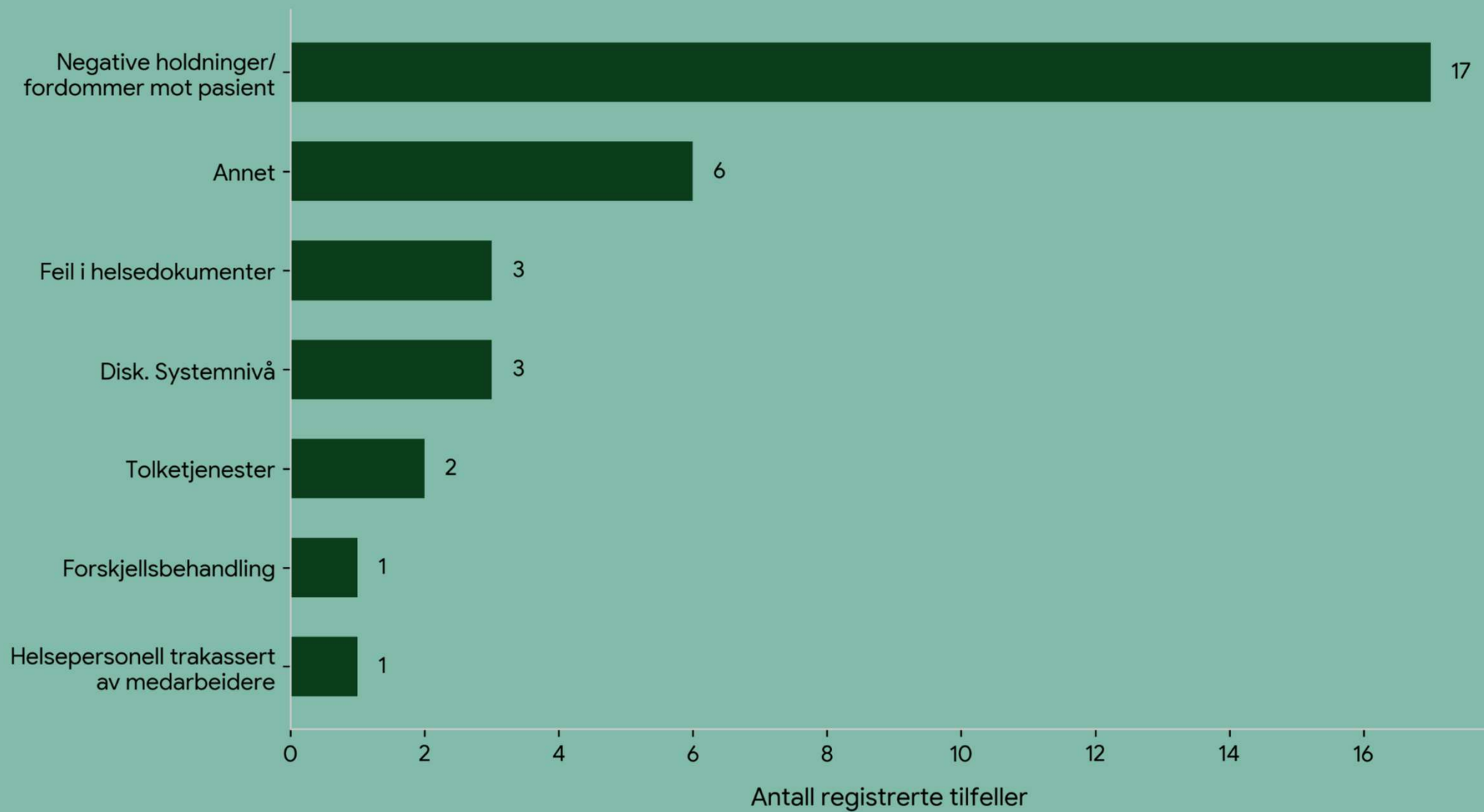
2500 saker i året





Etnisitet (+ religion/livssyn) +
helsesektor

Helsevesenet: 2022 - 2026

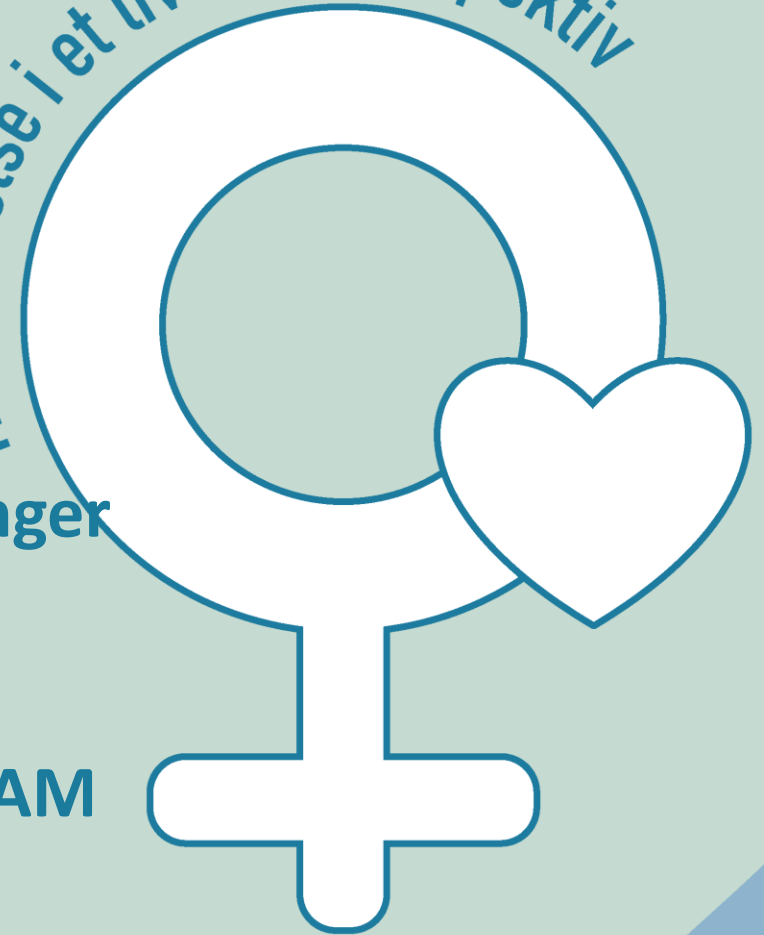


HelseParty

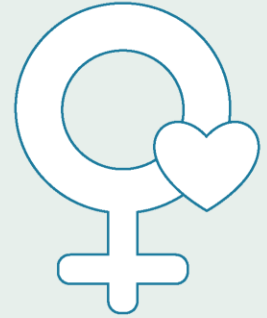
Betydning av sosial deltakelse i helse – erfaringer fra frivilligheten

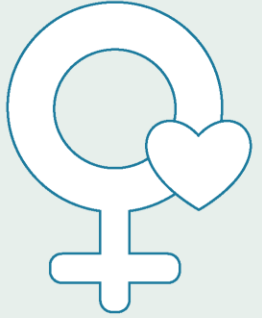
Samarbeidsprosjekt Finansiert av stiftelsen DAM

Kvinnehelse i et livsløpsperspektiv



Hva er Helseparty? (en kort video)





Våre perspektiver bak «helseparty»

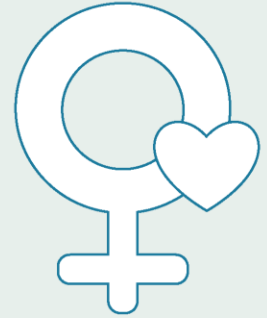
Målrettet og tilrettelagt informasjonsarbeid for kvinner med innvandringsbakgrunn – bedre «health literacy»

- Informasjon om helse/sykdom osv.
- Informasjon om norske helsesystemet og tiltak

Det sosiale aspekter påvirker vår helse og velvære!

- Behov å få venner, nettverk, støtte og et godt sosialt liv
- Sosial trygghet som forutsetning for informasjonsarbeid

Bedre helse for kvinner og bedre helse for hele familien!



Utvikling av konseptet – tidligere prosjekter

Helseparty 1.0: Pilotprosjekt «Kvinnehelse i Nordland, empowerment gjennom bedre helse kompetanse(health literacy)», finansiert av Extra Stiftelsen (2015-2016)

Helseparty 2.0: Covid, om Smittevern, vaksinasjon, reiseråd, psykisk helse, finansiert av IMDi (2021-2022) – kombinasjon av digitale og fysiske helseparty



Helseparty 3.0 (2024-2026)

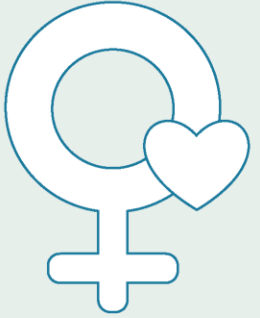
Prosjektledere: Yan & Ann Cecilie

Formålet med dette prosjektet er å fremme helse og sosialisering hos kvinner med ulik sosial/etnisk bakgrunn i ulike livsfaser

- Åpne Helseparty (fem store tema)
- Private Helseparty/ mellomstort tilrettelagte Helseparty
- Aktivitetsbaserte helseparty: fredagsyoga, Kunstterapi, og grønne aktiviteter



Kvinnehelse i fokus hovedtema for åpne helseparty :



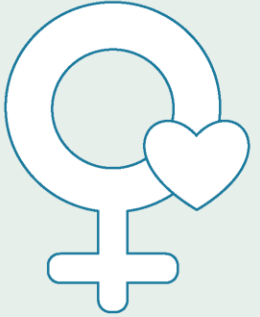
1. Hormonelle endringer/menstruasjon/prevensjon i kvinneperspektiv på tvers av generasjoner
2. Svangerskap/fødsel-fødselsdepresjon/barsel/mammarollen
3. Overgangsalder hos kvinner. Hormoner/mentale utfordringer.
4. Demens i kvinneperspektiv - Når kan det ramme – Hvordan håndterer vi demens i nære relasjoner?
5. ADHD hos kvinner

Erfaringer så langt:

- Overaskende gode oppmøte på de åpne helseparty v. Stormen (ca. 150 deltakere), **men** få deltakere med innvandringsbakgrunn
- Utfordringer med å få til private helseparty (hvorfor?) – tilpasning av prosjektet: fra private til mellomstort tilrettelagt helseparty
- Det som har virkelig fått til ift. å skape møteplass på tvers av etnisiteter, kulturer og generasjoner er aktivitetsbasert helseparty



Forskning om helseparty



Publikasjoner basert på tidligere prosjekter:

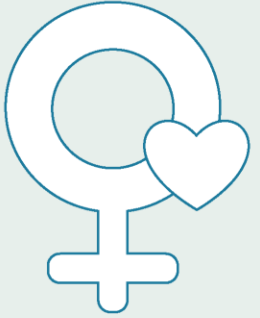
Zhao, Y. (2017): Helseparty fra konsept til praksis – rapport av følgeforskning på Kvinnenettverket Noors pilotprosjekt «Kvinnehelse i Nordland – Empowerment gjennom health literacy». Bodø, Nord University

Zhao, Y.; Gjernes T., and Hedlund, M. (2021) Exploring participation and interaction in a bottom-up health promotion program for migrant women in Norway. *Qualitative Health Research* 31(4), 691-702

<https://doi.org/10.1177/1049732320980397>

Hedlund, M., Zhao, Y. & Gjernes, T. (2024) Health Parties as Agency Involvement Among Migrant Women (chapter 7), in Torstein Hole, Marit Kvangarsnes, Elise Kvalsund Bårdsgjerde, Bodil J Landstad and Sandra E Tippet-Spirtou (ed.) Towards Sustainable Good Health and Well-being: The Role of Health Literacy, Heidelberg: Springer

Følgeforskning på våværende prosjektet, av Lucia Hsiao, OsloMet.



Takk for oppmerksomhet!

Spørsmål? Ta kontakt

Prosjektledere:

Yan Zhao, Kvinnenettverket Noor

yanzhao1978@gmail.com

Ann Cecilie Hilling, Innstranden Sanitetsforening

ach@nceaquaculture.no

Utredning - Arbeidsdeling øyehelse

Fagråd for innvandrerhelse

15. September 2026



Oppdraget

Helsedirektoratet skal utrede **hensiktsmessig oppgavedeling** mellom **optikere og øyeleger**, med utgangspunkt i **kompetansekrav**, slik at legetjenesten inkludert fastlegene potensielt kan avlastes.

Utredningen skal gjennomføres i tråd med utredningsinstruksen. Dette inkluderer blant annet jus, digitalisering og finansieringsaspekter knyttet til arbeidsdeling.

Bakgrunn og formål



Helsepersonellplan 2040 understreker mangel på helsepersonell – øyeleger er ingen unntak



Betydelig økning i antall pasienter, pga bedre diagnostikk, nye behandlinger og en aldrende befolkning.



Optikere inngår allerede i pasientløpet gjennom henvisning til spesialisthelsetjenesten og rekvirering av legemidler til diagnostisk bruk.



Optimalisere ressursutnyttelse og effektivisere arbeidsprosesser .

Utredningsinstruksen

1

Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

2

Hvilke tiltak er relevante?

3

Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

4

Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

5

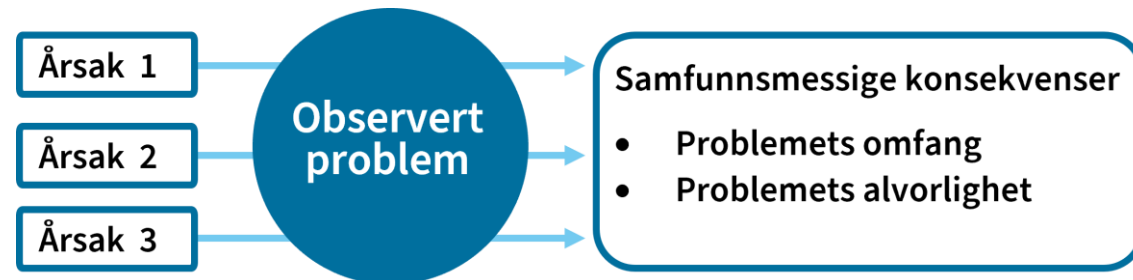
Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

6

Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring, og hvorfor?

Problembeskrivelsen er avgjørende for et godt beslutningsgrunnlag for valg av tiltak

- Utredningsarbeidet starter med en beskrivelse av **hvilke problemer som tilsier at vi bør iverksette tiltak** på området
- Uten en god problembeskrivelse er det risiko for å velge tiltak som ikke løser problemet



Tema i dagens møte

- En god problembeskrivelse og tydelighet i hva vi skal oppnå med arbeidet hjelper oss å identifisere og velge tiltak

1

Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

(Årsaker, Problem, Konsekvens)

Problemforståelse

—

Årsaker

Observerte problemer

Konsekvenser

Få øyeleger

Det utdannes ikke ortoptister i Norge som kunne avlastet øyeleger

Unødvendige henvisninger

Unødvendige oppfølging av henvisninger til øyelege

Knapphet på ressurser innen øyehelse

Lang ventetid for utredning/behandling hos øyelege

Helsepersonell

Pasient / samfunn

Høy belastning på helsepersonell

Pasientenes helse, fungering og livskvalitet svekkes

Økt sannsynlighet for alvorlig skade eller sykdom

Økt belastning, redusert livskvalitet for pårørende

Produksjonstap (redusert arbeidsmulighet)

Høye utrednings- og behandlingskostnader

Kvalitet på tjenesten

Tar lang tid å utdanne nye øyeleger

Juridiske hindringer for at optiker (annet helsepersonell) kan gjøre noe de har kompetanse til

Ikke god nok kompetanse til å vurdere behov for henvisning riktig

Finansieringsordninger som ikke gir insentiver til effektiv bruk av helsetjenesten og / eller oppgavedeling mellom øyeleger og optikere

Helsedirektoratet har jobbet med problemforståelse av hva oppdraget skal løse i et problemkart.

Problemkartet sorterer observerte problemer, årsaker og konsekvenser.

Dette hjelper oss å tydeliggjøre hva vi skal oppnå og å identifisere og velge tiltak

Uklart om veiledende kontrollintervaller blir fulgt for øyesykdommer

For lite støttepersonell til avlastning av oppgaver for øyeleger (eks bilddiagnostikk, forundersøkelser)

Dagens organisering av avtalespesialister er kostbar

Lite effektiv bruk av kompetanse

Våre spørsmål til Fagrådet for innvandrerhelse

- Hvilken erfaring eller kjennskap har rådet til de ulike tilbudene fra optikere og øyeleger? Og hvilke utfordringer (problemer) har dere eventuelt kjennskap til?

Våre spørsmål til Fagrådet for innvandrerhelse

- Hva kan være årsaken til disse problemene og hva er eller blir eventuelt konsekvensene av problemene i et innvandrerperspektiv?

Våre spørsmål til Fagrådet for innvandrerhelse

- Hva bør Helsedirektoratet være særlig oppmerksom på, ut fra rådets perspektiv, ved vurdering av tiltak og eventuelt implementering av disse ved gjennomføring av oppgavedeling mellom øyeleger og optikere?