

## Referat

---

Møte om: fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 05.05.2026

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saksnr: 24/14102-26

Til stede: Fagrådet: Danilla Tømmerås, Jon Rogstad, Bushra Ishaq, Zoja Ghimire, Niels Fredrik Skarre, Marit Alver-Jacobsen, Thea Steen Skogheim, Natasha Telson, Katrine Meisfjord og Anders Løkkeberg  
Hdir: Christopher Le, Ingrid Køhler Knutsen, Charlott G. Nordstrøm og Erlend Tidemann

### Møte i fagråd for innvandrerhelse 5.mars

#### 1. Innvandreres bruk av helsetjenester, ved Jostein Starrfelt, Statistisk sentralbyrå

Jostein presenterte analyser av innvandreres bruk av helse- og omsorgstjenester, basert på registerdata fra 2023, som tar sikte på å belyse forskjeller i helsetjenestebruk mellom innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre og øvrig befolkning, blant annet med tanke på fremtidige behov og framskrivinger.

Analysene viste at innvandrere samlet sett har noe lavere bruk av fastlege, legevakt, spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester enn resten av befolkningen. Samtidig er bildet sammensatt og varierer betydelig etter kjønn, alder, innvandringsgrunn og botid. Botid fremstår som en særlig viktig forklaringsvariabel: jo lengre botid i Norge, desto mer likt blir bruksmønsteret det man ser i den øvrige befolkningen.

Når det gjelder fastlegebruk, møter innvandrere i gjennomsnitt sjeldnere til konsultasjon. Samtidig viser tallene at de som først benytter fastlege, ofte har flere konsultasjoner enn øvrig befolkning.

Arbeidsinnvandrere, særlig menn, skiller seg ut med svært lav bruk av psykisk helsevern. Det ble understreket at lavere bruk ikke nødvendigvis innebærer underforbruk, og at statistikken må tolkes med varsomhet. Presentasjonen viste styrken i registerdata, men også begrensningene ved at analysene kun viser sammenhenger og ikke årsaker.

I spesialisthelsetjenesten viste analysene noe lavere poliklinisk aktivitet blant innvandrere, mens flykninger har høyere antall liggedøgn innen somatisk døgnbehandling. Innen psykisk helsevern er forskjellene tydelige, særlig blant barn og unge. Det er lavere kontakt med

psykisk helsevern blant innvandrerbarn sett samlet, med ulike alders- og kjønnsstopper sammenlignet med øvrig befolkning. Botid har også betydning. 25% har bodd i Norge i under 5 år. Det påvirker hvor godt de er integrert, hvor godt de kjenner systemet og hvordan de bruker helsetjenestene mm. Blant personer med lang botid (20år) ses noe høyere forbruk enn i befolkningen ellers.

Innen kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet hjemmetjenester og korttidsopphold i institusjon, har innvandrere samlet sett lavere forbruk, målt både i brukerandel og vedtakstimer. Også her er mønstrene sammensatte, og det ble understreket at innvandrere ikke er én homogen gruppe.

#### **Innspill/diskusjonspunkter:**

- Betydningen av forebygging og behovet for å følge utviklingen over tid gjennom gjentatte analyser ble trukket frem.
- Papirløse er ikke med i statistikken – de har en ikke tall på, heller ikke de som er i Norge med midlertidig opphold.
- *Healty migrant effect* gjelder mange med arbeidsmigrasjonsbakgrunn, og henger sammen med botid.
- Pasient og brukerombudet blir ofte kontaktet av pasienter som får avslag på psykisk helsehjelp.
- Når er det relevant å forholde seg til personer med innvandrerbakgrunn som kategori? Befolkningen er i seg selv sammensatt (bosted, arbeid etc.). Når er det relevant å skille ut innvandrere som en gruppe en skal se spesielt på – og når er det bedre å se på befolkningen i sin helhet? Viktig å unngå "eksotifisering".
- Er type jobb/arbeid viktigere enn innvandringsårsak eller innvandringskategori? Hvilke variabler/parametre gjør seg gjeldende? Er det kun snakk om å være menneske, eller er det spesifikke ting som er avgjørende og når slår disse inn? Bør vi bli bedre på å løfte frem innvandringskategori der det er særlig relevant, fremfor å si at det er relevant over alt?
- Noen strukturer er det viktig å sette navn på; norskfødte med innvandrerbakgrunn - det må vi ta hensyn til for å få tilgang på spesifikk og relevante data. Det har også sammenheng med hudfarge – og erfaringer og subjektive opplevelser.
- Det er særlig relevant at flyktninger og arbeidsmigranter skilles ut i egne kategorier.
- Det er viktig å beholde nyansene.

### **3. Eldre innvandreres levekår og helse - oppfølging av seminar i Helsedirektoratet, med innlegg ved Bushra Ishaq**

I januar arrangerte Helsedirektoratet seminar om *Eldre innvandreres levekår og helse*, hvor Bushra var en av innlederne. Hun gjenga sine hovedpunkter for fagrådet. Se vedlagte presentasjon, og opptak av seminar: [Eldre innvandreres levekår og helse - Helsedirektoratet](#).

Det ble pekt på at gruppen eldre innvandrere er økende og svært sammensatt, både når det gjelder opprinnelsesland, migrasjonshistorikk, botid og tilknytning til Norge.

Gjennomgangen tok utgangspunkt i et helhetlig perspektiv på helse, der sosiale determinanter gjennom livsløpet er sentrale forklaringsfaktorer for ulikheter i helse hos eldre. Det ble understreket at utfordringer som ofte forklares med «kultur», i realiteten ofte

har strukturelle og sosioøkonomiske årsaker. Determinanter fra starten av livet gjør seg gjeldende senere i livet. Sjansen for å overleve barnekreft er 15% høyere for barn med foreldre med høyere utdanning.

Kasuistikk ble brukt for å synliggjøre hvordan manglende tilrettelegging i tjenester, blant annet for språk, mat, religion og livssyn, kan påvirke kvaliteten på tilbudet.

Det ble også pekt på lavere deltakelse i forebyggende tiltak som screening, høyere forekomst av enkelte sykdommer og underrepresentasjon i klinisk forskning. Det ble vist til 10/90-gapet, der mesteparten av dagens kunnskap innen helse er basert på individer fra vestlige land. Men hvordan virker f.eks. diabetesmedisin på de som har et annet «genetisk utgangspunkt»? Mange diagnoseverktøy er heller ikke validert med hensyn til mangfoldet i befolkningen, men primært validert på menn fra USA. Bushra argumenterte for at en må jobbe for at klinikere engasjeres i denne tematikken.

Det ble vist til at Bydel Alna la ned sykehjemsplasser fordi det var mange eldre med innvandrerbakgrunn som ikke brukte sykehjemsplassene. De oppsparte midlene kunne blitt omdirigert til oppsøkende virksomhet målrettet mot denne pasientgruppen.

Ingrid Kjøhler Knutsen fra avdeling levekår deltok i dialogen. Hun jobber blant annet med «Bo trygt hjemme-reformen». Økende andel eldre innvandrere har vært på agendaen over tid. Det foreligger en del kunnskap, men den må i større grad tas i bruk, med konkrete innspill og tiltak på tjenestesisden. Det er behov for økt forståelse av forventninger til alderdommen blant innvandrere: Hvor ønsker man å bo, på hvilken måte, og hvem forventes å ta ansvar for omsorg? Målet om å "bo trygt hjemme" lengst mulig forutsetter at tjenestene legger bedre til rette for dette.

Det ble vist til SSB [oversiktsartikkel om flere innvandrere blant framtidens seniorer i Norge](#).

#### **4. Personer med midlertidig personnummer og begrenset tilgang til helsetjenester, ved Alexandra Czech-Havnerås, seniorrådgiver arbeidslivskriminalitet, Frelsesarmeen**

Se vedlagte presentasjon.

Det ble redegjort for at mange personer med D-nummer oppholder seg i Norge over lang tid og ofte har en stabil tilknytning til arbeidslivet, men likevel møter betydelige barrierer i møte med velferds- og helsesystemet.

FAFO har anslått at 70 000 personer med D-nummer var i arbeid i mars 2024, og over 70 % hadde arbeidstilknytning i minst seks måneder. 30 000 personer med D-nummer antas å ha langvarig tilknytning til arbeid/opphold i Norge (12 siste måneder).

Personer med D-nummer har i praksis ikke tilgang til fastlegeordningen. Dette fører til økt bruk av legevakt og private helsetjenester, høyere egenbetaling og manglende tilgang til tolk. Situasjonen forsterker sårbarhet, særlig for personer utsatt for arbeidslivskriminalitet, og bidrar til underrapportering av arbeidsulykker og yrkesskader. Forekomst av arbeidsskader blant utenlandske arbeidstakere er om lag fire ganger så høy som blant norske.

Det er svært vanskelig, og i praksis erfares det som umulig, for personer med D-nummer å få BankID. Det gjør tilgangen til digitale offentlige tjenester svært vanskelig. Uten BankID kan de ikke logge inn på digitale tjenester på Helsenorge, får ikke åpnet depositumkonto i bank, får ikke logget inn i NAV, får ikke innkalling til vaksine. ByPass er en mulighet (bankid til personer med D-nr.) men det er kostbart.

Noen opplever at arbeidsgivere bestrider sykemeldinger, og da gir ikke NAV sykepenger.

#### **Innspill/diskusjonspunkter:**

- Det ble pekt på at regelverket formelt gir rett til helsehjelp også for personer med D-nummer, men at rettighetene i praksis er krevende å få realisert.
- Ordningen ble beskrevet som utdatert, og det ble reist spørsmål om politisk og administrativ vilje til reform.
- Flere deltakere etterlyste praktiske løsninger i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Representant fra Pasient- og brukerombudet tar med seg diskusjonen i sitt innlegg/panelsamtale på landskonferansen for ledere av legevakter. Legevakt blir oppsøkt av de som ikke har rett på fastlege. Det ble kommentert at det kan noteres i journal når pasienten ikke har tilgang på fastlege – og at det kanskje kan øke forståelsen for at legevakt benyttes. Det ble også kommentert at det er behov for at disse pasientene kan få lengre sykmeldinger fra lege på legevakten fordi de ikke har tilgang på fastlege.

#### Klargjort:

I etterkant av fagrådsmøtet er det gjort avklaringer med relevante fagavdelinger i Helsedirektoratet om rettigheter for personer med D-nummer. Det er ikke D-nummeret i seg selv som avgjør hvilke rettigheter en person har. Rettighetene følger av medlemskap i folketrygden, eventuelt av internasjonale avtaler som EØS-avtalen. D-nummer er et midlertidig identitetsnummer for identifikasjon overfor myndigheter og andre aktører, og gir ingen rettigheter i seg selv. Personer med D-nummer kan derfor ha rett til finansiering av helsetjenester, inkludert frikort og legemidler på blå resept, men dette avhenger av den enkeltes rettslige status.

Bopelforskriften har blitt tydeligere; den regulerer rett til sosialhjelp. Så lenge en er registrert arbeidstaker i Norge har en samme rettigheter som andre borgere i Norge. Oppholdsrett får en gjennom jobb; da har en rett til dagpenger og sosiale ytelser, men det kommer an på om en har opparbeidet nok inntekt.

Aleksandra mener D-nummer bør avskaffes. "D-nummerordningen var ment for de som ikke har varig opphold, men har utviklet seg til et system som holder folk fast i en midlertidig status", uttalte hun.

Aleksandra viste til at dersom en person med D-nummer dør er data fortsatt aktive i ytterligere 5 år; det er usynlig at de er døde, noe som åpner for misbruk av D-nummer. Dødsmelding sendes ikke til Folkeregisteret for personer med D-nummer.

## **5. Planlegging av seminar/konferanse i samarbeid med fagrådet**

Helsedirektoratet, avdeling samfunnshelse, ønsker at fagrådet skal være med på å arrangere konferanse høsten 2026 og hadde i forkant sendt ut foreløpige forslag til aktuelle temaer og bidragsyttere fra fagrådet. Det var bred enighet om at fagrådet kan brukes mer aktivt enn kun som et rådgivende møteforum. Ved et slikt arrangement vil det være behov for tydelig avgrensning av tema, målgruppe og ønsket resultat.

Forslag til temaer inkluderte blant annet:

- systemiske barrierer i velferds- og helsetjenester
- gapet mellom formelle rettigheter og faktisk tilgang
- personer med begrensede rettigheter, som personer med D-nummer og papirløse

Målgruppe:

- De som jobber i tjenestene (ansatte og ledere)
- De som er brukere av tjenestene/Personer med innvandrerbakgrunn/innvandrerorganisasjoner
- Forskere
- Politikere og beslutningstakere

Resultat:

Det kom forslag om at målet bør være konkrete anbefalinger, en erklæring eller økt påvirkning inn i pågående prosesser, fremfor kun tradisjonelle konferanseinnlegg. Bruke anledningen til å promotere fagrådet. Ta utgangspunkt i tidligere stortingsmeldinger og strategier.

Praktisk:

Det etableres en arbeidsgruppe/komité på 3-4 personer, så snart som mulig.

Lokalene i Helsedirektoratet kan brukes og har plass til maks 180 deltakere. Kan også vurdere andre eksterne lokaler i Oslo og omegn. Helsedirektoratet vil bruke øremerkede midler i statsbudsjettet til sekretariat for fagrådet til å arrangere konferansen.

Andre «format»:

Fagrådet kan også vurdere å «snakke seg inn på andre eksisterende arenaer». Andre kanaler er kronikk, bruk av ulike plattformer. Kontaktmøte med brukere, med korte innledninger og 20 min til diskusjon.

Promotering og markedsføring tar tid, så det er viktig å starte planleggingen snart.

## **6. Innspill fra fagrådet til tekster om "psykisk helse i kriser" og "råd til deg som har opplevd traumatiske hendelser", ved seniorrådgiver Charlott G. Nordstrøm, avdeling levekår, og seniorrådgiver Erlend Tidemann, avdeling kommunikasjon**

Det ble tatt opp en hastesak, vedr. to tekster på Helsenorge om psykisk helse som tenkes oversatt i lys av krigen i Midtøsten. Det var ønske om innspill på om noe bør tilpasses/justeres mht kultursensitivitet.

Noen innspill og forslag til justeringer av tekst som kom i møtet var:

- Anerkjenne ulike måter familier skaper trygghet på
- Vektlegge hvordan man også kan trygge seg selv som voksen
- Begrense skjermtid
- Skjerme barna for voksnes reaksjoner
- Hvor kan man be om hjelp ved behov?
- Informasjon til foreldre om at de må snakke med barna. I mange hjem står nyhetssendinger fra hjemlandet på hele tiden – da får de med seg mye. Barn fanger også opp nyheter/krigshendelser i sosiale medier
- Hva legges i begrepet traumatisk hendelse – det er et vanskelig begrep – hvordan blir det å oversette.
- Foreldre som skal trygge barn kan selv streve med egen reaksjon; hvordan ivareta seg selv dersom de selv har PTSD.

Konkrete forslag til redigert formulering:

- Original: «Det beste du som er voksen kan gjøre er å snakke med barna om hva de er redde for.» // Mer kultursensitiv versjon: «Mange barn blir tryggere når en voksen snakker med dem om det de har hørt eller sett. Noen familier gjør dette gjennom samtale, mens andre bruker historier, bønn, tradisjoner eller felles aktiviteter for å skape trygghet.»
- Original: «For barn i barneskolealder kan NRKs barnenyheter være nyttige». // Mer kultursensitiv versjon: «Noen barn kan ha nytte av nyheter som er laget spesielt for barn, på et språk de forstår, f.eks Supernytt.»

## **7. Orienteringssaker ved seniorrådgiver Gro S. Lopez, avdeling samfunnshelse**

Se vedlagte presentasjon.

## **8. Runde om aktuelle saker/saker til neste møte**

- a) Thea (FHI) presenterte *Resultater, aktiviteter og planer 2025-2026 ved FHI*.  
Se vedlagte presentasjon.  
Henviste til funn i Folkehelseundersøkelsen i Oslo, forskning på helsetjenestebruk blant flyktninger og andre prosjekter rundt temaer som overrepresentasjon av personer med innvandrerbakgrunn med autismediagnoser (og underrepresentert på ADHD), sen oppstart/underforbruk av svangerskapsomsorg, erfaringer med fastlege.

Planlagte prosjekter:

- Spørreundersøkelse koblet med registerdata om helse- og helsetjenestebruk blant innvandrere i Oslo
  - Artikkel basert på data fra medisinsk fødselsregister (Fødsler, svangerskapsdiabetes, keisersnitt, perinatal og neonatal død etter fødelandsgrupper (regionsnivå).
  - FHI planlegger en ny revisjon av kapittel om innvandreres helse og helsetjenestebruk i Folkehelse rapporten i løpet av våren 2026.
- b) Det ble vist til nye nettsider for [Pasient- og brukerombudet](#); følges opp i neste møte.