

Referat

Møte om: Fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 18.08.2026

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saksnr: 24/14102-28

Til stede: Fagrådet: Thea Steen Skogheim, Jila Hassanpour, Marit Alver-Jacobsen, Zoja Ghimire, Jon Rogstad, Natasha Telson, Danilla Tømmerås, Katrine Meisfjord
Helsedirektoratet: Christopher Le, Charlott Nordstrøm, Anita T. Munch, Live B. Johannesen

Frafall: Bushra Ishaq, Anders Løkkeberg og Niels Fredrik Skarre

Referat fra møte i fagråd for innvandrerhelse 4.juni

1. Velkommen og nytt siden sist ved fagrådsleder

Hege orienterte kort om to tiltak i HSØ-regi og ministerbesøk på Ahus.

- Den digitale oversettelsesappen *Care to translate*, som har vært tilgjengelig i Helse Sør-Øst siden 2022, har fått en ny funksjon med Live Translate/sanntidsoversettelse. Det ble påpekt at fagmiljøene på oversettelsesstudiet ved Universitet i Agder ikke anbefaler tilbakeoversettelser.
- Det er et tiltak i Regional handlingsplan for mangfold, likeverdig helsetjeneste og migrasjonshelse (2025-2027) å øke andelen ledere med innvandrerbakgrunn i regionen, og at ansatte i helseforetakene skal speile befolkningen i opptaksområdet. I den sammenheng jobbes det med en bestilling til SSB, for å få oversikt over andel ansatte med innvandrerbakgrunn (inkludert i lederstillinger), sett opp mot andel av befolkningen med innvandrerbakgrunn i opptaksområdet.
- Rett etter påske hadde Ahus hadde besøk av helseminister Jan Christian Vestre og leder av Fagforbundet (LO), Helene Skeibrok. Under besøket fikk de høre mange eksempler på hvordan mangfoldet er et gode både for sykehusdriften, pasienter og pårørende. De fikk møte helsesekretærer, renholdsarbeidere, sykepleiere og ledere med innvandrerbakgrunn. Både helseministeren og lederen av Fagforbundet var opptatt av hvordan personer med innvandrerbakgrunn holder helsevesenet i gang. Helene Skeibrok beskrev det som en vinn-vinn-situasjon, og poengterte at Norge ikke klarer seg uten denne arbeidskraften verken i kommunene eller på sykehusene.

2. Planlegging av nasjonal konferanse om likeverdige helse- og omsorgstjenester; gjennomgang av utkast til program, ved arbeidsgruppen

Det har vært avholdt 2 møter i arbeidsgruppa som har landet på å ta utgangspunkt i nasjonal strategi om innvandreres helse (2013-2017), med blikk på snart 10 år etterpå - Hvor står vi nå? Dato: 17. og 18. november. Heldags – til og med lunsj dag 2.

Noen innledere er allerede forespurt og har sagt ja til å stille opp:

Esperanza Diaz, Bernadette Kumar, Manuela Ramin Osmundsen og Astrid Syse.

Budsjettramme: ca. 700.000 kr. Konferansen skal være gratis, inkludert lunsj og middag. Deltakere må selv dekke evt. overnatting og reise. Budsjettet tillater inntil ca. 250 deltagere. Berg Hansen bistår Helsedirektoratet og gjennomfører minikonkurranse med innhenting av tilbud fra ulike konferansesteder/hoteller i Oslo og omegn, Lillestrøm og ved Gardermoen.

Temaer på konferansen, i tillegg til oppsummering av status for kunnskap om innvandreres helse og bruk av helse- og omsorgstjenester er:

- Rasisme og diskriminering blant pasienter og ansatte
- Organisatorisk helsekompetanse
- Mangfoldskompetanse (begrep brukt i handlingsplanen mot rasisme og diskriminering).

Innspill fra fagrådet:

- Målgruppe: "menigheten" er viktig for det er lenge siden det har vært en mulighet for å samle fagpersoner/de som er engasjerte i tematikken. De ulike migrasjonshelsenettverkene (kommuner, helseforetak og frivillig sektor) er også «tørste» etter ny kunnskap, møtes og lære av hverandre.
- Gjøres det digitalt tilgjengelig? Det vurderes streaming og opptak av deler av konferansen.
- Inngenting samler en menighet mer enn motstemmer – viktig å få inn litt andre perspektiver også.
- Viktig å få med ledere med ansvar for mangfold etc.
- Gi rom for mingling, pauser og tid til gode samtaler. Oppfordre deltagere til å ikke bare snakke med de som de kjenner fra før.
- Ha publikum med i dialogen om vanskelige tema som rasisme; Hvordan bruke det som verktøy på egen arbeidsplass. Forslag: invitere Jessica Stenholm fra Lovisenberg sykehus for å snakke om erfaringer og verktøy i workshop.
- Hvem skal sitte rundt de ulike bordene? Blande kommune, spesialisthelsetjeneste, frivillige
- Ha fokus på interaksjon og at fagrådet lager noe meningsfylt i etterkant.
- Formål med konferansen: koble det til hva det egentlig handler om. I en situasjon med stram økonomi og knappe ressurser; hvordan kan vi gjøre dette på min arbeidsplass? Overordnede retningslinjer, utveksle erfaringer og tips til hva som kan gjøres.
- Dersom en tenker at en snakker til «menigheten» er det mange ting som er unødvig å si; som at rasisme og diskriminering er et problem – det er kjent. Da er det mer interessant å se hvordan det har seg at man likevel har kommet så kort.

- Formidlingen er avgjørende. Det er det tilhørerne sitter igjen med i etterkant.
- Hvordan kan denne konferansen gjøre en forskjell? Bruke dialogisk metode for endring gjennom prosess.
- Bevissthet om rasisme og diskriminering innenfor helse- og omsorgstjenesten er ikke noe alle har, det er fortsatt begrenset kunnskap.
- Faggruppen migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie i NSF ønsker å bidra på konferansen, blant annet i forhold til rasisme og diskriminering.
- Det kan vurderes å invitere tidligere medlemmer i fagrådet som innledere. For eksempel er Warsame Ali (tidligere FHI) invitert.
- Forslag om å invitere HOD til å si noe om status for tiltakene som gjelder helse i handlingsplanen mot rasisme og diskriminering.
- Basar/stands ifm lunsj
- Hva fungerer/fungerer ikke? Tillit er et nøkkelbegrep; mange innvandrere har lite tillit til for eksempel vaksiner, eldreomsorg, kvinnehelse. Tillit bør være et overordnet perspektiv på konferansen. Tillit er en nøkkel til bruk av tjenestene. Forslag om å inkludere hva tillit betyr/ innebærer for den enkelte innleder og bruke tillit i tittelen for konferansen.
- Historier som berører understreker viktighet.
- Vise videoer mellom økter – for eksempel om minoritetsstress (KUN)
- Dersom en skal ha en bolk om sårbare grupper som papirløse, skeive etc. blir det viktig å finne ut hva en vil med denne bolken. Hva er barrierene? Hva er overordnede utfordringer for sårbare grupper? Synliggjøre grupper med flere sårbarheter og interseksjonelt perspektiv.
- Nytt rundskriv om helsehjelp til papirløse publisert etter møtet
[Personer uten fast opphold i riket – rett til helse- og omsorgstjenester og dekning av utgifter - Helsedirektoratet](#)

3. Prosjekt mangfold og ulikhet, aldring og helse, ved prosjektleder Rita Weum, nasjonalt senter for aldring og helse

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet.

Oppdrag: Utvikle informasjon og veiledningsmateriell til innvandrere med demens (og deres pårørende), innen utgangen av året. Starter med å se hva som finnes av informasjon på nettsidene allerede. Tar kontakt med organisasjoner og personer, for å få oversikt over hva som finnes. Deretter ser de på hvordan informasjonen kan nå ut til enda flere.

Ønske om innspill til hjemmesiden til Aldring og helse: [Minoriteter – eldre innvandrere og demens - Nasjonalt senter for aldring og helse](#) De som bruker sidene mest er ansatte i helsetjenesten, innen demensomsorg og hukommelsesteam.

Innspill fra fagrådet:

- Bra at det retter seg direkte til ulike målgrupper – eldre, de som jobber med eldre, pårørende.
- Fint med informasjon på flere språk – og henvisning til andre nordiske lands oversatte informasjon.
- Bra at det vektlegges informasjon om tolk.

- Informasjon om kostnader – hva koster sykehjem? Hvordan er det med egenandeler?
- Informasjon til familie og venner: Ta tak i barrierer som finnes; hvordan få til bedre samarbeid mellom familie og helsetjenestene?
- Vurdere egen nettside for eldre og pårørende.
- Er sidene universelt utformet?
- Hva med de som ikke er digitale?
- Språk: veiviser - finnes det lenker til ulike språk? Alle henvisninger er på norsk, selv om det står at det er informasjon på f.eks. polsk.
- Henvisning til migrasjonshelsenettverkene (Hdir); I januar var det et nettverksmøte (NIFS) med innlegg om “planlegge litt”-kampanjen, om hvordan å planlegge for alderdommen.
- Foreldre i målgruppen - de tok opp at foreldre ikke har reflektert over hvordan deres foreldre lever i norske samfunn – hvordan passer det inn i norskfødtes muligheter. Kjenner på uro for om de vil bli sett/forstått på sykehjem. Hvor vil du dø? Hvordan? Hvor vil du bo når du bli syk? Ønske om begravelse i hjemlandet? Når vi snakker om eldre med innvandrerbakgrunn snakkes det ofte om at de har store familier, men mange er også enslige, og har begrensede økonomiske muligheter.
- POBO – nettside hovedsakelig for helsepersonell, men brukes også av pasienter og pårørende. Pårørendesiden kan få frem enda tydeligere hvilke rettigheter pårørende har og at helsepersonell har plikter.
- Det ble anbefalt å legge inn link til POBO – og å sende til POBO for innspill.
- Kurs for fastleger.
- Hvis siden skal utvides – legge til en FAQ-bolk?
- For å nå ut til større del av befolkningen – gjøre mediestunt via ulike medier som for eksempel Norsom News, Utrop, polske kanaler, Radio Latin-Amerika og Klar tale.
- Hva finnes av relevant informasjon på Helsenorge som kan linkes til? Er noe oversatt? De bør linke til hverandre.
- Siden rettet mot pasienter/pårørende bør gå «rett på sak» - rett til hva folk lurar på, enkelt forklart, fokus på å fjerne stigma
- Bruke du form til pasienter/pårørende: «Er du bekymret for hukommelsen – dette kan du gjøre».
- Bruke visuelle virkemidler og videoer.
- Dele gladsaker/gode historier som reduserer stigma – ekte historier.

4. Kampanje om fysisk aktivitet; eget løp spisset mot noen innvandrergrupper, ved seniorrådgiver Anita T. Munch, avdeling levekår, og seniorrådgiver Live B. Johannesen, Helsedirektoratet

Se vedlagte presentasjon.

Anita og Live presenterte tidlige tanker om kommende kampanje. Trygg helseinformasjon blir stadig viktigere. 70 % av smittsomme sykdommer kan forebygges. Stor byrde for samfunnet og enkeltindividet. Men enkeltindividet er ikke uten egen makt over eget liv. Finnes også noen kunnskapshull. Vil nå hele befolkningen med informasjon. 50 % sliter med helsekompetanse – informasjonslandskap og helsesystem er for vanskelig.

Store ulikheter knyttet til fysisk aktivitet avhengig av landbakgrunn (FHI, 2026).

Forslag: Kampanje som retter seg mot personer i alderen 55 til 60 år, og 45-60 år i innvandrergupper. Ha med noe om umiddelbar gevinst, psykisk helse, beredskap og resiliens.

Skal gjøre nytt innsiktsarbeid – hva mener brukerne selv? Se på barrierer for at man ikke er fysisk aktiv. Vet de hvor effektivt det er mot stress/psykisk helse? Helsedirektoratet bruker Norstat og paneler for å få innsikt.

Innspill fra fagrådet:

- Barrierer; en lang og kald vinter som ikke alle er vant til – det påvirker også psyken.
- Det er noen grupper det er viktigere å nå - hvordan nå disse, uten å stigmatisere de andre gruppene. Dette treffer ikke alle.
- Vi trenger å vite konkret hvordan vi skal kommunisere konkret på dette løpet mot denne gruppen.
- Ansvarliggjøring av egen helse. Lette byrden for egne barn i fremtiden. Viktig poeng med stigma.
- Bør gå ned på alderssegment hos innvandrere, starte på 40 år.
- Kvinnehuset i Lillestrøm - Kurdere – har mange aktiviteter. Dansekurs, musikk-kurs – hva er det som samler dem. Hvordan koble med norsk kultur.
- Kvinner i overgangsalder, flere har mange barn, er slitne. Mange, yngre og eldre har mange omsorgsoppgaver.
- Nå også de som har liten tilknytning til arbeidslivet.
- Gå til moskeer og livssynsorganisasjoner, NAV – Frisklivsprogrammet, Frivillig sektor/idrettslag, samarbeid med kommunale etater om jobbinkludering (Ny sjanse, jobbsjansen) og introduksjonsprogrammet, åpne barnehager
- Spørsmål om samarbeid med sivilt samfunn. Har dere en beredskap av organisasjoner dere kan gjenbruke? Ja. Hdir har god oversikt over organisasjoner.
- Samarbeide med diasporagrupper.
- Mange jobber ikke med menn, men menn må la kvinnene komme ut.
- Dele kunnskap og om effekt. Overbevis om at dette er trygt, går ikke mot tro/livssyn. Hva er det for meg – det gagnar deg og din familie om helsen er på plass.
- Viktig å nå de med lavest helsekompetanse og informere om helsekonsekvenser og gevinst.
- Hvordan få til indre motivasjon i de ulike gruppene en ønsker å nå?
- Holdningsskapende/endrende arbeid er utfordrende.
- Barrierer for å være fysisk aktiv er ikke alltid bare basert på motivasjon, men tid/arbeidssituasjon, økonomi, kjennskap til aktuelle tilbud, trygghet/tilhørighet.
- Kostnader kan utgjøre en barriere, så det er viktig med gratis tilbud
- Ta brodden av FakeNews – gode kilder

5. Pasient- og brukerombudets årsmelding og erfaringer fra 2025, ved Marit Alver-Jacobsen

Se vedlagte presentasjon.

POBO er administrativt organisert under Hdir, men faglig uavhengig. Det er et POBO i hvert fylke. Gratis hjelp/informasjon, hjelp til å navigere i helsetjenesten. POBO er også representert i ung.no.

Mandatet for POBO er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 8. POBO skal også jobbe på systemnivå, kan ta direkte kontakt med den som er ansvarlig for aktuelt område.

Noen områder POBO er spesielt bekymret for:

- Klagesystemet - det kan være vanskelig for folk å si ifra.
 - o Hvordan gå frem for å klage, hvem kan klage, hva skal med, hva kan man forvente/hva skjer etter at den er sendt?
 - o Kommune sender ikke avslag til statsforvalter
 - o Klagen blir kasteball i systemet – tar lang tid (kommune, statsforvalter – går i sirkel)
 - o Pasient og pårørende blir redd for å klage; de er avhengig av helsehjelpen. Redd for negative konsekvenser/represalier.
- Tjenestene henger ikke sammen.
 - o Pasient blir ofte koordinator for seg selv – det er det ikke alle som klarer.
 - o Risikerer å ikke få hjelp – for frisk for spesialisthelsetjenester og for syk for kommunehelsetjenesten (psykisk helse spesielt).
- Pasienter og brukere må tilpasse seg tjenestene i stedet for det motsatte. Men det fordrer god informasjon – om muligheter og tilstand.
- Pårørende tar alle "ekstravakter" – hva med de som ikke klarer å si fra?
- Frister holdes, men skjuler ekte ventetid
 - o Ventelister viser ikke reelle tall. Utredning gjort, men fortsatt vente på operasjon i lang tid.
- Eksempler på saker:
 - o Mangel på bruk av tolk. Latterliggjøring av språk og kommunikasjon – fra helsepersonell til pasient.
 - o Tenåringssønn brukt som tolk – mor forsto ikke at hun hadde kreft.
 - o Sår forverret etter keisersnitt – ikke god nok informasjon.
 - o Mangelfull behandling etter arbeidsulykke.
 - o Pasienter som ringer og sier de ikke har fått god hjelp, når helsehjelp ble gitt av ikke etnisk norsk helsepersonell.

Ca. 17.000 saker per år, fordelt på 1% tannhelsetjenesten, 42 % kommunale helse- og omsorgstjenester og 57% spesialisthelsetjenesten.

POBO har jobbet med å forbedre nettsidene. Har vurdert oversettelse til flere språk. Per nå er årsmeldingen kun oversatt til samisk. Hjelp til selvhjelp hadde vært fint å få oversatt.

Innspill fra fagrådet:

- Kan det være en sammenheng med informasjon om klagemuligheter/rettigheter i innkalling?
- Flest innen psykisk helse – ved avslag på henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Folk har oversettelsesverktøy på mobil. Det brukes, men hvem har kontroll på oversettelsene – hvordan er kvaliteten? Dette er noe som burde vært fulgt opp på systemnivå.
- Trender over tid – hva klager man på, hvem klager? Særlig i en tid med stadig mer digitale tjenester, pasient/bruker får mer ansvar for egen helse, det blir mer helsetjenester i hjemmet.
- Stor spredning i ulike kommuner - små griskrendte kommuner har ikke ressurser; Dilemma: benytte faglærte med begrenset norsk, eller ufaglærte?
- Hvis noen melder at de har blitt diskriminert – hva sier dere da? Informerer dere om LDO?
- Bruk av helsetjenester blant innvandrere (SSB) - hva er andel med innvandrerbakgrunn som melder saker/henvender seg til POBO?
- Kan evt. høre med SSB om muligheter. Ad. registerdata fra SSB er det et handlingsrom innen GDPR – men knyttet til om de får innfridd sine rettigheter. Krever også hjemmel i lov.
- Tannhelse løftes og TOO-satsning (tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur og overgrepsofsatte og personer med odontologi).
- Ved oversettelse til ulike språk - hva med små språkgrupper versus store grupper? Det er mye som er tilrettelagt for store grupper.
- Hvem kan vi forvente har nettverk som kan bistå? Det koster å vedlikeholde informasjon/oversettelser. En dreining mot mer fokus på klarspråk. Juridisk språk når ikke frem.

6. Muslimer og organdonasjon – Hvilke faktorer påvirker vestlige muslimers forhold til organdonasjon? Hva betyr kunnskap om dette for muslimsk samtalepraksis i norsk helsevesen? Ved Imam Abdifataah Mohamed Mahamud

Se vedlagte presentasjon.

Abdifataah innledet med to historier fra virkeligheten, som også er omtalt i hans masteroppgave. Det er ulik praksis i ulike land og for eksempel i Spania er man automatisk donor, men man kan aktivt melde seg ut og familien har veto rett.

Generelt er det færre migranter (inkl. muslimer) som donerer. Samtidig er det økende forekomst av diabetes og nyresvikt i noen innvandrergupper.

Tross teologisk ja, sier familien nei. Paradoks: Flere er villige til å motta organer enn å donere selv. "Det spontane nei-et" gjelder hele befolkningen.

Har vært lite forskning på organdonasjon og barn. Lettere å si ja når det er donasjon fra en person som har levd et liv, versus fra et barn.

Tall fra OUS viser at religion og kultur er viktigste grunn til avslag. Av 95 forespurte var det 37 % avslag.

Masteroppgaven er basert på vestlig forskning; litteraturstudie. 6 faktorer som påvirker beslutningen.

1. Religiøse faktorer:

Muslimer er ikke en homogen gruppe. Det finnes ikke et makthierarki. Teologiske spørsmål i islam er lokalt forankret og kan tilpasses lokalt. Det innebærer at det er vanskelig å oppnå religiøs konsensus. Koranen og profetens tradisjon omtaler ikke organdonasjon. I vestlig tankegang eier du din kropp – pasientens autonomi står høyest. I Islamsk tankegang eier du ikke kroppen din; du skal forvalte kroppen på vegne av gud, utfra de forutsetninger du er gitt - av gud. Derfor tas det avstand fra aktiv dødshjelp, organdonasjon, kosmetisk kirurgi; for man er kun forvalter at kroppen sin, man eier den ikke. Kirurgiske inngrep må være medisinsk begrunnet. Avdøde muslimer skal begravnes i sin helhet – og raskt.

Ved religiøs usikkerhet er det viktig med samtale med familien. Mange er usikre på organdonasjon. Man er ansvarlig for eget liv. Noen tenker "Hva om jeg gir mine organer til en person som er kriminell – hvem skal holdes ansvarlig"? Ingen vil belastes for andres synder.

Religiøs usikkerhet og mestring: Religion er en ressurs og et redskap for godt liv, men kan også være en belastning. Noen bruker religion til å spre hat. De som har hatt et godt liv, er mer givervillige.

Øvrige faktorer er kulturelle faktorer, psykologiske faktorer – valg/beslutninger bør avklares i forkant av eventuelle alvorlige situasjoner/kriser hos muslimer, sosio-demografiske faktorer – kvinner gir mer organer, kommunikasjon og tillit - språkdyktige er mer givervillige, og Imamer - religiøse ledere. Mange av disse faktorene leder tilbake til religion eller påvirkes av religion.

I Norge har de fleste stor autonomi. Beslutninger innenfor islam skal tas kollektivt. Grunnprinsipper kan kollidere med dette. Barn vil donere, men familien sier nei. OUS tar ikke side med pasienten – vil ikke lage dårlig omdømme for organdonasjon.

Religiøst tilpasset folkehelseinformasjon kan ha stor effekt. Budskap om at organdonasjon er noe vakkert; å gi livet videre.

Innspill fra fagrådet:

- Et medlem kommenterer at hen kan ikke være blodgiver, fordi hen kom til Norge etter fylte 5 år. «Men organene mine vil de ha. Og det er jo det samme blodet som går mellom dem!».
- Appellere til eget ansvar for å ta vare på egen kropp. Religiøs plikt, på linje med å be flere ganger. Helse og tid er to gaver mennesker tar for gitt. Vi skal ta vare på egen helse etter beste evne. Du kan bli gjort ansvarlig for bevisst å skade kroppen.
- Bruk et sitat/koransitat - det motiverer/treffer.