

Rapport til Helse Midt-Norge RHF

Prosjektet Innvandrere og Helse.

Prosjektgruppen:
Heidi Westerlund, Ota Ogie,
Per Morten Jørstad og Dagfinn Bjørgen.

KBT Midt-Norge, 2010



KBT Midt-Norge

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling

Bakgrunn.....	3
Prosjektet "Innvandrere og Helse" sin organisering.....	3
Aktivitet i prosjektet:.....	4
Prosjektet "Innvandrere og psykisk helse", KBT/Mental Helse Sør-Trøndelag. 2008 - 2010.....	4
KBT /Mental Helse Hemne, internasjonalt treff for innvandrerkvinner:.....	4
Intervju med innvandrere høsten 2009 - vår 2010.	5
Erfaring med metodikk for å nå målgruppen:.....	6
Forhold som ble berørt i prosjektet.	6
Språkproblemer og helseinformasjon:	6
En informasjonsutfordring: kjennskap til hvordan det norske helsevesenet er oppbygd.	8
Har innvandrere/asylsøker spesielle forventninger til helsevesenet?	9
Helsedialog med innvandrere i frivillige organisasjoner:.....	10
Flerkulturell kompetanse i helsetjenestene.	11
Innvandrerorganisasjonenes rolle.	12
Brukerorganisasjonenes rolle:.....	13
Særlige spørsmål knyttet til beboere ved asylmottak.....	14
Likemannsarbeid. Et eksempel fra asylmottaket ved Sandmoen.....	15
Oppsummering og anbefalinger fra KBT Midt-Norge:	16

Bakgrunn.

Denne rapporten er en sluttrapport for prosjektet "Innvandrere og helse". Den oppsummerer erfaringer fra tre delprosjekter knyttet til innvandreres forhold til helsevesenet. De tre prosjektene har vært i regi av KBT Midt Norge og vært i nært samarbeid med Mental Helse. KBT Midt Norge har mottatt tilskudd fra Helse Midt-Norge RHF. Målsettingen med tilskuddet har vært flere:

1. Utprøving av tiltak som kan bidra til medvirkning fra innvandrere til å forbedre helsetilbudet ovenfor innvandrere grupper og bidra til å sette fokus på innvandrerspørsmål og helseproblemer.
2. Få frem erfaringer fra innvandrer miljøene om hvordan tjenestene oppleves å fungere.
3. Prøve ut metoder for innhenting av informasjon fra innvandrer miljø, med formål forbedring av helsetilbud for gruppen.
4. Gjennomføring av forebyggende tiltak i forhold til å øke kunnskapen om psykisk helse/helsetiltak for innvandrere, gjennom informasjon og diskusjoner om temaer.
5. Tilby selvhjelps og mestringstiltak for målgruppen innvandrere.

Med denne rapporten ønsker KBT-Midt-Norge å gi et innspill til hvordan Helse Midt-Norge RHF kan forbedre tiltak ovenfor gruppen innvandrere. I oppdragsdokument 2008, for Helse Midt-Norge RHF, sies det "Innvandrere utgjør 7 – 8 % av befolkningen. Det er derfor behov for å ha kunnskap om innvandreres språk og kultur, slik at de kan gis et tilpasset tilbud i helsetjenestene".

Det vil etter KBTs mening være viktig at Helse Midt-Norge satser på tiltak knyttet til innvandrerguppen særskilt.

En del av dette vil være knyttet til å nå innvandrere med informasjon om helsetilbud, en annen del vil være å samle deres erfaringer med helsetjenester for å tilpasse, det tredje målet vil være å få til brukerrepresentasjon fra innvandrergruppa. I denne rapporten vil vi synliggjøre noen problemstillinger i dette arbeidet, ut fra våre erfaringer med arbeid mot denne målgruppen av Helse Midt-Norges pasienter.

Prosjektet "Innvandrere og Helse" sin organisering.

Prosjektet Innvandrere og Helse har vært organisert under KBT Midt-Norge (www.kbtmidt.no)

Det har vært tre satsingsområder i prosjektet. Et satsingsområde har vært avholdelse av dialogforum, flerkulturelle treff og temamøter ved Kafé No 19 i Trondheim. Ota Ogie har vært delprosjektleder for dette prosjektet. Prosjektet har vært organisert som en del av Mental Helse Sør-Trøndelag sin satsing og aktivitet rettet mot innvandrerguppen. (Ogie, Ota, 2010)

KBT Midt-Norge har også gjennom prosjektet bidratt til Mental Helse Hemne sin etablering av organiserte treff for innvandrere. Gjennom denne kontakten har vi fått kjennskap til deres erfaringer med arbeid med innvandrere. Den tredje satsingen i prosjektet har vært gjennomføring av 11 intervju, med innvandrere og personer som har erfaring fra arbeid rettet mot innvandrere. Denne delen av prosjektet er gjennomført av Heidi Westerlund, Per Morten Jørstad og Ota Ogie.

Disse intervjuene har sammen med oppsummeringer fra dialogmøter og treff, dannet grunnlaget for de temaer som løftes frem i denne rapporten.

Et særlig spørsmål som har kommet frem i prosjektarbeidet er forholdet til de av innvandrerguppen som er asylsøkere/flyktninger og bosatte ved asylmottak. Spørsmål knyttet til denne gruppen tas opp som et særlig tema til slutt i rapporten. Disse spørsmålene har kommet opp av flere grunner; for det første har en del av deltakerne i prosjekttiltakene vært personer som er bosatt ved asylmottak.

Dessuten har personer som har deltatt i dialogmøter og treff i prosjektet Innvandrere og helse ønsket å fremme spørsmål om asylmottaksbeboeres situasjon i helsespørsmål. Det er mange nasjonaliteter og grupperinger innenfor det vi betegner som innvandrerbefolkningen. Det går også et skille mellom personer som er bosatt i Norge med ulik status og de som enda ikke har fått avklart sin status mht til bosetting. Deltakerne i prosjektet har representert ulikheten som finnes innenfor det vi er vant til å snakke om som "innvandrerbefolkning", men det har allikevel vært mulig å kunne peke på noen felles utfordringer knyttet til helsespørsmål og helsetilbud.

Aktivitet i prosjektet:

Prosjektet "Innvandrere og psykisk helse", KBT/Mental Helse Sør-Trøndelag. 2008 - 2010

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med Mental Helse Sør-Trøndelag. Hovedformålet med prosjektet har vært å utvikle kunnskap om innvandreres forhold til psykisk helse. Det har også vært å tilby et kulturelt, faglig og sosialt tilbud for innvandrere i Trondheim. Flere av innvandreres organisasjoner har deltatt i dette arbeidet, hvor målet har vært å sette psykisk helse på agendaen i disse.

Metode for prosjektet har vært temamøter, flerkulturelle dager, nettverksmøter, aktivitetstilbud og oppsøkende virksomhet. Treffsted for arrangementene har vært Kafé nr 19 i Fjordgata 19. Prosjektleder har besøkt innvandrere i eget miljø og organisasjoner, brukt annonser i aviser, e-mail og informasjonsbrosjyrer for å nå dem. Stikkord er mobilisering/aktivisering og informasjonsspredning. Dokumentasjon for prosjektet er gjort gjennom nedtegnelse i referat og evaluerings skjema til deltagerne på treff/aktiviteter. Følgende aktivitet er gjennomført i prosjektperioden:

- 7 temamøter, med 53 deltagere.
- 2 flerkulturelle dager, med 49 deltagere.
- 8 nettverkstreff, med 22 deltagere.
- PC Grunnkurs, med til sammen 14 deltagere.
- 1 gruppeforum/ressursutvikling, med 9 deltager.
- Kreativitetsworkshop, med 4 deltagere.

Deltagerne har ulike nasjonaliteter som opprinnelsesland. 15 forskjellige sammenslutninger og organisasjoner for innvandrere har deltatt i dialogmøter ved Kafé nr 19. Det samme har 38 ulike etater og organisasjoner fra det offentlige hjelpeapparatet (Ogie, 2010)

Kursene og aktivitetene i prosjektet har blitt tilpasset deltagerens behov og ønsker. Mulighet for å øke kunnskapen om det norske samfunnet og hvilke ferdigheter man trenger for å klare seg i Norge gjennom datakurs, kreative verksted, Verktøykassekurs og selvutviklingskurs har vært en grunn for å delta. Selvutvikling, bedre forståelse av det norske samfunn, å lære språk, og få praktisert språk er noen av nytten deltagerne har hatt av å delta. Noen av deltagerne oppgir at de er ensomme og har lite nettverk. Det å komme seg ut av isolasjon, komme videre i prosess opp mot NAV og arbeidspraksis har derfor vært grunner til å delta i arrangementene.

Dialogmøtene har også vært arena for erfaringsutveksling om det norske helsetilbudet. En del av dette har vært å få samlet informasjon om forventninger og erfaringer innvandrere har til det norske helsevesen.

KBT /Mental Helse Hemne, internasjonalt treff for innvandrerkvinner:

Tiltaket er i regi av Mental Helse Hemne og er lokalisert ved MHs treffsted i sentrum av Kyrksæterøra. Laget har gjennom kontakten med asylmottak og psykiatrisk sykepleier i kommunen etablert treff for

innvandrerkvinner. Treffene avholdes en gang i uken og er godt besøkt (rundt 20 personer er innom i løpet av dagen treffet er åpent.) Tiltaket har vært rettet mot beboerne ved asylmottaket i Hemne. Det er allikevel et åpent treff og personer som er bosatt i Norge permanent og norske deltar også. MH Hemnes medlemmer arrangerer treffet med bistand fra asylmottaket og kvinnene selv.

Erfaringene tilsier at treffet har vært populært for fordi det er sosialt og fordi man får muligheten til å lære ferdigheter. Kvinnene fra asylmottaket har hatt nytte av treffene fordi de har fått mulighet til å møte andre fra asylmottaket, bosatte og norske kvinner. MH Hemne har vektlagt frivillighet i tiltaket, i motsetning til mange tiltak som kvinnene må møte til obligatorisk ved asylmottaket. I det daglige blir det ikke snakket om helseproblemer ved treffet. Noen av deltagerne har allikevel tatt opp konkrete spørsmål om ulike undersøkelser de skal gjennom med de ansvarlige for treffene. MH laget er som del av oppfølgingen i kontakt med psyk. sykepleier og det fungerer godt i forhold til oppfølging av innvandrere. Helsetjenesten i Hemne kommune har sagt seg villig til å stille opp på informasjonstiltak ved treffet, men utfordringen ligger i språkproblemer og behov for tolkning.

Det er arrangert 1 temamøte/informasjonsmøte ved treffet, med innledere fra MH Sør-Trøndelag. I dette informasjonsmøtet ble det lite respons på den generelle informasjonen som ble gitt, men flere hadde konkrete spørsmål om undersøkelser de skulle til. MH laget vil på sikt kartlegge behovet for informasjon blant kvinnene for å kunne målrette evt. informasjonstiltak på grunnlag av det. Erfaringene viser at det er viktig at man ikke lager til noe som blir påtvunget dem, slik at de blir redde. Behovene må komme fra kvinnene selv.

MH Hemne har målrettet sitt arbeid slik at kvinnene kan få en del informasjon om helsespørsmål, uformelt på treffstedet. Dersom det skal arrangeres flere informasjonstiltak om helse/psykisk helse er MH Hemne opptatt av at det skal tas ut fra behov for informasjon deltagerne melder. Laget følger opp dersom det kommer konkrete forespørsler fra kvinnene og vil alliere seg med helsetjenesten dersom akutte behov. Laget har til nå brukt ressurspersoner blant kvinnene som kan hjelpe andre når det har kommet henvendelser. Blant annet er en somalisk kvinne som snakker godt norsk brukt som tolk i gruppen.

Laget har planer om å tilby treff og aktiviteter for flere målgrupper av innvandrere. Flere unge voksne innvandrer menn som er bosatt i Kyrksæterøra kan verken norsk eller engelsk og tiltak ovenfor dem krever tolk. MH Hemne planlegger et lavterskelstiltak knyttet til hverdagsmestring for disse, i samarbeid med asylmottaket. Laget ønsker å tilby dette til personer med de største behovene. Deltagere vil bli forsøkt rekruttert for dette i et samarbeid med asylmottak/flyktningspsykepleier og ut fra de som har størst behov.

Laget anser det viktig å rekruttere blant de som er villig til å lære, og i samarbeid med en kjøpmann/ressurspersoner i lokalmiljøet som kan lære bort praktiske ferdigheter. MH Hemne vil rekruttere personer som allerede er bosatt i Norge og har språkkunnskaper og ferdigheter som andre kan lære av i dette arbeidet.

Intervju med innvandrere høsten 2009 - vår 2010.

Undersøkelsen er gjennomført av KBT Midt-Norge, i samarbeid med Mental Helse Sør-Trøndelag og Mental Helse Hemne. Prosjektgruppen i KBT har bestått av Heidi Westerlund fagkoordinator ved KBT, Ota Ogie delprosjektleder KBT, Per Morten Jørstad som er juridisk rådgiver ved KBT og leder av KBT senteret, Dagfinn Bjørgen. Denne gruppen har også utarbeidet intervjuguider for undersøkelsen. I tillegg har Mental Helse Sør-Trøndelags prosjektleder for "Innvandrere og psykisk helse", Ota Ogie bidratt med dokumentasjon fra temamøter/dialogmøter i prosjektet "Innvandrere og psykisk helse".

Vi har intervjuet/ hatt samtaler med 11 personer med innvandrerbakgrunn med ulike nasjonaliteter og status i Norge. Vi har også intervjuet 6 personer som har erfaring med tiltak for innvandrere, ved asylmottak, i frivillig organisasjoner og i helsetjeneste. Intervjuene er gjennomført i perioden oktober 2009 til januar 2010. Intervjuene er gjennomført som eneintervjuer, samtaler og observasjon ved uformelle besøk. Noen samtaler er gjort pr telefon. Intervjuer er tapet til lydfiler, referater en innlest på lydfil eller nedskrevet som referater som grunnlag for analysen.

Det er rekruttert til intervju/samtaler gjennom de tre tiltakene Innvandrer og Psykisk Helse, Rådgivningsfunksjonen og Mental Helse Hemne sitt treff for innvandrerkvinner. Rekrutteringen er gjort ut fra personlig kjennskap vi har til med har erfaring med spørsmålene som er grunnlag for undersøkelsen.

Per Morten Jørstad og Ota Ogie har stått for rekruttering av personer fra sine tiltak og ut fra kjennskap til enkeltpersoner som har erfaring med de spørsmål vi har satt oss mål om å besvare. Personer som er rekruttert har ulike nasjonaliteter og ulik status i Norge. I denne rapporten har vi valgt å se på det som er felles for innvandreres møte med helsevesenet.

Erfaring med metodikk for å nå målgruppen:

Gjennom prosjektarbeidet har det vist seg utfordrende å nå primærmålgruppen innvandrere gjennom dialogmøter og temakvelder. Det kreves særskilte tiltak for å nå denne gruppen. Det er utfordrende å snakke med innvandrere om helse fordi mange tema oppleves sensitivt eller er tabu belagt. Erfaringene med gruppedialogene i de Flerkulturelle treffene er at det blir veldig formelt og derved et hinder for å komme inn på vanskelige tema. Det er litt mer uformelt dersom man knytter dialogen til en aktivitet, slik man har erfaring med fra Hemne.

En til en kontakt eller intervjuer vil gi dybdeinformasjon knyttet til konkrete erfaringer og opplevelser, som man ikke får i grupper. Det er sensitive tema og alt kan man ikke spørre om i en gruppe.

I vår intervjuundersøkelse er erfaringene at tillit skapes gjennom at:

- Vedkommende representerer en organisasjon som er respektert.
- Personer som man har bygd opp et tillitsforhold til gjennom aktiviteter.
- Er en person som har innvandrerbakgrunn selv.

Erfaringene fra prosjektene i Hemne og Trondheim tilsier at det bør satses på aktiviteter som utgangspunkt for å diskutere mer alvorlige tema, som helsespørsmål. Mange innvandrere er isolerte og søker et fellesskap med andre, både norske og innvandrere. Arenaer for dette vil kunne være norske brukerorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner.

Et annet forhold er at vi har møtt sterke holdninger i innvandremiljøene til psykiske lidelser. I Norge har vi kommet svært mye langt i å gi kunnskap om psykisk helse i befolkningen. Det bør etableres strategier for å gi informasjon til de som behøver psykisk helsehjelp tidligere for å forebygge forverring.

Evalueringer som kan peke på årsaker til at denne gruppen er vanskelig å nå kan gi noen strategier for videre arbeid med brukerundersøkelser og systematisk erfaringstilbakeføring fra denne målgruppen.

Erfaringer fra prosjektarbeidet.

Språkproblemer og helseinformasjon:

Prosjektene i MH har gitt oss erfaringer om at de kan være utfordrende å snakke med innvandrere om helse. Særlig tilsier erfaringene fra "Innvandrer og psykisk helse" sitt oppsøkende arbeid at det krever tilrettelegginger mht til språk(Ogie, Ota 2010).

En mann fra Polen hadde ikke så god erfaring da han ble innlagt på sykehus. Han bad om en polsk lege, fordi han verken snakker godt norsk eller engelsk, men ikke fikk det.

Forskning om innvandreres forhold til helse peker på også viktighet av språk i kommunikasjonen mellom behandlere og brukere.

For at en pasient/bruker skal kunne formidle sine behov er det viktig at man snakker språket i det landet man bor. Et spørsmål som det kan være grunn til å gå inn i blir derfor om de av innvandrerbefolkningen som kan godt norsk, eller snakker godt engelsk er mer fornøyd med helsetjenestene, fordi de kan gjøre seg forstått og blir forstått av helsepersonell.

Erfaringene fra prosjektarbeidet tilsier at helsetjenestene bør planlegge ordninger som tilrettelegger for at personer som ikke kan gjøre seg forstått eller forstår den språklige kommunikasjonen faktisk gjør det. Personer som kjenner kultur og språk i de ulike land pasienter er fra er viktige ressurser i et slikt arbeid. Erfaringene fra prosjektet vårt er at tolkefunksjoner i helsetjenesten er et av de viktigste spørsmålene for innvandrersorganisasjoner. Dette er ressurskrevende for helsetjenestene og samarbeidspartnere innen innvandremiljøene vil være viktige for å etablere likemannsordninger i helsetjenester og ved sykehus.

Tilgjengelighet av informasjonsmateriell på forskjellige språk er en annen viktig del av det å gi informasjon om helsetilbud. utfordringene er knyttet til at det finnes et stort antall forskjellige språkbakgrunner i gruppen, og å nå alle grupper med informasjon vil være et omfattende arbeid. En annen utfordring er at man finner personer med innvandrerbakgrunn som ikke kan lese eller skrive. Å nå disse med generell informasjon kan være vanskelig. Erfaringene fra Innvandrer og psykisk helse tilsier at man må basere seg på muntlig informasjon i et språk som er forståelig for den enkelte.

En mann fra Somalia hadde et godt møte med helsevesenet og oppgir som grunn til det at han snakker godt engelsk.

I et forebyggende perspektiv vil den helseinformasjon en pasient har på forhånd ha betydning for hvordan man møter situasjonen når man kommer i behov av helsehjelp. Ved asylmottakene får alle nye ankomne får informasjon om hvordan helsetjenesten fungerer i Norge. Mottakene vi har vært i kontakt med har egne informasjons dager for å informere om helse generelt og psykisk helse som del av et obligatorisk program. Innholdet i slike informasjons dager kan f. eks være fastlegeordningen og hvordan det norske helsetilbudet er oppbygd. Profesjonelle tolker brukes til disse møtene.

I prosjektene i Trondheim og Hemne har vi fått erfaringer med at informasjonsarbeid mot innvandrergruppen bør foregå på et uformelt grunnlag og ut fra de konkrete spørsmål den enkelte har knyttet til egen helse. Lavterskel ordninger og informasjonsdager om helsetilbud bør legges opp slik at den enkelte får stille konkrete spørsmål om helse.

Oppsummert:

- Kommunikasjon er en viktig del av arbeidet med pasienter. Det kreves spesiell tilrettelegging for pasienter som ikke snakker norsk eller et annet felles språk godt nok til å forstå innholdet i helsehjelpen.
- Tolketjenester i helsetjenesten er et av de viktigste spørsmål innvandrergrupperingene er opptatt av for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og personer med annen språklig bakgrunn.
- For innvandrere, som kan ha problemer med språket, er det viktig at man i større utstrekning bruker tolk og personer som kjenner kultur i ulike land når disse er i kontakt med helsetjenester.
- Informasjonsbrosjyrer på ulike språk er et annet virkemiddel. Innen psykisk helse har direktoratet utarbeidet brosjyrer for innvandrer grupper. Det er imidlertid mange innvandrere som er analfabeter og alternative måter å nå innvandrerbefolkningen med helseinformasjon må vurderes.
- Informasjonstiltak om helse – som er rettet mot innvandrere bør være knyttet til lavterskel ordninger hvor den enkelte kan stille de spørsmål de har om ivaretagelse av egen helse.

En informasjonsutfordring: kjennskap til hvordan det norske helsevesenet er oppbygd.

Kjennskap til hvordan det norske helsevesenet er oppbygd et annet viktig forhold som har betydning for innvandreres møte med helsevesenet.

Behovet knyttes her til at helsevesenet i det landet den enkelte kommer fra kan være ulikt det norske. Dette kan ha betydning for hvor og når innvandrere henvender seg ved behov. De gode erfaringene som formidles er knyttet til å ha fått god og forståelig informasjon om helsevesenet allerede ved ankomst til Norge, slik at man har vært forberedt for situasjoner hvor man har måttet be om helsehjelp.

Ansatt ved asylmottak, sier:

"Informasjonsbehov løses ut fra hva de kan om helseproblemer fra før og hvordan helsevesenet er oppbygd i hjemlandet. Det er veldig mange som ikke har fått hjelp for det de plages med i det landet de kommer fra."

Selv for de som har flyttet til Norge av andre grunner enn asyl, kan helsesystemet i hjemlandet være annerledes fra systemet i Norge. Særlig er dette knyttet til det psykiatriske hjelpetilbudet, som er varierende oppbygd, også i land i Europa.

Et annet forhold er at personer fra andre land kan ha med seg en annen forståelse av sykdommer og av når man bør oppsøke helsetjenester. Mange kan også ha plager som man har for vane å ikke oppsøke helsevesenet for i det landet man kommer fra, til forskjell fra Norge

Et spørsmål som er stilt av innvandrere i dialogmøtene ved Kafé nr 19 er om behandlere prioriterer innvandrere som har god kjennskap til norske forhold og snakker norsk språk, fordi det gjør jobben for helsepersonell lettere?

Dette peker på behovet for å kartlegge hvilken informasjon den enkelte innvandrere og pasient har før man igangsetter behandling. Dette må også ta utgangspunkt i hva den enkelte vet om sine helseproblemer fra sitt hjemland. Det avhenger også av hvordan helsevesenet er oppbygd i hjemlandet. Mange kan komme til Norge med helseproblemer de ikke har fått hjelp for i det landet de kommer fra.

Helsetjenestene har et særlig ansvar for å legge til rette for å øke forståelsen for egne tilbud blant personer med innvandrerbakgrunn, særlig vil kommunene og fastlegene ha et ansvar for dette. Arenaer for et slikt arbeid kan være frivillige tiltak og organisasjoner. Viktige samarbeidspartnere i et slikt arbeid slike tiltak vil kunne være Lærings og Mestringssenter. Gjennom prosjektet har vi f. eks fått kjennskap til LMS Tiller sitt arbeid knyttet til innvandrere.

Oppsummert:

- Det bør vektlegges større fokus på å etablere eller bruke arenaer for å nå innvandrere grupper med helseinformasjon. Dette gjelder informasjon om sykdommer, behandling og i hvilke situasjoner man bør oppsøke helsehjelp etter norske forhold. Kommuner, fastleger og LMS sentre vil være sentrale samarbeidspartnere i et slikt arbeid.
- Når helsepersonell skal møte en pasient med innvandrerbakgrunn bør det legges rutiner for at man kartlegger den enkeltes kunnskaper og oppfatning av egen helsesituasjon.

Har personer med innvandrerbakgrunn spesielle forventinger til helsevesenet?

Et annet spørsmål om helsetilbud for innvandrere er hvilke forventinger de har til helsetjenestene, og om disse skiller seg fra den øvrige befolkningens forventinger. Erfaringene fra dialogmøter ved Kafé nr 19 er at innvandrere peker på mange av de samme utfordringene mht til helsetilbudet som er kjent blant brukere som har norsk bakgrunn.

Kvinne fra Serbia syntes at det var viktig at man ser menneske, at man bli forstått og møtt med respekt. På legekontor hadde hun erfaring med misforståelse om betaling av regning. Hun syntes at hun ikke fikk det informasjon hun trengte og ble ikke møtt med respekt.

Det pekes da på allmenne trekk ved helsevesenet: lang ventetid på helsehjelp, mangelfullt samarbeid mellom ulike instanser og det å få riktig og tilpasset informasjon om tilbudene. Et spørsmål for videre undersøkelser vil være om hvilke særskilte erfaringer og forventninger innvandrerguppen har til helsetjenestene.

Gjennom intervjuundersøkelsene og dialogmøtene er det særlig fremhevet viktighet av å bli behandlet med respekt for en selv som person med utenlandsk bakgrunn og med de særskilte erfaringer man kan ha.

Mange er fornøyde med den hjelpen de har fått fra helsevesenet, men har opplevd problemer med kommunikasjon med helsepersonell, som kan føre til at man ikke opplever seg møtt med respekt.

En mann fra Polen ble innlagt på sykehus for kirurgi i hendene. Etter operasjonen ville han dusje. Han spurte en sykepleier om han kunne få en dusj og forstod ikke hva sykepleieren sa om hvorfor han ikke kunne det.

En mann fra Somalia syntes at han har blitt møtt med respekt og blir forstått i møte med tannlege og øyelege. Han var fornøyd med behandling han hadde fått, fordi han har mulighet til å kommunisere med legen på engelsk.

En kvinne fra Bosnia kontaktet lege for problemer med ryggen. Ble møtt med at problemene er psykosomatiske, fikk medisin for det, legen årsaksforklarte med Krigstraumer.

En kvinne fra Russland har helseproblemer i fot. Kom ikke til spesialist fordi fastlege ikke henviste videre. Møtet med lege ble vanskelig fordi han fokuserte på det ene problemet med foten og ikke vil høre om de andre helseproblemene hennes. Hun sier "Det er ikke et språkproblem; men et problem at de ikke har tid nok til å lytte."

Forventninger til helsevesenet kan være basert på tidligere erfaringer fra eget land. Som eksempel; noen brukere kommer fra land hvor man er vant til å få preskribert medisiner i tilfeller hvor man får råd om bedre ernæring og fysisk aktivitet i norsk helsevesen. Det er da nødvendig med forklaringer på hvorfor dette er viktig.

Religiøs tilknytning er en annen faktor som kan ha betydning. Innvandrere kan ha en religiøs oppfatning av helseproblemer. Dette kan føre til at man ikke oppsøker helsevesenet, fordi man mener gudstro kan hele en. Det er nødvendig at helsepersonell/virksomheter har en grunnleggende kjennskap til hvilken forståelse av sykdom den enkelte har i forhold til sin egen religion. Dette er for å kunne gi en god og tilpasset helsehjelp, men vil også være del av det å bygge tillit mellom bruker og helsepersonell

Fra våre undersøkelser er det flere som beskriver at psykiske problemer er et tema man tradisjonelt ikke vet mye om eller ønsker å snakke om. Det kan skyldes betydelige fordommer i forhold til psykiske

lidelser i de land man kommer fra, eller at det ikke er et utbygd psykiatrisk helsevesen der de kommer fra.

Erfaringene tilsier at:

- Det er mange ulike årsaker til tilfredshet med helsetjenestene, og så blant innvandrerbefolkningen vi tror at mange innvandrere ikke har spesielle forventninger til norsk helsevesen fordi man ikke har kjennskap til det norske helsevesenet og hva man kan forvente.
- Brukerundersøkelser og andre typer systematisk erfaringstilbakeføring blant innvandrergrupper kan bidra til bedre kunnskap om denne gruppen sine erfaringer og forventninger til helsetjenester.

Forebygging gjennom informasjonstiltak i frivillige organisasjoner:

Å nå innvandrere med helseinformasjon har vært et av målene for de to tiltakene i Mental Helse Hemne og Sør-Trøndelag. Våre erfaringer tilsier at et særlig satsingsområde bør være å generell informasjon om helse og psykisk helse gjennom frivillige tiltak og organisasjoner.

Gjennom treffene ved Kafé nr 19 har vi erfart at mange innvandrere er **isolerte** og en viktig del av tilbudet vil være å tilby tiltak hvor man kan komme seg ut, treffe andre og bygge nettverk.

I enkelte innvandrergrupper blir en stor del av støtten for den enkelte gitt av familien og i organisert nettverk (innvandrerorganisasjoner) I mange tilfeller fungerer pårørende, familie og nettverk fungerer som tolk i situasjoner hvor den enkelte må oppsøke hjelp. Disse uformelle nettverkene må sees på som en ressurs også for helsetjenestene.

Kvinne fra Serbia sier

"først er det på en måte også. Det var interessant og det var snakk at menneske eller som unge mennesker føler seg tryggere når de vite at de kan gå til et sted eller en person og spørre om råd. Det er lettere på den måte enn å gå til kanskje til lege"

I evalueringene av "Innvandrer og psykisk helse", har deltakerne pekt på flere forhold som er viktige kvaliteter ved tiltakene. Stikkordene er informasjon og veiledning. En deltaker peker på hvordan informasjon og veiledning hjalp og motiverte ham til å gå videre i sitt eget tilbud. Mannen har deltatt på alle aktiviteter i regi av prosjekt innvandrer og psykisk helse og har nå meldt seg som medlem av Mental Helse. Som følge av veiledningen har han skaffet seg et tilbud i NAV med språk opplæring og arbeid innen skole.

En annen deltaker peker på at han har blitt styrket til å hjelpe andre gjennom informasjonstiltakene i prosjektet. Han fungerer nå som uformell tolk for Somaliske kvinner som ikke snakker engelsk eller norsk i kontakten med helsevesenet.

En oppsummering av evalueringene tyder på at tiltakene bidrar til forebygging av psykiske problemer gjennom å gi et sosialt tilbud og mulighet for å knytte sosiale kontakter. Det gir mulighet for praktisering av norsk ferdigheter og praktiske ferdigheter man trenger for å greie seg i Norge. En viktig del av dette har også vært å få og utveksle informasjon om helse og offentlig tilbud, formelt og uformelt. (Ogie, 2010).

I arbeidet med erfarings og informasjonsutveksling har deltakerne ved tiltakene i MH vært særlig opptatt av nytten av at ulike offentlige etater og deler av helsetjenestene har vært deltakere i dialogmøtene for å informere om sine tilbud. Ved MH Hemne har man inngått et samarbeid med psykiatrisk sykepleier i kommunen knyttet til tiltaket for innvandrerkvinner hvor det er gjennomført informasjonstiltak.

MH Sør-Trøndelag og MH Hemne har hatt tiltaksdeltakere fra asylmottak. Ansatte med ansvar for aktiviteter ved mottakene i Hemne og Sandmoen har oppgitt at de har et bredt samarbeid med frivillige organisasjoner. Det oppgir at mottaket har kontakt med organisasjoner som driver inkluderende arbeid for innvandrere. Eksempler i Trondheim er som Kolstad fotballklubb, KIA, ISAK, Teater polyfon, internasjonale senteret og vårt prosjekt innvandrere og psykisk helse. Det er oppgitt at det er lite kontakt mellom mottak og enkelte innvandrere organisasjoner. Det er allikevel slik at mange av beboerne selv etablerer kontakt med religiøse organisasjoner og gjennom dem innvandrere organisasjoner. I intervjuene har ansatte ved mottak pekt på at slike frivillige tiltak er mer populære enn de obligatoriske tiltakene.

Oppsummert:

- Praktiske tiltak i frivillige organisasjoner er ut fra våre erfaringer en viktig kanal for å nå innvandrerguppen med helseinformasjon.
- Våre erfaringer tilsier at innvandrere søker et fellesskap med andre og mulighet for å utveksle erfaringer, få informasjon og lære ferdigheter som kan komme til nytte, også i forhold til helsetilbud.
- Helsetjenestene bør se frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner som ressurser i arbeidet med å nå innvandrerguppen.
- Det bør vektlegges et aktivt samarbeid mellom helsetjenester og offentlige etat om informasjonstiltak i frivillige tiltak og organisasjoner.

Flerkulturell kompetanse i helsetjenestene.

Forskning om innvandrere og helsetjenester fremhever kulturforskjeller som et hinder for å få likeverdige tjenester. I dette spørsmålet ligger – i hvilken grad skal innvandrere få beholde sin kultur i Norge også i kontakten med helsevesenet. I prosjektet Innvandrere og psykisk helse er det kommet synspunkter på at helsevesenet/personell bør ha flerkulturell kompetanse for å kunne hjelpe innvandrere på best mulig måte. Det handler også om i hvilken grad innvandrere kan og vil ivareta egen kultur i møtet med helsevesenet.

Flerkulturell kompetanse i arbeid med innvandrere knyttes til flere forhold. Et er kjennskap til kultur, religion og samfunnskode i de land pasienten/ brukeren kommer fra. Det er en kjensgjerning at ulik forståelse, ut fra sin kulturelle bakgrunn kan påvirke forståelse i situasjoner hvor man søker helsehjelp.

I realiteten kan kulturforskjeller også ha betydning for hvilken hjelp det er riktig å gi. En av deltagerne i intervjuene pekte på følgende eksempel: *“leger trenger kunnskap om de landene pasientene kommer fra, for å vite hvilke sykdommer det er mulig at man kan ha. Dersom en muslim spiser svinekjøtt så kan han bli syk av det fordi han aldri har spist det i før. For å kunne vurdere helsetilstand må man også vite om en persons tradisjoner og skikker fra det landet man kommer fra. Det hjelper legen i diagnostiseringen.”*

Dette viser at skikker og levemåter blant innvandrergupper er nødvendig for å kunne gi god nok helsehjelp til en person som kommer fra et annet land

Innvandrerne som har deltatt i våre prosjekter peker på behovet for opplæring av helsepersonell for å ruste dem for møtet med målgruppen. Det er pekt på behov for økt kunnskap om at personer man møter som pasienter har immigrert fra andre land hvor helseinformasjon ikke er lett tilgjengelig og at man må vurdere hver enkelt ut fra det. Det er også behov for å tilby pasient/brukeropplæring for denne gruppen, med utgangspunkt i de som er interessert i å lære mer om dette. Dette omfatter alt fra det å lære hygiene og hvordan man ivaretar sin egen helse, gjennom kosthold ol osv og å lære seg hvordan man forholder seg til det norske helsevesenet.

Oppsummert

- Kjennskap til andre kulturer og skikker er viktig kunnskap som helsepersonell bør tilegne seg. Det bør satses på opplæring av helsepersonell på skikker og kulturer i forhold til de store gruppene innvandrere innenfor helseforetakene.
- Frivillige organisasjoner knyttet til de enkelte kulturer er viktige bidragsytere i arbeid rettet mot innvandrerguppen. Eksempel på tiltak kan være flerkulturelle treff, etter modell fra Innvandrer og psykisk helse. Et annet er kurs for helsepersonell, hvor innvandrere er inne som forelesere/undervisere.
- En strategi kan være å ansette personer med innvandrerbakgrunn i helseforetaket med formål å ivareta en flerkulturell forståelse.
- Det bør satses på økt rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn til helsepersonellyrker.

Innvandrerorganisasjonenes rolle.

Dialogmøtene i prosjektet Innvandrer og psykisk helse har samlet en rekke organisasjoner for innvandrere i Trondheim. Disse har deltatt med innlegg i dialogmøtene. Vi har også deltatt i møter arrangert av den enkelte innvandrerorganisasjon gjennom den oppsøkende virksomheten i prosjektet. Innvandrergruppene som har deltatt i våre dialogarenaer er særdeles rettet mot innvandrerspørsmål generelt og hvordan man blir integrert i Norsk samfunn. Det har også kommet frem utfordringene knyttet til lokale skikker som er brudd med både normer og Norsk lov i Norge.

Innvandrerorganisasjoner er organisert ut med utgangspunkt i nasjonal og religiøs tilhørighet. Det er hovedsakelig integrasjonsspørsmål og rettigheter for målgruppen i det norske samfunnet som opptar innvandrerorganisasjoner.

Medlemmer av innvandrerorganisasjoner er selv innvandrere, som er bærere av de samme fordommer knyttet til psykisk og somatisk helse som de som ikke er organisert har. Vi har møtt en variabel forståelse for helseproblemer i innvandrerorganisasjonene vi har vært i kontakt med.

Disse organisasjonene er allikevel den mest sentrale aktøren for å nå innvandrere som man ellers ikke når med informasjonstiltak for helse. Organisasjoner for innvandrere er del av et sosialt tilbud hvor man samles i grupper fra samme land. Lokale arenaer som eksempel ISAK i Trondheim har pekt på utfordringer med at innvandrere å bli kjent med hverandre og det lett kan danne seg oppfatninger om at "de andre ikke vil bli kjent med oss". Derimot har tiltakene i Hemne Mental Helse og i Trondheim lyktes med å samle ulike innvandrere nasjonaliteter på en inkluderende måte. Vi tror dette skyldes at det er nøytrale arenaer og at tiltakene er knyttet til konkrete aktiviteter og tiltak for mestring.

Et mål med prosjektet Innvandrer og psykisk helse har vært å sette helse/psykisk helse spørsmål på dagsorden innvandrere organisasjoner. Et annet har vært å nå målgruppen med informasjon om psykisk helse, og å legge til rette for at den enkelte organisasjon kan ivareta medlemmene i helsespørsmål. Det har vært en rekke religiøse organisasjoner som har deltatt i prosjektets dialogmøter. Disse organisasjonene kan være viktige for å nå enkeltpersoner, som ikke søker seg til andre arenaer; frivillige og brukerorganisasjoner.

Innvandrer organisasjonene representerer et mangfold, men ikke en samlet brukerbevegelse. Dette kommer klart frem gjennom det mangfoldet av organisasjoner som har deltatt på dialogmøter ved Kafé nr 19.

Oppsummert

- Både innvandrersorganisasjonene og norske brukerorganisasjoner bør utvikle arenaer for dialog om helsepørsmål. Kommunene blir sentralt som samarbeidsaktør sammen med helseforetak.
- Det bør etableres bredere kontakt med religiøse sammenslutninger for å nå den enkelte innvandrere. Et godt eksempel er kirkesamfunnet til det vietnamesiske samfunnet i Trondheim. Dette bør også være et sentralt område for et samarbeid mellom kommune og foretakene.

Brukerorganisasjonenes rolle:

Norske brukerorganisasjoner har stor kompetanse på erfaringer med møtet med helsevesen og forståelse av psykisk/ helseproblemer. Dersom brukerorganisasjoner, som Mental Helse skal kunne representere også innvandrerguppen, er det nødvendig med målrettet arbeid knyttet til rekruttering av medlemmer med innvandrerbakgrunn.

I forhold til mål med brukermedvirkning fra innvandrerbefolkningen er det en utfordring at det er få medlemmer med innvandrerbakgrunn i disse organisasjonene. Prosjektene har vist at dialogarenaer er en god måte å etablere kontakt mellom innvandrersorganisasjoner og brukerorganisasjoner. Mental Helse har fått nye medlemmer gjennom prosjektet

Holdninger i innvandrerguppe kan være et hinder for at enkeltpersoner ikke ønsker å oppsøke brukerorganisasjoner. På samme måte som det kan være knyttet holdninger for etniske nordmenn å melde seg inn i en brukerorganisasjon.

Men; brukerorganisasjoner er allikevel den arenaen som i størst grad setter helse på dagsorden, og genuint ønsker å representere disse. I våre prosjekter har samarbeid med helsetjenestene vært en viktig del av rekrutteringen av deltakere og man er spesielt avhengig av dette for å nå personer med innvandrerbakgrunn som ikke er organisert.

Det har vist seg viktig at det er aktiviteter som annonseres når man skal nå ut til primærmålgruppen av innvandrere. Det er mange innvandrere som ikke vil oppsøke en organisasjon som har psykisk helse i navnet av redsel for stigma. Som eksempel ønsket deltakerne i MH Sør-Trøndelag at treffene skulle ha nøytrale betegnelser; som flerkulturelle treff og dialogmøter.

Å arrangere slike treffpunkter i norske brukerorganisasjoner handler også om integrering i det norske samfunnet. Flere av deltakerne har oppgitt at de har oppsøkt treffene ved Kafé nr 19 og internasjonal kafé i Hemne for å bli kjent med andre innvandrere og norske og å praktisere norskferdigheter. Flere av deltakerne i prosjektet Innvandrere og psykisk helse har ønsket å engasjere seg videre innenfor organisasjonen

Oppsummert:

- Brukerorganisasjonene vil være en god arena for tiltak for innvandrere og organisasjoner for disse, for å sikre at fokuset for de utfordringene personer med helseproblemer/psykiske problemer
- For å oppnå mål om medvirkning fra innvandrerguppen er det nødvendig med videreføring av tiltak knyttet til å nå enkeltpersoner som kan bidra til å sette særlige spørsmål for denne gruppen på dagsorden i brukerorganisasjoner
- For å nå innvandrerguppene, særlig de som ikke er organisert i innvandrersorganisasjoner er brukerorganisasjonene avhengig av et videre samarbeid med helsetjenestene i kommune og helseforetak.

Særlige spørsmål knyttet til beboere ved asylmottak.

For mange innvandrere vil asylmottak være det første møtet med helsespørsmål i Norge. Hvordan man blir møtt med helseproblemer i denne fasen kan ha betydning for hvilket forhold man har til egen helse og helsevesenet dersom man blir bosatt i Norge. Helsestjeneste i mottaksfasen kan ha en forebyggende effekt og sees som en del av integrering i det norske samfunnet.

Deltagere ved tiltak for innvandrere i Mental Helse (Hemne og Trondheim) har blant annet vært rekruttert fra asylmottak. Erfaringene tilsier at tiltakene som arrangeres ved frivillige organisasjoner har stor betydning for å bli kjent med det norske samfunnet. Det å få kunnskap om ordninger i helsevesenet, praktisere språk få kontakt med andre innvandrere og norske har vist seg å være viktige årsaker til at personer fra asylmottak har benyttet seg av de tiltakene som arrangert.

Ansatt ved mottak om arbeid med helse:

- Svarer når noen av beboerne spør.
- På tilbudsiden, men spør ikke.
- Gir uttrykk for tilgjengelighet og taushetsplikt i forhold til spørsmål.
- Ikke aktivt oppsøkende i forhold til å spørre om helseproblemer.

Vi tror derfor at tiltak som retter seg mot helse i innvandrergруппene, lykkes best med å ha et samarbeid med mottak for å nå innvandrere med denne bakgrunnen i tidlig fase.

Samarbeid med andre offentlige instanser er en viktig del av tilrettelegging av helsetilbudet ved et asylmottak. Da gjelder det kommunehelsetjenesten, statlige tiltak, som flyktningehelsetjenesten og helseforetakets tilbud somatisk og psykiatrisk.

Ut fra tilbakemeldingene foregår mye av samarbeidet rundt beboeres helse på et uformelt grunnlag og avhenger av hvilke individuelle avtaler det enkelte mottak gjør med den lokale kommunale og helseforetakstjeneste. Det er et spørsmål i hvilken grad helseforetak og kommuner setter spørsmålet om innvandreres helse på dagsorden i samarbeid med mottakene.

En del spørsmål knyttet til helse i mottak er knyttet til hva den enkelte beboer har rett til av helsehjelp. Asylmottakene oppgir f. eks at det er veldig lite kontakt mellom mottak og fastleger. Ikke alle beboerne benytter seg av dette tilbudet.

Tillitsvalgt ved asylmottak:

"Hvis jeg vil være utfordrende eller provoseres med noe eller vil få en lærepeng, er det lett å tenke på de problemene jeg har og bli gal. Så de programmene de har for oss og de aktivitetene de arrangerer for oss er forebyggende, eksempel en vaksinasjon før det blir en sykdom, og aktiviteter for å forebygge isolasjon og psykiske reaksjoner. Det er forebyggende".

Oppsummert:

- Når innvandrere er i mottaksfasen vil det være særlig viktig å gi grunnlag for informasjon om det norske helsevesenet, som blir viktig dersom de skal bosettes i Norge. Dette bør skje i et samarbeid med mottakene og frivillige organisasjoner.
- Informasjonstiltak om helse - som retter seg mot innvandrere og helse bør ha personer som bor ved asylmottak som sentral målgruppe.
- Asylmottakenes service knyttet til helse er viktig for hvordan kunnskap innvandrere har om norsk Helsevesen og hvilken rolle man har som pasient.
- Det bør være en tilgjengelighet til å kunne få informasjon i helsespørsmål for beboere ved asylmottak. Dette kan ytes av asylmottakene selv, men det offentlige hjelpeapparatet, særlig kommunehelsetjenesten har en viktig rolle i dette arbeidet

Likemannsarbeid. Et eksempel fra asylmottaket ved Sandmoen.

Forskning (eksempel Berg og Valenta, 2008) viser at personer med innvandrerbakgrunn søker støtte i det etablerte nettverk innenfor egen gruppe, når de skal søke informasjon og støtte. Dette kan være grupperinger innenfor religiøse retninger, eller ut fra nasjonalitet og etnisk tilhørighet. Gjennom intervjuene i prosjektet har vi fått flere tilbakemeldinger på at mange bruker familie og uformelt nettverk når de er i behov av eksempel tolkehjelp i forbindelse med kontakt med helsevesenet. En del personer med innvandrerbakgrunn er av erfaring isolerte og vil naturlig nok ikke oppsøke ordinære tilbud som etableres. Det vil da også være behov for tilrettelagte tilbud for å nå den primære målgruppen, innvandrere med tiltak for helse og informasjon.

Det er gjennom etablerte nettverk og personer innenfor den gruppering den enkelte definerer seg som del av som har de beste forutsetningene til å nå ut til innvandrerbefolkningen. Et eksempel på likemannsarbeid i innvandrergrupper fikk vi kjennskap til gjennom intervju med en beboer ved mottaket ved Sandmoen.

Beboerne på mottaket ved Sandmoen bidrar med likemannsarbeid i henhold til organisering av mottaket. De har et råd som består av 13 medlemmer. Rådet velges av beboerne på felles møter. Rådet er blant annet ansvarlig for organisering av en gruppe beboere med tolkefunksjoner for andre. Disse er kalt språk assistenter. Det enkelte medlem av rådet har ansvar for ulike funksjoner i mottaket. Det finnes tilsvarende ansvarsområder for de ansatte ved mottaket. Den av beboerne som har særlig ansvar for helsespørsmål driver et likemannsarbeid blant de øvrige beboerne. Som eksempel kan det være rettet mot kvinner som ikke snakker engelsk eller norsk, som skal føde. Bistanden består da i at vedkommende tolker mellom kvinnene og mottaksrepresentanten. Vanligvis er ikke denne representanten/tolken med til f. eks legen, men er tilgjengelig for dette dersom det skulle være nødvendig. Det er et bindeledd mellom de spesialiserte funksjoner for de ansatte ved stedet.

Kvinnelige beboere ved asylmottakene er et særlig viktig tiltaksområde for de to prosjektene i Mental Helse/KBT. Det arrangeres uformelle kvinnegrupper (blant annet i Hemne), for å tilby disse et tilbud, hvor de kan få kontakt med det norske samfunnet. Ansatte ved mottakene peker på at uformelle tiltakene, er mer populære enn de obligatoriske beboerne må være med på. Som del av dette har MH Hemne sine tiltak for kvinner og MH Sør-Trøndelags "Innvandrer og psykisk helse", vært viktige for mange som bor ved asylmottak.

Oppsummert:

- Det er et særlig spørsmål – hvordan likemannsarbeid innenfor dette feltet kan utvikles. Erfaringene fra Sandmoen, hvor personer med lik språk og kulturell bakgrunn er støttepersoner og tolk for nyankomne tilsier at utnyttelse av ressurspersoner innenfor innvandrergruppen.
- De uformelle treffene i prosjektene Innvandrer og psykisk helse har også vist seg å være en god arena for at enkeltpersoner kan knytte nettverk.

Oppsummering og anbefalinger fra KBT Midt-Norge:

Systemutfordringer knyttet til innvandrerguppen:

Erfaringene fra prosjektet tilsier at nordmenn med innvandrerbakgrunn har utfordringer i å benytte seg av spesialisthelsetjenestetilbud.

Dette krever et mer tydelig og utstrakt samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og foretak knyttet til flere problemstillinger.

Helsepersonell og helsevirksomheters rolle:

Kommunikasjon er en viktig del av arbeidet med pasienter. Det kreves spesiell tilrettelegging for pasienter som ikke snakker norsk eller et annet felles språk godt nok til å forstå innholdet i helsehjelpen. Det setter store krav til helsevesenets evne til å få en dialog hvor pasientens behov faktisk kommer frem.

- Tolketjenester i helsetjenesten er et av de viktigste spørsmål innvandrergupperingene er opptatt av for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og personer med annen språklig bakgrunn.
- For innvandrere, som kan ha problemer med språket, er det viktig at man i større utstrekning bruker tolk og personer som kjenner kultur i ulike land når disse er i kontakt med helsetjenester.
- Informasjonsbrosjyrer på ulike språk er et annet virkemiddel. Innen psykisk helse har direktoratet utarbeidet brosjyrer for innvandrergupper. Det er imidlertid mange innvandrere som er analfabeter og alternative måter å nå innvandrerbefolkningen med helseinformasjon må vurderes.
- Informasjonstiltak om helse – som er rettet mot innvandrere bør være knyttet til lavterskel ordninger hvor den enkelte kan stille de spørsmål de har om ivaretagelse av egen helse. Dette er særlig knyttet til de innvandrere som vanligvis ikke oppsøker helsevesenet.

Det bør vektlegges større fokus på å etablere eller bruke arenaer for å nå innvandrergupper med helseinformasjon. Dette gjelder informasjon om sykdommer, behandling og i hvilke situasjoner man bør oppsøke helsehjelp etter norske forhold. Kommuner, fastleger og LMS sentre vil være sentrale samarbeidspartnere i et slikt arbeid.

Når helsepersonell skal møte en pasient med innvandrerbakgrunn bør det legges rutiner for at man kartlegger den enkeltes kunnskaper og oppfatning av egen helsesituasjon

Kjennskap til andre kulturer og skikker er viktig kunnskap som helsepersonell bør tilegne seg. Det bør satses på opplæring av helsepersonell på skikker og kulturer i forhold til de store gruppene innvandrere innenfor helseforetakene.

- Frivillige organisasjoner knyttet til de enkelte kulturer er viktige bidragsytere i arbeid rettet mot innvandrerguppen. Eksempel på tiltak kan være flerkulturelle treff, etter modell fra Innvandrere og psykisk helse. Et annet er kurs for helsepersonell, hvor innvandrere er inne som forelesere/undervisere.
- En strategi kan være å ansette personer med innvandrerbakgrunn i helseforetaket med formål å ivareta en flerkulturell forståelse. Det bør satses på økt rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn til helsepersonellyrker.

Mulige strategier for å få til brukermedvirkning for innvandrerguppene:

For Helse Midt-Norge vil det være en viktig del av strategier for brukermedvirkning å nå innvandrerguppen. Et annet mål er å få til økt grad av brukermedvirkning fra innvandrerguppen inn i helseforetaket.

Erfaringene fra prosjektarbeidet er at innvandrersorganisasjoners agenda ofte er knyttet til asylpolitikk, integrering og særskilte nasjonale spørsmål. Innvandrerspørsmål er sterkt politisert og debatten om innvandreres deltakelse i det norske samfunnet er polarisert. Dette vil også ha betydning for prosjekter rettet mot innvandrere og helsespørsmål. Det er nødvendig med en pragmatisk tilnærming i disse spørsmålene.

- Brukerorganisasjoner på helsefeltet er viktige arenaer for å sette innvandreres helse på dagsorden. Det blir viktig å initiere til prosjekter og utviklingstiltak som gjør brukerorganisasjoner i bedre stand til å nå og inkludere innvandrerguppen.
- Det bør etableres kanaler for opplysning om helse/psykiske helse blant innvandrere i et samarbeid mellom norske brukerorganisasjoner på helseområdet og innvandrersorganisasjoner. Brukerorganisasjonene på helse er viktig i den sammenheng, fordi det er disse som har kunnskap om helseproblemer fra et brukersynspunkt.
- Å bygge nettverk og samarbeid om dette området kan best ivaretas gjennom å etablere dialogarenaer som inneholder opplysningstiltak. Det har vist seg særlig viktig at dette kombineres med en form for aktivitet, som kurs og kulturelle arrangementer. Praktiske tiltak i frivillige organisasjoner er ut fra våre erfaringer en viktig kanal for å nå innvandrerguppen med helseinformasjon.
- Samarbeid med kommuner, helseforetak og organisasjoner er viktig i forhold til å nå gruppene og etablere tiltak for å utvikle medvirknings arenaer i regi av brukerorganisasjoner.
- Våre erfaringer tilsier at innvandrere søker et fellesskap med andre og mulighet for å utveksle erfaringer, få informasjon og lære ferdigheter som kan komme til nytte, også i forhold til helsetilbud.
- Det bør etableres bredere kontakt med religiøse sammenslutninger for å nå den enkelte innvandrere. Et godt eksempel er kirkesamfunnet til det vietnamesiske samfunnet i Trondheim. Dette bør også være et sentralt område for et samarbeid mellom kommune og foretakene.

Norske brukerorganisasjoner og innvandrerbefolkningen:

- Brukerorganisasjonene vil være en god arena for tiltak for innvandrere og organisasjoner for disse, for å sikre at fokuset for de utfordringene personer med helseproblemer/psykiske problemer
- For å oppnå mål om medvirkning fra innvandrerguppen er det nødvendig med videreføring av tiltak knyttet til å nå enkeltpersoner som kan bidra til å sette særlige spørsmål for denne gruppen på dagsorden i brukerorganisasjoner
- Det er et særlig spørsmål – hvordan likemannsarbeid innenfor dette feltet kan utvikles. Erfaringene fra Sandmoen, hvor personer med lik språk og kulturell bakgrunn er støttepersoner og tolk for nyankomne tilsier at uformelle tiltak for primærmålgruppen.
- De uformelle treffene i prosjektene som MH har gjennomført har også vist seg å være en god arena for å bygge nettverk for innvandrere som er isolerte på grunn av sykdom.
- For å nå innvandrergruppene, særlig de som ikke er organisert i innvandrersorganisasjoner er brukerorganisasjonene avhengig av et videre samarbeid med helsetjenestene i kommune og helseforetak.

Det bør gjennomføres evalueringer/utviklingsprosjekter som kan gi bedre grunnlag for å si noe om årsaker til at brukerorganisasjoner innenfor helse har problemer med å nå innvandrergupper. Dette kan gi grunnlag for å si noe om hvilke tiltak som er nødvendige.

Særlige spørsmål knyttet til beboere ved asylmottak:

- Asylmottakenes service knyttet til helse er viktig for hvordan kunnskap innvandrere har om norsk Helsevesen og hvilken rolle man har som pasient
- Når innvandrere er i mottaksfasen vil det være særlig viktig å gi grunnlag for informasjon om det norske helsevesenet, som blir viktig dersom de skal bosettes i Norge. Dette bør skje i et samarbeid med mottakene og frivillige organisasjoner.
- Informasjonstiltak om helse - som retter seg mot innvandrere og helse bør ha personer som bor ved asylmottak som sentral målgruppe.
- Det bør være en tilgjengelighet til å kunne få informasjon i helsespørsmål for beboere ved asylmottak. Dette kan ytes av asylmottakene selv, men det offentlige hjelpeapparatet, særlig kommunehelsetjenesten har en viktig rolle i dette arbeidet

Brukerundersøkelser og andre typer systematisk erfaringstilbakeføring blant innvandrergupper kan bidra til bedre kunnskap om denne gruppen sine erfaringer og forventinger til helsetjenester. Erfaringene fra vårt prosjekt tilsier at det er nødvendig med en god metodikk for å nå de av innvandrerguppen som ikke er organisert i innvandrersorganisasjoner/religiøse sammenslutninger

KBT s erfaringer tilsier at det er flere problemstillinger som bør undersøkes nærmere:

- Oppsøker innvandrerguppen helsevesenet? Når og hvordan?
- Hvordan opplever denne gruppen å bli møtt av helsepersonell?
- Hvilke forventinger stilles til helsetjenestene knyttet til å ha kjennskap/kunnskap om ulike grupper innenfor behov?
- Hvilken informasjon trenger personer med utenlandsk bakgrunn i møtet med helsevesenet. Hvilke tiltak trengs for å legge til rette for informasjon om helse og helsevesen for denne gruppen?
- Et særlig spørsmål er knyttet til psykisk helseproblemer. Hvordan kan forebyggende tiltak knyttet til psykisk helse målrettes mot denne gruppen av Helse Midt-Norges pasienter?

Litteratur:

Schreiner, Hamida(2007) Dialog om Helse mellom Kulturer Brukermedvirkning i innvandrergupper. Rapport 2007 – Trondheim. Regional Brukerutvalg Helse Midt-Norge RHF.

Lie, Benedicte(2004) Fakta om 10 innvandrergupper i Norge, Statistisk sentralbyrå, 2004.

Berg

Blom, Svein (2008) Innvandreres Helse 2005/2006, Rapport 2008/35, Statistisk sentralbyrå

IS – 1022(2003) Veileder i Helsetjenestetilbud for asylsøkere og flyktninger, Sosial og Helsedirektoratet, 2003 (denne er under revidering, ut på høring.)

Rådet For Psykisk Helse(2007) Psykisk Helse i et flerkulturelt samfunn, Rådet for psykisk helse, 2007.

Helse og Omsorgsdepartementet Oppdragsdokument 2009 Helse Midt - Norge RHF

Helse og Omsorgsdepartementet Oppdragsdokument 2008 Helse Midt - Norge RHF

Ogie, Ota og Dagfinn Bjørgen(2010) *Esaumidler: Rapport vedrørende prosjekt Innvandrere og psykisk helse i Trondheim*, Mental Helse Sør-Trøndelag.

Jørstad, Per Morten (2010) "Egenrapport prosjekt Innvandrere og helse"; KBT Midt-Norge

S Varvin, O G Aasland(2009) Legers forhold til flyktningpasienten

Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:1488-90

Sosial-og helsedirektoratet. Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger.08/2003.

WWW.forskningsradet.no (2004): *Kartlegging av innvandringsrelatert forskning i Norges.*

Forskningsråd.