

Referat

Møte om: Fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 03.12.2025

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saksnr: 24/14102-22

Til stede: Fagrådet: Danilla Tømmerås, Mehdi Farshbaf, Natasha Telson, Tahmina Ansari, Bushra Ishaq, Zoja Ghimire og Katrine Meisfjord

Frafall: Jon Rogstad, Niels Fredrik Skarre, Thor Indseth, Marit Alver-Jacobsen og Jila Hassanpour

Hdir: Christopher Le, Heidi M. S. Nilsen, Einar Bryne og Wenche Øiestad

Eksterne: Alexandra Havdahl, FHI, Einar Tryti, Ahus, og Ludger Dorlöchter, sykehuset Østfold

Referat fra møte i fagråd for innvandrerhelse 10.september

1. Velkommen og nytt siden sist, ved fagrådsleder

Gro og Hege orienterte kort om deltakelse på [World Congress on Migration, Ethnicity, Race & Health – World Congress on Migration, Ethnicity, Race & Health](#) i regi av [GSMERH | The Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health](#), i Lisboa i begynnelsen av september.

Det er mye interessant som skjer, og vi kan være flinkere til å dele tips. Det ble blant annet også arrangert [European Conference on Social Medicine - Institute of Health and Society](#) i juni 2025. Global helse er også relevant for fagrådet.

Hege orienterte kort om nytt tiltak ved Ahus: *Treffpunkt for ansatte med flerkulturell bakgrunn*, som et ledd i å anerkjenne tilleggskompetansen og nytteverdien det har for sykehuset, og samtidig anerkjenne at det kan være en økt belastning på den enkelte ansatte, som kan komme i skvis mellom forventninger til rollen som helsearbeider og representant for "egen kultur".

2. Orienteringssaker, ved Helsedirektoratet

Se vedlagte presentasjon.

- Felles oppdrag til flere direktorater om å kartlegge utfordringer og foreslå tiltak for helhetlig oppfølging av enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger med frist 1. desember.
- Oppdrag om utarbeiding av retningslinjer e.l. for aldersundersøkelser av asylsøkere.

Det skal lages retningslinjer for helsetjenesten, for bidrag til UDI til å fastsette alder på asylsøkere. Det er mye som er utfordrende på dette området. Det er foreløpig ikke satt en bestemt tidsfrist. Det har vært motstand i barnelegeforeningen og legeforeningen, da metodene er usikre (særlig røntgen) og fordi det ikke er helsehjelp. Det ble presisert fra fagrådet at profesjonsetikken går ut på å yte helsehjelp, og ikke være en politisk aktør.

Fagrådet ga uttrykk for ønske om å invitere de som jobber med dette oppdraget i Helsedirektoratet til neste møte i fagrådet.

3. *Faglige anbefalinger om arbeid mot ensomhet, ved seniorrådgiver Heidi M. Scott Nilsen, avdeling levekår*

Se vedlagte presentasjon.

I England finnes det tiltak der fastlege eller apotek kan gi ut sosial resept; at du trenger sosial kontakt. Da settes vedkommende i kontakt med en lokalkontakt som hjelper deg.

Det er ikke forskjell mellom grad av ensomhet mellom by og land.

4. *Funn om sosial støtte og ensomhet i innvandrerbefolkningen, fra folkehelseundersøkelsen i Oslo, ved Thomas Sevenius Nilsen, FHI*

Folkehelseundersøkelsen i Oslo innhenter også data relatert til ensomhet, på en indirekte måte. Ensomhet kan være vanskelig for den enkelte å innrømme (UCLA-3 skala ble brukt). Skjema ble oversatt til flere språk. Tallene viser at innvandrere har et generelt høyere nivå av ensomhet enn befolkningen for øvrig, men at det også er stor variasjon mellom ulike innvandrergrupper. Innvandrere med fluktbakgrunn fra Syria og Irak er særlig utsatt. Det samme gjelder nyankomne ukrainere. Innvandrere med bakgrunn fra Somalia og Eritrea, har generelt noe lavere levekår, men skårer samtidig lavt på ensomhet. Arbeidsinnvandrere fra Polen som har vært i Norge lenge, mange er integrert, har jobb, men rapporterer fall i livskvalitet etter de kom til Norge. Botid har ingen avgjørende betydning – det er justert for botid i tallene. De som er utenfor arbeidslivet, går glipp av mye felleskap. Syria og Irak skårer lavere på sosial støtte.

Har hvilket språk man besvarte undersøkelsen på noen betydning?

De som svarer på eget språk (oversatt skjema), er generelt fornøyd med livet.

Personer med pakistansk bakgrunn viser ingen ulikhet mellom de som svarte på norsk versus de som svarte på urdu. Somaliere rapporterer å være mer fornøyd med livet når de kan svare på somalisk. Mens polske som svarte på polsk, var mindre fornøyd med livet.

Drøfting og innspill fra fagrådet:

- Er det sett nærmere på om årsak til innvandring har noen sammenheng med grad av ensomhet?
- Er de som bor på asylmottak med i undersøkelsen. Her kan mange berøres av mangel på tilbud og store avstander.
 - Befolkningsundersøkelsene gjøres med de som er bosatt i kommunene.

- Representasjon av eldre er mangelfull i disse undersøkelsene. Man må derfor ta utgangspunkt i annen forskning. Det er ulike determinanter som forsterker hva som gjør utslag, deriblant interseksjonalitet. Ensomhet kan ha sammenheng med dårlig økonomi, alder (en sårbar gruppe er eldre med innvandrerbakgrunn).
- Erfaringsbasert innspill: Mange eldre kvinner med innvandrerbakgrunn kan ha kort tid i arbeidslivet, språk er en utfordring (klarer seg i hverdagen), men man kan også oppleve regresjon til morsmål ved alderdom, kognitiv svikt, kritisk helsetilstand mm. Per nå er det få tiltak rettet mot eldre innvandrere.
- Det kan også fort bli en "begrepssuppe"; hva fører til dårligere helse og livskvalitet?
- Sosial støtte vs fysisk nettverk; man kan ringe familie i utlandet og derigjennom ha god sosial støtte, men samtidig mangle fysisk nettverk der man bor. Mange fedre med innvandrerbakgrunn jobbet mye og hadde da ikke overskudd/tid til å etablere nettverk utover familien.
- Sosiale arenaer er forankret i egne miljøer; moskeer var i større grad et treffpunkt før, mens det nå er mer religiøst.
- Ved oversatte begreper, legger man da samme betydning i det som på norsk? Personer med relevant språkkompetanse har kvalitetssikret oversettelsene, men det er ikke alt som lar seg oversette direkte.
- Som fagpersoner må vi være forsiktige med å konkludere basert på selvrapporterte data. Det kan også være påvirket av grad av helsekompetanse.
- LDO er opptatt av ungt utenforskap. Ved dårlig økonomi i kommunene, skrotes ofte forebyggende tiltak, altså, tiltak som ikke er lovpålagt.
- Vet vi alvorlighetsgraden av ensomhet?
- Det å få folk i arbeid er viktig tiltak, men det gjelder ikke polske, de er allerede i stor grad i arbeid.
- Er det gjort forskning på om respondenter har forstått spørreskjemaene (ref. bl.a. språkinterferens).
 - Det er ønske om supplerende kvalitativ forskning.
- Ulike språkgrupper kan ha samme begrep, men likevel ulik betydning; persisk har ikke ord for ensomhet, men bruker «alene» og må forklare nyanser rundt begrepet.
- Hvordan redusere/forebygge ensomhet:
 - Vanskelig, men viktig å dekke først primære behov. Deretter, finne ut hva som finnes av sosiale aktiviteter, treffpunkt for eldre, fritidsklubber.
- Vi må benytte tilgjengelig kunnskap; kan FHI validere instrumenter for ensomhet; ta inn validerte skalaer?
- Noen tiltak koster ikke (mye) penger, men sørge for at de tilbud og tiltak som finnes blir brukt. Taxi- og busskort er god støtte for å hjelpe ensomme til å komme seg rundt.
- Opplevelser med rasisme og diskriminering kan være medvirkende faktor til isolasjon.

5. Økning i autismediagnoser blant barn og unge med innvandrerbakgrunn, ved Alexandra Havdahl, Senterleder PsychGen Senter, Folkehelseinstituttet

Se vedlagte presentasjon.

Det er en betydelig økning av barn som får autismediagnose de siste årene. Økningen er størst blant jenter og de yngste barna, men det er fortsatt flere gutter som får diagnosen. Man ser samme trend i alle høyinntektsland, med høyere forekomst i familier med lavere

sosioøkonomiske kår. Det er ingen enkel årsak, men flere faktorer som bidrar og virker sammen.

Andel med autismediagnose etter familiens landbakgrunn, viser at det er stor forskjell på når de er født; før eller etter 2013. Barn med foreldre fra Afrika og Asia har høy andel hvis født etter 2013.

En del av økningen skyldes trolig økt oppmerksomhet, henvisning og oppdagelse. Tidligere barnehagestart kan være en mulig forklaring på økt oppdagelse, særlig blant de yngste med innvandrerbakgrunn.

Spørsmål/innspill fra fagrådet:

- Når det gjelder diagnosekriterier i psykiatri; hva går endringene ut på?

Svar: Kriteriene er endret fra snever definisjon av barneautisme til et bredere spekter.

Endringer i amerikanske diagnosegrupper er ikke implementert, men helsepersonell lærer det. Gått over til en stor paraplybetegnelse, oppdage autisme på tvers.

6. Egenskaper ved autismebølgen, ved Einar Tryti, forsker, Akershus universitetssykehus

Tall er ikke justert for befolkningsvekst. Human Development Index viser at der mors fødeland er regnet som lavkostland, er et høyere forekomst av autisme. Språk er viktig for symptombildet. Erfarer ulik diagnosefordeling i familier/hjem som er norske vs ikke norske. Hvordan kan gapet forklares? Går jenter under radaren? Stovner bydel har 2500 spesialvedtak.

Kommentar fra fagrådet:

Det er økt pedagogisk kompetanse i barnehagene. Det er håp om at en oppdager barn med spesielle behov tidligere enn før. Det må være samfunnets ansvar og ikke familien sitt.

En må bruke validerte tester som tar hensyn til språk og kulturelle forskjeller. IQ-tester er ikke nøytrale eller tilpasset kulturelle forskjeller.

7. Erfaringer og utfordringer fra arbeid med barn med mistanke om/diagnostisert autisme, ved overlege Ludger Dorlöchter, seksjon barne- og ungdomshabilitering, Sykehuset Østfold

Pasienter med barneautisme er en gruppe som er raskt voksende, og det ser fortsatt ut til at denne økingen og hva den egentlig betyr for hele samfunnet har gått under radaren.

Svært mange av disse barna, særlig de som barnehabiliteringen får henvist for utredning allerede i førskolealder, har meget begrensede/fraværende samarbeidsevner hovedsakelig pga kombinasjon av barneautisme og ofte også utviklingshemming. Barneautisme i seg selv innebærer at barnet blir symptomatisk med mangel på språk, blikk-kontakt, forståelse og interaksjon fra tidlig småbarnsalder. I kombinasjon med utviklingshemning gir dette seg utslag i at barnet er sterkt pleietrengende og ressurskrevende og kommer til å være det resten av livet.

Opptil 70% av disse barna har foreldre med innvandrerbakgrunn. Dette gir betydelige kommunikasjonsutfordringer mellom helsepersonell og foresatte og gjør det vanskelig for mange av de foresatte å orientere seg i samfunnet og, ikke minst, både i spesialist- og i primærhelsetjenesten.

Å bringe spesialist- og kommunehelsetjenesten nærmere hverandre, er en viktig brikke i et komplekst samspill. Pasientgruppen med barneautisme og ofte kombinert med utviklingshemming, har flerdoblet seg i HABU de siste 6-7 årene, fra 101 pasienter i 2018 til 325 pasienter i 2024 i Østfold. Til sammenligning oppdages det barnekreft hos ca. 200 barn i hele landet årlig, og ca. 80% av disse blir friske.

I Østfold har de diagnostisert mange hundre barn de siste årene med meget lavt funksjonsnivå, med behov for omfattende hjelp (gjennom hele livet), og som selv ikke har innsikt i sine komplekse behov. De fleste pasienter må fotfølges store deler av dagen og er realistisk sett en nær uoverkommelig utfordring for barnehabiliteringen og kommunen, særlig når barna kommer i skolealder og trenger store ressurser rundt seg døgnet rundt i alle ledd.

Alle fremmede/spontane/uventede situasjoner kan skape skrik, avverge og utagering, legeundersøkelser blir ofte veldig fragmenterte. Det gjelder fastleger, helsestasjonsleger og oss i spesialisthelsetjenesten. Mye av den generelle helsemessige rutineoppfølgingen blir for dårlig pga manglende compliance. Atferden kan i beste fall og med mye miljøterapeutisk innsats dreies i akseptable baner, noen ganger må psykofarmaka brukes. Blodprøver f.eks. krever ofte sedasjon for at man skal kunne komme nærme pasienten. Andre, i utgangspunktet enkle undersøkelser og behandlinger, krever full narkose. Bare å komme inn på legekontoret eller sykehus kan føre til skrik og utagering eller hodedunking i veggen.

Det er få pasientgrupper i samfunnet som er mer krevende, samtidig sårbare og totalt avhengig av sine omgivelser. Se for eksempel følgende artikkel i Fredrikstad Blad ved ordføreren: [Autisme, Skole og utdanning | Fredrikstad: Ber om hjelp til barn med autisme](#)

De som utreder barna er opptatt å formidle hvor dårlig funksjon disse barna har, hvor mange det er blitt og hvor stort engasjementet fra alle rundt pasienten må være for å minske tvangspregede tiltak i så mange sammenhenger. De fleste kommuner har f.eks. meget begrensede tilbud til disse barna i form av f.eks. spesialskoler, og de få som finnes, er nå fullstendig overbelastet. Barna trenger ressurser rundt seg hele døgnet.

Oppfølgingen av disse pasientene involverer så mye mer enn bare helsevesenet og burde føre til et omfattende samarbeid mellom helsetjenesten, oppvekstetaten og skoleveetaten, kommunesektoren og mange flere aktører. Antall/andel av denne typen pasienter er ulikt fordelt mellom norske kommuner, og dette fører til en alvorlig ressursbrist i enkelte kommuner.

For å understreke behovet for fokus på helheten i problemstillingen vises det til NRK sitt oppslag 28.09.25 om innhegninger for barn med utfordringer i skolegården som har fått mye oppmerksomhet utover kommunens grenser:

[Innhegninger på barneskoler i Fredrikstad: Mener ministeren må ta grep – NRK Østfold – Lokale nyheter, TV og radio](#)

Spørsmål/innspill fra fagrådet

- Er noen av pasientene norske romer (minoritet)?

Svar: Nei. Det er på SØ overvekt av pasienter fra Iran, Irak, Syria. Noen få fra Pakistan.

- Hva er tall for barn med autismediagnose i hele Norge, under 6 år.

Svar: 0,8% av alle under 6 år, ca 50.000. Vi er ikke dimensjonert for denne bølgen.

Det er et forsterket bilde av ulike faktorer. Sosioøkonomiske utfordringer. Traume av migrasjon kan utspille seg. Søsknebarnekteskap kan ha betydning.

8. Utarbeidelse av ny handlingsplan for forebygging av selvmord – innspill til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet på sentrale innsatsområder, ved Wenche Øiestad, avdeling psykisk helse og rus

Se vedlagte presentasjon.

I perioden 15. september til slutten av oktober 2025 kjøres det regionsvis kampanjer for selvmordsforebygging; "Snakk om selvmordstanker – det kan redde liv». Kort film ble vist innledningsvis. Filmen finner du her: [RVTS Øst | Snakk om selvmordstanker. Det kan redde liv.](#)

Foregående handlingsplan [«Ingen å miste» \(2020-2025\)](#) har hatt tverrsektorielt perspektiv. Den hadde 6 mål og 61 tiltak. Status/[årsrapport](#) publiseres hvert år av regjeringen, på Verdensdagen for selvmordsforebygging.

Ny handlingsplan skal også sees i sammenheng med andre handlingsplaner/styrende dokumenter. Ny handlingsplan skal leveres 31. mars 2026. Videreføring av Nullvisjonen drøftes. Det er også ønske om at ny plan er mer spisset og har færre mål/tiltak.

Wenche Øiestad ba om innspill på følgende refleksjonsspørsmål:

- Hvilke innsatsområder og tiltak mener dere bør prioriteres i en spisset og målrettet handlingsplan for forebygging av selvmord innen området innvandrerhelse?
- Har dere innspill til sentrale tiltak utfra et:
 - o Folkehelseperspektiv
 - o Tjenesteperspektiv

Innspill fra fagrådet:

- Skeive har høy selvmordsrate. Det ville være fint å finne ut hvilke minoritetsgrupper som er mest utsatt, og hvordan man kan forebygge innenfor disse gruppene.
- Når det gjelder selvmordsrate blant personer med innvandrerbakgrunn, ta utgangspunkt i selvmordsstatistikk etter landbakgrunn, trosgrunnlag etc. Innen islam er det å ta eget liv ansett som å ta Guds vilje i egne hender. Selvmordsraten blant muslimer er derfor relativt lav. Samtidig er det en betydelig andel med psykisk uhelse/dårligere mental helse. Det fraskriver derfor ikke behovet for å se på generell psykisk helse.
- Suicidal helsekompetanse ble nevnt som begrep.
- Betydningen økonomiske problemer/gjeld har på psykisk helse, ble trukket frem.
- FHI har gjort en sammenstilling ad økonomi og selvmord (i tillegg til svensk forskning). Dette er aktualisert av dyrtid og økt gjeldesbyrde. Å snakke om økonomi er ofte tabubelagt.
- Man må snakke om økonomi i ulike instanser der det kan være risiko; innen bankvesenet, NAV, spesialisthelsetjenesten mm.

- Språkbarrierer kan være en utfordring; enkelte har ikke forstått vilkår rundt bruk av kredittkort.
- Andre mangler digital kompetanse og overlater håndtering av nettbanken til andre.
- For minoriteter kan det være andre risikofaktorer enn øvrige befolkning. Menn/kvinner med minoritetsbakgrunn som er innlagt pga. suicidalitet eller selvskade, følges opp ulikt. Flyktninger/asylsøkere kan reagere pga. avslag på søknad om familiegjennforening, at de selv skal sendes ut av landet, ervervet gjeld... utfordring når de ikke får endene til å møtes, og det de ønsker er å skape bedre forhold for barna sine.
- Presiserer at vi i Norge må forholde oss til tolkeloven, med krav om bruk av kvalifisert tolk i møte med offentlige tjenester der det er språkbarrierer. Videre må det, fra et tjenesteperspektiv også settes av nok tid til å bruke tolk (alt skal sies to ganger).
- Ved bruk av AI, vær oppmerksom på at AI kan ha fordommer/være biased.

Øvrige innspill til Hdir ønskes innen 31. oktober.

9. Eventuelt

Fagrådets arbeidsform og innhold i møter fremover

- Oppstartstidspunkt og varighet av fagrådsmøter ble tatt opp. Det ble ytret ønske fra noen om å starte tidligere. Det er utfordrende for noen som har lengre reisevei.
- Det er fint med mer dialog om hvordan Hdir best kan bruke fagrådet. Fagrådet skal komme med innspill til Hdir og ikke bare lytte til hva Hdir gjør. Det betyr at fagrådet også kan utfordre Hdir på områder det orienteres om.
- Det kan vurderes å ha workshops i fagrådet, med fordypning i noen temaer.
- Fagrådet bør se på hva de vil gjøre fremover og Hdir kan vurdere nærmere hvordan de kan bruke fagrådet.
- For eksempel kan det hende at fagrådet i større grad kan vektlegge barne- og ungdomsperspektiver. Det har det i liten grad vært fokus på tidligere.
- Det ble foreslått å gjennomgå mandatet for fagrådet i neste møte, med særlig tanke på de som er nye medlemmer i fagrådet.
- Fagrådet har ganske mye spillerom, men det avhenger bl.a. av kapasitet hos de enkelte medlemmene.
- Det ble fremmet forslag om å etablere et arbeidsutvalg med leder og to medlemmer som, sammen med sekretariatet fra Hdir, kan bidra med innspill til og utforming av agenda for møter i fagrådet.
- Det kan vurderes å lage en langtidsplan for temaer/saker til fagrådsmøtene.
- Kanskje noe kortere innlegg og mer rom for dialog. Det er mye informasjon i møtene.
- Det er viktig å koble på fagrådet i hele Helsedirektoratet.
- Fagrådet vil oppleve at de kan bidra med noe, og spør om de får brukt seg selv nok?
- Det anbefales å lage en rutine med en oppsummering og en uttalelse etter endt sak – til de som innleder.

10. Saker til neste møte i fagrådet

Forslag som kom frem i møtet var:

- Personell som opplever rasisme

- Kunstig intelligens (KI) som bruk i oversettelser, app - kommunikasjonsbasert, eller mtp bias i svar fra AI-genererte tekster basert på etablerte språkmodeller.

I etterkant av møtet kom det andre forslag til saker:

- Helse blant personer med midlertidig personnummer (såkalt D-nummer). Forslag om å invitere en fagperson fra Frelsesarmeens migrasjonssenter som jobber mye med denne gruppen til daglig.
- Tilgang til psykisk helsehjelp for innvandrerbefolkningen, særlig knyttet til forståelse av kompetanse, autorisasjon og rollefordeling mellom ulike behandlere.