

## Referat

---

Møte om: Fagråd for innvandrerrhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 11.11.2023

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saknr: 09/4847-187

Til stede: Fagrådet: Bushra Ishaq, Jon Rogstad, Niels Fredrik Skarre, Mariette Lobo, Linda Charlotte Grunnreis, Mehdi Farshbaf, Jila Hassanpour, Sebastian Haas og Zoja Ghimire

Helsedirektoratet: Ingeborg Hagerup Jenssen, Anita T. Munch, Charlotte Kvåle, Maiken Thorsen Clemensen, Kadri Tammur, Øyvind Giæver og Ellen M. Paulsen

Norsk helsenett/Helsenorge: Thea Wehler Knudtzon

### Referat fra møte i fagråd for innvandrerrhelse 27.september

#### 1. Velkommen og nytt siden sist ved fagrådsleder

#### 2. Orienteringssaker fra Helsedirektoratet, ved Gro S. Lopez

- Forrige fagråd for innvandrerrhelse sin anmodning om en ny nasjonal strategi på innvandrerrhelsefeltet og ledermøtet i Helsedirektoratet sin behandling av saken er dessverre fortsatt forsinket. Det skyldes blant annet omorganiseringsprosess.
- Helsedirektoratet har nylig mottatt et tillegg til tildelingsbrevet fra HOD om en kartlegging av behandlingstilbudet til kjønnslemlestedede jenter og kvinner. Det følger med en halv million kroner til oppdraget som vil bli gjennomført av en ekstern aktør etter anskaffelse. Kartlegging skal i første omgang ta for seg tilbudet i spesialisthelsetjenesten.
- Helsedirektoratet fikk for en tid tilbake et oppdrag fra HOD om tidlig helsehjelp til flyktninger fra Ukraina og hvordan en kan sikre best mulig oppfølging av de som har behov for helsehjelp før registrering. Det jobbes med å få på plass gode rutiner for å prioritere dem som trenger det mest.
- Helsedirektoratet har fått en litt forlenget svarfrist til Barne- og familiedepartementet (BFD) sin høring om forslag om forbud mot søskenbarnekteskap. Fagrådet har hatt mulighet til å komme med innspill. Det er mottatt et innspill fra Bushra. Helsedirektoratet har enda ikke landet i saken, men vil

uansett se hen til de helsemessige konsekvensene og vurderingene som er gjort her. Fagrådet har fremdeles mulighet til å gi innspill, innen mandag 02.10.23.

- Helsedirektoratet ved Avdeling global helse har nylig deltatt i WHO-forum om forlengelse av WHO region Europa sin *Action plan for refugee and migrant health*. Fra norsk side er det særlig fokus på økt ankomst av flyktninger fra Ukraina. Avdeling levekår er nettopp koblet på prosessen og vil komme tilbake til fagrådet med mer informasjon etter hvert.
- **Kampanje om tolk og helsetjenester**, ved Anita T. Munch, Helsedirektoratet og Thea Wehler Knudtzon fra Norsk helsenett/Helsenorge

Anita T. Munch presenterte todelt kampanje om tolk i helsetjenesten – til populasjonen, med budskapene: Tryggere behandling, tolkens taushetsplikt, husk å bruke tolk. Henvise til HelseNorge: her finner du informasjon. Kampanje rettet mot befolkningen og til helsepersonell.

Mediespredning:

- SoMe: målrettet på språk og geografi (Facebook og Instagram)
- Innholdsmarkedsføring og lyd: YouTube (yngre målgruppe til dialog)
- Digitale bannerannonser: eksempel: polsk, i polsk avis kommer våre annonser opp.
- Hvilepuls: digitale skjermer på fastlegekontor
- NHI (Norsk helseinformatikk) og knyttet opp mot NEL (Norsk elektronisk legemiddelhandbok): kommunisere til helsepersonell
- Spørsmål: hvilke språk: Svar: *Polsk, litauisk, ukrainsk, engelsk, arabisk og norsk*. (både psykisk og somatisk helse)
  - Nettsidene er tilgjengelig på flere språk: ikke bare de nevnt over.
  - Vurderinger og valg av språk er gjort mht budsjett og hvem en når gjennom de ulike kanalene. Landingssidene har flere språk.

Thea presenterte nettsiden "Helse i Norge":

- Hvordan helsetjenestene fungerer
- Har gjennomført innsiktsstudie og stilt spørsmålet: hva lurer du på om din egen helse? 18 000 svar på norsk og engelsk. Spørsmålet er sendt ut via HelseNorge og Helsedirektoratet sin Facebook. Landbakgrunn og botid i Norge er kategorisert, samt alder. 10% av respondentene har innvandrerbakgrunn.
- Informasjonen som kommer frem i innsikten er den som blir brukt i dag.
- Tracker tall på nettsiden, hvem er inne på siden osv.
- Bruker ikke fagtermer: skal nå ned til 16 års alder, samt bodd i Norge i kort tid.
- Googlesøk, Helsedirektoratet betaler for søk hele året, for å styre folk inn. Søker du på selvmord så skal Helsedirektoratet/Helsenorge komme opp først. Booster under kampanjeperioden. Kampanjen varer fra uke 43 og ut året. Ønsker en forlengelse. Målrettet med banner, og forsøker å styre folk inn på

nettsiden. Google gjør at en gjenkjenner siden om det er mange som bruker nettsiden.

### Spørsmål/Innspill fra fagrådet

- Geriatrike pasienter: migranter som kom til Norge (tidligere) er nå geriatrike pasienter, hvordan nå ut til de?
- Papirløse migranter har ikke fulle rettigheter. Viktig å synliggjøre det på en ærlig og direkte måte.  
Se [Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge - Helsenorge](#)
- Fastlege: de som ikke har rett på fastlege: midlertidig i Norge, men de har pasientrettigheter.
- Savner senior/eldre-perspektiv. Kampanje: på 6 språk. De språkene som står over.
- Seksuell helse: omskjæring osv. hvem henvender du deg til osv.
- Litt om privatsektor: kommer under betaling. Må betale selv
- Bruk av ordet pårørende: bruke både nærpersion/pårørende.
- Registrere pårørende/nærpersion: hvordan gjøre dette – film eller noe?
- Unngå ord som frikort og avtalespesialist – bruke ord som brukes av befolkningen i søk.
- Står ordet på norsk, eller bare på oversatt side. – ha det norske begrepet med? Ulike begreper blir oversatt ulikt. Forklaring er oversatt, men parentes med norske ord er nyttig – og er med på å styrke den enkeltes helsekompetanse.
- Kjøpe ord: annonser, SMS målrettet? Svar: SMS er ekstremt kostbart – brukes bare i krisesituasjon.
- Tilbakemelding på siden: hva savner du – spørre om det: AI, tegneserier koster mindre. Lære opp Chatbot til HelseNorge: svare på spørsmål.
- Kjøpe undersøkelsen igjen etter kampanjen.
- Når vi dem som har lite digital kompetanse/helsekompetanse/ lite språkkompetanse?

### **3. Hovedfunn og anbefalinger i Marmot-rapporten og Helsedirektoratets oppfølging av rapporten, ved Øyvind Giæver, avdeling levekår**

Se vedlagte presentasjon.

- Marmot-rapporten: grunnet ønske om kunnskapsgrunnlag for utvikling av en nasjonal strategi for å redusere sosiale helseforskjeller m.m.
- Presenterte ulike rapporter som er utarbeidet frem til nå samt stortingsmeldinger. I tillegg rapporteringssystem, helsedeterminanter og om sosiale ulikheter i helse.
- Fra folkehelsemeldingen
  - Eksempel på helsegradient: ulikhet i helse angår alle (kvinner og menn) (tall fra en 10-års-periode, 2005-2015?)

- Ulikhet i helse skyldes ulikhet i påvirkningsfaktorer
- Hvordan kan Hdir veilede kommuner og andre for å redusere sosiale ulikheter i helse?

Tiltakskart:

- Universelle strategier (hele befolkningen)
- Målrettede strategier (Sårbare grupper)
- Tiltak langs hele årsakskjeden: bakenforliggende årsaker, risikofaktorer og reparasjon.

Tilnærming for å redusere ulikhet i helse og livskvalitet. Proporsjonal universalisme: ikke jobbet grundig med dette i Norge. Tiltak treffer hele befolkningen, men skal virke mest der det trengs mest. Begrepet er utformet i en annen kontekst enn Norge. Helsemyndighetene har fått oppdrag fra HOD om hvordan dette kan forstås i Norge. Kombinasjon med universelle tiltak, med tiltak som understøtter de som trenger det mest. Noe en må jobbe med innen alle tjenester. Eksempel: barnetrygden. Rapporten gir anbefalinger ut fra 8 prinsipper (Marmot-prinsippene).

Spørsmål/kommentar fra fagrådet:

Likeverdige tjenester? Hvordan begrunner Marmot proporsjonal universalisme? "Mild targeting"? Er begrunnelsen helse, eller legitimitet i befolkningen?

Fremtidsutfordring: prioritering innen helse.

Eksempler på forskjeller: Influensavaksinering til barn: Gratis under pandemien – ikke nå lenger. Tidlig ultralyd. De med god økonomi kan betale for private helsetjenester.

**Hva sier Marmot-rapporten om ulikhet, helse og innvandrere?** ved Kadri Tammur, avdeling levekår

Se vedlagte presentasjon. Går gjennom hovedfunn:

- Ulikhet i helse: ikke nevnt som indikator, men en kan se gapet i forventet levealder etter yrke, økning for kvinner. – referer til livskvalitetsundersøkelsen.
- Barnas forventninger: avhengig av familiens økonomi.
- Kap.3: mye om innvandrere
- Gi hvert barn den beste starten på livet: 6 nøkkelfunn som dekker innvandrere og barn
- Trekker frem anbefalingene som nevner innvandrere
- Kap. 3B: kommer ikke tydelig frem hvem de snakker om, men bør sees i lys av Kap. 3
  - Ingen anbefalinger som treffer innvandrere spesifikt.
  - Arbeid og helse: det refereres til hvem som er lavtlønnet.
- Kap. 3C: en anbefaling spesifikt til innvandrere
- Kap. 3F: nøkkelfunn, kanskje den vi bør ha mest fokus på. Knyttet spesielt til barn.
- Rapporten sier det ikke er nok systematiske data til å konkludere.
- Anbefalingen som nevner innvandrere: Redusere diskriminering og sosial og økonomisk ekskludering av minoritetsgrupper i sårbare grupper.

Det er litt tynt innvandrerperspektiv i rapporten. Det kan sendes ut en sammenfatning av rapporten.

Kommentar til dokumentasjon på "udekkede helsebehov": hvis det er selvrapportert betyr det da: "jeg trenger hjelp, men har ikke fått det?"

Ingen anbefalinger som nevner innvandrere spesifikt: må lese mellom linjene og se på kildene.

Øyvind Giæver orienterte om oppdraget om proporsjonal universalisme som Helsedirektoratet ved seniorrådgiver Ellen M. Paulsen jobber med. Bestilling av 4 leveranser: 3 er allerede levert. En rapport med vurdering av hvordan Marmot-rapportens anbefalinger kan følges opp m.m. har frist 31. desember 2023. Ønsker å diskutere med fagrådet hva som skal til. **Sette opp som sak til neste møte i fagrådet 30. november.**

#### Spørsmål fra fagrådet:

- Stiller spørsmål ved at det ikke finnes systematiske data om innvandrere og bruk av helsetjenester osv.
- Kompetanse til de som jobber med sosial ulikhet i helse i kommuner etc. må bli bedre. Viktig med tidlig start og for eksempel oppmerksomhet rettet mot de som faller utenfor skolen. Jobbe strategisk på kommunelegnivå i samarbeid med/for å nå ut til bydelene etc.
- LHBTQ+ innvandrere som gruppe. Snakke om sosiale forskjeller i helse; det er ikke snakket så mye om i Norge pga velferden i Norge. Det ble vist til rapporten [En barndom for livet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) og de som ikke har råd til mat. "Politikerne tar det ikke inn over seg".
- Tallene har økt siden sist i forhold til innvandrere – dvs. det går i negativ retning. Diskusjonen blir ikke tatt på ordentlig fordi det er så politisert, jf. "svenske tilstander"
- Må spørre seg: Hva er det med innvandrerbakgrunnen som gjør at du er sårbar? Få det ned på et konkret nivå, slik at det ikke blir en politisk sak.
- Proporsjonal universalisme: har det sammenheng med mainstreaming?
- Se forskning som advarer om å bruke kultur som et argument for/forklaring på sosiale ulikheter i innvandrergruppene.

Svar fra Ellen M. Paulsen:

- Det er vedvarende og store forskjeller til tross for et godt velferdssystem.
- Marmot-rapporten ligger på Helsedirektoratet sine nettsider – foredraget ligger også ute:  
[Ny rapport om sosial forskjell i helse i Norge - Helsedirektoratet](#)  
[Nordisk forskningscenter for livskvalitet og sosial bærekraft - forskningscenter - IPL - NTNU - NTNU](#)
- Ny stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet kommer. Aktuelle departementer er HOD, AID, KD og BFD.
- Kommer tilbake til saken 30. november.

- 4. Prinsipper for blodgivning og spørsmål om bruk av tolk for blodgivere,**  
ved Ingeborg Hagerup Jenssen, Avdeling helsesrett og bioteknologi .
- Ingeborg innledet om bakteppet: Strenge kriterier for å bli blodgiver: hovedhensikten og årsaken til veileder og kriteriene for blodgiver: transfusjonsmedisin. Guide fra Europarådet legges til grunn også i Norge. De som mottar blod er i utgangspunktet syke og sårbare. Viktig å beskytte mottaker, men også ivareta den som gir blod. Ikke alltid så mye fokus på dette siste i Norge, men viktig å snakke om. Det er alltid en samtale mellom blodgiver og ansatt i Blodbanken før hver blodgivning der man går gjennom skjema (veldig detaljert) som giveren har fylt ut. Skal sikre både den som skal få blodet og den som gir. Det er ingen rettighet å gi blod, og det er frivillig. Språk og bruk av tolk tas jevnlig opp til drøfting med vårt fagråd, og det foreligger også en uttalelse fra Diskrimineringsnemnda rundt bruk av døvetolk. Det er vurdert at *det er økt risiko ved å ikke ha felles språk , avdekker kanskje ikke alt som er viktig å få fram.. Å bruke tolk kan heve terskelen for å være ærlig.*
  - OUS har startet et prosjekt. Lært opp personell i intervjusituasjon med døvetolk. Brukt mye tid på dette. Skal snart ha en pilot, med bestemte tidspunkt hvor dette kan tilbys. Holder også på med kurs i medisinsk engelsk for ansatte for å kunne tilby blodgivning på engelsk på en forsvarlig måte.
  - Helsetilsynet er opptatt av blodgiversamtale og blodgivning skjer på en forsvarlig måte. Intervjuet er veldig viktig.
  - Opp til den enkelte blodbank å avgjøre hvem som kan gi blod. Å tilrettelegge for bruk av tolk f.eks. krever ekstra kapasitet og ressurser i blodbanken, og dette er ikke noe Helsedirektoratet kan eller vil pålegge blodbankene å gjøre. Muligheten for slik tilrettelegging vil variere fra blodbank til blodbank. de. Det kan være at de kan ta imot døve blodgivere enkelte dager, men da må ansatte som har fått opplæring være på jobb.

Spørsmål fra fagrådet:

- Er det gjort en endring med hensyn til landbakgrunn for hvem som kan gi blod? Vil trolig komme noen endringer hva angår karantene for giver basert på partner sin landbakgrunn.
- Kan oppleve det som stigmatiserende at en ikke får gi blod selv om man har bodd i Norge i mange år. Viktig at den forklaringen blir gjort ordentlig.
- Om en ønsker å gi blod, og personen er fortrolig med bruk av tolk: hvorfor kan ikke personen gi blod?  
Svar: ansatte trenger veldig god opplæring og det er ressurskrevende, krever særskilt tilrettelegging og opplæring.
- Mange steder er det akseptabelt og helt legitimt å bruke tolk. Du blir juridisk holdt ansvarlig for det som blir sagt. Hvorfor kan en ikke gjøre dette ift blodgivning?  
Svar fra Hdir: Dette er ikke jus, det er ikke en rettighet å gi blod. En går ikke glipp av noe når en ikke gir blod, og det er en risiko for en uskyldig tredje part.  
Motsvar: det blir ikke rom for feiltolkning i en annen setting enn akkurat her. De som ønsker å gi blod opplever det som ekstremt diskriminerende.

Svar fra Hdir: Hvor mange ressurser skal en bruke på dette i helse? Økonomiske grunner tilsier et nei. Man har en begrenset mengde penger til bruk på helse – er det rett å bruke det på dette?

Motsvar: veldig viktig at det forklares med det økonomiske heller enn at en ikke kan gjøre det pga. landbakgrunn/fortrolighet med hva som blir sagt grunnet tolk.

Tilhører en annen tid – opplever det veldig problematisk.

Språkbarriere kommer frem som et problem fra OUS.

- Kan man ALDRI gi blod pga. landbakgrunn? Eksempelvis India, man kan ikke gi blod uansett hvor lenge man har bodd her. Dette bør diskuteres videre.

Svar fra Hdir: Reglene bygger på statistikk over smitte og forekomst på gruppenivå, og vi forholder oss til anbefalingene fra FHI.

- Det ble vist til Care to translate (oversettelsesapp som brukes ved Ahus): kan det tilpasses blodbanken? Erfaringsvis mye informasjon som går tapt.
- Det er ikke et godt eller riktig utgangspunkt at en tolket samtale medfører stor risiko og at en henviser til erfaringer med/fra mangelfull bruk av tolk i helsetjenestene.
- Svar fra Hdir: Likestillings- og diskrimineringsnemda har vurdert problemstillingen om bruk av tolk i blodbankene og kommet til at det ikke er diskriminering at ikke alle kan være blodgivere. I tillegg er mye av årsaken medisinsk begrunnet og handler ikke om hvem du er og hvor du kommer fra.
- Tenke mer prinsipielt – innvandrere blir ganske lik normalbefolkningen. Tenke nyansert, hvem er det som gir blod? Er det basert på at informasjon blir borte under tolking så må det begrunnes i empiri, og ikke "erfaring" alene. Kan hvile mer på forskning om det vises tydelig at type 40% av informasjonen forsvinner.
- Svar fra Hdir: en baserer seg på ærlighet med svarene som gis fra blodgivere. Men igjen, det er ikke en rettighet å gi blod. Det er veldig mange som ikke kan gi blod.
- Viktig å kommunisere dette på en bedre måte. Hvor mange sykdommer osv. får en ikke testet for?
- Svar fra Hdir: du kan teste for HIV og Hepatitt. Du kan screene, men det koster penger – veldig krevende økonomisk. Koster penger med tolk, avdelingen får ikke midler til dette. Å være blodgiver er ikke nødvendig helsehjelp. derfor ikke økonomisk støtte.
- Avsluttende kommentar fra Hdir: Tar med innspillene fra dette møtet, viktige og gode innspill med tanke på hvordan vi best kan og bør kommunisere ut og begrunne reglene knyttet til det å gi blod.

5. **Helse og helsetjenestebehov blant flyktninger fra Ukraina som kom til Norge i 2022,** ved Angela S. Labberton, FHI

Se vedlagte presentasjon.

6. **Eventuelt**

Zoja Ghimire orienterte om et nytt informasjonshefte om "psykisk helsehjelp i Norge", som finnes på [www.polskidialog.no/zdrowie](http://www.polskidialog.no/zdrowie). Heftet er skrevet av en gruppe polske psykologspesialister som jobber i norsk psykisk helsevern. Dermed er det både språklig og kulturelt tilpasset til den polske målgruppen. Det er fordelt på følgende

kapitler: Grunnleggende informasjon og pasient rettigheter, psykisk helsehjelp for voksne, psykisk helsehjelp for barn og unge, psykisk helsehjelp for familier, psykisk helsehjelp for personer med rusproblemer. Under hvert kapittel er det en liste over hjelpeorganisasjoner som jobber med psykisk helse. Heftet er på polsk foreløpig, men det er ønskelig å samarbeide med andre for å få det oversatt til flere språk.

7. **Saker til neste møte 30.november**

- Utarbeiding av nye kostråd fra Helsedirektoratet
- Oppfølging av Marmot-rapporten om proporsjonal universalisme
- FlexId