

## Referat

Møte om: fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 20.08.2025

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saksnr: 24/14102-18

Til stede: Hdir: Avdelingsdirektør Knut Berglund (deler av møtet), Christopher Le, Anita T. Munch, Torunn Holm Totland, Midia Aminzadeh, Sigrunn Gjønnnes, Mari Hagtvedt Vik, Hanna Helgeland og Kjersti Eeg Skudal.

Fagrådet: Thor Indseth, Marit Alver-Jacobsen, Danilla Tømmerås, Jila Hassanpour, Zoja Ghimire, Niels Fredrik Skarre, Katrine Meisfjord og Natasha Telson

Frafall: Tahmina Ansari, Jon Rogstad, Mehdi Farshbaf og Bushra Ishaq

### Referat fra møte i fagråd for innvandrerhelse 12.juni

#### **1.Utarbeiding av nye handlingsplaner om habilitering og rehabilitering, ved seniorrådgiver Sigrunn Gjønnnes og seniorrådgiver Midia Aminzadeh, avdeling helse- og omsorgstjenester**

Se vedlagte presentasjon.

Helsedirektoratet ønsker innspill fra fagrådet til handlingsplaner som er tilpasset brukerne. Det skal utarbeides én plan for habilitering og én for rehabiliteringsområdet.

Riksrevisjonens funn for rehabilitering i 2021 viste at:

- Pasienter ikke får tjenester de har behov for, verken i kommune eller i spesialisthelsetjenesten.
- Samhandling fungerer ikke.
- Svakheter i rehabiliteringstjenester får konsekvenser for pasienter/brukeres helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.
- Styringen av rehabiliteringstjenester er mangelfull på alle nivåer.

Riksrevisjonens funn for habilitering i 2021 viste at:

- Det er store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn.
- Variasjon mellom kommuner i bruk av avlastning.

- Behandling av klager har betydning for hvilken tjeneste familien får.
- Familien må ta ansvar for å få tjenester/hjelp og å koordinere tjenester.

Riksrevisjonen melder om at det er store mørketall.

Det ble poengtert fra fagrådet at mange innvandrere ikke kjenner til klagemuligheter og ikke forstår betydningen av *avlastning*.

Helsedirektoratet vil ha "mangfoldsbriller" på når handlingsplanene utarbeides, for å nå alle. En grunnpilar er likeverdige tjenester. Sosioøkonomisk bakgrunn påvirker tilgang til og bruk av helsetjenester. Befolkningens helsekompetanse bør økes. Helsetjenesten må tilpasses ulike forventninger og behov.

Hvorfor handlingsplaner? Det er 10 års perspektiv i planene, både kort og langsiktig perspektiv.

Oppsummering av dagens situasjon og utfordringsbilde:

- 1) Tjenestene er ikke godt nok kjent
- 2) Manglende kompetanse og samarbeid
- 3) Varierende tilgang til tjenester og ventetider
- 4) Fragmenterte forløp og uklare ansvarsforhold
- 5) Manglende bruk av teknologi, digital samhandling
- 6) Manglende styringsdata

Innspill fra fagrådet:

- Det trengs kontakt direkte med målgruppen, gjerne også uformelle grupper. Eksempel på gode/aktive grupper kan være foreldre som har barn med store vansker, som hjelper/støtter hverandre, deler erfaringer mm. Eksempler på organisasjoner: [Løvemammaene](#), [Abloom](#)
- Det er viktig at man i dette arbeidet også retter blikket nordover; der er det generelt få rehabiliteringsplasser og lange avstander. Det er med andre ord andre utfordringer i nord.
- Se om det er mulighet for å favne fødelandsvariabler i statistikk som skal publiseres; eventuelt som bakenforliggende analyser til nytte for justering av tjenester; hvem bruker tjenester og hvilke grupper kunne potensielt brukt tjenestene eller hatt nytte av tjenesten. Med mulighet for å følge utvikling, som analyse i bakgrunn, men kanskje ikke i dashbord. Må evt. kunne fjerne de grupper som er minst, for å ivareta anonymitet.
- Autisme-økningen er særlig stor blant barn med ulik innvandrerbakgrunn.
- Kan man målrette tjenester til de grupper man ikke når så lett? Gjelder for eksempel de som venter på bosetting i kommunen. Hva med utdanningsinstitusjoner? Fin anledning til å gi informasjon om rettigheter og klagemuligheter. Benytte ideelle/frivillige organisasjoner; Kirkens bymisjon, Røde Kors mm. som har mange kontakter med tanke på informasjonsarbeid.

- Huske på språk: tilpasset språk/klar språk og evt. oversettelser.
- Bruke kvalifisert tolk i alle ledd, og kartlegge helsekompetanse/systemforståelse
- Informere via introduksjonsprogrammet [Hva er introduksjonsprogrammet? | MIKA](#)

Helsedirektoratet informerte om en oppdatert brosjyre som er oversatt til [arabisk](#), [engelsk](#), [hindi](#), [spansk](#) og [urdu](#) om koordinerte tjenester/individuell plan, på [helsenorge.no](https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/ditt-liv-din-plan-til-deg-som-kan-ha-behov-for-langvarige-og-koordinerte-tjenester)  
<https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/ditt-liv-din-plan-til-deg-som-kan-ha-behov-for-langvarige-og-koordinerte-tjenester>

## 2. Orienteringssaker ved Helsedirektoratet

### a) Oppdrag om å oppsummere erfaringer fra kommunikasjon med innvandrerbefolkningen og foreslå kommunikasjonsløp, ved seniorrådgiver Anita T. Munch, avdeling levekår.

Se vedlagte presentasjon.

Helsedirektoratet fikk oppdrag i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2025 med kort svarfrist. Oppdraget er håndtert av avdeling levekår i samarbeid med medlemmer i kampanjeteamet, avdeling samfunnshelse og avdeling kommunikasjon.

Under pandemien fikk helsemyndighetene for alvor forståelse for at det er viktig å nå ut med informasjon om smittevern på alle nivåer. Helsedirektoratet kan gjøre mye for å nå ut til ulike deler av befolkningen, hvis det er tilstrekkelige ressurser. Helseinformasjon bør fortsatt tilpasses og oversettes og kommunikasjonen bør målrettes. Helsedirektoratet målretter kommunikasjon mot noen grupper, for eks. i forhold til røyking blant polske, men det er lite målrettet generelt. Utgangspunktet er at informasjon ikke er gitt før den faktisk er mottatt og forstått.

Kampanjeteamet i Helsedirektoratet jobber etter *innsiktshjulet* som betyr at en må snakke med mottaker i startfasen, særlig hva gjelder kunnskap og budskap. En må vite hva mottaker trenger og bruke ulike kanaler.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ba om forslag til tre anbefalte områder eller kommunikasjonsløp. Helsedirektoratet har vurdert at det er hensiktsmessig å knytte det til pågående arbeid.

- Helsekompetanse (informasjon om helsetjenestene) og kommunikasjon via tolk. Det har vært årlig kampanje de siste to årene, men det mangler likevel kontinuitet i budskapet: "trenger du helsehjelp? – her finner du nyttig informasjon". Her ønskes det en kontinuerlig innsats.
- Tobakk: følger med på prevalens av røyk, snus og e-sigaretter. Har ikke nasjonale tall, annet enn alder, kjønn og hvor de bor. FHI har sett litt på røykevaner i innvandrergupper, og ser at det er en stor andel blant daglig røykere som har innvandrerbakgrunn.
  - Anbefaling til HOD om kontinuerlig innsats og behov for å målrette informasjon/kommunikasjon.
- Psykisk helse og psykisk helsehjelp: jobbe mer med tilpasset informasjon om psykisk helse og psykisk helsehjelp.

Oppsummert anbefaler Helsedirektoratet en egen satsing på "utsatte" grupper, målrette informasjon på ulike språk og fortløpende vurderinger av behov for oversettelser.

HOD har etter at oppdraget ble besvart bedt Hdir om å skissere hvor store ressurser man ville trenge til dette.

**b) Publisering av Norkost 4 blant innvandrere – en metoderapport om deltakelse og kosthold blant personer født utenfor Norge, ved seniorrådgiver Torunn Holm Totland, avdeling folkehelsestatistikk.**

Rapport som kommer i juni bygger på en nasjonal kostholdsundersøkelse publisert før jul, gjennomført i aldersgruppen 18-80 år. Den forrige kom i 2010/2011. Personer født utenfor Skandinavia er nå inkludert. Har doblet utvalget for å få informasjon fra flere. Undersøkelsen er gjennomført for å se om det er mulig å nå hele befolkningen. Ikke gjort tilpasning i metoden – alle ringes 2 ganger, med kostholdsintervju. Tilpasset språk og informasjon på flere språk samt intervjuere på 10 språk. Informanter kunne velge å bli intervjuet på foretrukket språk. Har sett på deltakelse. Av 2000 i utvalget fra personer utenfra Norge, svarte 33%. I generell befolkning deltok 40 %, blant eldre 39% deltakelse. Av personer født utenfor Norge var det størst deltakelse blant personer fra Norden utenom Norge, lavest fra Øst-Europa og deler av Asia. Blant de 10 landene med flest innvandrere i Norge, var det lavest deltakelse blant litauere og det var flest ukrainere som ikke kunne delta på grunn av språkbarrierer, da prosjektet ikke hadde intervjuere på disse språkene.

Konklusjon:

Deltagelsesprosenten varierte med opprinnelsesland, og designet er avhengig av å ha intervjuere med gode og varierte språkferdigheter for å fange opp flest mulig grupper av befolkningen. Det bør prioriteres språktilpassing for grupper som har hatt kortere botid i Norge, dette er informasjon vi bør be om til neste gang. Deltakerne ble intervjuet om det de spiser, men man hatt mulighet til å forklare gjennom samtalen for å fange mer av detaljene. Samtidig var det flere som ut fra kalkulasjoner av matinntaket ble vurdert å ha underrapportert energiinntaket. Dette varierte mellom de ulike fødelandregionene. Språkbarrierer bidro nok til dette, og at det å finne tilsvarende matretter i matvareutvalget i databasen var utfordrende – selv om det ble utvidet underveis.

[Norkost 4 - Helsedirektoratet](#)

[Norkost 4: En metoderapport om deltakelse og kosthold blant personer født utenfor Norge - Helsedirektoratet](#)

**c) Helsedirektoratets ruskampanje lanseres, ved seniorrådgiver Anita T. Munch, avdeling levekår**

Denne uka lanseres Helsedirektoratets kampanje *Ren Dose Fakta* som skal gi ungdom informasjon om hvor de kan finne trygge og kvalitetssikrede svar på alle spørsmål de har om rusens påvirkning på kropp og hode. Målgruppen er ungdom 15-17 år. Helsedirektoratet beveger seg i kanaler som ungdom bruker, bl.a. TikTok. Kampanjen er laget i samarbeid med Ung.no og det er samarbeid med VG-lista Topp 40.

Kampanjemateriell ligger her: [Ruskampanjen](#)

Landingssiden for kampanjen er: [ung.no/rusmidler](http://ung.no/rusmidler)

Publisert artikkel: [Annonsørinnhold: Hvordan forholder du deg til tenåringen og rus?](#)

### **3. Oppvekstprofilene 2025, ved seniorrådgiver Hanna Helgeland, avdeling folkehelsestatistikk**

Se vedlagte presentasjon.

Se også lanseringsseminar [Inkludering av barn og unge med innvandrerbakgrunn | IMDi](#)

Årets tema er barn og ungdom med innvandrerbakgrunn.

Oppvekstprofiler er et samarbeid med AVdir, Bufdir, IMDi, FHI og KS. Årlige unike rapporter med nøkkeltall for kommuner og større byer. Folkehelseloven pålegger kommuner å ha oversikt over innbyggerne sine og helsetilstanden i befolkningen.

Samler statistikk fra ulike datakilder; SSB, Ung data undersøkelsen, elevundersøkelse, helseregister etc. Legges i Folkehelsestatistikkbank.

Her kan man bryte ned på en del indikatorer. Per nå, en 4 siders pdf:

- 1) Forside med nøkkeltall, sammenliknet med snittet
- 2) Temasider (årlig)
- 3) Barometer

Bruker trafikklysmode, som viser om kommune ligger bedre, dårligere, eller ikke vesentlig forskjellig fra landet. Fargen på prikkene sier ikke noe om dette er et ønskelig nivå.

Klikk på indikator for å komme til statistikkbanken – da kommer man til statistikkbanken, og kan se på utvikling over tid, og få mer detaljert statistikk som for eks. Befolkning; andel/antall etter landbakgrunn/innvandrerbakgrunn. Skole – lese og skriveferdigheter, gjennomsnittlig grunnskolepoeng, fullført vgs. Levekår; vedvarende lavinntekt.

Statistikkbanken er helt ny, og skal fungere i henhold til universell utforming.

Inkludering av barn og unge med innvandrerbakgrunn. En av fem har innvandrerbakgrunn. 12 % innvandret, 10 % norskfødte med innvandrerforeldre, til sammen 22 % av barn og unge i Norge. På landsbasis – flere som selv har innvandret, men i Oslo, flere som er født i Norge med innvandrerforeldre. De fleste klarer seg bra: norskfødte - særlig jentene – fullfører vgs i like stor grad som jenter i befolkningen for øvrig - og i noen Oslo-bydeler. Guttene - større forskjeller - fullfører sjeldnere vgs enn gutter for øvrig i befolkningen. Særlig viktig å fange opp gutter som kommer alene, og/eller de som er levekårsutsatte.

Barn i lavinntektsfamilier: I befolkningen generelt er det 5 %, blant norskfødte med innvandrerforeldre er det 27 % og blant barn med innvandrerbakgrunn er det 43 %.

Tips til kommunene:

- Levekårsutsatte, enslige mindreårige, særlig gutter.

Nettsteder for å lese mer:

- [Inkludering av barn og unge med innvandrerbakgrunn - Helsedirektoratet](#)
- [Folkehelsestatistikk og profiler - Helsedirektoratet](#)

Innspill fra fagrådet:

- Tiltak til foreldre er viktig – betydning av språkbarrierer og systemforståelse.
- Berømme for å ha med landbakgrunn i oppvekstprofilene.

**4. Presentasjon av resultater som gjelder innvandrerbefolkningen -**

**Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024, ved avdelingsdirektør Thor Indseth, FHI.**

Se vedlagte presentasjon.

Hvorfor ta med fødeland i en undersøkelse om helse og livskvalitet? Undersøke om deler av befolkningen kan ha særskilte behov eller utfordringer. Å ikke kartlegge kan bidra til usynliggjøring og umyndiggjøring. Viktig for å få et korrekt helhetsbilde av folkehelsen i Oslo.

Hvorfor er Folkehelseundersøkelsen i Oslo viktig - også nasjonalt? Innvandrere er nesten ikke med i de store norske undersøkelser. Stort frafall fordi undersøkelser kun er på norsk, som gir et begrenset utvalg. Man henger seg opp i svarprosent, det hjelper ikke om det ikke er representativt.

I Oslo-undersøkelsen; Mange tiltak for å nå grupper som generelt ikke svarer; unge og innvandrere. Oversampling, påminnelser på SMS/e-post. Ukrainske svarer gjerne mer enn øvrig befolkning. Forbehold;

- Funn gjelder ikke alle i gruppa
- Kan ikke brukes for å generalisere om en gruppe

Gjennomgang av funn.

Innspill fra fagrådet:

- Rapporter om foreldreskap og negativ sosial kontroll – landbakgrunn som parameter [20698.pdf](#)
- Mange spørsmål som ikke er med i rapporten

Det går bra å bryte ned på fødeland, når datagrunnlaget er stort nok.

**5. Brukererfaringsundersøkelse om svangerskap- fødsels- og barselomsorgen, ved seniorrådgiver Kjersti Eeg Skudal, avdeling for kvalitetsindikatorer og brukerundersøkelser**

Se vedlagte presentasjon.

Brukererfaringsundersøkelser generelt. Brukernes erfaringer teller.

Hva er brukererfaringsundersøkelser:

- Måling av bruker/pasients erfaring med helsetjenester
- Temaer som er relevante for brukere/pasienter
- Måler ulike aspekter ved tjenestene
- Spørsmål må kunne besvares av alle innen en populasjon
- Skjema bør ikke være for lange

Om brukererfaringsundersøkelsen i svangerskaps- og fødsels- og barselomsorgen:

- Oppdrag i tildelingsbrev 2024/2025

- Ny undersøkelse om 3 + 3 år for å få tidslinjer.
- 2011 – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten - første undersøkelse
- Senere gjentatt av FHI – men kun fødsel/barsel
- Nå også høre om hele forløpet, opptatt av sammenhengen mellom tjenestene.

Spørreskjema; 4 deler: 138 spørsmål, inkl. fritekstmulighet.

- 1) Svangerskap (49 spørsmål)
  - a. Erfaringer med lege/jordmor, ultralyd, organisering og tilgjengelighet
- 2) Fødsel (21 spørsmål)
  - a. Erfaring med helsepersonell, info og organisering, medbestemmelse, partner, feilbehandling.
- 3) Barselopphold (32 spørsmål)
- 4) Helsestasjon (37 spørsmål)

Datainnsamling – utvalg fra medisinsk fødselsregister.

Har inkludert 29 113 kvinner som har født i perioden 01.08.24-28.02.25.

493 er ikke kontaktbare (2%)

Status og videre planer:

Tilleggsoppdrag – inkludere de som har født i juni/juli. Blant kvinner med sommerfødsler – spørreskjema, med et utvalg av spørsmål, gjennomføres via intervju blant ikke-svarere (tolk på utvalgte språk), for å øke representasjonen. Stille spørsmål om hvorfor de ikke svarte på undersøkelsen i første omgang.

Spørreskjemaet er tilgjengelig på bokmål, nynorsk og engelsk. Det er behov for mer tid for å oversette til flere språk. Mål for neste omgang er å oversette til flere språk og forkorte undersøkelsen.

Kommentar fra fagrådet:

Det vil være interessant å gjøre en frafallsanalyse på de som ikke svarer og se hvem de er. Det skal være mulig å se bakgrunn til både svarere og ikke svarere.

## **6. Presentasjon av Helsesenter for papirløse i Bergen, ved virksomhetsleder og fagrådsmedlem Katrine Meisfjord.**

Se vedlagte presentasjon.

Daværende regjering innførte forskriften i 2011, med hjemmel i lovverket.

Se [Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket - Lovdata](#).

I Vestland fylke har politikere bevilget penger til gratis transport og gratis tannhelsetjeneste som frivillige organisasjoner administrer. Bergen kommune har inkludert papirløse migranter i kommunal legetjeneste. Samarbeidsrådet i Vestland fylkeskommune har funnet konkrete løsninger. Helsesenteret har fått penger i 4 år for å dekke tannhelsekostnader, reisekostnader/månedskort, fritidsreiser og nå er de i gang med å se på hvordan de kan fortelle om dette til andre fylker.

Under Covid 19-pandemien mistet helsesenteret alle frivillige over natten. De fikk da finansiert en 20% kommunal legestilling stilling under pandemien. Katrine Meisfjord refererte blant annet til en pasienthistorie om *en alvorlig syk pasient ble nektet behandling i byens to sykehus. Pasienten døde og saken ble sendt til statsforvalter, og begge sykehus fikk kritikk for å ikke ha gitt hjelp*. Meisfjord sa at statsforvalterens behandling av saken tydeliggjorde hva “nødvendig helsehjelp som ikke kan vente” innebærer.

Helsesenteret har erfart at mange papirløse migranter må betale større regninger selv når de får behandling i spesialisthelsetjenesten. Det kan ikke kreves forhåndsbetaling og det skal gjøres en vurdering av pasientens betalingsevne, noe som er utfordrende for sykehusene. Etter mange års påvirkningsarbeid overfor Helse Bergen blir i større grad klagen, som Helsesenteret sender på vegne av pasientene, hensyntatt. Imidlertid vil ikke Helse Bergen ettergi regninger til kvinner som føder mens de venter på familiegjenforening i Bergen, noe som skaper stor frykt og påkjenning i svangerskapet.

Helsesenteret, sammen med representanter fra Vestland fylkeskommune og Bergen kommune, har vært på besøk i Helsinki kommune som har tilrettelagt helsetjenester for mennesker med prekære helsebehov. Helsinki utarbeidet lokale retningslinjer for helsehjelp med definisjon av nødvendig helsehjelp til papirløse i 2018.

Bredt politisk vedtak i Bergen kommune 05.06.24 som nå er effektivt og fungerer godt, med kommunal fastlege og gratis medisiner.

#### Utfordringer helsesenteret ser nå:

Det ser ut til å være stor lokal variasjon i tolkning av forskriften. Helsesenteret kunne ønsket seg tydeligere retningslinjer og forklaring av hvordan betalingsevne til papirløse skal vurderes. I Helse Bergen sender de inkassokrav til personer som ikke kan betale. Helsesenteret mener man bør utrede statlig finansieringsordning for helsehjelpen til papirløse, slik det er innført i Finland. Også Sverige har gratis helsehjelp til papirløse.

Helsesenteret mener det er manglende informasjonsarbeid om helserettigheter til papirløse. De ser behov for informasjon til alle kommuner og helseforetak/sykehus og til målgruppene. Røde Kors har utviklet et e-læringskurs som kan distribueres på aktuelle plattformer i spesialisthelsetjenesten; Læringsportalen/Campus, Helsebiblioteket (FHI), KS, fastleger, norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og via utdanningsinstitusjoner.

Helsesenteret mener det er behov for å etablere et nasjonalt hjelpenummer for papirløse. I Finland får papirløse et kort, med ettertrykkelig beskjed om at de ikke må miste det.

Helsesenteret mener forskriften bør endres, for å ivareta menneskerettighetene. Se boka: [Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten](#) (Henriette Sinding Aasen og Marianne Klungstad Bahus).

Link til foredrag: *Helsehjelp til papirløse - hva sier menneskerettighetene?*  
Fra minutt 06:15. <https://youtu.be/HaE37Q83OFA?feature=shared>

#### Innspill fra fagrådet:



- Det kan være hensiktsmessig med en pragmatisk tilnærming, heller enn å argumentere med menneskerettigheter. Vise til at dagens ordning er kostbar, tungvint og lite effektivt, med negative helseutfall. Menneskerettighetene sier ikke noe om at det skal være gratis. Argumentere for at dette er en dårlig løsning "på bakken".

Fra Helsedirektoratets side ble det informert om at Helsedirektoratet har fått oppdrag om helsehjelp til personer uten fast opphold i årets tildelingsbrev, hvor det står at: *Det er behov for grundigere informasjon om regelverket for å oppnå en mer enhetlig praksis for helsehjelp til personer uten fast opphold, blant annet med fokus på barn og gravide og fødende kvinner. Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide et nytt rundskriv om helsehjelp til personer uten fast opphold.* Rundskrivet skal erstatte tidligere rundskriv I-5/2011 og helt eller delvis rundskriv I-3/2017.

*Helsedirektoratet skal også vurdere eventuelt annet informasjonsarbeid både til helsepersonell og til personer uten fast opphold. Helsedirektoratet bes videre vurdere om det bør utarbeides et informasjonsskriv som retter seg mot asylsøkere, om det bør være elektronisk, på hvilke språk mv. Helsedirektoratet vurderer også om det skal iverksettes tiltak for å heve kompetansen til helsepersonell, på hvilken måte dette bør gjennomføres, og andre tiltak. Helsedirektoratet vurderer selv om andre instanser skal delta i dette arbeidet, f.eks. Helsesenteret i Oslo og Bergen som er drevet av Kirkens Bymisjon og Røde Kors. Frist 31.12.2025*

Helsedirektoratet, har bidratt med uttalelse om viktigheten av helsehjelp til papirløse til Røde Kors (og helsesentrene) sitt e-læringskurs om helsehjelp til papirløse, som lanseres i september.

Jurist i avdeling helserett jobber med utkast til revidert rundskriv. Det er ikke snakk om å endre forskriften. Helsedirektoratet har hatt dialog med helsesenter for papirløse i Oslo om utkast til revidert rundskriv og om informasjonsmateriell.

## **7. Regional handlingsplan for mangfold, likeverd og migrasjonshelse, Helse Sør-Øst, ved Hege Linnestad**

Se vedlagte presentasjon.

Fagrådet fikk presentert bakgrunn for handlingsplanen, arbeidsprosessen og mål, samt innsatsområder og utvalgte tiltak. Handlingsplanen støtter opp om visjonen i Helse Sør-Øst: *Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.* Den er også tett knyttet til regional utviklingsplan og innsatsområdet: *Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering, herunder øke kvaliteten i helsehjelp til personer med innvandrerbakgrunn.*

Viktig presisering; selv om man i planen bruker begrepet *mangfold* som kan tolkes bredt, er tiltak i denne planen særlig innrettet for å fremme likeverdige helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn.

Handlingsplanen er rettet mot pasienter, pårørende og ansatte og har også tiltak som er på systemnivå. Den er inndelt i følgende innsatsområder:

- 1) Medvirkning og representasjon
- 2) Språk og tiltak
- 3) Kompetanse og ferdigheter
- 4) Forskning og kunnskapsutvikling
- 5) Nettverk og samarbeid

Lese mer, inkl. konkretisering av tiltak:

[Regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse - Helse Sør-Øst RHF](#)

#### **8. Oppdrag om å utrede tiltak for å heve minoritetskvinnens helsekompetanse, ved seniorrådgiver Christopher Le, avdeling samfunnshelse**

I tildelingsbrevet for 2025 har Helsedirektoratet fått oppdrag om å *utrede treffsikre tiltak for å heve minoritetskvinnens helsekompetanse*. Prosjektleder er Christopher Le.

Helsedirektoratet har fått tildelt 2 millioner kr. over statsbudsjettet til oppdraget og vil undersøke om det kan forlenges til vår/sommer 2026. Vurderer scoping review, eller litteraturgjennomgang.

Helsedirektoratet ønsker innspill til aktuelle deltakere til en ekstern referansegruppe.

Bakgrunn for oppdraget er å finne i [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste - regjeringen.no](#) og i [Regjeringens kvinnehelsestrategi - betydningen av kjønn for helse - regjeringen.no](#).

#### **9. Eventuelt**

- Innspill til tema til faglunsj i Helsedirektoratet. Det er for alle ansatte i Hdir og faglig problemstilling kan spilles inn. Hver onsdag med interne og eksterne innledere. Folkehelseundersøkelsen i Oslo kan være aktuelt tema. Det kan også økningen i autisme i innvandrerbefolkningen og tall fra FHI være.