



Sykepleien

Migranter

- har dårligere levekår
- har mer psykiske plager
- er oftere utsatt for arbeidsulykker



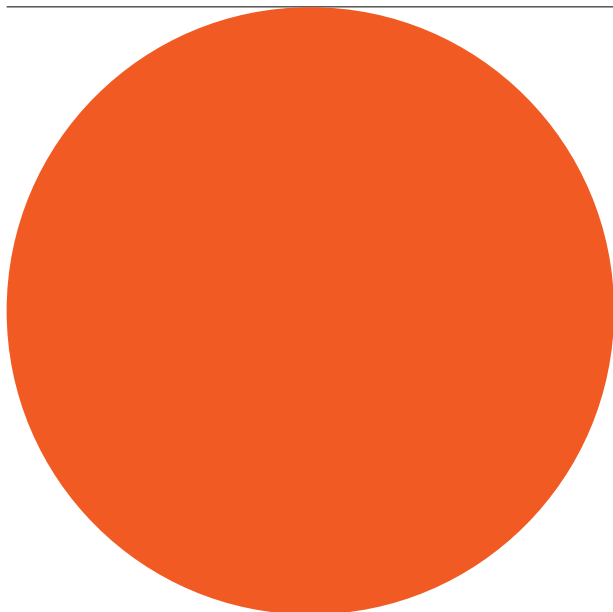
Illustrasjonsbilder til denne utgaven

... er tatt av **fotograf Stig Marlon Weston**. Han har lang erfaring som fotograf i mange sjangre – nyhet, dokumentar, portrett, reklame og kunstoffografi. Han har deltatt ved kunstutstillinger i Norge og utlandet.

Weston har jobbet som frilanser for Sykepleien en årrekke. I denne utgaven har han illustrert temaet migranter og har blant annet vært på sykehjem, i hjemmetjenesten og på byggeplasser (som bildet over) for å vise noe om migranternes forhold til helse og deres liv i Norge.

Migranternes helse

- 04 Leder**, Anne Hafstad: Ingen på din avdeling er like
- 12 Fagartikkel** Hva vet vi om innvandreres helse?
- 24** Å være sykmeldt og blakk tærer på psyken
- 29** Flere røyker og drikker alkohol
- 32 Undersøkelse** Får migranter likeverdige helsetjenester?
- 40** Hun kurser Ahus-ansatte i migrasjonshelse
- 44** – Vi hadde et bra liv. Nå er vi flyktninger
- 58 Fagartikkel** Tolk i helsetjenesten redder liv
- 64 Fra fagartikkel** Eldre migranter vil helst spise tradisjonell mat
- 68** 45 språk på ett brett
- 72** Her får papirløse migranter helsehjelp
- 82** – Vi møter kvinner som aldri har tatt en celleprøve
- 86** Å føde med noen som forstår
- 92** De har med seg verdifull kompetanse
- 98** Pasient dømt til fengsel for rasisme mot sykepleier
- 100 Fagartikkel** Rasisme kan være en utfordring for pasienter og helsepersonell



Ukrainske Iryna Kuzmenkova og Larysa Onikii ble tvunget på flukt. De får god støtte hos migrasjonssykepleierne i Fredrikstad. Les deres historier på side 44-53.

Sykepleien

Ansvarlig redaktør

Anne Hafstad
E-post: anne.hafstad@sykepleien.no
Tlf. 91 79 39 73

Nyhetsredaktør

Ulf Nygaard

Redaksjonssjef

Ellen Morland

Forsidefoto

Stig M. Weston

Journalister

Ann-Kristin Bloch Helmers, Ingvald Bergsagel, Marit Fonn, Eivor Hofstad, Elin M. Fredriksen og Nils Kr. Reppen

Design og grafisk produksjon

Monica Hilsen
Nina E. H. Hauge, assistent

Fagredaktør

Silje Ottestad

Redigerer fagartikler

Øystein Eian

Annonser

Markedssjef Ingunn Roald, tlf. 91 60 38 12
Salgsfabrikken, tlf. 90 61 63 07

Repro og trykk

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato 23. februar 2024

Sykepleien

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. +47 994 02409,
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Adresseendring:

medlemstjenester@sykepleierforbundet.no

Tidsskriftet Sykepleien eies av Norsk Sykepleierforbund og arbeider etter Redaktørplakaten og pressens Vær varsom-plakat.



FØLG OSS



www.facebook.com/sykepleien



www.linkedin.com/company/sykepleien



www.instagram.com/sykepleien



www.snapchat.com/add/sykepleiensnap

www.sykepleien.no



Ingen på din avdeling er like

Det finnes ikke én oppskrift på hvordan vi som sykepleiere skal møte pasienter og pårørende. Hver eneste pasient og dennes pårørende er unike.

ANNE HAFSTAD

Ansvarlig redaktør,
Sykepleien



FØLG MEG PÅ LINKEDIN
[www.linkedin.com/in/
anne-hafstad-3778a929/](https://www.linkedin.com/in/anne-hafstad-3778a929/)



ret er 1983. Stedet er Ullevål sykehus. Jeg er på en av mine aller første nattevakter som nyutdannet sykepleier. Jeg kjente på det overveldende ansvaret.

En av pasientene på avdelingen var døende. Mange familiemedlemmer var sammen med pasienten inne på det trange enerommet, men de var ikke bare der. Flere av familiemedlemmene hadde tatt plass i korridoren utenfor rommet. Andre igjen brukte dagligstuen. Det ble en del mer støy enn vanlig i den ellers så stille avdelingen den natten.

Situasjonen på jobb var ny og annerledes for meg og hjelpepleieren. Vi var ikke vant til så mange pårørende på en gang. Den døende pasienten var en av stadig flere som innvandret fra Pakistan til Norge på 1970-tallet.

Ukjent kultur og ritualer

Pasienten døde den natten. Rutinen jeg skulle gå løs på, var etter boka: Gjøre alt klart og ferdig før dagvaktene kom på jobb. Snakke med de pårørende og gi dem litt tid alene hvis de ønsker det. Tilkalle lege. Vaske og stelle avdøde før portøren overtar. Rydde og lufte rommet.

Det ble ikke sånn. I denne familiens kultur og religion har de sine ritualer og tradisjoner. Når noen dør, skal hele kroppen vaskes. Den døde skal svøpes, og det skal holdes bønn. Dette ritualet heter «fard kifaya»

– en kollektiv plikt som påhviler det muslimske fellesskapet. Aller helst skal begravelsen skje i løpet av et døgn. Familien ønsket at det skulle være i Pakistan.

Dette var mitt første møte med en pasient og pårørende fra en annen og for meg ukjent kultur. Jeg visste fint lite om helse og ritualer i andre kulturer. Det sto ikke på timeplanen da jeg ble utdannet sykepleier.

Jeg lærte mye den natten. Mine og avdelingens rutiner måtte vike i respekt for pasienten og de pårørende og deres behov, rutiner og tradisjoner.

Mer enn 1 million

Den gangen var det ikke mange pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn norsk på sykehus. Fra begynnelsen av 1970-tallet og frem til slutten av 1980-tallet kom ifølge Statistisk sentralbyrå mellom 4000 og 5000 innflyttere til Norge hvert år. De aller fleste kom fra Asia, og særlig fra Pakistan, samt fra Afrika.

I dag er det mer enn 1 million mennesker med innvandrerbakgrunn i Norge. De kommer fra rundt 200 land og representerer et stort mangfold. Noen kommer til Norge etter flukt fra krig og konflikt. Andre igjen kommer for familiegjeningforening, utdanning, arbeid eller av andre grunner.

Vår tids migranter er en heterogen gruppe. Mange er for lengst godt integrert og representerer en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv. Andre er nye i et fremmed land med en helt annet kultur enn de er vant til. Noen



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

«Jeg visste fint lite om helse og ritualer i andre kulturer.»

bærer på traumer og opplevelser vi knapt kan forestille oss.

Vi som sykepleiere møter mennesker med innvandrerbakgrunn både som pasienter, pårørende og som kolleger. For meg er det opplagt at alle skal møtes med den samme respekten i den gode offentlige helsetjenesten. Etnisitet og bakgrunn skal ikke bety noe som helst, i hvert fall ikke negativt.

Dessverre viser både forskning og erfaring at ikke alle pasienter, pårørende eller ansatte med innvandrerbakgrunn opplever at de blir møtt med den respekten de så åpenbart har krav på. Innvandrere får ikke alltid den helsehjelpen de trenger. Både pasienter og ansatte rapporterer om opplevd rasisme. Sånn kan det ikke fortsette.

Mangler kunnskap

I en kartlegging vi i redaksjonen i Sykepleien nylig gjennomførte, svarer 78 prosent av et tilfeldig utvalg av sykepleiere at deres inntrykk er at innvandrere ofte eller alltid mottar likeverdige helsetjenester. Samtidig opplyser hver tredje sykepleier at de det siste året har observert at pasienter med innvandrerbakgrunn blir forskjellsbehandlet. Dette gjelder ikke bare negativ forskjellsbehandling, men også positiv.

Bildet er ikke entydig, men vi kan ikke lukke øynene for diskrimineringen som finner sted i helsetjenesten.

Spørsmålet er om vi bruker kunnskapen som er kjent, godt nok, og om vi når frem til alle innvandrergrupper med god og kvalitetssikret helseinformasjon. Svaret er nok nei. Det gjelder både med budskap om forebygging og i dialog med dem som er blitt pasienter.

Jeg er overbevist om at dagens sykepleiere har betydelig mer kunnskap enn jeg hadde den gangen i 1983. Samtidig hører jeg stadig om rutiner på intensivavdelinger og ellers i helsetjenesten som utfordres. Balansen mellom helt nødvendige rutiner for smittevern, arbeidsflyt og hensynet til andre pasienter må veies opp mot den enkelte pasient og pårørendes behov. Kanskje er tiden moden for å justere rutinene på våre helseinstitusjoner for å ivareta behovene til en voksende heterogen pasientgruppe.

Språk og forståelse

Årsakene til at noen innvandrergrupper oppsøker helsetjenesten senere enn norskfødte, at noen får et dårligere helsetilbud og at noen opplever for-

«Kanskje er tiden moden for å justere rutinene på våre helseinstitusjoner for å ivareta behovene til en voksende heterogen pasientgruppe.»

skjellsbehandling og rasisme, er sammensatt. Noen kommer fra land hvor tilliten til det offentlige er lav. De stoler i mindre grad på den offentlige helsetjenesten og velger enten alternative løsninger eller unnlater å søke hjelp. Andre igjen har manglende kunnskap om helse og sykdom, og de vet heller ikke hvor de skal henvende seg.

Dårlig kunnskap om ulike kulturer, religioner og innvandrergrupper bakgrunn hos sykepleiere og annet helsepersonell kan også føre til en negativ forskjellsbehandling. Sykepleierutdanningene må i større grad ta inn over seg det mangfoldet av pasienter vi møter i helsetjenesten, og gjøre fremtidens sykepleiere bedre rustet til å møte disse pasientene og kolleger. Manglende kunnskap blant helsepersonell kan kanskje også føre til en slags utilsiktet form for rasisme.

Språkbarrierer er en sentral utfordring. Det er lovpålagt med tolketjenester, men slett ikke alle får det. Det må på plass. En felles forståelse og kunnskap er avgjørende for gode helsetjenester.

Ingen er like

Avslutningsvis er det viktig å minne om at ingen pasienter er like. De har ulik bakgrunn, ulike ressurser og ulike forutsetninger i møte med helsetjenesten. Det finnes ikke en oppskrift på hvordan vi som sykepleiere skal møte pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn. Hver eneste pasient og dennes pårørende er unike. Sykepleiere må evne å se den enkeltes individuelle behov helt uavhengig av etnisitet og bakgrunn. ■

Behov for **FAGLIG PÅFYLL?**

Har du en bachelorgrad i sykepleie/vernepleie eller tilsvarende, så kan du søke opptak til en rekke master- og videreutdanninger ved HiMolde.

MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER HELSE- OG SOSIALFAG

- Master i avansert klinisk allmennsykepleie (M)
- Master i helse- og sosialfag - Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper (M)
- Master i helseledelse (M og Å)
- Master i helsesykepleie (K)
- Erfaringsbasert master i helselogistikk (N)
- Videreutdanning i habilitering og miljøarbeid (M)
- Videreutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighet (M)
- Videreutdanning i praksisveiledning (M)
- Videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (M)
- Videreutdanning i trygg legemiddelhåndtering (K)

SØKNADSRIST 15. APRIL | www.himolde.no

Studiested: M - Molde, K - Kristiansund, N - Nettbasert, Å - Ålesund



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Stine Sofie Foreldrepakke

Veileder du foreldre?

Stine Sofie Foreldrepakke er et voldsforebyggende informasjonsprogram som skal gi støtte og verktøy til *alle* blivende og nybakte foreldre. Programmet hjelper deg som helsepersonell å ta opp viktige temaer som gråt, trøst, vold, tilknytning, hjernebygging og søvn.

“ Stine Sofie Foreldrepakke er et utrolig bra hjelpemiddel til å ta opp vanskelige tema med foreldre.

- Solbjørg Bertheussen, jordmor, Notodden helsestasjon



stinesofiestiftelse.no



◀ Kom i gang!



◀ Nasjonal erfaringskonferanse 2024



**Stine Sofies
Stiftelse**



Bør hun gripe inn? 12 år gammel ivrig fotballstjerne vekker hiv-bekymring hos helsesykepleier.

Svaret på dette spørsmålet er rett og slett «nei». Helsesykepleieren, som vet at den 12 år gamle gutten lever med hiv, bør ikke gripe inn, uansett hvor ivrig gutten er på fotballbanen. Denne situasjon er ikke farlig for noen. Alle barn i Norge som har en hiv-diagnose, går på medisiner, og de smitter ingen. Likevel skjer det alvorlige feiltrinn. Denne historien er sann. Den handler om en afrikansk gutt. Han er 12 år og bor et sted i Norge.

- Jeg har alltid hatt hiv. Flere i familien har det også. Tror jeg. Vi snakker ikke om det, men jeg får medisiner hver dag. Vi har flyktet, og jeg har bodd i Norge i to år. Jeg synes ikke det er så lett å få venner, men jeg elsker å spille fotball! En dag tok helsesykepleieren

på skolen meg inn til en samtale. Da sa hun at hun hadde sett at jeg hadde spilt fotball, og at jeg var veldig flink! Jeg ble så glad! Så sa hun at enda jeg var veldig flink, så burde jeg spille mer forsiktig. Jeg måtte passe på sånn at jeg ikke skadet meg, for siden jeg var smittsom så kunne jeg smitte vennene mine! Da sluttet jeg med fotball.

Aksept er et nasjonalt helse- og sosialfaglig senter for alle berørt av hiv. Vi vet at mange er usikre i møte med pasienter som lever med denne diagnosen. Har du spørsmål knyttet til dette, er det bare å ringe 94 02 06 01. Da får du snakke med en erfaren sykepleier, som kan svare på spørsmål og gi deg veiledning.

Ring oss hvis du trenger råd om en pasient som lever med hiv. Tlf: 94 02 06 01



Aksept

Nasjonalt helse- og sosialfaglig senter – for alle berørt av hiv

Slinda[®]

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri
p-pille med
drospirenon¹

Slinda[®] er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)¹

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter¹
- Prevensjonseffekten til Slinda[®] skyldes primært hemming av eggøsning¹
- Pearl-indeks for Slinda[®] er 0,73^{1*}
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i **opptil 24 timer**^{1**}
- Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge^{1***}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingssyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumorer skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyede leververdier. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

Bivirkninger: Vanlige er akne, metroragi, hodepine og ømme bryst. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda[®] (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.22. **Referanse: 1.** Slinda preparatomtale 06.04.22. * Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43). ** I en fase II-studie med 130 kvinner ble eggøsningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22. *** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.

FAKTA



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston



Hva er en migrant?

En migrant er en person som har oppholdt seg utenfor sitt hjemland i minst ett år.

FN har beregnet at det er over 244 millioner migranter i verden.

Årsak til migrasjon

150 millioner er arbeidsmigranter og 36 millioner er flyktninger fra krig, konflikt og undertrykkelse som har krysset en landegrense.

Mange migrerer også på grunn av utdanning og familiegjenforening.

Migranter i Norge

Andelen med migrantbakgrunn øker i Norge og utgjør nå rundt 20 prosent av befolkningen.

Av disse er rundt 877 000 innvandrere og 213 000 norskfødte med innvandrerforeldre.

Migranter er en heterogen gruppe som kommer fra mer enn 200 ulike land og regioner.

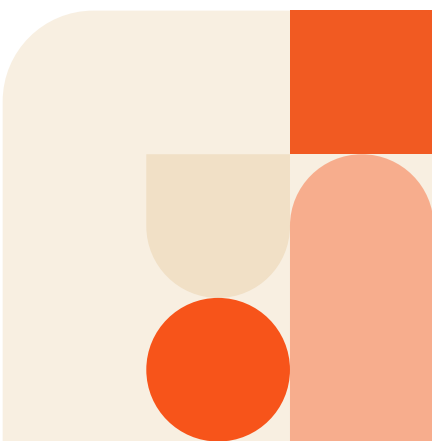
Kilde: SSB

Migranternes helse

Kunnskapen om migranternes helse er mangelfull og påvirkes blant annet av årsaken til migrasjon og hvordan de integreres og lever i Norge.

Sykepleiere har behov for mer kunnskap om migranternes helse.

Kilde: FHI



**RAGNHILD STORSTEIN
SPILKER**

Leder, NSFs faggruppe
for migrasjonshelse og
flerkulturell sykepleie

NØKKELOD

- Migrasjonshelse
- Innvandrere
- Forskning
- Helsefremming

DOI-NUMMER

10.4220/Sykepleiens.2024.94390

HOVEDBUDSKAP

Selv om personer med innvandrerbakgrunn er en sammensatt gruppe, er det viktig å ha kunnskap om deres levekår, helsetilstand, helseutfordringer og bruk av helsetjenester. På den måten kan vi som sykepleiere og helsepersonell yte gode og likeverdige helse-tjenester og redusere helseforskjeller gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak.

Hva vet vi om innvandreres helse?

Hver femte nordmann har innvandrerbakgrunn. Likevel mangler vi kunnskap om en rekke innvandrergrupper.

dag er det litt over 1 million personer med innvandrerbakgrunn i Norge. De utgjør 20 prosent av befolkningen i landet vårt. Gruppen er mangfoldig, og menneskene har bakgrunn fra over 200 ulike land og regioner. De har kommet til Norge av forskjellige årsaker, som flukt, arbeid, familie-gjenforening eller utdanning. Mange har bodd her relativt kort tid (1).

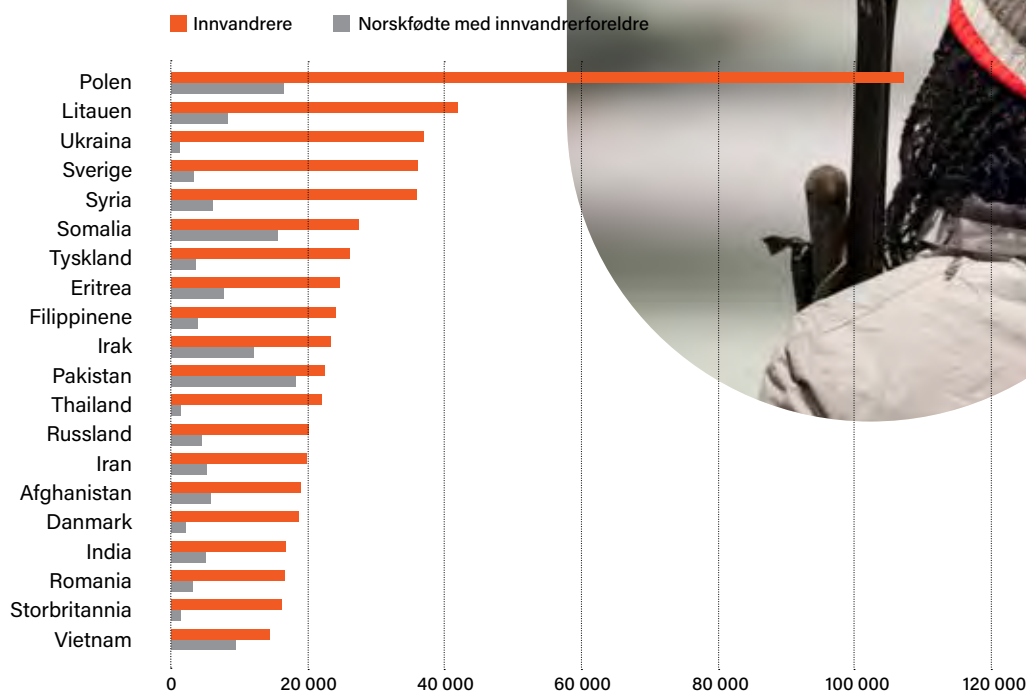
Vi bruker i hovedsak betegnelsene «innvandrere», «norskfødte med innvandrerforeldre» og «den øvrige befolkningen». Det er slik Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer og bruker begrepene i sin offisielle statistikk (2). Personer med innvandrerbakgrunn brukes som en samlebetegnelse for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Figur 1 (side 14) viser landbakgrunnen til de 20 største gruppene av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre per 01.01.2023

Denne artikkelen inneholder





Figur 1.
Landbakgrunn for innvandrere og
norskfødte med innvandrerforeldre, i 2023



Kilde: Statistisk sentralbyrå



oppdatert kunnskap om helse, sykdom og viktige folkehelseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn i Norge. Artikkelen er i all hovedsak basert på kapittelet *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn* i Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet (3).

Hva kommer du fra, og hva kommer du til?

Hvordan migrasjonsprosesser og det å ha migrant- eller innvandrerbakgrunn påvirker både helsetilstand og sykdomsforekomst, og også tilgangen til og kvaliteten på helse tjenester, utgjør hovedkomponentene i fagfeltet migrasjon og helse (4). Det innbefatter også årsakene til migrasjon, om den er tvungen eller frivillig, om det er på grunn av flukt fra

krig og konflikt eller klimaendringer, for å finne arbeid eller ta utdanning – eller for å gjenforenes med familie.

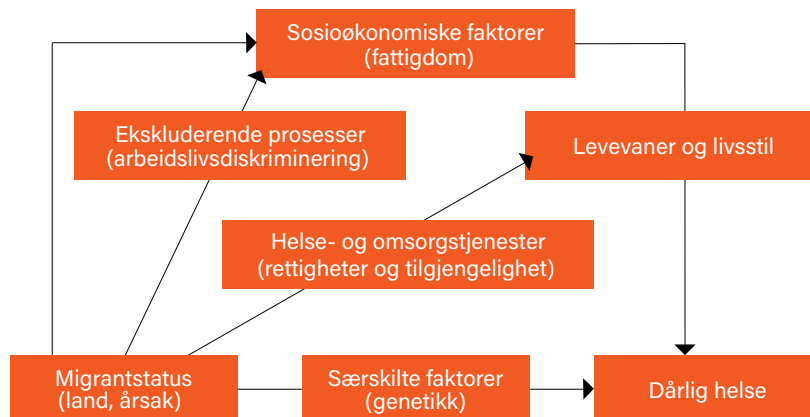
«Migrasjon er en krevende prosess.»

Det handler både om hva du kommer fra, altså det vi kaller premigrasjonsfaktorer, men også selve «reisen», hva du kommer til og hvordan det går i det nye landet. Det siste kaller vi kaller postmigrasjonsfaktorer. Tilpasningen eller akkulturasjonen til det nye livet i et nytt samfunn med et annet språk og en annen kultur påvirkes av mange ulike faktorer, både strukturelle, sosiale, kulturelle og individuelle, som igjen påvirker levekår og helse (5–7).

Personer med innvandrerbakgrunn i Norge er som nevnt en svært sammensatt gruppe. De består av over 1 million unike individer som har kommet til Norge av ulike årsaker fra land i hele verden. Det vi imidlertid ser i undersøkelser, er at de fleste innvandrere er yngre og friskere enn den øvrige befolkningen når de kommer til Norge.

Man ser tilsvarende i andre land. Fenomenet er blitt kalt *the healthy migrant effect*. Det forklares med at migrasjon er en krevende prosess, og at det som regel er unge og friske mennesker som migrerer. Imidlertid ser man at innvandrere med økende botid får dårligere helse enn den øvrige befolkningen. Det forklares gjennom hypotesen om *the exhausted migrant*. Hypotesen viser

Figur 2.
Migrasjon og helse



Kilde: *Migrant Health: A primary Care Perspective*. CRC Press 2019

«Innenfor mange helseområder samles det ikke inn data systematisk og regelmessig.»

til den samlede effekten ulike faktorer før, under og etter migrasjonen har på helsen (se figur 2) (8).

Kunnskapsgrunnlaget er begrenset

Det vi vet om helsetilstand, forekomst av sykdom og bruk av helse-tjenester blant personer med innvandrerbakgrunn, er basert på data fra enkelte helseundersøkelser, analyser av nasjonale registerdata og kvalitative studier (9). Det er begrenset hva det finnes kunnskap om.

Registerdata innbefatter individene som til enhver tid er registrert bosatt i Norge. Dermed ekskluderes papirløse migranter og arbeidsinnvandrere som har bodd her i mindre enn seks måneder. Asylsøkere er vanskelig å identifisere i registerdata.

For eksempel har vi ikke kunnskap om eller oversikt over deres bruk av helsetjenester eller legemidler.

Mye av den generelle kunnskapen vi har om innvandrere og helse, er basert på SSBs levekårsundersøkelser blant innvandrere. Den siste ble gjennomført i 2016 og innbefattet 12 innvandrergupper (10). Da ble det også for første gang gjennomført en levekårsundersøkelse blant norskfødte med innvandrerforeldre med familiebakgrunn fra fire landgrupper (11).

Mindre studier er ofte rettet mot en eller noen få innvandrergupper. Mange av disse studiene har konsentrert seg om noen større innvandrergupper med lengre botid, som for eksempel somaliere og pakistanere. Arbeidsinnvandrere

og familiegjenforente er grupper det er mindre kunnskap om. Generelle helseundersøkelser og spørreundersøkelser er som regel ikke tilrettelagt for innvandrere når det gjelder språk, innhold og rekruttering. Svarprosenten blir dermed lav (3).

Vi mangler derfor kunnskap om en rekke innvandrergupper. Innenfor mange helseområder samles det ikke inn data systematisk og regelmessig. En del av den kunnskapen som finnes, baserer seg også på studier fra lang tid tilbake.

Innvandrere har dårligere levekår

Innvandrere har samlet sett dårligere levekår enn befolkningen for øvrig, viser dataene i levekårsundersøkelsen blant innvandrere (10). Det gjelder levekårsfaktorer



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

som økonomi, sysselsetting, arbeidsforhold, boligstandard, sosial kontakt og helse.

Inntektsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at innvandrere i Norge har et lavere inntektsnivå enn befolkningen som helhet. Innvandrere har også oftere en inntekt som er definert som lavinntekt. Det er imidlertid store forskjeller når det gjelder innvandrere og levekår.

Noen innvandrergupper har levekår på nivå med befolkningen generelt, har høy grad av sysselsetting, eier bolig med god standard og har god helse. Innvandrere fra andre land er dårligere stilt og har lav sysselsetting, dårlig boligstandard og dårligere helse. Andre igjen skårer bra på noen levekårsområder og dårligere på andre (12).

Mange har tungt og repeterende arbeid

Tilknytning til arbeidslivet gir ikke bare inntekt, men også frihet og trygghet, noe som er viktig i et helseperspektiv. Jobben er for mange også en arena der informasjon deles, hvor man knytter sosiale bånd og opplever anerkjennelse og støtte.

68,9 prosent av alle innvandrere i alderen 20–66 år er sysselsatt, mot 79,8 prosent i den øvrige befolkningen (13). Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike innvandrergupper. Flyktninger og familiegjenforente til flyktninger har generelt sett lavere arbeidsdeltakelse enn arbeidsinnvandrere.

Det er ulike årsaker til at innvandrere ikke er i arbeid, som for eksempel manglende godkjenning av utdanning, overkvalifikasjoner, diskriminering, språkbarrierer og omsorgsforpliktelser i familien. Kjønnsforskjellene innenfor

sysselsetting er større blant innvandrere enn i befolkningen ellers (14). Innvandrere arbeider i større grad i salg- og serviceyrker og som renholds- og helsefagarbeidere.

«I tillegg kommer en mer usikker tilknytning til arbeidslivet.»

Mange innvandrere har arbeid hvor de er utsatt for et helseskadelig arbeidsmiljø i form av støy og støv, fysisk tungt og repeterende arbeid, arbeid alene og med liten påvirkning på egen arbeidsdag. I tillegg kommer en mer usikker tilknytning til arbeidslivet fordi deltid, kortere engasjementer og midlertidige kontrakter er mer utbredt.

Innvandrere føler seg oftere fysisk og psykisk utmattet etter jobb. Det er nesten dobbelt så mange innvandrere som har hatt jobbrelatert sykefravær på minst 14 dager det siste året, enn i befolkningen ellers. Hele fire ganger så mange har vært utsatt for en arbeidsulykke de siste 12 månedene (10, 16, 17).

Innvandrere er mindre fysisk aktive

Det er igjen viktig å huske på at personer med innvandrerbakgrunn utgjør en sammensatt gruppe. Når det gjelder levevaner, er det mye vi ikke vet. Mesteparten av kunnskapen vi har, er fra SSBs levekårsundersøkelse og andre kartlegginger som ligger tilbake i tid.

Innvandrere er generelt mindre fysisk aktive enn befolkningen for øvrig. Når det gjelder kosthold, så vet vi lite, men det er kjent både fra norsk forskning og internasjonalt at

kostholdet endres i en mer usunn retning for mange innvandrere ved migrasjon. Det innebærer et større inntak av sukker og mettet fett (3, 10, 18).

Fedme er mer utbredt i noen innvandrergupper. Nylig publisert forskning fra Folkehelseinstituttet viser at barn med innvandrerbakgrunn har høyere forekomst av overvekt og fedme enn andre barn (18, 19).

Bruken av alkohol er lavere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, spesielt blant kvinner. Bruken varierer mye mellom ulike grupper og er svært lav i noen grupper. Andelen som røyker, er imidlertid ganske høy i noen innvandrergupper, særlig blant menn, mens i noen innvandrergupper er det svært få kvinner som røyker (10, 18).

Diabetes er utbredt i noen grupper

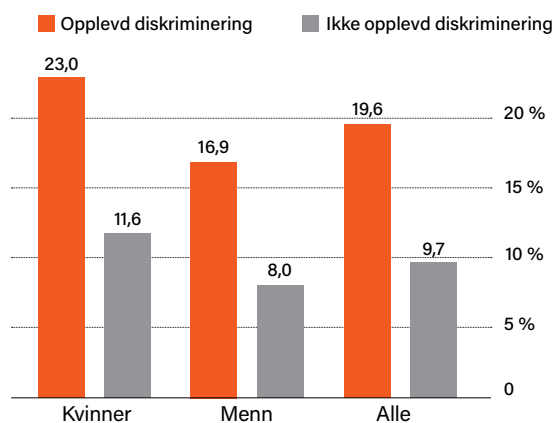
Levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra 2016 viser at innvandrere som rapporterer om kronisk sykdom, er omtrent den samme som i befolkningen ellers, men variasjonen mellom ulike innvandrergupper er stor. Forekomsten av diabetes type 2 er for eksempel veldig mye større i noen grupper enn i befolkningen ellers. De får sykdommen i yngre alder og har hyppigere komplikasjoner (20). Variasjonene er også store når det gjelder risiko for og forekomst av hjerte- og karsykdom. Det avhenger av opprinnelsesland, botid og endring i levevaner og livsstil (21–23).

Når det gjelder kreft, så har innvandrere generelt sett lavere risiko, men enkelte kreftformer ses hyppigere i noen grupper. Det forventes at antallet kreftpasienter blant



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

Figur 3.
Psykiske plager og diskriminering



Kilde: Kjøllesdal et.al, 2019

innvandrere vil øke fordi innvandrere som gruppe i dag er forholdsvis ung, og kreftrisikoen øker med alderen (24–25).

Det finnes ikke data som viser forekomsten av kols blant innvandrere, men det er grunn til å anta at den vil øke i noen innvandrergupper i årene fremover. Bakgrunnen er en økende andel eldre innvandrere, og at røyking er betydelig mer utbredt i noen grupper (3).

Muskel- og skjelettplager er mer utbredt blant innvandrere. Det bør ses i sammenheng med at mange innvandrere jobber i yrker med tungt og repeterende arbeid. En annen viktig faktor er at noen grupper er mindre fysisk aktive og har større innslag av overvekt og fedme (10, 18).

Nettverk og støtte i lokalsamfunnet er positivt

Vi kjenner ikke forekomsten av

demens blant innvandrere i Norge. Studier fra andre land har funnet en høyere forekomst av demens i noen etniske grupper, mens registerstudier i Norge og andre land har vist at færre innvandrere blir diagnostisert med demens. Det betyr ikke nødvendigvis at det er færre innvandrere som har demens, men det kan ha sammenheng med tilgangen til og kvaliteten på helsetjenester (26–27).

Selv om innvandrere som gruppe er yngre enn befolkningen ellers, blir det stadig flere eldre innvandrere. I dag utgjør eldre innvandrere sju prosent av alle seniorer over 60 år, men i 2060 vil de utgjøre 24 prosent av alle over 60 år. Eldre innvandrere kan oppleve ekstra belastninger som påvirker helsen. Det knytter seg til en marginalisert posisjon og lav sosioøkonomisk status.

Data fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere viser at det er

betydelig færre eldre innvandrere, både kvinner og menn, som vurderer egen helse som god eller svært god. Flere har kroniske sykdommer, nedsatt funksjonsevne og symptomer på psykiske problemer enn i befolkningen generelt (10, 18). Nettverk, støtte i lokalsamfunnet og omsorg fra familie kan minske de negative sidene ved dårlig helse (26, 28).

Psykiske plager øker med alderen

Stressende livshendelser før migrasjon, for eksempel å oppleve krig, komme bort fra eller miste familie-medlemmer, bli fengslet og utsatt for tortur, øker risikoen for depresjon og posttraumatiske stressplager (29–30). Ulike belastninger etter migrasjon er også viktig for å forstå psykiske plager blant voksne og barn med flyktningbakgrunn og enslige mindreårige flyktninger. Det

knytter seg for eksempel til asylsøknadsprosessen, bosetting og tilpassning i tiden etterpå (31–35).

Enslige mindreårige flyktninger er en spesielt utsatt gruppe når det gjelder angst, depresjon og posttraumatisk stress (32, 36, 37.) Dårlige levekår påvirker også psykisk helse (38). Levekårsundersøkelsen blant innvandrere viser at psykiske helseplager øker med alderen hos innvandrere, i motsetning til befolkningen for øvrig.

Psykiske plager er vanligere blant kvinner enn blant menn, og innvandrere med lavere utdanning og lavere inntekt er mest utsatt. Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike innvandrergupper i andelen som rapporterer om psykiske plager (18).

Foruten lav sosioøkonomisk status øker språkbarrierer, rasisme og diskriminering og andre negative livshendelser risikoen for psykiske plager. Tilliten til andre og tilhørigheten til både Norge og opprinnelseslandet er beskyttende faktorer (3–41). Figur 3 viser andelen

«Sykepleiere kan spille en viktig rolle i å fremme helse og forebygge sykdom.»

med psykiske plager blant dem som hadde og ikke hadde opplevd diskriminering, etter kjønn.

Vi vet ikke om psykiske helseplager er vanligere blant barn og unge med innvandrerbakgrunn enn i befolkningen ellers. Forskjellige studier gir noe ulike resultater (39, 42–44). Vi vet imidlertid at økonomiske problemer i familien, problemer på

skolen, opplevd rasisme og diskriminering og traumatiske opplevelser gir økt risiko. God støtte fra foreldre, sosialt nettverk og tilhørighet til både norsk og opprinnelig kultur er helsefremmende og viktig for god psykisk helse (44–46).

Språkbarrierer kan få store følger

Både norsk og internasjonal forskning viser at personer med innvandrerbakgrunn kan oppleve barrierer i tilgangen til helsetjenester. Mange innvandrere mangler kunnskap om helsetjenestene som finnes, og hvordan de kan benytte seg av dem. Informasjon om hvordan helse- og omsorgstjenestene er organisert, er sjelden tilgjengelig på andre språk enn norsk og engelsk (47).

Språkbarrierer og andre kommunikasjonsproblemer som oppstår mellom pasienter og helsepersonell, kan få alvorlige følger. Eksempler er at alvorlig sykdom ikke oppdages, rett diagnose ikke blir stilt, feilbehandling og komplikasjoner som medfører økt liggetid og reinnleggelser i sykehus. Det kan føre til at pasienter får dårligere forståelse for egen sykdom og nødvendig egenbehandling og oppfølging. Kvalifisert tolk blir ikke brukt nok i helsetjenestene, og helsepersonell mangler kunnskap om bruken av tolk (48–55).

Individens helsekompetanse og ulike oppfatninger om helse, tegn på sykdom og når man bør oppsøke helsehjelp, har også betydning for diagnostisering og behandling (56). Stigma knyttet til psykiske helseplager kan hindre noen i å oppsøke helsetjenestene (57–58). Det kan føre til at de heller oppsøker hjelp hos religiøse ledere eller healere (59), helsetjenester i opprinnelseslandet (60)

eller søker støtte fra venner og familie (58).

Opplevelser av diskriminering og rasisme i helsetjenestene, følelsen av at symptomene ikke blir tatt på alvor, og at man får en dårligere behandling på grunn av at man er innvandrere, kan føre til mangel på tillit og gjøre tjenestene mindre attraktive (61–62). Opplevelsene som pasienter med innvandrerbakgrunn har av og med helsetjenestene, er i liten grad undersøkt i forskningen. Vi mangler også kunnskap fra registerdata om variasjonen i behandlingskvalitet mellom ulike grupper i befolkningen.

Hva er sykepleiernes rolle?

Mange av faktorene som påvirker helsen til personer med innvandrerbakgrunn, ligger utenfor det helsetjenestene kan påvirke. Det er likevel en del helsetjenestene og vi som sykepleiere kan gjøre for å utjevne helseforskjeller og fremme helse. Vi kan bidra til å bygge ned organisatoriske, økonomiske, språklige og kulturelle barrierer, slik at helsetjenestene vi yter, er av god kvalitet, og at alle har like muligheter til å oppsøke, motta og nyttiggjøre seg den helsehjelpen som finnes.

Helsetjenestene og helsepersonell har et ansvar for å behandle alle mennesker med respekt og verdighet og gi best mulig behandling og omsorg. Sykepleiere og annet helsepersonell trenger kunnskap om hvordan migrasjon påvirker helse og levekår, og hva som er vanlige helseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn.

Vi må være bevisst på at holdninger, fordommer og stereotype oppfatninger av innvandrere og minoriteter kan komme i veien for god



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

behandling og omsorg, og vi må være klar over de ulike barrierene som kan hindre likeverdige helse-tjenester.

Selv om det er mye det mangler kunnskap om når det gjelder innvandrere og helse, vet vi også en del. For eksempel er det bekymringsfullt at det i noen innvandrergupper er høy forekomst av diabetes type 2, og at inaktivitet, overvekt og fedme er mer utbredt.

Sykepleiere kan spille en viktig rolle i å fremme helse og forebygge sykdom. Det kan vi gjøre gjennom å øke vår egen kunnskap og møte hver pasient og familie med respekt og tillit. Vi må legge til rette for god kommunikasjon gjennom bruk av tolk og andre virkemidler, og vi må bidra til pasientens og familiens helsekompetanse og evne til mestring. Flerkulturell og flerspråklig kompetanse hos kolleger og samarbeid med frivillige ressurspersoner

og organisasjoner er viktig i dette arbeidet.

Konklusjon

Det trengs en satsing på likeverdige helsetjenester, migrasjonshelse, antidiskriminering og antirasisme i helsetjenestene. Det er fremdeles i dag for mange organisatoriske, økonomiske, språklige og kulturelle barrierer som gjør at grupper i befolkningen ikke har den samme tilgangen eller mottar tjenester av like god kvalitet som andre i samfunnet.

Det krever langsiktig, strategisk arbeid både gjennom kompetanseheving av sykepleiere og annet helsepersonell – og kvalitets- og forbedringsarbeid i helsetjenestene. Det skjer ikke av seg selv, og det bør gis som oppdrag til helsetjenestene gjennom en ny nasjonal strategi og handlingsplan for migrasjonshelse og likeverdige helsetjenester. ■

Skann koden
til nettsjone med
referanser.





**KiilTO
PRO**

Kiilto Pro **Erisan Oxy+** Desinfeksjonsmiddel

Et effektivt, CE-godkjent desinfeksjonsmiddel basert på hydrogenperoksid og pereddiksyre for tekstilmaterialer, ikke-invasive medisinske enheter og andre kritiske overflater.

Det granulatbaserte middelet løses opp i vannbad eller direkte i vaskemaskin.



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston



Nav svarte ikke: En kollega hjalp Andrzej Gorecki 14. desember med å be Nav om møte med tolk. Han fikk først respons etter at Sykepleien tok kontakt.



Å være sykmeldt og blakk tærer på psyken

Andrzej Gorecki er sykmeldt, men får ikke sykepenger.
Han forstår ikke hvorfor.

TEKST Eivor Hofstad FOTO Erik M. Sundt

Livet så lyst ut for Andrzej Gorecki (63) da han kom til Norge en maidag i 2018 for å jobbe i byggebransjen.

Han hadde arbeidskontrakt og fast bopel utover seks måneder. Han fikk derfor raskt fødselsnummer og alle formaliteter på plass. Da fikk han også fastlege, og med bank-ID blir det mulig å kommunisere med offentlige instanser elektronisk.

Siden EU-utvidelsen i 2004 har det kommet 313 397 arbeidsinnvandrere til Norge. Den desidert største gruppen er personer fra Polen, og de fleste av dem er menn. Typiske yrker

for dem er bygg- og anlegg, lager og transport.

Må ha tolk

For to år siden fikk Andrzej Gorecki permanent opphold. Nå bor han i en sokkelleilighet i Bærum kommune. Håpet hans er at de tre barna hans på 16, 18 og 20 år kan komme til Norge etter hvert.

Zoja Ghimire oversetter da Gorecki ikke har klart å lære seg noe særlig norsk.

Ghimire jobber hos stiftelsen Mangfold i Arbeidslivet (Mia) i Oslo og kommer selv fra Polen.

Hun har en master i psykologi

og er prosjektleder for «Polski Dialog», hvor polske innvandrere kan få hjelp til å navigere i det norske byråkratiet av tjenester. Hun er også medlem av Helsedirektoratets fagråd for innvandrerrhelse.

Gorecki kontaktet henne like før jul fordi han ikke forsto hvorfor han ikke fikk sykepenger. Han mener han har krav på etter å ha vært sykmeldt siden oktober. Han trengte noen til å hjelpe seg med å kontakte Nav.

Vond rygg etter fall fra stillas

Gorecki skadet seg etter at han falt tre-fire meter fra et stillas i 2020. Han slo ryggen så kraftig at han ble

sykmeldt i åtte måneder. Det turte han ikke å melde som en arbeidsulykke. Han var redd for å miste jobben.

Han fikk ikke sykepenger for de siste to månedene fordi Nav mente han ikke var arbeidsufør.

Gorecki har ikke blitt ordentlig bra i ryggen siden da.

23. oktober i 2023 ble han sykmeldt igjen. Da hadde han jobbet ute på en terrasse i åttende etasje siden juni.

– Vi fikk ingen arbeidsklær fra arbeidsgiver. Jeg frøs og følte meg dårlig. Ryggen ble verre igjen.

Det strammer seg til

Når Sykepleien treffer Gorecki, er han fremdeles sykmeldt, men har bare fått sykepenger for noen

få dager fra Nav siden oktober. Han har også i mellomtiden blitt oppsagt på grunn av nedskjæringer i byggebransjen.

Han har ingen sparekonto å ta av lenger. Han måtte ta opp et lån for å klare seg, og skal betale siste avdrag



«Det hele er egentlig trist og oppsiktsvekkende. Andrzej har gjort alt riktig.»

Zoja Ghimire

Dette svarer Nav om Andrzej Goreckis sak

Etter at Sykepleien sender spørsmål til Nav om saken til Andrzej Gorecki, bruker Nav et par dager på å finne svarene.

Nav hadde lagt til grunn at Gorecki var friskmeldt fra den 13. november. Da jobbet han i fire dager før han ble sykmeldt igjen. Han fikk derfor kun utbetalt sykepenger frem til 12. november.

– Når det likevel har kommet søknader om sykepenger etter dette, burde Nav undersøkt om opplysningene han ga var riktige, innrømmer Heidi Kvaal Djupvik, avdelingsdirektør ved Nav Arbeid og ytelser i Tønsberg og Skien.

– Fikk dere ikke sykmeldingen?

– Nav har fått både sykmelding og videre søknad om sykepenger etter den 12. november. Da vi fikk den videre søknaden om sykepenger, skulle vi undersøkt med Gorecki om forrige søknad var

korrekt utfylt. Dette ble dessverre ikke gjort. Nav har nå hentet inn de nødvendige opplysningene fra arbeidsgiver og Gorecki får utbetalt videre sykepenger i morgen.

– *Hvorfor fikk ikke Gorecki noen respons på ønsket om møtet med tolk?*

– Nav Bærum beklager at det har tatt tid å få til et møte med tolk. De håper å få det til denne uken og tar kontakt med ham for å avtale et tidspunkt som passer, sier Djupvik 16. januar.

Zoja Ghimire er ikke imponert: – Sykepleiens kontakt med Nav har tydeligvis hjulpet til å få saken videre. Men det hele er egentlig trist og oppsiktsvekkende. Ut fra det jeg har undersøkt, har Andrzej gjort alt riktig. Arbeidsgiveren og Nav har gjort feil, men konsekvensene er det den sykmeldte som har måttet bære. ■

på det i mars. Han har bare 10 000 kroner igjen på kredittkortet. Det rekker ikke engang til husleia.

Nav tar ikke kontakt

Gorecki har mast på Nav flere ganger via Nav-portalen uten at noe har skjedd. Han mistenker at problemene kan skyldes at legen først skrev feil dato på sykmeldingen, men det er rettet opp.

– En kollega av meg kontaktet Nav den 14. desember og ba om et møte for meg med tolk. De skulle notere det i systemet sitt, men jeg har ennå ikke hørt noe, sier han.

– Blir stressa og lei meg

De økonomiske problemene tærer på den psykiske helsa.

– Alle ville nok kjent det i en liknende situasjon. Jeg er stressa og lei meg når regninger kommer og jeg ikke kan betale. Kanskje kommer det telefoner på et språk jeg ikke forstår. Hadde Nav bare betalt meg for en måned, hadde jeg kunnet betale det jeg skulle, sier han.

Når Sykepleien treffer ham, har han vært hos fysioterapeut med ryggen dagen før.

– Fysioterapeuten sa at jeg antakelig må opereres.

Gorecki har planer om å forbedre CV-en sin og søke jobber fremover, selv om han har vondt i ryggen.

– Jeg klarer å gjøre andre ting. Noen kaller meg arbeidsnarkoman. Jeg kan gjerne jobbe 14-timersdager bare jeg får meg en jobb som ryggen klarer.

– Kaster ballen videre

To dager etter intervjuet, 11. januar, har Nav svart etter at Zoja Ghimire og fagforeningen til Gorecki har tatt kontakt på nytt. Nav skriver at de trenger ny inntektsmelding fra



Vil jobbe: Polske Andrzej Gorecki har store økonomiske bekymringer i tillegg til ryggplagene. Han behandler ryggen selv med massasjeapparatet.

arbeidsgiver med riktige datoer for sykefraværet.

– Men det står ingenting om hvem som har ansvaret for å innhente inntektsopplysningene i denne situasjonen. De bare kaster ballen tilbake til Andrzej, sier Ghimire og fortsetter:

– Hvorfor ligger hele byrden på en sykmeldt arbeidstaker som i utgangspunktet er dårlig stilt i møte med systemet og en arbeidsgiver som ikke har gjort plikten sin, slik Andrzej forteller? Det er langt fra likeverdige tjenester som vi ønsker å ha i Norge.

Arbeidsgiveren har fått teksten om Andrzej til gjennomlesing, men

har ingen kommentarer. Se Nav sitt svar i egen sak (til v.).

– Typisk eksempel

Zoja Ghimire sier dette er et typisk eksempel på saker polakker kommer til henne med.

– De kommer når de får problemer med helsa og jobben og ikke klarer å navigere i Nav-systemet.

Sakene hun hjelper til med, handler ofte om at arbeidsgivere bestrider sykmeldingen, eller som her, at noe ikke stemmer med sykmeldingen.

Språkproblemer, begrenset datakunnskap og dårlig kjennskap til norsk forvaltning og regler rundt

sykefravær og sykepenger kompliserer det hele for utlendinger som jobber i landet.

– Det er også veldig typisk at Nav eller arbeidsgiver skylder på andre når noe ikke stemmer i dokumentasjonen som kreves for å få sykepenger, sier hun og legger til:

– Mange polakker står uten sikkerhetsnett her og tør ikke si ifra fordi de er redde for å miste jobben. Det er ikke så vanlig å være fagorganisert i Polen. De organiserer seg derfor ikke alltid når de kommer til Norge og får jobb.

– En form for lønnstyveri

I Bygningsarbeidernes fagforening ►

har leder Harald Braathen erfart at siden Nav for noen år siden holdt kurs for arbeidsgivere der de fortalte om mulighetene til å bestride sykmeldinger, har det blitt stadig mer populært å gjøre det.

Han ser at medlemmer som er arbeidsinnvandrere eller jobber i rotasjon med noen måneder på jobb og noen måneder i hjemlandet, er særlig utsatt for dette.

– Jeg har ingen tall å vise til, men tilbakemeldingene vi får, tyder på at det nærmest er blitt en rutine i enkelte firmaer å bestride sykmeldingen. På den måten uthules hele sykelønnsordningen. Dette er en form for lønnsstyveri som denne gruppen blir særlig utsatt for, sier fagforeningslederen.

Blir desperate uten inntekt

Også Natasza Bogacz ved senter for utenlandske arbeidstakere hos Arbeidstilsynet bekrefter økningen i saker, både for sykepengesaker som ikke blir utbetalt, og at arbeidsgiver bestrider sykmelding.

Hun har tidligere jobbet i Caritas (den katolske kirkes nødhjelpsorganisasjon) som de siste to årene har registrert 350 saker om lønnsstyveri.

– I Arbeidstilsynet har vi ingen tall på dette, men jeg jobber i førstelinje i skranken og ser der at mange kommer med denne problematikken.

– Hvilke helsemessige konsekvenser får dette for arbeidstakerne?

– Å bli behandlet på en dårlig måte og ha en følelse av urettferdighet og så plutselig sitte uten inntekt med dårlig helse fører åpenbart til veldig store psykiske påkjenninger, sier Bogacz og legger til:

– Noen ser seg nødt til å jobbe svart mens de er syke fordi de blir

«Ikke bruk arbeidsgiver som tolk!»



Aleksandra Czech-Havnerås

desperate uten inntekt. Jeg har faktisk møtt folk som gikk med krykker på jobb med stort hovent kne for å male.

Vil fjerne retten til å bestride

Harald Braathen synes det er merkelig at det i det hele tatt er mulig at arbeidsgiver kan overprøve fastlegenes eller annen medisinsk faglig vurdering.

Bygningsarbeidernes fagforening er en del av Fellesforbundet. I 2023 løftet de saken på agendaen overfor politikerne da dette er et problem i flere bransjer.

Nå har arbeids- og inkluderingsminister Tonje Brenna lovet å se på det, forteller Braathen.

Departementet har bedt Nav om en vurdering av mulige årsaker til en eventuell økning i antall bestridelser, og om enkelte bransjer har større andel bestridelser enn andre. Nav har foreløpig ikke svart på dette.

Mellom 2017 og 2019 gjalt det omtrent 300–400 saker i året av fire millioner årlige sykmeldinger.

Erfaring fra migrasjonssenteret

– At arbeidsgiver bestrider sykmelding, opplever vi ofte, sier Aleksandra Czech-Havnerås.

Hun er også fra Polen og jobber som daglig leder ved migrasjonssenteret til Frelsesarmeen i Oslo. Der hjelper hun mange med å få orden i sykepengesaker som har stoppet opp i systemet.

– 90 prosent av dem som kommer hit med problemer med Nav, har

også et rusmiddelproblem. Samtlige jobber i byggebransjen, sier hun.

Hennes erfaring er også at arbeidsgivere ikke sender inntektmelding eller oppfølgingsplan til Nav, og at ting stopper opp på grunn av det.

Skjerpet vurdering

– Nav foretar en skjerpet vurdering av sykdomsvilkåret hvis det foreligger forhold som kan trekke arbeidsuførheten i tvil, forklarer Heidi Kvaal Djupvik, avdelingsdirektør i Nav Arbeid og ytelser, Tønsberg og Skien.

Det betyr at Nav vurderer dokumentasjonen opp mot lovens vilkår ekstra nøye, i stedet for at de normalt automatisk legger legens sykmelding til grunn.

– Resultatet av en skjerpet vurdering er dermed at saken blir vurdert ekstra grundig mot lovens vilkår, ikke at det settes en høyere terskel for sykepengereetten, hevder hun og fortsetter:

– Er bestridelsen fra arbeidsgiver ikke begrunnet eller begrunnet i usaklige forhold, vil Nav normalt ikke foreta en skjerpet vurdering. Det foreligger da ikke noen forhold som kan trekke arbeidsuførheten i tvil, og Nav vil som hovedregel legge sykmeldingen fra legen til grunn.

– Nav tar ikke kontakt med arbeidstaker

Fagforeningsleder Harald Braathen mener Nav har for lang saksbehandlingstid.

– Sykepengene stoppes over flere måneder, noe som får enorme konsekvenser for arbeidstakerne. Nav er ikke flinke til å ta kontakt med arbeidstaker, sier han.

– Hva kan arbeidstakerne gjøre når arbeidsgiver bestrider sykmeldingen?

– Hvis Nav ikke tar kontakt, må de kontakte Nav sjøl. Det er ikke alle som klarer å være så fremsynte. De er kanskje ikke klar over muligheten, heller. Noen tar kontakt med oss, og da hjelper vi dem, sier Braathen.

Avdelingsdirektør Djupvik hos Nav har full forståelse for at det kan få store konsekvenser dersom saksbehandlingstiden blir lang.

– Saksbehandlingstiden er høyere enn vi ønsker. Men vi jobber med å få den ned, sier hun.

Djupvik påpeker at arbeidstakeren alltid gis muligheten til å uttale seg og imøtegå arbeidsgivers påstander dersom bestridelsen fra arbeidsgiver er begrunnet på en slik måte at arbeidsuførheten kan trekkes i tvil. I tillegg innhentes i hovedsak alltid journalnotater fra legen.

De medisinske opplysningene vektlegges mest, forsikrer hun.

– **Ikke bruk arbeidsgiver som tolk**
Aleksandra Czech-Havnerås fra migrasjonssenteret mener sykepleiere som møter polakker i helsevesenet, bør tenke spesielt på to ting:

– At ikke alle har fastlege, og at de har rett til tolk. Hvis de kommer til legevakten etter en arbeidsulykke og arbeidsgiver følger med som tolk, forteller de ikke alltid sannheten fordi de er redde for å miste jobben.

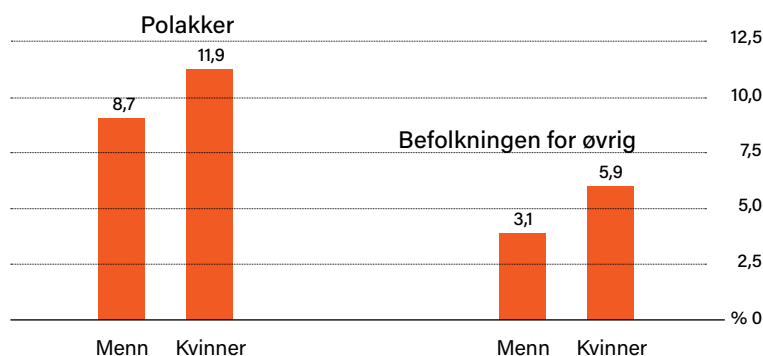
Hennes råd til sykepleiere er derfor soleklart:

– Ikke bruk arbeidsgiver som tolk!

Natasza Bogacz hos Arbeidstilsynet har også erfart at når sjefen tolker, kan skadeårsaken skjules. Hun frykter det kan bidra til underrapportering av arbeidsulykker for arbeidsinnvandrere.

– Dessuten risikerer man å få «nei takk» på spørsmål om sykmelding, sier hun. ■

Figur 1.
Andel med angst og depresjon



Kilde: Levekårsundersøkelsen blant innvandrere i Norge i 2016.

Flere røyker og drikker alkohol

Helsa til polske innvandrere er ikke like god som resten av befolkningen, viser statistikken.

En større andel røyker, både blant polske menn og kvinner. Og polske menn drikker litt mer alkohol enn sine norske brødre.

«Justert for alder, utdanning og inntekt var oddsene for å ha drukket alkohol lavere i alle innvandrergруппene enn i befolkningen for øvrig, med unntak av polske menn», står det i Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016, som kom i 2019.

Mer angst og depresjon

Levekårsundersøkelsen viser også at polske innvandrere oftere lider av depresjon og/eller angst enn resten av befolkningen. (Se figur 1.)

Da Folkehelseinstituttet arrangerte et møte om polakkers psykiske helse høsten 2021, ble

følgende mulige årsaker til dette oppgitt:

- språkbarrierer, manglende norsk- og/eller engelskkunnskaper
- diskriminering
- dårlige levekår
- ensomhet, isolasjon
- separasjon fra familien, ektefelle og barn
- kulturforskjeller
- arbeid under sine kvalifikasjoner, nedadgående profesjonell mobilitet

D-nummer gir ingen fastlege eller bank-ID

Innvandrerbefolkningen som er med i Levekårsundersøkelsen, er bosatt og har fødselsnummer. Men i Norge har vi også polakker

som ikke regnes som bosatte. Det kan for eksempel være sesongarbeidere, arbeidsinnvandrere med ulike kort-varige arbeidsforhold, eller pendlere som jobber rotasjon med noen måneder i Norge og noen måneder i Polen.

Disse har d-nummer i stedet for fødselsnummer. D-nummer er et identitetsnummer for personer som oppholder seg midlertidig i Norge.

De fleste med d-nummer har ikke rett til fastlege, bank-ID eller bostøtte.

Mange har hatt d-nummer i flere år, selv om kravet til fødselsnummer er at man jobber og er fast bosatt i Norge i mer enn seks måneder. Men noen full oversikt over hvor mange polakker det gjelder, har Skatteetaten ikke kunnet gi Sykepleien.

Tall vi får derfra, kan tyde på at det dreier seg om rundt 20 000 personer.

- Større risiko for å bli bostedsløse

Mari Seilskjær, rådgiver i Kirkens Bymisjon, kjenner til at folk har vært 10–15 år i Norge uten å ha fått fødselsnummer.

- Personer med d-nummer havner på utsiden av viktige deler av velferdssystemet og har derfor større risiko for å bli bostedsløse, noen er også akutt bostedsløse, sier hun.

Bare i Oslo er det for tiden mellom 250 og 300 akutt bostedsløse EU-migranter.

- Hva bør sykepleiere vite om dem med d-nummer?

- At det offentlige har et større ansvar enn de tar innover seg. Det er komplekse rettighetsspørsmål, men det er viktig å være klar over at også mange migranter med d-nummer har en del sosiale rettigheter i Norge. Det er rett og slett feil å si at det offentlige ikke har noe ansvar for personer som ikke bor

her fast, sier Seilskjær og legger til:

- Det er viktig å være oppmerksom på at ikke alle arbeidsinnvandrere har fastlege. I slike situasjoner må andre aktører ta ansvar for å gi sykemelding og dokumentere for eksempel yrkesskade eller arbeidsulykker.

To hovedutfordringer hos de vanskeligst stilte

Joanna Leks er sosialarbeider ved Kirkens Bymisjon i Oslo i et team som jobber med fattige tilreisende. De polakkene hun møter i jobben sin, er hovedsakelig menn. Mange er hjemløse, arbeidsledige og med d-nummer i stedet for personnummer.

Slik hun ser det, er det to hovedutfordringer rundt helsa deres: D-nummer og alkoholmisbruk.

- De med d-nummer har begrensede rettigheter rundt helse- og sosialhjelp. Mange av dem jeg møter, sliter med alkoholavhengighet. De blir skrevet ut fra avrusning til ingenting. Det blir en ond sirkel. Mens de med personnummer får oppfølging når de skrives ut, forklarer hun.

Det bekrefter sykepleier Carl Aamodt ved seksjon rusakuttmotak og avgiftning på Aker sykehus i Oslo.

- De med d-nummer har vi ingen mulighet til å henvise videre. Men vi strekker øyeblikkelig hjelp-begrepet

«De med d-nummer har vi ingen mulighet til å henvise videre.»



Carl Aamodt

langt og skriver ingen ut mot sin vilje. Vi gir dem Valium mot abstinensene og seponerer det til de skrives ut etter fem til sju dager.

Førrige søndag han var på vakt, var fire av elleve pasienter fra Polen.

- Vi har omtrent 20 polakker som er gjengangere, og som bor kummerlig i brakker eller hos venner og jobber som håndverkere. De lever utrolig vanskelige liv, og de er vanskelige å hjelpe, men vi gjør så godt vi kan, sier Aamodt.

- Får de med d-nummer sykmeldinger fra legevakt og akuttmottak hvis de trenger det?

- Ja, men problemet er at de ikke blir fulgt opp av Nav, sier Leks og forklarer at siden de ikke har personnummer og bank-ID, blir sykemeldingen skrevet på papir i stedet for at det hele går elektronisk.

- Da blir det bare kaos. De får nesten aldri de sykepengene de har krav på. Det blir masse styr, og vi ringer mange ganger for dem til Nav for å purre, uten at noe skjer.

Joanna Leks i Kirkens Nødhjelp synes det er vondt å se at mennesker ikke får den hjelpen de har krav på.

- Hva bør sykepleiere gjøre når de får en polsk pasient?

- De bør bruke litt ekstra tid til å forklare hvordan det norske helse-systemet fungerer og hvor de kan finne mer informasjon.

Hun nevner spesielt at nettsiden helsenorge.no har «Helsehjelp i Norge på 1-2-3» om grunnleggende helsehjelp. Her kan man velge ulike språk.

- Jeg savner særlig at førstelinjetjenesten tar seg tid til å forklare om veien videre og hvilke behandlingsalternativer som finnes. Taushetsplikten er også viktig å informere om, samt at den også gjelder for tolken. ■

KISQALI[®] er den eneste CDK4/6-hemmer som har vist signifikant overlevelsesgevinst i 3 av 3 fase III-studier^{1,2,3}

KISQALI[®] er indisert for behandling av kvinner med HR+, HER2-lokalavansert eller metastatisk brystkreft sammen med aromatasehemmer eller fulvestrant, som innledende endokrinbasert behandling, eller hos kvinner som tidligere har fått endokrin behandling.⁴

Hos pre- eller perimenopausale kvinner skal endokrin behandling kombineres med en luteiniserende hormonfrigjørende hormon (LHRH)-agonist.⁴

Kisqali har vist >12 måneder forlenget overlevelse sammenlignet letrozol alene^{3*,**}

63,9 måneder

Ribosiklib + letrozol (n = 334)
Median OS
 (95 % KI: 52,4–71,0)

51,4 måneder

Placebo + letrozol (n = 334)
Median OS
 (95 % KI: 47,2–59,7)

HR = 0,76 (95 % KI: 0,63–0,93); p = 0,008. Antall hendelser Kisqali: 181, placebo: 219

*OS var sekundært endepunkt

**MONALEESA-2 er en fase III-studie på postmenopausale kvinner med HR+/HER2- brystkreft.

Studien sammenlignet Kisqali kombinert med letrozol mot letrozol alene. Studiens primære endepunkt, median progresjonsfri overlevelse (PFS) var 25,3 måneder ved Kisqali, mot 16,0 måneder ved letrozol alene.

Anbefalt dose er 600 mg daglig i 21 påfølgende dager etterfulgt av 7 dager uten behandling. Ved behov for dosereduksjon, se anbefalte retningslinjer for dosereduksjon som er listet opp i SPC tabell 1.⁴ De vanligste bivirkningene av grad 3/4 var nøytropeni, leukopeni, unormale leverfunksjons-tester, lymfopeni, infeksjoner, ryggmerter, anemi, fatigue, hypofosfatemi og oppkast.⁴

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Kisqali er kontraindisert ved overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya.⁴ Kisqali bør unngås ved eksisterende eller signifikant risiko for utvikling av QTC-forlengelse.⁴ Kisqali metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4 og dosereduksjoner kan være aktuelt.⁴ Behandlingen med Kisqali krever monitorering under de første behandlingssyklusene.⁴ Eldre >65 år: Dosejustering ikke nødvendig.⁴ Kan tas med eller uten mat.⁴

Pakninger og priser: 21 stk. (blister) 17 685,50. 42 stk. (blister) 35 336,10. 63 stk. (blister) 52 986,60.

Refusjon: H-resept: L01E F02_1 Ribosiklib

1. Im S-A Lu, Bardia A, et al, Overall survival with ribociclib plus endocrine therapy in breast cancer. *N Engl J Med* 2019; 381: 307-16. 2. Slamon DJ, Neven P, Chia S et al. Overall survival with ribociclib plus fulvestrant in advanced breast cancer. *N Engl J Med* 2019; DOI: 10.1056/NEJMoa1911149. 3. *N Engl J Med* 2022;386:942-50. DOI: 10.1056/NEJMoa2114663. 4. Kisqali SPC



Ta gjerne kontakt med oss i Novartis om du ønsker mer informasjon om Kisqali, eller besøk www.felleskatalogen.no



Får migranter likeverdige helsetjenester? **Dette mener sykepleierne**

Én av tre sykepleiere har det siste året opplevd at pasienter med migrantbakgrunn blir forskjellsbehandlet – på godt og vondt.

TEKST Ingvald Bergsagel ILLUSTRASJONSFOTO Stig M. Weston



FAKTA

OM UNDERSØKELSEN

- Spørreundersøkelsen ble gjennomført mellom 1. og 7. desember 2023 ved hjelp av det digitale verktøyet Enalyzer.
- 10 047 tilfeldige personer oppført i Norsk Sykepleieforbunds medlemsregister ble invitert til å delta i undersøkelsen.
- 1025 besvarte hele undersøkelsen, og kun disse er inkludert i presentasjonen av resultatene.
- I undersøkelsen ble personer med migrantbakgrunn definert som migranter og norskfødte med to foreldre som har innvandret til Norge. Siden slik informasjon om pasienter ikke alltid er kjent for helsepersonell, ba vi respondentene bruke skjønn og svare så godt det lot seg gjøre.
- Besvarelsene er anonyme.

«Pasienten måtte vente uforholdsmessig lenge på hjelp på grunn av språkutfordringer. Pleiepersonell vegret seg for å ha ansvaret for pasienten.»

Fritekstsvaer fra undersøkelsen



Personer med migrantbakgrunn er en svært sammensatt gruppe, og så når det gjelder bruk av helse-tjenester. Opprinnelsesland, årsak til migrering og hvor lenge de har oppholdt seg i Norge påvirker deres forhold til egen helse og helsetjenestene.

I en fersk spørreundersøkelse laget av Sykepleien, ble sykepleiere spurt om deres inntrykk av hvordan migranter blir behandlet i norsk helsevesen.

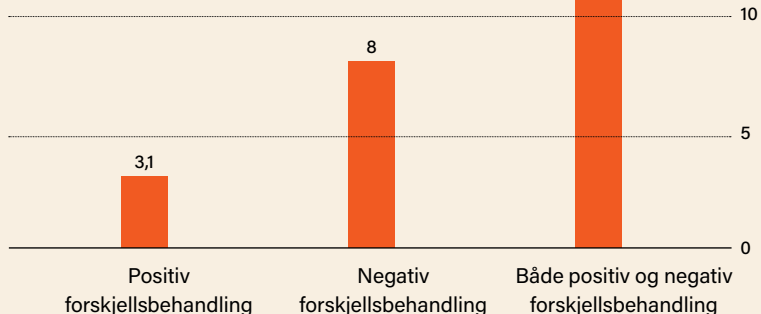
Hele 78 prosent av respondentene i undersøkelsen har inntrykk av at migranter ofte eller alltid mottar likeverdige helsetjenester. Kun 2 prosent mener det sjelden eller aldri skjer.

«Pasient med mye smerter ble møtt med holdningen fra lege om at det kanskje hører til kulturen å reagere på smerte på denne måten.»

Fritekstsvar fra undersøkelsen

Observerte forskjellsbehandling

Andel sykepleiere som oppgir at de i jobbsammenheng det siste året har observert positiv eller negativ forskjellsbehandling av pasienter med migrantbakgrunn.



Diagrammet er basert på tall fra Sykepleiens undersøkelse om migrasjon og helse. (n=1025)

Likevel har omtrent hver tredje sykepleier det siste året observert at pasienter med migrantbakgrunn er forskjellsbehandlet i helsevesenet. Det dreier seg ikke alltid om negativ diskriminering, 3 prosent svarer at de har observert positiv forskjellsbehandling, mens 14 prosent har krysset av for at de har observert både positive og negative varianter.

Flere yngre enn eldre sykepleiere mener pasienter med migrantbakgrunn mottar likeverdige helsetjenester. Eldre sykepleiere oppgir oftere enn yngre at de har vært vitne til positiv forskjellsbehandling.

Ellers oppgir ansatte i spesialisthelsetjenesten oftere enn ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten at de har observert forskjellsbehandling. Blant de 27 respondentene

som har sin nåværende stilling på legevakt, er det kun ti stykker, det vil si 37 prosent, som oppgir at de ikke har opplevd forskjellsbehandling av migranter det siste året.

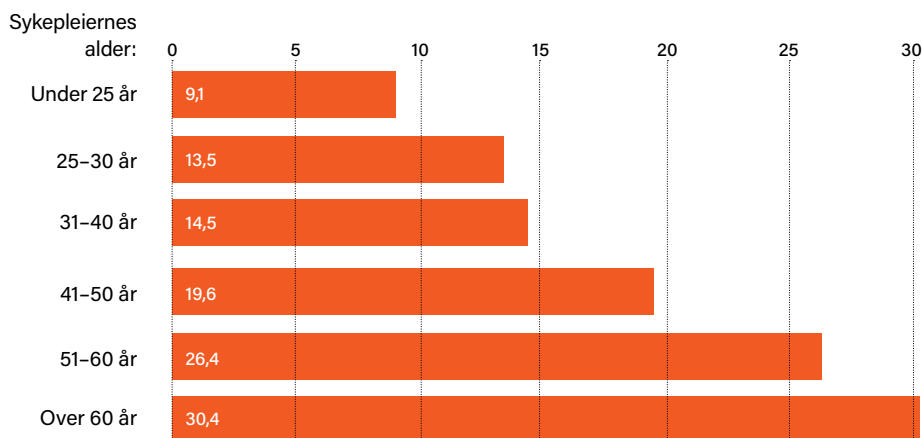
Når vi har spurt om antatte årsaker til slik forskjellsbehandling, pekes det først og fremst på språklige utfordringer, men også kulturforskjeller og atferden til pasienter og deres pårørende trekkes frem.

En noe mindre andel mener at helsepersonells kompetanse og manglende ressurser i helsesektoren kan bidra til at personer med migrantbakgrunn ikke mottar likeverdige tjenester.

Informasjon og veiledning

Språk trekkes som nevnt frem av mange som en

Andelen sykepleiere som mener migranter alltid mottar likeverdige helsetjenester



Diagrammet er basert på tall fra Sykepleiens undersøkelse om migrasjon og helse. (n=1025)

«Pasient fikk ikke behandling fordi hun ikke ville ha tolk. Hun ville bare ha pårørende med.»

Fritekstsvar fra undersøkelsen

utfordring i møter mellom migranter og helsevesenet. Det er derfor interessant å se nærmere på hvordan behovet for informasjon ivaretas.

I undersøkelsen svarer omtrent halvparten at informasjonen og veiledningen som denne pasientgruppen mottar på deres arbeidsplass, både er god nok, tilpasset pasientenes forutsetning og at den blir forstått. Rundt ti prosent mener dette skjer sjelden eller aldri.

Ifølge tolkeloven skal offentlige organer bruke tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. 17 prosent av respondentene beskriver tilgangen til tolketjenester ved deres arbeidsplass som dårlig eller svært dårlig. 45 prosent har krysset av for at tilgangen er god eller svært god.

Også her gir fritekstsvar et mer utfyllende bilde med eksempler på hva som kan skape utfordringer i hverdagen:

Mener de har god kompetanse

«Vi opplever at ikke alle tolker kan medisinske uttrykk, slik at pasienten får all informasjon.»

«Ofte følger det ikke tolk med pasienten inn på operasjonssalen.»

«Små miljøer i byen gir stor sjanse for at pasient og tolk kjenner hverandre.»

Når vi ber sykepleierne vurdere sin egen kompetanse i møte med pasienter med migrantbakgrunn, er det svært få som mener den er dårlig. Halvparten krysser

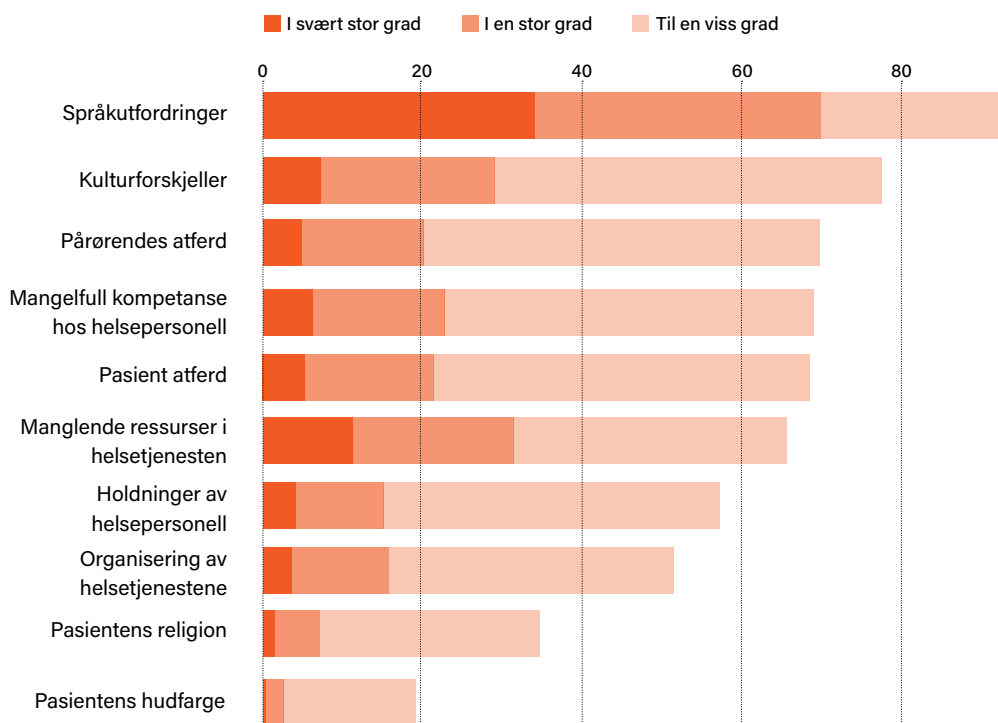


«I noen kulturer skal hele familien besøke, helst samtidig.»

Fritekstsvar fra undersøkelsen

Antatte årsaker til ulikhet

Diagrammet viser i hvilken grad sykepleiere tror ulike faktorer kan bidra til at personer med migrantbakgrunn ikke mottar likeverdige helse-tjenester i Norge.



Diagrammet er basert på tall fra Sykepleiens undersøkelse om migrasjon og helse. (n=1025)



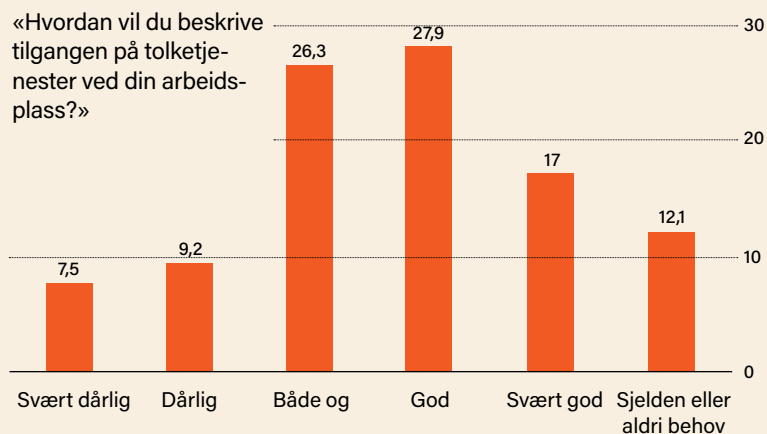
- ▶ av for god eller svært god. 43 prosent kategoriserer derimot sin egen kompetanse på feltet som verken god eller dårlig. Sykepleiere som selv oppgir å ha migrantbakgrunn, vurderer sin kompetanse på dette feltet høyere enn andre. ■

«En pasient med flyktningbakgrunn og dårlig norsk ble vurdert meldt til barnevernet fordi ingen tok seg tid til å ta en grundig samtale med tolk som ville ha klart opp mange misforståelser.»

Fritekstsvar fra undersøkelsen

Hvor god tilgang på tolketjenester?

«Hvordan vil du beskrive tilgangen på tolketjenester ved din arbeidsplass?»



Diagrammet er basert på tall fra Sykepleiens undersøkelse om migrasjon og helse. (n=1025)

KJENNER DU EN AV

Fremtidens ledere i kommune- og helse-Norge?



VINNERE I 2023: **May Rudi Grøtjorden** Teamleder eiendom og vei i Nore og Uvdal kommune, **Hanne Wikeby Asak** Assisterende avdelingsleder ved Oslo universitetssykehus og **Kim Håkon Pedersen** Enhetsleder i Salangen kommune. Hvem nominerer du i 2024?

HAR DU, ER DU, ELLER KJENNER DU noen i starten av sin lederkarriere i kommune- og helse-Norge, som fortjener anerkjennelse for jobben de gjør? Da vil vi høre fra deg!

For fjerde gang skal KLP og AFF finne "Fremtidens ledere i kommune- og helse-Norge», og vi vil gjerne ha din nominasjon av en dyktig, fremtidsrettet og tydelig leder. Tre vinnere skal kåres, og hver av dem får delta på det verdenskjente lederutviklingsopplegget Solstrandprogrammet Accelerate fra høsten 2024. Premien inkluderer reise og opphold, med en verdi på omtrent 250 000 kroner.

HVEM SER VI ETTER?

Hvert år får vi mange gode nominasjoner fra medlemmer i Norsk sykepleierforbund. Nå ser vi igjen etter ledere fra alle deler av kommune- og helse-sektoren i Norge, som tar lederansvaret sitt på en

fremtidsrettet og forbilledlig måte, og som er i starten av sin lederkarriere.

HVEM VIL DU NOMINERE?

Kjenner du en leder som burde bli nominert? Da håper vi du vil sende oss din nominasjon på lenken under. Der finner du også gode råd til nominasjonsteksten, og mer informasjon om kåringen.

Nominer din kandidat her:
www.klp.no/fremtidensledere



Snarvei til nettsiden

Vi gleder oss til å høre fra deg!

KLP

Kommune- og helse-Norges eget pensjonsselskap



Tips: - Fordommer kan være en hindring mot å tilby likeverdige helsetjenester, sier Hege Linnestad. Hun mener det å lete etter det fellesmenneskelige i stedet for det som skiller kan forebygge fordommer. Foto: Ahus

Hun kurser Ahus-ansatte i migrasjonshelse

TEKST Ann-Kristin B. Helmers

Tre ting er det spesielt viktig å huske på i møte med pasienter som har migrasjonsbakgrunn, mener seniorrådgiver Hege Linnestad ved Ahus.

En gang i året arrangeres det et innføringskurs i likeverd og migrasjonshelse ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus).

Kurset er et av tiltakene i sykehusets langtidsplan for mangfold, likeverd og migrasjonshelse.

– Helsepersonell får da kunnskap og noen verktøy til å tilby likeverdige helsetjenester, sier Hege Linnestad, seniorrådgiver for mangfold, likeverd og migrasjonshelse ved sykehuset.

Respekt og åpenhet

Ahus har et opptaksområde med stort kulturelt mangfold. Pasientene kommer fra alle verdenshjørner.

– Det er viktig at helsepersonell

møter dette mangfoldet med respekt og åpenhet. Vi ser behov for å øke helsepersonells kunnskap når det gjelder å tilby likeverdige helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn, sier Linnestad.

Bevisstgjøring av egen kompetanse og kulturelle bakgrunn er en del av opplæringen. Deltakerne blir også gjort oppmerksomme på at det for enkelte er vanskeligere å nyttiggjøre seg helsetjenestene, ifølge Linnestad.

– Det forebygger misforståelser og styrker pasientsikkerheten at vi kjenner til noen knagger som kjennetegner ulike pasientgrupper, sier hun.

Åpent for bydeler og kommuner

Målgruppen for kurset er de ansatte i sykehuset og i kommunene og bydelene til sykehusets opptaksområde.

– Kurset kan også være relevant for dem som jobber i helsevesenet i andre deler av landet, sier Linnestad. Kurset er åpent også for disse.

Hvordan oppdage vansker etter migrasjonen?

Fast post på kursdagen er migrasjonshelse og postmigrasjonsvansker, kulturforståelse og sykdomsforståelse, fordommer og stigma, kommunikasjon via tolk og helsekompetanse.

– *Hvordan kan postmigrasjonsvansker vise seg i møte med helsepersonell?*

– Innlegget om postmigrasjonsvansker er for mange en øyeåpner. Det tar blant annet opp konsekvenser som selve migrasjonsprosessen har for den enkelte migrant, sier Linnestad.

Hun påpeker at migrasjonsprosessen har stor betydning for den enkeltes identitet. Det innebærer også

tap av identitet og behov for å reetablere deler av sin identitet i det nye landet.

«Å migrere innebærer å forlate det som er kjent og kjært.»

– Å migrere innebærer å forlate det som er kjent og kjært, og mange ganger må man starte på nytt, sier hun og nevner språk, kultur, familie, nettverk, yrke og det å få kjennskap til systemet.

Hun peker på at livet etter flukten og hvordan man tas imot i Norge, kan ha store konsekvenser for fremtidig psykisk helse. Det kan fremme eller forebygge depresjon, isolasjon og psykiske vansker, sier hun og leger til:

– Lytt til og anerkjenn den andres kompetanse og etterspør deres ferdigheter – gi dem en sjanse til å «blomstre» på noe de føler de mestrer.

Å komme fordommer til livs

– *Hvordan forholde seg til egne fordommer?*

– Fordommer kan være en hindring for å tilby likeverdige helsetjenester. Vi kan ikke si at «Nå har du bodd her i ti år, nå trenger du ikke tolk lenger». Kriser og sykdom påvirker språkkompetansen gjennom hele livsløpet, minner hun om.

En måte å prøve å komme fordommer til livs på vil være å heller lete etter det vi har til felles, snarere enn å vektlegge det som skiller mennesker fra hverandre, mener hun.

– Vi er alle sårbare og kan bli engstelig når sykdom banker på døra. Alle trenger omsorg, og vi kan alle

kjenne på savn. Møt pasienter og pårørende med åpenhet, respekt og nysgjerrighet. Spør, oppfordrer hun. ■

FAKTA

DE TRE ALLER VIKTIGSTE:

Dette er de tre viktigste tingene helsepersonell bør huske på i møte med pasienter med migrasjonsbakgrunn, mener Hege Linnestad:

1. Språk og kommunikasjon:

Helsepersonell har et ansvar for at pasienten har forstått informasjon og gis mulighet til medvirkning i egen behandling. Da er det viktig at kommunikasjonen tilpasses og at det brukes tolk ved behov. Sjekk forståelsen.

2. Kompetanse og kulturforståelse:

Vær bevisst eget kulturelle ståsted eller bakgrunn, og vær nysgjerrig når noen har atferd som ikke samsvarer med hva du forventer. Kanskje du lærer noe nytt? Ikke vær redd for å spørre pasienter og pårørende når det er noe du lurer på eller som er ukjent for deg.

3. Tilretteleggingsbehov:

Spør om det er noe det er ønskelig at du som helsepersonell skal vite om eller om det er noe som er viktig for pasienten, for eksempel innen tro eller livssyn.

VOCABRIA[▼]
cabotegravir suspension for injection

+

REKAMBYS[▼]
rilpivirine suspension for injection

Vocabria og Rekambys er bare i kombinasjon indisert til behandling av hiv-infeksjon hos voksne som er virologisk suppressert* på et stabilt antiretroviralt regime uten eksisterende eller tidligere tegn på viral resistens mot, og ingen tidligere virologisk svikt, med legemidler i NNRTI- og INI-gruppene.

Hiv-behandling som administreres ved injeksjon hver 2. måned!



Vocabria + Rekambys er et alternativ ved utfordringer med daglig tablettbehandling¹

VOCABRIA + REKAMBYS behandling kan startes og tolerabiliteten vurderes med enten tablett eller depotinjeksjon. Ved oral startbehandling skal én kabotegravir 30 mg tablett tas sammen med én rilpivirin 25 mg tablett én gang daglig i ca. én måned (minst 28 dager), etterfulgt av innledende injeksjon. Følg doseringsanvisning i preparatomtalene nøyaktig. *Tabletter:* Når kabotegravir tas samtidig med rilpivirin, skal de tas sammen med et måltid. *Injeksjon:* i.m i ventrogluteal (anbefalt) eller dorsogluteal muskel. Skal administreres av helsepersonell. For instruksjoner om administrasjon, se pakningsvedlegget.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

- *Overfølsomhetsreaksjoner* med Vocabria i form av utslett, konstitusjonelle funn og noen ganger organsvekkelse, inkl. leverskade, er rapportert. Seponeres umiddelbart ved mistanke om overfølsomhetsreaksjon.
- *Levertoksisitet* med Vocabria er sett hos et begrenset antall pasienter med eller uten kjent preeksisterende leversykdom. Overvåkning av kjemiske leverprøver anbefales, og seponer Vocabria ved mistanke om levertoksisitet.
- Rekambys er ikke anbefalt og Vocabria brukes med forsiktighet hos pasienter med *alvorlig nedsatt leverfunksjon*.
- Hos pasienter med *alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresykdom*, skal kombinasjon av Rekambys og en sterk CYP3A-hemmer kun brukes dersom fordelene oppveier risikoen. Ikke undersøkt hos pasienter med terminal nyresvikt som mottar nyreerstattende behandling, brukes med forsiktighet.
- Vocabria er kontraindisert ved *samtidig bruk* med rifampicin, rifapentin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin eller fenobarbital.
- Rekambys er kontraindisert ved *samtidig bruk* med karbamazepin, okskarbazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifampicin, rifapentin, systemiske glukokortikoidet deksametason, unntatt som enkelt-dosebehandling, johannesurt (*Hypericum perforatum*).
- Rekambys skal brukes med forsiktighet ved samtidig administrasjon av et legemiddel med kjent risiko for *torsade de pointes*.
- *Tabletter:* Antacider som inneholder polyvalente kationer, anbefales tatt minst 2 timer før og 4 timer etter.

Virologisk svikt: Baseline faktorene arkivert rilpivirin resistensmutasjoner, hiv-1 subtype A6/A1, eller KMI ≥ 30 kg/m² kan være assosiert med økt risiko for virologisk svikt. Det må utvises forsiktighet hos pasienter med disse faktorene, og ved ufullstendig eller usikker behandlingshistorie uten resistensanalyser før behandling.

Seponering: Etter ev. seponering må et alternativt, fullstendig suppressivt, antiretroviralt regime etableres senest to måneder etter siste injeksjon.

De hyppigst rapporterte bivirkningene med injeksjoner annenhver måned var reaksjoner på injeksjonsstedet (76 %), hodepine (7 %) og pyreksi (7 %).

Les preparatomtalene for Vocabria + Rekambys før forskrivning.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Reseptgruppe C

Pakninger og maksimalpriser: VOCABRIA Injeksjon: 3 ml (hettegl.) 17302,80 kr. Tabletter: 30 stk. (boks) 9390,90 kr. REKAMBYS 3 ml (hettegl.) 7118,70 kr. Refusjon: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglige retningslinjer og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Villkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Fra 01.05.2021 har Beslutningsforum innført Vocabria i kombinasjon med rilpivirin-injeksjon (Rekambys) til behandling av hiv-infeksjon hos voksne som er virologisk suppressert på et stabilt antiretroviralt regime og som er motivert for behandling, men som har utfordringer med daglig tablettbehandling. Vocabria + Rekambys inngår i Sykehusinnkjøps anbefalinger for antiretroviral behandling av hiv i perioden 01.12.2022-30.11.2024.

Referanse: 1. Beslutning i Beslutningsforum for nye metoder (22.03.2021) (<https://nyemetoder.no/metoder/kabotegravir-vocabria>, sett 27.02.23).

REKAMBYS (rilpivirine long acting), including the trademark, is owned by the Janssen Pharmaceutical Companies and used under license by the ViiV Healthcare group of companies. All other trademarks are owned by the ViiV Healthcare group.

©2023 ViiV Healthcare group of companies or its licensor.

Mai 2023, PM-NO-CBR-JRNA-230001



Getting ahead of HIV together

– Vi hadde et bra liv. Nå er vi flyktninger

Migrasjonssykepleierne ser at det skjer en endring med asylsøkerne etter et halvt års tid.

TEKST/ FOTO Marit Fonn





Lengter hjem: Iryna Kuzmenkova og Larysa Onikii ble tvunget på flukt. I Norge fant de hverandre. Det hjelper når tankene alltid er i Ukraina.

FAKTA

ASYLSØKER OG FLYKTNING

- En person blir kalt asylsøker når han eller hun har søkt om beskyttelse (asyl) i Norge, og ikke har fått søknaden sin endelig avgjort.
- En flyktning fyller kravene til å få beskyttelse og har fått vedtak om det fra utlendingsforvaltningen.

Kilde: Utlendingsdirektoratet (UDI)

Mange av dem som kommer til migrasjonssykepleierne, har psykosomatiske plager. – Når de har fått orden på det praktiske, blir det plass til tankene, sier helsesykepleier Wenche Meier.

Tub-test!
Det er det første som gjelder når en asylsøker eller flyktning kommer til Norge. Innen 14 dager skal tuberkuloseundersøkelsen være gjort.

De har det på sjekklisten sin, de tre migrasjonssykepleierne som nå er samlet på Helsehuset i Fredrikstad.

Wenche Meier, Aina Gundersen og Rita Standal har alle erfaring med å hjelpe nyankomne migranter.

Som for eksempel Larysa Onikii og Iryna Kuzmenkova fra Ukraina. De forteller sine historier senere i saken.

350 ukrainere til Fredrikstad

Totalt har over 72 000 ukrainske flyktninger søkt om beskyttelse i Norge etter krigsutbruddet. Flest i 2022. Siden da har det kommet 350 ukrainere til byen ved Glommas utløp.

Kartlegger helsen til asylsøkerne

«Kommunen har ansvar for å yte nødvendig helsehjelp til asylsøkere som oppholder seg i kommunen», står det i veilederen fra Helsedirektoratet.

– Det er den vi følger. Veilederen oppdateres jevnlig, sier Wenche Meier, som er helsesykepleier.

Den lille enheten «migrasjonshelse» på helsehuset i Fredrikstad har eksistert lenge. Antallet brukere av tjenesten varierer.

– Det avhenger jo av verdensutviklingen, konstaterer Aina Gundersen.

– I starten var det mer kaotiske tilstander. Nå er det mer organisert, og vi har fått utviklet gode rutiner, forteller Wenche Meier.

Vanligvis er Nasjonalt ankomst-senter i Råde kommune første stoppested for asylsøkere som kommer til Norge. Her blir de registrert, får en helseundersøkelse og informasjon om asylprosessen.



Tverrfaglig: Migrasjonshelse-teamet fanger opp hva brukerne trenger hjelp til. På nettet finner de oppdatert informasjon. Fra venstre: Alexandra Martinsen er tolk og miljøarbeider. Wenche Meier, Aina Gundersen og Rita Standal er sykepleiere.

Får kollektiv beskyttelse

Ukrainske borgere kan registrere seg hos politiet for å søke om kollektiv beskyttelse. De aller fleste har fått det.

Slik beskyttelse kan gis i en massefluktsituasjon, ifølge utlendingsloven. I første omgang for ett år.

Det er regjeringen som kan vedta gruppevurdering i stedet for individuell vurdering når det på kort tid vil komme så mange personer at presset på mottaks- og saksbehandlingen vil bli for stort.

Uansett utgangspunkt er dette sykepleiernes hovedoppgavene i møte med asylsøkere og flyktninger:

- sjekke at tuberkuloseundersøkelsen er gjort
- kartlegge helsesituasjonen
- sørge for at de får nødvendig helsehjelp

Informerer dem om psykisk helsehjelp

Veilederen fra Helsedirektoratet omfatter helsetjenester for både asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.

– Vi er et tverrfaglig team. Vi fanger opp hva brukerne trenger hjelp til og informerer om hvordan helse-tjenestene fungerer i Norge. Også om psykisk helsehjelp, sier Meier.

– Er det et før og etter Ukraina-krigen for dere?

– Det går jo på antallet. Trøkket kom jo i 2022, bekrefter Meier.

Har bodd i kjellere uten varme

21. februar 2022 startet Russland invasjonen av Ukraina. De første som kom som flyktninger derfra, hadde ikke så mange fysiske plager.

– De hadde ikke opplevd krigshendelser. Men de hadde det tøft fordi de hadde forlatt det de kjenner, sier Meier.

Migranter som har vært lenge i land med krig, har oftere fysiske skader. ►

– De kan ha bodd i kjellere uten drikkevann og uten varme. Lungebetennelse er vanlig. Skuddskader også. Og de kan ha tortur-skader.

Migrasjonssykepleierne ser at det skjer en endring med asylsøkerne etter et halvt års tid.

– De har først konsentrert seg om å få barna inn i skolen og aktiviteter, lage seg et nytt hjem og komme seg i arbeid. Det blir noen ganger tynge enn de hadde tenkt. Så møter de veggen.

Wenche Meier legger til:

– Dette gjelder ikke bare ukrainere. Når asylsøkerne har fått bosted og fått orden på det praktiske, blir det plass til tankene.

FAKTA

LAND MED MYE TUBERKULOSE

Flyktninger og asylsøkere har etter forskrift om tuberkulosekontroll plikt til å gjennomføre tuberkuloseundersøkelse innen 14 dager etter ankomst til Norge.

Afghanistan, Filippinene og Somalia er eksempler på land med særlig høy forekomst av tuberkulose.

Ukraina og Russland har også høy forekomst.

Syria står ikke på listen over høy og særlig høy forekomst.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Forklarer årsaken til sykdom forskjellig

Mange av brukerne deres har psykosomatiske plager. Derfor skulle Meier ønske at de var enda flere i teamet. Hun savner fysioterapeut, psykolog og familierapeut.

«Jeg brukte mye tid på å fortelle at vi ikke bruker masse antibiotika i Norge.»

Rita Standal

– Når du må flytte til et nytt land ufrivillig, preger det den psykiske helsen, sier Meier.

– *Hva bør sykepleiere flest vite om migranter?*

– At de kan ha en annen forklaringsmodell om sykdom og helse enn det vi har. Også de som kommer fra Ukraina.

– Jeg spør hva de selv tenker er årsaken til plagene deres. Og de skal forstå hva vi tenker.

– Vi bruker ikke masse antibiotika i Norge

Rita Standal var med på å bygge opp helseteamet på Ørmen transittmottak, som åpnet i mai 2023. Mottaket ligger en drøy mil unna helsehuset i Fredrikstad.

Standal er nå hovedverneombud i kommunen, men på mottaket traff hun mange enslige mindreårige under 18 år som kom med følgepersoner som ofte selv var veldig unge. En 19-åring kunne ha hatt med seg 14–15 åringer.

Ukrainske barn kommer gjerne med egne foreldre, en bestefar eller en nabo, sier Standal.

På transittmottaket snakket hun

mye med de mindreårige om influensa og feber.

– Jeg sa til dem: «Drikk masse, ta Paracet, bruk nes spray.» Jeg brukte mye tid på å fortelle at vi ikke bruker masse antibiotika i Norge.

– Ja, alle forventer at de skal få medisin hvis de er forkjølet eller har influensa, bekrefter Wenche Meier.

Tar medisinen når de føler for det

– Det er stor forskjell på hvordan de forholder seg til medisiner sammenliknet med oss. I Norge tar vi blodtrykksmedisinene jevnlig og i riktig dose. Ukrainere tar dem mer når de føler for det: I en stressreaksjon og når de har hodepine, sier Aina Gundersen.

– De har gjerne med seg medisiner i sprøyteform som de vil at vi skal sette, men det kan vi ikke, sier hun.

– Det er mye helsekost og urter, sier Standal.

Blodtrykksmedisiner som inneholder urter, for eksempel Valeria forte, som inneholder valerianarot, er vanlig.

– Den brukes mot søvnproblemer og er ikke medisin, sier Gundersen.

– Vi tror de forstår mer enn de gjør

Bruk tolk! Det er Wenche Meiers kjepphest.

– Så snart flyktningene kan litt norsk, tror vi de forstår mer enn de gjør. Vi må sikre at vi forstår det de sier, og omvendt. Vi kan heller ha en tolk for mye enn en for lite. Det er min kjepphest.

– *Hva med oversettelsesapper? Og Google Translate?*

– Jeg brukte det mye når de banket på døren på transittmottaket, sier Rita Standal.



Empatisk: Aina Gundersen (t.v.) får gode skussmål: – Hun er god til å lytte, mener flyktringene.

«Ukrainere har gjerne med seg medisiner i sprøyteform som de vil at vi skal sette, men det kan vi ikke.»

Aina Gundersen

«Jeg kan komme hit når som helst, for eksempel for å måle blodtrykket.»

Iryna Kuzmenkova



Emosjonelt: Tårene kommer brått og uventet. Iryna Kuzmenkova har to sønner i Ukraina.

Fingerspråket fungerer også. Standal imiterer en som kommer på døren: Gaper, peker på en tann.

– Dette er typisk!

Mange asylsøkere etterspør tannlege.

– Ukrainere er veldig digitale, men vi bruker aldri Google når vi kartlegger. Da bruker vi tolk, fastslår Wenche Meier.

Aina Gundersen skyter inn:

– Jeg snakket med en bestemor som sa hun hadde spist barnebarnet til frokost. Ifølge Google.

I virkeligheten hadde hun laget frokost til barnebarnet.

De har en egen avtale med den

private tolketjenesten Salita, i tillegg til at en av miljøarbeiderne også er tolk.

– Får vi ikke fatt i tolk, utsetter vi heller avtalen.

De har også flerspråklig ansatte.

– Vi har et eget psykososialt tilbud. Der kan brukerne få hjelp på sitt eget språk av folk som har samme kulturell bakgrunn som dem selv. Metoden kalles PM+ (se faktaboks).

– Vi har utdannet fem hjelpere med sju språk.

De unge guttene lettet sine hjerter

– Det er vanskelig å konsentrere

seg om livet her når familien er i et mellomland som Tyrkia. Syrere og afghanere har ofte hatt en lang reise, sier Wenche Meier.

– Mange har opplevd forferdelige reiser. Noen har blitt slått og banket opp av europeisk politi, og blitt skikkelig skadet, sier Rita Standal.

14-15-åringene har fortalt henne om reisene sine: Sju dager over Middelhavet i båt uten å kunne røre seg. Noen kjeks og ett glass vann i døgnet.

– Det gjør inntrykk. Fine ungdommer, sier hun.

«Nå må du høre! Du må sove!», sa hun til en av guttene. Han sa: «Nå ser

du ut som mamma, du har samme rynken mellom øynene.»

Standal så det på de unge guttene når de hadde grått.

– De må få lov til å lette hjertet sitt. Vi påvirker ikke prosessen om opphold, men vi kan i hvert fall være et godt medmenneske på veien. Jeg prøvde å gjøre en liten forskjell da de var hos meg.

Wenche Meier legger til:

– Vi sier til våre: «Du får lov til å fortelle historien om du vil.» Så skal de ha hjelp til å orientere seg i samfunnet. Dette er ikke folk som roper høyt.

– Nei, ikke i det hele tatt, bekrefter Aina Gundersen.

Historien til to ukrainske damer

Larysa Onikii og Iryna Kuzmenkova ble kjent med hverandre for ett år siden, da de begge hadde kommet til Norge. De bor i Fredrikstad og henger sammen som erteris, ifølge sykepleierne i migrasjonshelse.

Iryna kom fra hovedstaden Kyiv, Larysa fra byen Krivoj Rog ved fronten.

Alexandra Martinsen er både miljøarbeider og tolk i migrasjonshelse her på helsehuset i Fredrikstad. Hun er selv fra Ukraina.

– At barna er i Ukraina alene, er veldig tungt

Iryna er først ut med å fortelle:

– Jeg dro fra hjemlandet på grunn av tanksene. Min eldste sønn sa jeg måtte dra.

Hun har to sønner, på 37 og 26 år. De er begge i Ukraina nå.

I utgangspunktet kom hun til Norge fordi den yngste allerede var her.

– Han ble ufør på grunn av en skade før krigen etter et uhell.

Han er nå tilbake til Ukraina for

å kunne bevise at han er ufør og få papirer på det.

– Er den eldste i krigen?

– Nei, men han er i alderen som kan bli innkalt.

«At barna er der alene er veldig tungt. Kan vi skifte tema?»

Iryna Kuzmenkova

– Hvordan er det?

– Veldig tungt, sier hun mens hun tørker tårene som plutselig kom.

Hun ble enke for åtte år siden.

– At barna er der alene er veldig tungt. Kan vi skifte tema?

Snakkes ti ganger daglig

Iryna Kuzmenkova forteller at det var mye bombing i Kyiv.

– Sønnen min sa at hvis de vet at jeg er på et trygt sted, er det bedre for dem.

– Snakkes dere ofte på telefon?

– Morning, evening ...

– Ti ganger om dagen, smetter Larysa inn.

– Hvordan var det å komme til Norge?

– Jeg ble tatt godt imot. Det har vært bra fra første minutt. Jeg var først i Hellas, men siden sønnen min var her, ville jeg hit.

Hun kom til Gardermoen ankomstsenter, var deretter på Hvalmoen transittmottak ved Hønefoss, og så ble det Fredrikstad.

– Sykepleier Aina er god til å lytte

– Hadde du behov for helsehjelp?

– Jeg skal ha en gynekologisk operasjon på nyåret. Jeg ble undersøkt på sykehuset på Kalnes. Der var det

en god lege og gode apparater. De tok ultralyd. Jeg var i Moss og tok CT. Det var også bra.

Hun har fått god hjelp fra kommunen med bosetting. På enheten Migrasjonshelse på helsehuset har hun fått helsen kartlagt.

– Jeg har snakket mye med sykepleier Aina. Hun er god til å lytte. Jeg har fortalt om helseplager og om sønnene mine som bor i okkupert område. Jeg hadde ikke hørt fra søsteren min på to måneder og visste ikke om hun var i live.

Hun gråter igjen.

– Beklager, sier hun.

– Hvordan går det med din søster?

– Hun er nesten 70. Hun prøver å overleve, det er veldig tungt.

Tankene hennes er mye i Ukraina.

– Noe du har savnet i helse-tjenesten?

– Ikke noe mangler. Jeg kan komme hit når som helst, for eksempel for å måle blodtrykket. Da jeg skulle på sykehuset, viste Aina meg på nettet hvordan jeg skulle ta bussen, sier Iryna.

FAKTA

PROBLEM MANAGEMENT plus

- PM+ er en samtalebasert metode utviklet av Verdens helseorganisasjon
- brukes primært for den som har opplevd krig, flukt og traumer
- tar utgangspunkt i prinsippet om hjelp til selvhjelp
- lærer om ulike mestringsstrategier, som stresshåndtering og holde seg frisk

Dro fra alarmer og bomber

Larysa Onikii har lyttet til venninnens ord med blanke øyne. Nå er det hennes tur til å fortelle.

– *Hva reiste du fra i Ukraina?*

– Mye alarmer og sirener. Spesielt om nettene. Mye stress, jeg sov ikke.

Bomber falt i nærheten. Da sa sønnene og mannen hennes: «Dra til et tryggere sted.»

Larysa skulle bare være her på et kort besøk. Men så traff hun altså Iryna.

Byen hennes er ved fronten, men innbyggerne har stått imot og beskyttet den.

– Alle menn og unge beskytter byen, men de er ikke med i krigen. Sønnene mine jobber frivillig humanitært.

Selv bidrar både hun og Iryna ved å samle inn penger. Strikker for eksempel sokker som hun har solgt på julemarked.

– Pengene går til hæren. For å vinne krigen.

– Jeg har alltid drømt om å ha en søster

Her har Larysa vært hos både øyelege og tannlege.

– *Savner du helsehjelp?*

– Jeg har fått svar på alt. Vi trenger migrasjonshelse! sier hun insisterende.

– *Og dere to har hverandre?*

– Jeg er fortsatt i Norge på grunn av vennskapet med Iryna. Jeg følte

meg ensom, langt vekk fra mannen min, da jeg traff henne.

– Vi forstår hverandre veldig bra, sier Iryna.

– Jeg har alltid drømt om å ha en søster. Jeg fant henne i Norge, sier Larysa.

– *Hvor gamle er dere?*

– 63, sier Iryna.

– Mange år. Veldig voksen, sier Larysa lurt.

– *Dere ser godt ut?*

– Vi så bedre ut før krigen. Men ukrainske kvinner er flinke til å ta vare på seg selv, sier Larysa.

– Jeg vil hjem, barna er der

De blir triste når de tenker på den fine naturen og de fine byene de hadde i Ukraina.

– Nå er det bare ruiner. Folk er redde.

– *Hva tenker dere om å dra hjem?*

– Jeg vil dra. Barna er der, sier Iryna.

Vil hjem: Øynene blir blanke når hun hører venninnen fortelle. Larysas ønske er soleklart: – Jeg vil ha fred og bo i hjemlandet.



«Ukrainske kvinner er flinke til å ta vare på seg selv.»

Larysa Onikii

«Det er viktig at Norge skjønner at vi kom på grunn av krig, ikke fattigdom.»

Larysa Onikii

– Vi venter på den tiden når vi skal vinne krigen og dra tilbake, sier Larysa.

– Jeg har et fint hus, en god mann, gode barn. Jeg vil ha fred og bo i hjemlandet.

Larysa legger til:

– Jeg er veldig takknemlig for å få komme til Norge. Vil aldri glemme tiden her. Det er viktig at Norge skjønner at vi kom på grunn av krig, ikke fattigdom.

– **Vi går på språkkafé, det er nok for oss**

– Jeg tror ikke vi kan dra ennå. Det er ikke vi som bestemmer, sier Iryna.

Larysa forteller at dagen før ble hjembyen truffet av seks kraftige raketter.

– Det var mye ødeleggelse. Vi kan ikke gjøre noe med det.

– Følger dere med?

– Selvfølgelig. Hele tiden.

– Lærer dere norsk?

– Vi har ikke introprogram. Det er for dem under 55. Men vi går på språkkafé. Det er nok for oss.

– Bruker dere Google translate?

Larysa trekker frem mobilen. Snakker til Google. Får opp et svar, leser: «Vi er siviliserte damer!»

Begge er godt utdannet. Iryna har jobbet innenfor turisme og kutur og eid en klesbutikk. Larysa har jobbet på rådhuset og drevet med salg.

– Vi hadde et bra liv. Nå er vi flyktninger, sier hun. ■



Optima pH4

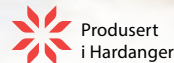
unik kombinasjon av eddik, alginat og mjukgjørende ingredienser

Vask/hudpleie med organiske syrer, pH4,
førebygger hudplager, styrker syrekappa og
bevarer den gode bakteriefloren.

- dagleg vask
- dagleg pleie
- sårbehandling

Kombiner pH4 Hudvask pluss med
pH4 Hudpleie pluss/Hudbalsam
for best effekt. Påfør etter vask
eller ved behov.

Utan parfyme. Låg pH.





Han dro fra gravid kone og to barn

TEKST/ FOTO Marit Fonn

Nå bor Khalil Meskan og familien i Fredrikstad. – Vi tenker å leve her for alltid.

Khalil Meskan (40) kom som flyktning til Fredrikstad i 2021. Han er kurder fra Syria.

Migrasjonssykepleier Aina Gundersen var med på helsekartleggingen av familien da de ble gjenforent i 2023.

Nå kommer Khalil Meskan til helsehuset rett fra grunnskoleeksamen for voksne i matte og norsk. Han tror det gikk bra.

Forfulgt i Syria

Khalil Meskan hadde mange grunner til å flykte.

– Det var ikke bare på grunn av krigen. Det var ikke trygt der, sier han.

Kurderne regnes som verdens største etniske folkegruppe uten egen selvstendig stat. De er forfulgt blant annet i Syria.

Khalil valgte Norge for et bedre liv.

– Jeg visste at Norge passer på menneskerettighetene. Jeg leste mye om Norge, og en av brødrene mine bodde her fra før.

Han har fem brødre og fettere, og nå er alle her i Norge.

Dro fra døtre og gravid kone

Allerede i 2013 dro han fra Syria. Han bodde og jobbet i grense-



Setter pris på sykepleiere: Syriske Khalil Meskan kan kontakte migrantsykepleierne på helsehuset når som helst. I dag er tolken Jyan Teher også på plass.

landene Libanon og Tyrkia. Da han flyktet, dro han fra to små døtre og en gravid kone i Tyrkia.

Fluktruten gikk gjennom Hellas, Albania, Serbia, Sveits og Tyskland. Sammen med en av brødrene kom han til Hellas.

– Der mistet jeg ham, men vi fant hverandre igjen i Serbia. Så reiste vi sammen videre.

De gikk til fots hele veien:

– Natt og dag. Gjennom skogen. Jeg var sulten, kald og redd.

– *Hvordan bærer du reisen med deg nå?*

– Nå er det bedre. Jeg tenker ikke så mye på det.

Men å reise fra kone og barn tok på:

– Å vente på svar om gjenforening var ikke lett. I nesten to år var vi langt vekke fra hverandre. Min kone fødte et barn jeg ikke fikk treffe, forteller han.

Ekteparet kommuniserte via nett og mobil, på Snapchat og Whatsapp.

Fikk mye hjelp av sykepleier

I februar 2023 kom familien hans til Gardermoen. Khalil lyser opp ved tanken.

– Yngste jenta hadde jeg bare sett på skjermen. Hun var skeptisk, jeg kunne ikke være så nær først. Nå er det mye bedre, hun er blitt avhengig av meg.

Dalia er blitt over tre år. Søstrene Aya og Jenan er fem og sju.

– Da familien kom, fikk vi mye hjelp av sykepleier Aina.

De trengte tid til å bli familie. De fikk hjelp til å komme til lege og tannlege. Til å oversette papirer.

– *Trenger dere psykisk oppfølging?*

– Jeg føler ikke behov for det. Vi er friske og har det bra. Har barna omgangssyke, kan vi kontakte fastlegen. Tannlegen har nettopp sjekket sjuåringen.

– Vi slipper å dekke i høytidene

– Når du er i et fremmed land, betyr det mye å ha familien rundt deg.

Storfamilien besøker hverandre. Barna treffer hverandre.

– Vi slipper å dekke i høytidene.

Når han hører barna snakke norsk med hverandre, blir han glad. Men også redd:

– Jeg vil ikke at de skal glemme kurdisk.

Han legger til:

– Barna lærer oss norsk også. Det er fint.

– Vi tenker å bli integrert

Det er ikke så enkelt for en kurdisk familie å dra tilbake til Syria.

– Nå har vi barn, og de skal gå på norsk skole. Vi tenker å bli integrert og leve her for alltid.

Khalil Meskan, som har bakgrunn som baker, har prøvd å få jobb her i Norge. Men arbeidsgiver krever bestått norskprøve på nivå B1.

Her til helsehuset er han alltid velkommen.

– Jeg kan ringe når som helst, sier han. ■

FAKTA

PSYKISK HELSE OG UHELSE

900 relativt nyankomne syriske flyktninger har svart på spørsmål om sin psykiske helse.

Svarene viser:

- De er mange ganger mer utsatt for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) enn det den generelle norske befolkningen er.
- Dette gjelder også angst og depresjon, men i litt mindre grad enn PTSD.
- Forekomsten av alvorlige muskel- og skjelettsmerter er over dobbelt så høy. Dette henger sannsynligvis sammen med psykisk uhelse.

Kilde: Alexander Nissen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

**NÅ MED REFUSJON VED
HJERTESVIKT, UAVHENGIG
AV EJEKSJONSFRAKSJON¹**

NYHET!

Refusjonsberettiget bruk:

Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne.

Refusjonskoder:

ICPC: K77 Hjertesvikt

ICD: I50 Hjertesvikt

EN TABLETT

- TRE INDIKASJONER MED REFUSJON²

FORXIGA® (dapagliflozin)



10 MG



1 TABLETT DAGLIG, INGEN TITRERING²



FORXIGA® 10 MG (dapagliflozin) - VIKTIG INFORMASJON

Indikasjoner:

Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne.

Behandling av utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 (T2D) hos voksne og barn ≥ 10 år, som tillegg til diett og fysisk aktivitet: Som monoterapi når metformin er uhensiktsmessig pga. intoleranse eller som tillegg til andre legemidler til behandling av T2D.

Behandling av kronisk nyresykdom hos voksne.

Anbefalt dosering: 10 mg 1 gang daglig. Det er ikke anbefalt å starte behandling ved GFR < 25 ml/min. Ved GFR < 45 ml/min skal ekstra glukosesenkende behandling vurderes hos T2D pasienter med behov for ytterligere glykemisk kontroll. Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon er anbefalt startdose 5 mg.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Forxiga 10 mg skal ikke brukes ved T1D, hos gravide eller ammende. Brukes med forsiktighet ved økt risiko for diabetisk ketoacidose.
- Behandlingen skal avbrytes midlertidig hos pasienter innlagt på sykehus for større kirurgiske inngrep eller ved akutte, alvorlige medisinske sykdommer.
- Pasienter med albuminuri kan ha mer nytte av behandling med Forxiga. Ingen erfaring med behandling av kronisk nyresykdom hos pasienter uten diabetes som ikke har albuminuri.
- Begrenset erfaring med Forxiga i NYHA-klasse IV.
- Forsiktighet utvises der Forxiga-indusert blodtrykkfall kan utgjøre risiko.
- Kan gi økt nyreutskillelse av litium. Pasienten skal henvises til forskrivende lege for overvåking av serumkonsentrasjon.

Bivirkninger:

Svært vanlige: Hypoglykemi (når brukt med sulfonylurea (SU) eller insulin)). Vurder en lavere dose av insulin/ SU for å redusere denne risikoen ved T2D. Vanlige: Genitale infeksjoner, urinveisinfeksjoner. Mindre vanlige: Volumdeplasjon inkl. hypotensjon. Sjeldne bivirkninger: Diabetisk ketoacidose (ved T2D). Svært sjeldne: Fourniers gangren.

Refusjonsberettiget bruk:

-Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne. **Refusjonskoder:** ICPC: **K77**. Hjertesvikt. ICD: **I50** Hjertesvikt.

-Behandling av pasienter med kronisk nyresykdom med bekreftet albuminuri (eGFR 25-75 mL/min/1.73m² og albumin/kreatinin-ratio i urin over 20 mg/mmol)

Refusjonskoder: ICPC: **U99** Nyresvikt kronisk. ICD: **N18** Kronisk nyresykdom.

Vilkår 260: Refusjon ytes kun i kombinasjon med optimalisert behandling med RAAS-hemmer, enten ved bruk av ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorblokker (ARB).

-Som tillegg til annen blodsukkersenkende behandling ved diabetes type 2 (unntatt GLP-1-analoger).

Refusjonskoder: ICPC: **T90** Diabetes type 2. ICD: **E11** Diabetes mellitus type 2.

Vilkår 264: Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår glykemisk kontroll på behandling med metformin. Pasienter med etablert hjerte- og karsykdom og/eller nyresykdom kan starte med SGLT2 hemmer i kombinasjon med metformin som førstevalg

Reseptgruppe C.

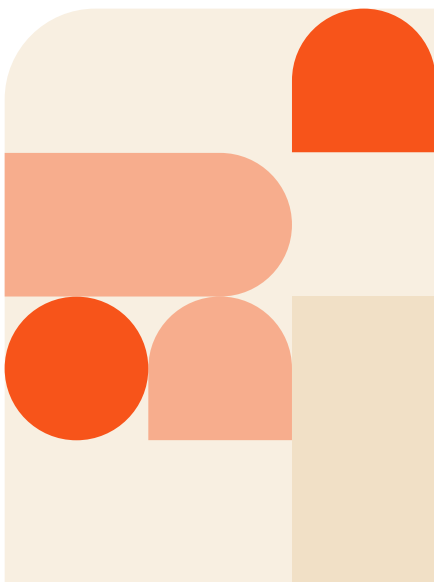
Pakninger og priser: 10 mg: **28 stk.** kr 450.

98 stk. kr 1432,30.

For mer info. om Forxiga, les FK tekst på www.felleskatalogen.no eller SPC. NO-11632-01-24

Referanser:

1. Direktoratet for medisinske produkter (DMP). Refusjonsvedtak ref 22/31164-9, 20.12.2023. 2. Forxiga SPC pkt 4.1, 4.2.



IDA MARIE BREGÅRD

Førstelektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

NØKKELOORD

- Tolk
- Kommunikasjon
- Pasientsikkerhet

DOI-NUMMER

10.4220/Sykepleiens.2024.94389

HOVEDBUDSKAP

Språkbarrierer mellom pasienter og helsepersonell kan være et pasientsikkerhetsproblem og er noe av bakgrunnen for at tolkeloven ble innført i 2022. Loven gjør disse pasientmøtene mer forutsigbare fordi den pålegger alle helsetjenester å ha avtaler som gjør tolk tilgjengelig 24 timer i døgnet, året rundt.

Tolk i helsetjenesten redder liv

Pasientens rett til tolk og helsepersonellens plikt til å bruke tolk gjelder uavhengig av budsjetter. Tre faktorer er viktig for å få til en god tolket samtale.



ed språkbarrierer er tolk nødvendig for å yte faglig forsvarlige og omsorgsfulle tjenester, noe tolkeloven understreker i paragraf 1: «Loven skal bidra til rettsikkerhet og forsvarlig hjelp og tjeneste for personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk» (1).

Tolk er også nødvendig for å sikre pasientens øvrige rettigheter, som informasjon, samtykke, medvirkning og så videre (3). Det er alltid helsevesenet som skal bestille og betale for tolken. Å bruke tolk er ikke begrenset til enkelte profesjonsutøvere eller behandlingssituasjoner.

Pasientens rett til tolk og helsepersonells plikt til å bruke tolk er lik, enten det er snakk om en poliklinisk legekonsultasjon eller om det er med en sykepleier på sengepost eller i hjemmesykepleien. Det

►



«I noen pasientmøter kan det oppstå misforståelser.»

er pasientens reelle mulighet til å gi og forstå informasjon på norsk som er avgjørende. Dersom man er i tvil, skal det alltid benyttes tolk (3).

En tolk har utdanning som tolk (4). Det er altså ikke kun en flerspråklig person, men en som har bestått enten en autorisasjonsprøve i tolking, eller som har gjennomført en tolkeutdanning, språktest eller et tolkekurs. På den måten kan tolken oppføres i det nasjonale tolkeregis- teret (5).

Tolken skal formidle den informa- sjonen som gis, uten selv å føye noe til eller trekke fra. Tolken er ikke en «kulturtolk» som skal uttale seg om forhold i pasientens hjemland eller om pasientens kultur. Tolken har taushetsplikt på samme måte som helsepersonell (1, 3).

Pasientens norskkompetanse avgjør behovet for tolk

En språkbarriere oppstår når pasi- enten og helsepersonellet ikke snak- ker samme språk. Det kan medføre at pasienten ikke får forklart seg tilstrekkelig og at helsepersonel- let ikke får gitt og innhentet nød- vendig informasjon (3). Å bruke tolk er den viktigste metoden for å forsere språkbarrierer og ivareta pasientsikkerheten.

I enkelte situasjoner finnes det ulike andre hjelpemidler, som kom- munikasjonspermer (6) og ulike app- per (7). Noen av disse brukes i ulike helseforetak, men det er viktig å væ- re oppmerksom på at hjelpemidlene kun skal brukes til enkel informa- sjon og ikke i behandlingssitua- sjoner. De er et supplement til tol- ken, men ikke en erstatning.

Norskkompetanse handler om i hvilken grad man kan forstå og gjøre seg forstått på norsk. Det er

pasientens norskkompetanse som avgjør om det er behov for tolk eller ikke (3). Det gis mye informa- sjon, både skriftlig og muntlig, om både forebyggende, kurative og rehabiliterende tjenester.

Når man ikke forstår denne in- formasjonen, er det vanskelig å vite når man bør oppsøke tjenestene – og hvilke. Det kan føre til et underfor- bruk av helsetjenester, for eksempel ved at man ikke har forstått fastlege- ordningen, ikke forstår innkallings- brev eller ikke kan nyttiggjøre seg tjenestene fordi helsevesenet ikke har bestilt tolk (3).

I noen pasientmøter kan det opp- stå misforståelser. Det kan være van- skelig å vite om det handler om ulike syn på helse, sykdom og behandling, pasientens helsekompetanse eller språkbarrierer. Imidlertid er det en tendens til at slike misforståelser ofte tilskrives «pasientens kultur» (8).

Det kan være når pasienter ikke tar medisiner som foreskrevet, ikke følger anbefalinger eller ikke kom- mer til timen i tide. Slike forklarin- ger kan selvfølgelig stemme, men det er viktig å utelukke eventuelle språk- barrierer som årsak til for eksempel manglende etterlevelse.

Hvorfor brukes det for lite tolk?

Det er en økende forståelse for vik- tigheten av tolk i helsevesenet. Alle helseforetak har avtaler med tolke- leverandører (9). De fleste helsefore- tak har også rutiner for hvordan tolk skal bestilles, men ikke alle har ruti- ner for når og hvordan tolk skal bru- kes (10). Kommuner skal også ha til- svarende avtaler og rutiner, men det varierer i større grad (11).

Å kunne snakke med pasien- ten begrenser blant annet antallet



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

undersøkelser og reduserer antallet liggedøgn (11). En tolk koster vanligvis mellom 700 og 1100 kroner for 60 minutter (2) og bidrar til mer effektiv bruk av pasientens og helsepersonellens tid og ressurser. Pasientens rett til tolk og helsepersonellens plikt til å bruke tolk gjelder uavhengig av et «tolkebudsjett».

Ikke alle tolkene fra tolketilbyderne har tilstrekkelig tolkefaglig kompetanse. Det kan handle om at det ikke finnes tilstrekkelige tolker på det aktuelle språket, eller at de kvalifiserte tolkene ikke prioriterer kortvarige oppdrag, slik helsetjenesten ofte har (10, 15). Frem til 2026 er det mulig å bruke en ukvalifisert tolk dersom det ikke finnes andre alternativer (1).

Det er stor forskjell på tolkebruk, både innad i ulike tjenester i én og samme kommune eller helseforetak og på samme sammenliknbare avdelinger på ulike sykehus

og kommuner (11). Det er ingen entydig forklaring på hvorfor det er slik, men holdninger til å bruke tolk og avdelingskulturer er viktige faktorer.

«Noen ganger tenker man at prosedyren <tar så kort tid>, og da trenger vi ikke tolk.»

Noen ganger tenker man at prosedyren «tar så kort tid», og da trenger vi ikke tolk. Andre ganger tenker man at det pasienten skal gjennom, er selvforklarende, eller at helsepersonellet har negativ erfaring med å bruke tolk og derfor velger å la være (10, 12).

Unntaket er de gangene det ikke har vært mulig å få tak i tolk, enten fordi kommunen eller foretaket ikke har gode nok avtaler, eller

at tolkebyrået ikke har kunnet levere tolk på rett språk og til rett tid. Ofte handler det imidlertid om en aksept for at språkbarrierer rett og slett er en del av arbeidshverdagen (11, 13).

Tre faktorer er viktige for å få til en god tolket samtale

Gode rutiner på arbeidsstedet

Rutinene på arbeidsstedet må være gode, slik at alle vet hvordan man får tak i tolk når behovet oppstår (3, 10). Det bør fremkomme av tilpassede prosedyrer (3, 10). Man må sikre at tolken har rett språk og dialekt. At helsepersonell har tilstrekkelig opplæring i bruken av tolk og kunnskap om relevante regelverk, inngår også som en del av rutinene på arbeidsstedet (3, 10).

God planlegging av samtalen

Samtalen må planlegges godt, slik at både tolk og pasient vet når og hvor de skal møte (3). I samtaler der det

er behov for tolk, trenger pasienten ofte informasjon på eget språk om hvor og når en time eller innleggelse er. Det er viktig å sikre seg at informasjonen er forstått, og noen velger å ringe pasienten via tolk for å gi slik informasjon.

Det kan også være nyttig at pasienten på forhånd har informasjon om hva en tolk er og hvordan en tolket samtale skal foregå (14). Det er viktig å ha tolk tilgjengelig så lenge behovet er der, enten det er en poliklinisk konsultasjon eller en sykepleieprosedyre som kan ta kort eller lang tid.

«Mange medisinske ord og begreper kan være vanskelig å oversette på en god måte.»

Husk at alt skal sies to ganger. Samtalen tar derfor dobbelt så lang tid. For fastleger og avtalespesialister finnes egne takster for dette (3), mens det på sykehus faller inn under «sørge for»-ansvaret. I praksis betyr det at det ofte ikke bestilles tolk, og at det sjelden settes av dobbel tid til konsultasjonen.

Når man bruker tolk store deler av arbeidsdagen, som hos inneliggende pasienter eller i hjemmesykepleien, er det viktig at helsepersonellet får avsatt dobbelt så lang tid til det enkelte pasientmøtet. Andre arbeidsoppgaver bør derfor reduseres om nødvendig.

Mange medisinske ord og begreper kan være vanskelig å oversette på en god måte. Tolken trenger å forberede seg best mulig (3, 15, 16). Dersom særlig traumatiske hendelser skal diskuteres, er det fint å

kunne gi tolken informasjon i forkant. Pasienten kan ha preferanser når det gjelder tolkeform.

Noen ønsker en oppmøtetolk. Det er en fysisk tolk som er til stede under samtalen. Andre ønsker en skjerm- eller telefontolk (3). Mange yngre mennesker har høy digital kompetanse og vil ikke oppleve en skjerm eller telefon som en kommunikasjonsbarriere på samme måte som eldre som ikke er vant til FaceTime, Zoom og liknende.

Valget av type tolkemåte bør imidlertid ta utgangspunkt i praktiske og faglige vurderinger (3): Hvor raskt trenger vi tolk? Finnes det aktuelle tolker i vårt nærrområde? Skal vi ha en fysisk undersøkelse der tolken må være fysisk til stede for å kunne forklare godt, eller er det en situasjon der pasienten på alle måter ønsker å være anonym med hensyn til både navn, område og liknende, for eksempel ved vold og utnyttelse? (11).

Å bruke kvalifisert tolk er lovplagt. Avvik fra det, for eksempel ved å bruke en ufaglært, venn eller andre, bør bero på en konkret faglig begrunnelse og kan med fordel journalføres.

Det er i slike tilfeller svært viktig å sikre seg at den som oversetter, ikke har en egeninteresse i saken, ikke oversetter feil eller er til hinder for at pasienten kan snakke fritt. Det er også viktig å huske at å bruke en venn, et familiemedlem eller andre kan være brudd på taushetsplikten og øvrig lovverk.

God gjennomføring av samtalen

I starten av samtalen introduseres pasient, tolk og helsepersonellet for hverandre. Tolken informerer om taushetsplikten sin på begge språk (3). Etter det har helsepersonellet

ansvaret for samtalen, mens tolken har ansvar for oversettelsen. I samtalen snakker helsepersonellet og pasienten med hverandre i første-person og henvender seg ikke til tolken. Slik er det også i samtaler uten språkbarrierer og tolk.

Det er viktig å bruke korte setninger. Da er det lettere å oversette, og i tillegg er det lettere for pasienten å spørre om vedkommende lurer på noe. Helsepersonellet kan med fordel stille oppfølgingsspørsmål underveis. Da er det lettere å forsikre seg om at pasienten har forstått. På samme måte er det fint for helsepersonellet å kunne gjenta i korte trekk det pasienten har sagt, for å sikre at man selv har forstått ting korrekt (3).

Behovet for tolk kan endres

Pasientens norskkompetanse og behov for tolk kan variere i ulike situasjoner. Det er norskkompetansen i den aktuelle situasjonen som skal være førende. Norskkompetansen kan begrenses av smerter, redsel, kognitiv svikt og liknende.

Dersom man har dårlige nyheter til pasienten, eller hvis man vet at vedkommende kommer fra et land i aktiv krig, nylig har fått avslag på asylsøknaden eller liknende, er det viktig å vite at det kan senke norskkompetansen og dermed heve behovet for tolk.

Pasientens pårørende har også rett på informasjon og dermed også rett til tolk – med pasientens samtykke. Pasienten skal ikke tolke selv. Barn skal aldri tolke, heller ikke når de selv er pasienten (1, 3, 17).

Tolk er tilgjengelig på de fleste språk, også i akutsituasjoner. AMK har tolkeavtaler som gir dem tilgang til tolk på de fleste språk innen tre

minutter (18). I andre deler av helse-tjenesten, som for eksempel på føde- og barselavdelinger, er tilsvarende tid rundt 20 minutter (18).

Når liv og helse er i fare, kan det være riktig å bruke den man har tilgjengelig, være seg en ansatt, et familiemedlem og liknende. Å bruke barn skal unngås så langt det er mulig, men også de kan brukes i nødsituasjoner (1). I disse situasjonene er det viktig å igangsette tolkebestillingen forttest mulig, slik at man kan bruke tolk i tråd med lovverket og så raskt det lar seg gjøre.

Tolken har en ensom rolle

Det er viktig å huske på at enkelte språklige grupper i Norge kan være små, og hvor «alle kjenner alle». Tolken har derfor et ansvar for å vurdere egen habilitet i møte med pasientene (1). I enkelte pasientmøter kan tolken føle seg forpliktet til å bistå pasienten – også utover behandlingen. En kvalifisert tolk vet at slike bindinger kan oppstå og unngår det aktivt.

Helsepersonellet må være oppmerksomme på denne utfordringen og støtte tolken i å ivareta sin profesjonelle avstand. Det er spesielt viktig dersom det er personer uten tolkefaglig utdanning som oversetter – noe det i realiteten ofte er (15). Å tolke kan være både utfordrende og slitsomt (15, 16).

Det er derfor viktig at tolker får pause under lengre oppdrag. Helst skal det tilrettelegges for pause etter 45 minutter, litt avhengig av typen konsultasjon, tolkemåte og samtalsinnhold. Mange tolker mangler noen å debrife med på grunn av taushetsplikten. Helsepersonellet kan derfor i praksis være de nærmeste kollegene (15, 16).

Dagens lovverk både tillater og pålegger helsepersonell å bruke tolker der man ikke er helt sikker på at pasienten snakker godt nok norsk til å gi og få informasjon (1). Kombineret med gode rutiner for tolkebruk bidrar tolkeloven til økt pasientsikkerhet for personer med begrenset norskkompetanse (1, 3). I praksis betyr det at å bruke tolk redder liv. ■

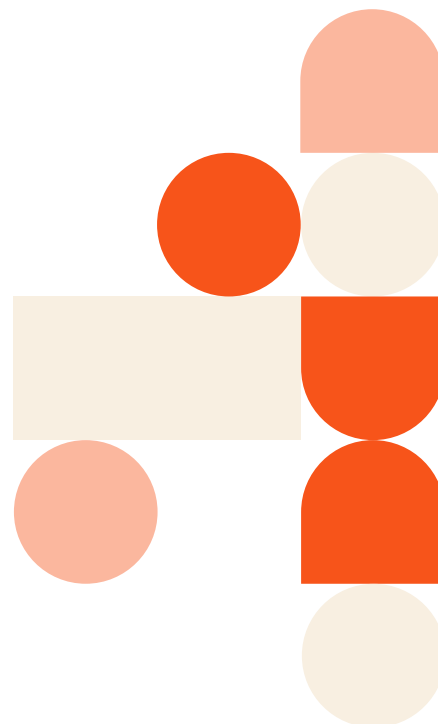
Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.

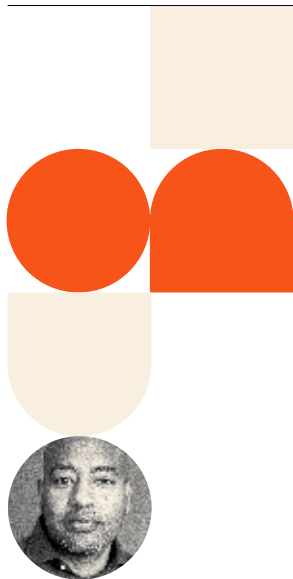
REFERANSER

1. Lov 6. november 2021 nr. 79 om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79> (nedlastet 02.01.2024)
2. Sykehusinnkjøp. Rammavtale for leveranse av tolketjenester. Vadsø: Sykehusinnkjøp; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.sykehusinnkjop.no/496123/siteassets/avtaledokumenter/avtaler-nasjonale/tolketjenester/rammavtale-tolketjenester-fremmetolk-og-fjerntolk---felles.pdf> (nedlastet 02.01.2024).
3. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf) (nedlastet 02.01.2024).
4. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Krav til tolk i lov og forskrift: Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/tolk/krav-til-tolker-i-lov-og-forskrift/> (nedlastet 02.01.2024).
5. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Nasjonalt tolkeregister. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.tolkeregisteret.no/> (nedlastet 02.01.2024).
6. Sykehuset Østfold. Kommunikasjonssperm på flere språk: Kalnes, Moss, Fredrikstad, Halden: Sykehuset Østfold; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.sykehuset-ostfold.no/helsefaglig/flerkultur-pa-sykehuset-hva-bor-vi-som-helsearbeidere-vite/kommunikasjonssperm-pa-flere-sprak> (nedlastet 02.01.2024).
7. Oslo universitetssykehus. 44 språk på få sekunder: Appen som supplerer tolketjenesten [Internett]. Oslo: Oslo universitetssykehus; 3. mars 2023 [oppdatert 10. mars 2023; hentet 2. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/44-sprak-pa-fa-sekunder-appen-som-supplerer-tolketjenesten>
8. Van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, Essink-Bot M-L, Wagner C. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. International journal of nursing studies. 2016; 54:45–53. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012
9. Sykehusinnkjøp. Tolketjenester – fremmetolk og

fjerntolk. Vadsø: Sykehusinnkjøp; 2023. Tilgjengelig fra <https://www.sykehusinnkjop.no/nasjonale-avtaler/tolketjenester#dokumenter> (nedlastet 02.01.2024).

10. Proba samfunnsanalyse. Kartlegging av retningslinjer og erfaringer med bestilling og bruk av tolk i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2023. Tilgjengelig fra: <https://proba.no/rapport/kartlegging-av-retningslinjer-og-erfaringer-med-bruk-av-tolk-i-helse-og-omsorgssektoren/> (nedlastet 02.01.2024).
11. Bregård IM, Vollebæk LR. Helsetjenester til migranter i sårbare livssituasjoner. 1. utgave. Oslo: Gyldendal; 2023.
12. Alpers L-M. Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. Oslo: Oslo-met – storbyuniversitetet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/5019> (nedlastet 02.01.2024).
13. Hanssen I, Alpers L-M. Interpreters in intercultural health care settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. Journal of Intercultural Communication. 2010;10(2):1-17. DOI: 10.36923/jicc.v20i2.500
14. Helsedirektoratet. Tolk for deg som er pasient i helsetjenesten – Rett til informasjon på ditt språk. Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/tolk-for-deg-som-er-pasient-i-helsetjenesten> (nedlastet 02.01.2024).
15. Proba samfunnsanalyse. Tolkers arbeidsforhold og markedet for tolketjenester. Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2022. Tilgjengelig fra: <https://proba.no/rapport/tolkers-arbeidsforhold-og-markedet-for-tolketjenester/> (nedlastet 02.01.2024).
16. Svella RR, Tkachenko T. Forebyggende psykisk helse i tolkeyrket. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2021. Tilgjengelig fra: <https://damnett.no/internal/rest/public/attachments/96398210> (nedlastet 02.01.2024).
17. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Når må man bruke tolk? Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/tolk/nar-ma-man-bruke-tolk/> (nedlastet 02.01.2024).
18. Sykehusinnkjøp. Tolketjenester – akutt: Vadsø: Sykehusinnkjøp; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.sykehusinnkjop.no/nasjonale-avtaler/tolketjenester-akutt/> (nedlastet 02.01.2024).





TEKST Jonas Debesay,
assisterende redaktør i Sykepleien
forskning og professor ved Oslomet

Eldre migranter vil helst spise tradisjonell mat

Tradisjonell mat gir trygghet og minner eldre migranter på hvor de kommer fra.

Personer med migrasjonsbakgrunn i Norge utgjør om lag en million i 2024. Migrasjon innebærer store omveltninger i levekår og livsstil. Blant annet må migranter og deres barn tilegne seg vertslandets atferdsnormer, holdninger og vaner.

Selv om migranter venner seg til vertslandets matvaner og utvikler såkalte tokulturelle matvaner, er tilgang til tradisjonell mat og bevaring av kjente måltidsmønstre fortsatt en viktig del av livet.

Dette kommer frem i en fersk litteraturgjennomgang av Lillekroken og kollegaer. Artikkelen heter: «Mat for sjelen – Eldre innvandreres matvaner og måltidspreferanser etter immigrasjon: En systematisk litteraturgjennomgang» (2024)

Mat viktig i pasientomsorgen

Matvaner og mattradisjoner knyttes til kultur og identitet. Derfor har kosthold, mat og måltider stor betydning for migranternes helse og

trivsel i hverdagen. Mat er dermed et viktig ledd i pasientomsorgen. Mat kan påvirke følelser, hukommelse og smakspreferanser.

For eldre med migrantbakgrunn gir forbruk av tradisjonell mat og opprettholdelse av matvaner trivsel og trygghet. Det er en måte å bevare identiteten på og noe som minner dem om hvor de kommer fra.

Lite forskning om matvaner

Det er få primærstudier som har satt søkelys på eldre migranternes matvaner og måltidspreferanser etter migrasjon og etablering i et nytt land.

Resultatene fra Lillekroken og kollegers systematiske kunnskapsoppsummering viser betydningen av tradisjonell mat for at eldre med migrantbakgrunn skal opprettholde kulturell identitet, kontinuiteten i den tradisjonelle matkulturen for trivsel i hverdagen, og at de etter hvert tilpasser seg vertslandets matkultur og utvikler to-kulturelle matvaner.

Funnene i studien tyder på at selv

om matvaner endrer seg gjennom livet, ønsker eldre migranter ofte å opprettholde sine tradisjonelle matvaner og måltidspreferanser.

Retningslinjer vil sikre behov

Forfatterne konkluderer med at forståelse av matvaner og måltidspreferanser til eldre med migrantbakgrunn vil kunne bidra til utvikling av retningslinjer. Det vil sikre at deres behov og preferanser knyttet til ernæring blir dekket.

Ved å tilby kulturelt tilpasset ernæringsomsorg kan helse- og sosialtjenester bidra til at eldre med migrantbakgrunn kan bevare sine matvaner og matpreferanser. Dette kan sikre utvikling av kultursensitive helsetjenester som positivt påvirker deres helse og velvære. ■

Skann koden
til fagartiklene på
sykepleien.no, der
denne fagartikkelen
vil bli publisert.





Subkutan behandling administrert på 5-8 minutter^{1,2}



Les mer om PHEGO

▼ PHEGO er anbudsvinner fra 1. oktober 2023³

I LIS anbud 2307 er PHEGO førstevalg ved HER2-positiv brystkreft i ulike stadier med eller uten spredning ved behandling med pertuzumab og trastuzumab.

Utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon⁴

INDIKASJONER

Brystkreft i tidlig stadium (EBC)

PHEGO er indisert til bruk i kombinasjon med kjemoterapi ved:

- neoadjuvant behandling av voksne pasienter med HER2-positiv, lokalavansert, inflammatorisk eller tidlig stadium brystkreft med høy risiko for tilbakefall
- adjuvant behandling av voksne pasienter med HER2-positiv brystkreft i tidlig stadium med høy risiko for tilbakefall

Metastatisk brystkreft (MBC)

PHEGO er indisert til bruk i kombinasjon med docetaxel hos voksne pasienter med HER2-positiv metastatisk eller lokal tilbakevendende inoperabel brystkreft, som tidligere ikke har fått HER2-rettet behandling eller kjemoterapi for metastatisk sykdom.

ANBEFALT DOSERING OG ADMINISTRERING

	Dose (uavhengig av kroppsvekt)	Ca. varighet av s.c. injeksjon	Observasjons tid
Startdose	1200 mg pertuzumab/ 600 mg trastuzumab	8 minutter	30 minutter
Vedlikeholdsdose (hver 3. uke)	600 mg pertuzumab/ 600 mg trastuzumab	5 minutter	15 minutter

KONTRAINDIKASJONER

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene.

BIVIRKNINGER

De vanligste bivirkningene ($\geq 30\%$) rapportert hos pasienter behandlet med PHEGO eller intravenøs pertuzumab i kombinasjon med trastuzumab og kjemoterapi er alopesi, diaré, kvalme, anemi, asteni og artralgi. De vanligste rapporterte alvorlige bivirkningene (SAE) ($\geq 1\%$) hos pasienter behandlet med PHEGO eller intravenøs pertuzumab i kombinasjon med trastuzumab er febril nøytropeni, hjertesvikt, pyreksi, nøytropeni, nøytropen sepsis, redusert nøytrofiltall og pneumoni.

GRAVIDITET OG AMMING

Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling med PHEGO og i 7 måneder etter den siste dosen. Amming skal unngås ved behandling med PHEGO og i minst 7 måneder etter siste dose.

FORSIKTIGHETSREGLER

Hjertorisiko skal vurderes nøye og balanseres mot det medisinske behovet til den enkelte pasienten før bruk av PHEGO med et antracyklin. Pasienter med hviledyspné på grunn av komplikasjoner ved langt fremskreden kreft og andre samtidige sykdommer, kan ha økt risiko for lungekomplikasjoner. Disse pasientene skal derfor ikke behandles med PHEGO. Pasienter bør overvåkes nøye for overfølsomhetsreaksjoner.

PAKNINGER OG PRISER

600 mg/600 mg: 10 ml (hettegl.) kr 52689,90.
1200 mg/600 mg: 15 ml (hettegl.) kr 91850,50.

REFUSJON

I LIS anbud 2307 er PHEGO førstevalg ved HER2-positiv brystkreft i ulike stadier med eller uten spredning; ved behandling med trastuzumab + pertuzumab. PHEGO forskrives på H-resept av lege med erfaring innen kreftbehandling. PHEGO er i reseptgruppe C.

For utfyllende informasjon om dosering, bivirkninger, interaksjoner og forsiktighetsregler, se fullstendig preparatomtale på [Felleskatalogen.no](https://www.felleskatalogen.no)

Referanser:

1. SPC PHEGO datert 13.01.2022 avsnitt 4.2
2. Tan AR, Im S-A, Mattar A et al. Fixed-dose combination of pertuzumab and trastuzumab and trastuzumab plus chemotherapy in HER2-positive early breast cancer (FeDeriCa): a randomised, open-label, multicentre, non-inferiority, phase 3 study. *Lancet Oncol* 2021; 22: 85-97
3. LIS anbud onkologi 2307 effektivt fra 1.10.2023 <https://www.sykehusinnkjop.no/4a771a/siteassets/avtaleokumenter/avtaler-legemidler/onkologi/anbefaling-onkologiske-og-kolonistimulerende-legemidler.pdf>. Sist lest 6. november 2023
4. SPC PHEGO datert 13.01.2022 avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6 og 4.8



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston



45 språk på ett brett

En app med kvalitetssikrede oversettelser skal lette kommunikasjonen når helsepersonell og pasienter ikke har felles språk. På kort tid har flere hundre norske sykehusavdelinger tatt løsningen i bruk.

TEKST Ingvald Bergsagel

Det er mye vind i Haugesund.» Det var neppe dette tyskeren innlagt ved toraksavdelingen på Ullevål universitetssykehus ønsket å formidle, men det var denne oversettelsen en app på mobilen hans foreslo.

– Via appen kunne han også meddele at legen hadde fridd til ham, smiler fagsykepleier ved avdelingen, Sandra Røkeness.

Hun innrømmer at hun tidligere har brukt Google Translate for å kommunisere med pasienter.

– Men da aner du rett og slett ikke hva du sier.

Hverdagslige språkbarrierer

Hverdagen i helsevesenet er full av møter på tvers av språkbarrierer, og mange små avklaring må gjøres kontinuerlig: «Vil du sette opp time?» «Kan jeg få undersøke deg?» «Denne skal sitte på.»

Den svenskutviklede appen Care to Translate er laget med tanke på slike situasjoner. Den inneholder tusenvis av helserelaterte ord og setninger oversatt til 45 ulike språk og tilgjengelig som både tekst og lyd.

Appen har de siste par årene spredd seg raskt rundt om i norsk helsevesen. En rammeavtale Sykehuspartner inngikk i 2022 på vegne

av Helse Sør-Øst åpner for at alle helseforetak kan bestille verktøyet innenfor avtalen. Ifølge selskapet bak, er Norge det første landet i verden som inngår en nasjonal avtale for et slikt oversettelsesverktøy.

Nå bruker drøyt 350 norske sykehusavdelinger appen. I kommunesektoren er det så langt kun Molde som benytter løsningen, men flere skal være i kjømda.

«You OK?»

Sandra Røkeness på toraksavdelingen ved Ullevål var i sin tid med på å teste ut appen gjennom en pilotstudie. Verktøyet viste seg å fungere

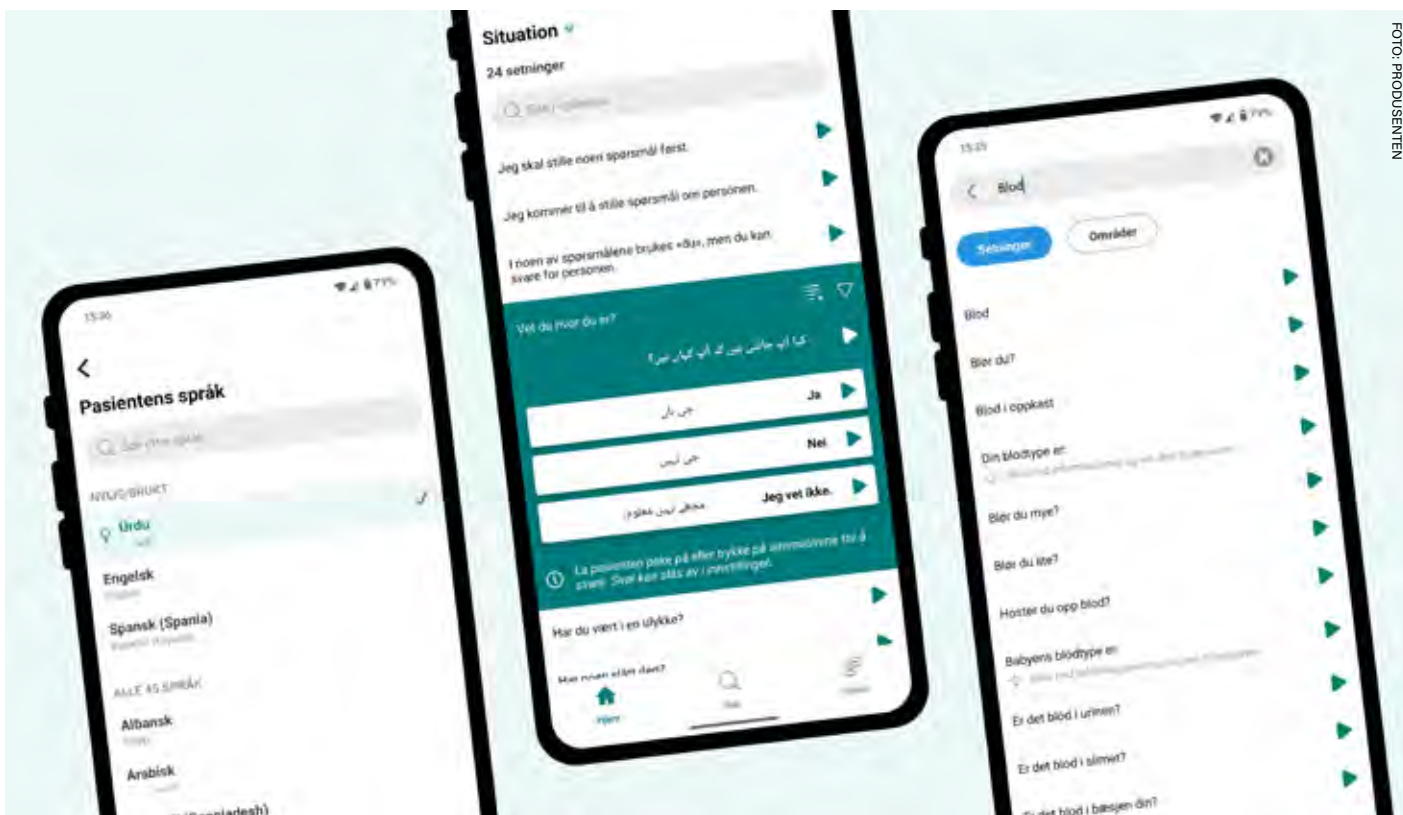


FOTO: PRODUSENTEN

så godt at det også ble benyttet for pasienter som ikke var med i studien, og avdelingen har fortsatt å benytte det etter at piloten er avsluttet.

– Før ba vi ofte pårørende om å oversette dersom de var tilgjengelige. Ellers gikk det mye i tegnspråk, forteller Røkeness.

Hun illustrerer med hendene:

– «You OK?» Det er klart det var veldig begrenset. Både hva vi kunne formidle og hvor sikre vi var på at det ble forstått.

Som nevnt ble det også tydd til Google Translate ved enkelte anledninger, men ifølge Røkeness gir



FOTO: INGVALD BERGSGAARD

«Før ba vi ofte pårørende om å oversette, og det gikk mye i tegnspråk.

Sandra Røkeness

Care to Translate en helt annen form for trygghet.

– Først og fremst fordi jeg nå faktisk vet hva jeg sier til mine pasienter og er mye sikrere på at kartleggingen jeg gjør, blir riktig.

Røkeness forteller at de bruker verktøyet både til å kartlegge pasientene, til å gi informasjon og til å gi instruksjoner.

– Noen kan bli overrasket når de hører beskjeder på sitt eget språk fra Ipaden vi bruker. Mitt inntrykk er at pasientene opplever løsningen som noe fint og trygt. Dette er også blitt bekreftet i tolkesamtaler.

Ingen erstatning for tolk

– Appen skal være enkel og rask å bruke, og det er derfor viktig at innholdet tilpasses pasientgrunnet og skreddersys etter avdelingens behov, understreker Maja

KAN bruke digitalt oversettelsesverktøy:

Her og nå- setninger som trygger pasienten:

- Det er ikke farlig

Viktige avklaringer før tolken kommer:

- Har du problemer med å puste?

Enkle spørsmål med enkle svar (ja/nei)

- Trenger du smertelindring?

Gi viktig informasjon:

- Jeg skal ta en blodprøve, så jeg må stikke deg i armen

Hverdags-samtaler på sengepost:

- Har du hatt en god dag så langt?

Avklaringer i resepsjonen:

- Dessverre er personen du skal møte forsinket

Roe ned redde pasienter på nattevakt:

- Du er på sykehus

Enkle beskjeder under særskilte prosedyrer:

- Du må stå stille for at røntgenbildet skal bli bra

Kilde: Helse Sør-Øst

Magnusson, som er CEO og en av grunnleggerne bak løsningen.

– Best egnet er det der man har standardiserte måter å kommunisere på, som i akutsituasjoner der man jobber etter ulike triage-modeller eller ved veldig planlagte situasjoner, som forberedelser til undersøkelser.

Magnusson understreker at rammeavtalen i Norge bygger på at appen skal være et supplement til tolketjenester. En av funksjonene som er lagt inn for norske brukere, er mulighet for direktebestilling av tolk.

Vi tar hva vi har

I 2014 fikk Oslo universitetssykehus

SKAL bruke tolk:

- Innleggelse
- Før operasjon
- Legevisitter
- Diagnostisering og utredning
- Utskrivning
- Polikliniske samtaler
- Psykiatriske samtaler
- Vanskelige beskjeder

i oppdrag fra Helse Sør-Øst å se nærmere på mulige digitale løsninger for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter. Foranalysen resulterte i en rapport med den megetsigende tittelen «Vi tar hva vi har».

For det er dette som har vært praksis mange steder – at man tar hva man har. Helsepersonell har, slik Røksness fortalte, tydd til kroppsspråk, peking og tegnspråk for å gjøre seg forstått. Man har bedt pårørende om å oversette, tegnet på små gule lapper og laget språkpermer med laminerte ark og begrenset funksjonalitet.

– Større trygghet

En del sykepleiere bruker fremdeles Google Translate eller liknende verktøy. Dette fremgår blant annet av svarene i en undersøkelse om migrasjon og helse som Sykepleien nylig gjennomførte (se s. 32–38).

«Tolk benyttes oftest bare til legevisitt, så resten av tiden må sykepleier kommunisere med pasient ved hjelp av Google Translate eller miming», skriver en av sykepleierne som svarte på undersøkelsen.

Men algoritmene til slike automatiske oversettelsesverktøy er ikke alltid til å stole på. Tyskeren som meldte om legefrieri og værforholdene i Haugesund er nevnt. Oversettelse av «sosionom» til «hekse-doktor» er et annet eksempel, som Camilla Holt Hasle opplevde.

Hasle har ledet prosjektet med digitalt oversettelsesverktøy i Helse Sør-Øst, som resulterte i nevnte rammeavtale med Care to Translate.

Tolk der det trengs

Leder i Norsk tolkeforening, Paulina Ślusarczyk, understreker viktigheten av å benytte tolk der det trengs.

– Man bør være litt rausere og heller bestille en gang for mye heller enn en gang for lite, sier hun.

– Det er også viktig at helsepersonell har kompetanse til å avklare når det faktisk er behov for tolk.

Med det sagt, stiller hun seg ikke avvisende til verktøy som Care to Translate.

– Man kan ikke ha tolk på sengepost døgnet rundt, så det er positivt at det finnes løsninger som lar pasienter få hjelp til praktiske ting også når vi ikke er der, sier Ślusarczyk.

Hun påpeker at det kan være små, men viktige nyanser i språket

som kan glippe ved manglende kompetanse eller lav kvalitet på verktøyene som brukes.

– En pasient kan snakke hverdagsnorsk, men ikke nødvendigvis godt nok til å forstå og formidle nyanser. Det gjelder ikke bare fagterminologi, men også hverdagslig kommunikasjon. Har pasienten for eksempel hatt smerten i to år, eller hadde han den for to år siden, og nå har den kommet tilbake?

I bruk ved 90 OUS-enheter

Lixian Cheng er spesialrådgiver i avdeling for samhandling, helsekompetanse og likeverdige helse-tjenester ved Oslo universitets-sykehus (OUS) og har jobbet med innføringen av Care to Translate her.

– Helsepersonell har gjennom

«Har pasienten hatt smerten i to år, eller hadde han den for to år siden?»

Paulina Ślusarczyk

flere år meldt behov for ekstra kommunikasjonsstøtte når tolk ikke er til stede, sier hun til Sykepleien.

Hun forteller at rundt 90 enheter ved OUS til nå har tatt løsningen i bruk. Ved hjelp av spillelister tilpasses innholdet hver enkelt avdelings behov.

Blant brukerne er blant annet sykepleiere, helsesekretærer, ambulanspersonell, stråleterapeuter og fysioterapeuter. ■

ANNONSE



**SPAR INNTIL
30 % PÅ LEIEBIL
HOS AVIS**

Som NSF-medlem får du ekstra gode priser på leiebil i Norge!
Husk å oppgi rabattkode: W330460
66 77 10 10 | AVIS.NO

AVIS

Her får papirløse migranter helsehjelp

– Vi har tilgang til de fleste spesialiteter og er enormt takknemlige for innsatsen det frivillige helsepersonellet gjør for pasientene, sier Hilde Reksjø ved Helsesenter for papirløse migranter.

TEKST Ann-Kristin B. Helmers

FOTO Erik M. Sundt





FAKTA

HELSESENTER FOR PAPIRLØSE MIGRANTER

Hvem:

Helsesenteret for papirløse migranter drives av Kirkens Bymisjon og eies sammen med Røde Kors. Et tilsvarende helsesenter finnes i Bergen.

Hva:

Helsesenteret for papirløse tilbyr primærhelsetjenester til mennesker uten lovlig opphold i Norge.

All helsehjelp hos dem er gratis. De har drop in to dager i uka. Helsepersonellet stiller opp frivillig, de har taushetsplikt og deler ikke informasjon med politi eller myndigheter.

Hvorfor:

Helsesenteret ønsker at de blir overflødige, og at papirløse migranter skal få den helsehjelpen de nå gir, av kommune- og spesialisthelsetjenesten der de oppholder seg i Norge. Helsesenteret jobber for at alle som har en sykdom, skal få kvalifisert hjelp, uavhengig av juridiske status, men i kraft av å være menneske.

Målgruppa er:

- personer med avslag på asylsøknaden
- personer som har mistet oppholdstillatelsen
- personer som aldri har vært registrert i Norge
- personer som har blitt værende etter utgått visum
- Også EØS-borgere uten helsetrygdkort tar de imot.

Antall:

Det finnes ingen nøyaktig oversikt over antallet papirløse i Norge, men tallene i fjor var slik: 572 pasienter oppsøkte Helsesenteret i Oslo, og 108 kontaktet Helsesenteret i Bergen.



llerede en drøy time før åpningstid ringer det på døra hos Helsesenteret for papirløse migranter på Tøyen i Oslo.

Utenfor står en mann. Han forteller at han kommer utenbys fra. Kan han komme inn nå?

Men han må vente.

Litt senere ringer det på igjen. En annen mann, men samme spørsmål og samme svar.

Og så enda en.

Fra vakt til vakt

Når Helsesenteret åpner klokka fem denne tirsdagen, er det pasienter på venterommet med en gang.

Sykepleier Kaja Jamtli er en av de frivillige på vakt denne kvelden. Hun kommer rett fra dagvakt på barne-intensiven på Ullevål.

– Jeg vil gjerne hjelpe til, for jeg ser at det er et behov, sier hun om hvorfor hun stiller opp, både frivillig og gratis på en mørk og kald januarkveld rett etter sin vanlige jobb.

Stort mer rekker hun ikke å si før den første pasienten kommer inn døra på kontoret hennes.

– Bærer på store traumer

– En fellesnevner er at dette er mennesker i vanskelige og sårbare situasjoner, og at mange bærer på store traumer, sier Hilde Reksjø, sykepleier ved Helsesenter for papirløse. Hun er fast ansatt og er kveldens ansvarsvakt.

Det aller meste av helsehjelpen her gis av frivillige. I fjor hadde de 134 frivillige helsearbeidere som jevnlig stilte opp for Helsesenteret.

– Vi har tilgang til de fleste spesialiteter og er enormt takknemlige for innsatsen det frivillige helsepersonellet gjør for pasientene, sier Reksjø. ■



Peptalk og debrief

Denne januarkvelden er det tolv frivillige på plass. Før vekten starter, gir Reksjø en liten peptalk med kort gjennomgang av rutinene og hva som skal registreres, og minner om å lese journalen dersom pasienten har vært her før.

Hilde Reksjø har oversikt over helsepersonellet. Hun følger utover kvelden opp både logistikk og avtaler som blir gjort. Hun følger også opp enkelte pasienter.

- De fleste pasientene våre er

voksne. Men aldersspennet er stort: Fra ett til åttini år, sier hun.

Når vekten er over, er det debrief for helsepersonellet.

- Det er mange vanskelige situasjoner, og det kan være belastende for de frivillige ikke å kunne gi den helsehjelpen de mener er nødvendig. Man kan føle seg både maktesløs og overveldet av historiene pasientene har. Det er viktig med en debrief etter hver eneste vakt, sier Reksjø.



Sårrens etter sklitur ned trappa

Inne på kontoret har Kaja Jamtli lagt klart det hun trenger for sårrens og bandasjeskift.

Pasienten sitter på en stol på skrått overfor henne.

Jamtli leter rundt på bordet etter en saks, uten å finne den. Noen lånte den for litt siden, kommer hun på.

– Det var glatt, forklarer den mannlige pasienten i 60-årene.

Det er ikke første gang han er på helsesenteret.

Med håndbevegelser og noen korte engelske ord forteller han om hvordan han skled nedover en trapp, slo ryggen og forsøkte å bremse sklituren med høyre håndflate. Bremsingen gikk sånn passe.

Mens han forteller om den strabasiøse trappeturen har Kaja Jamtli gitt

opp å finne saks. Kontant tar hun tak to steder og får rykket opp den slitte bandasjen.

Sammen teller de fem sår i hånda. Fem blemmer som det nå har gått hull på. Men heldigvis ingen infeksjon, konstaterer Jamtli.

Pasienten sier seg enig i vurderingene.

Et annet sted i verden har han en sønn som er i ferd med å utdanne seg til lege, forteller han, og viser med fingerspråk hvilken av de to flaskene han tror Jamtli skal desinfisere sårene med. Hanskene er på når de skal være det gjennom sårstedet. Her er det full kontroll, er de enige om.

Ryggsmertene henviser Kaja Jamtli til en av de frivillige legene som jobber på senteret denne kvelden.





– Vit at vi og pasientene eksisterer!

Selv om dørklokka ringer med jevne mellomrom, er det ikke alle med behov for hjelp som har mulighet til å komme seg hit til Tøyen:

– Mange papirløse bor ikke i nærheten av oss. Det er også pasienter som av andre grunner ikke får til å komme seg hit. Det er mennesker der ute som vi er veldig bekymret for, sier Reksjø.

– Det aller viktigste for sykepleierne «der ute», er å vite at papirløse mennesker finnes – og at vi finnes. Jeg opplever at kunnskapsnivået om papirløses rettigheter er veldig varierende hos helsepersonell. Jeg vil anslå

at kanskje ti prosent vet om oss, sier Hilde Reksjø.

På venterommet er både Hilde Reksjø og flere av de andre frivillige til stede for pasientene. Det skal være lett å huke tak i dem.

Reksjø kjenner mange av pasientene fra før. På arabisk spør hun en kvinne om hvordan det går. Hun svarer på samme språk, og de ler litt sammen.

Arabisk-kunnskapene har Reksjø fra gateplan i Palestina, forteller hun.

Tre måneder i året jobber hun frivillig i ambulansetjenesten til Røde halvmåne. Det har hun gjort i femten år.



Lege og student

Raphael Adukule er miljøarbeider for kvelden og har ansvaret for å ta imot og registrere pasientene. Han er utdannet lege fra Uganda, forteller han. Nå studerer han folkehelse og ernæring i Oslo og er frivillig fordi han elsker å hjelpe folk og vil bli kjent med det norske helsevesenet.

Adukule går også rundt og snakker med pasientene, lavmælte samtaler med en og en.

Idet klokka nærmer seg åtte teller han opp:

19 pasienter var innom denne kvelden. Seks av dem hadde avtale på forhånd, hos psykolog og hos sosionom. 13 kom uten avtale.

Pasientene har fått hjelp med alt fra mage- og tarmproblemer, hjertespmål og smertestillende medisiner.

Med håp om en radiator

Med ny og ren bandasje hilser mannen et tusen takk, krøker seg ned den smale trappa til venterommet og henter en kopp varm te i påvente av at det er hans tur hos legen.

Senere på kvelden er han sistemann ut.

Han har drøyd så lenge han kan. Knepper omstendelig de to boblejakene han har på seg. Drar på lue og hetta over.

Tar en sjekk på telefonen. Viser frem skjermen. Minus tolv grader står det der. Han forteller at ja, han har et sted å sove i natt. Frem til han kan gå dit, skal han sitte på McDonald's.

Med hutrebevegelser viser han at han ofte våkner på natta av at han fryser og har vondt.

– Brrr! sier han mens han himler med øyene og peker på ryggen. Han håper bare han får soveplass ved en av radiatorene i natt.





Helsesenteret for papirløse i brev til HOD: **Pasienten fikk venn til å trekke tann i bakgården**

I en redegjørelse til Helse- og omsorgsdepartementet kommer Helsesenteret med eksempler på rettigheter de mener papirløse ikke får oppfylt.

Det er departementet selv som har etterspurt hvilke erfaringer de ulike helseaktørene har når det gjelder rettighetene til personer uten fast opphold.

Turte ikke komme

Fristen for å svare på dette gikk ut i slutten av januar, og blant de som ble invitert til å svare, var Helsesenteret for papirløse migranter. De kommer blant annet med noen konkrete eksempler:

- Gravid kvinne hadde komplikasjoner i svangerskapet og skulle få oppfølging på sykehuset. Hun fikk faktura ved første konsultasjon og turte dermed ikke komme på neste avtale. Ved neste åpne klinikkdag på Helsesenteret for papirløse hadde tilstanden utviklet seg, og kvinnen måtte legges inn på sykehus.
- En pasient hadde store tannsmarter. Helsesenteret hadde ikke tilgjengelig tannlege denne dagen, og pasienten fikk tilbud om smertestillende i påvente av akutthjelp dagen etter. Personen gikk da ut i Helsesenterets bakgård og fikk hjelp av en venn til å trekke ut tannen.

Anbefaler frikode

I redegjørelsen fra Helsesenteret

står det at de ansatte må bruke mye tid både på å koordinere helsetjenester og på å informere helsepersonell om papirløses helserettigheter. De beskriver at de kjemper for at pasientene skal få den helsehjelpen de har rett på.

«Dette betyr at vi kan anta at papirløse generelt ikke får helsehjelpen de har krav på i dag, og dette rammer trolig de papirløse som ikke har kontakt med helsesentrene hardest», er beskjeden til Helse- og omsorgsdepartementet.

Deres anbefaling er blant annet at det må opprettes en frikode for papirløse som gir fastleger anledning til å ta imot papirløse pasienter og få refusjon – og at dette er spesielt viktig og nødvendig for barn.

Legeforeningen: Dugnad og altruisme

Legeforeningen skriver i sitt svar at helsehjelpen til denne gruppen er tilfeldig, dårlig organisert og at helsepersonell synes det er vanskelig å håndtere formuleringen om retten til «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente». Videre skriver de at helsehjelp til sårbare grupper ikke kan basere seg på dugnadsarbeid og altruisme, slik de mener det er i dag. ■

Jordmor: – Vi møter kvinner som aldri har tatt en celleprøve

TEKST Ann-Kristin B. Helmers

ne på det lille kontoret på Tøyen i Oslo tar jordmor Marit Stene Severinsen imot papirløse kvinner med ulike plager.

– Her snakker vi om alt fra prevensjon, forskjellige smerter og overgangsalder til problemer etter kjønnslemlestelse. Traumer og frykt er gjennomgående for mange.

Leter etter «stoppere»

Severinsen jobber som ansvarlig jordmor ved Helsesenteret for papirløse migranter. Stillingen hennes er delvis finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Oslo kommune.

Hun har lang erfaring med både kvinnehelse og migrasjonshelse. Tidligere har hun blant annet jobbet for å få på plass et tilbud om flerkulturell doula for fødende på sykehus. (Se også s. 86–88) Hun har

Også papirløse kvinner bør få tilgang til screeningprogrammene, mener jordmor Marit Stene Severinsen ved Helsesenter for papirløse migranter.

Møter kvinner med taumer:
– Kvinnelig kjønnslemlestelse er fortsatt en realitet hos mange av våre kvinner, sier jordmor Marit Stene Severinsen.
Foto: Erik M. Sundt



også vært ute i felt med Leger uten grenser. Nå er hun styremedlem der.

En av tingene hun jobber med, er å identifisere «stoppere» i systemet som gjør at papirløse kvinner ikke får riktig helsehjelp.

– Kan oppdage potensielt dødelig sykdom tidligere

Et viktig helseforebyggende tiltak for papirløse kvinner i Norge mener hun hadde vært å åpne screeningprogrammene for denne gruppen.

– Disse kvinnene er ikke en del av screeningprogrammet for brystkreft og livmorhalskreft. Vi møter kvinner som aldri har tatt en celleprøve.

Mennesker uten lovlig opphold i Norge har rett på livreddende og nødvendig og akutt behandling som ikke kan vente. Men de har ikke rett på forebyggende helsehjelp eller fastlege.

Severinsen peker på at både livmorhalscytologi og mammografi er billige og lite invasive undersøkelser som er en viktig del av folkehelsen.

– Undersøkelsene kan potensielt spare samfunnet for større utgifter senere. Aller viktigst er det selvsagt at screening kan oppdage potensielt dødelig sykdom på et tidlig tidspunkt, slik at prognosen for den enkelte kvinne blir best mulig.

Lærer kvinner å undersøke egne bryster

– Jeg tilbyr alle som kommer hit, celleprøve og lærer bort selvundersøkelse av brystene, sier hun.

De gravide er hun og de andre frivillige ved helsesenteret ekstra oppmerksomme på:

– Når kvinner uten lovlig opphold blir gravide, forsøker vi å sette dem i

kontakt med den helsestasjonen de tilhører ut fra adressen de bor på. Ofte får vi det til, men ikke alltid, sier hun.

Papirløse gravide oppsøker hjelp sent

Sykepleier Frode Eick har i forbindelse med sin doktorgrad forsket på papirløse gravide kvinner. Han jobber ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse ved Universitetet i Oslo og vil etter planen forsvare sin avhandling før sommeren.

Eick har sett på de som bruker helsesentrene for papirløse i Bergen og Oslo og Allmenlegevakta i Oslo og sammenliknet svangerskapsutfall med andre gravide.

– Funnene viser foreløpig at papirløse gravide kvinner oppsøker helsesentrene for svangerskaps-hjelp sent i graviditeten og er mer alvorlig syke

enn andre gravide når de tar kontakt med legevakta, sier han.

Frøde Eick har tidligere jobbet som helsefaglig ansvarlig og leder ved Helsesenter for papirløse migranter i Oslo.

Ikke overrasket over gravid-funn

Marit Stene Severinsen er ikke overrasket over funnene Eick viser til.

– Det er bra at dette blir forsket på, mener hun:

– Både jeg og jordmødrene som jobber frivillig her på helsesenteret, ser at mange av disse kvinnene lever i en veldig sårbar situasjon. De fleste har lite penger og kan kvie seg for å oppsøke helsehjelp i frykt for å få en regning de ikke kan betale, sier hun og tilføyer:

– Noen kan også være redde for å oppgi identiteten sin fordi de frykter for hva som da vil skje med dem.

Må betale for fødsel – om man har råd

Så lenge man befinner seg i Norge, har papirløse gravide rett til helsehjelp før, under og etter fødselen, til å føde på sykehus, og de har rett til abort.

I informasjon på for eksempel helsenorge.no presiseres dette når det kommer til betaling:

«Du må selv betale for fødselen dersom du har råd til det. Hvis du ikke kan betale, vil helsetjenesten dekke utgiftene», står det videre.

Helsesenteret har ved flere anledninger gjentatt bekymringen omkring papirløses reelle tilgang til helsetjenester, senest under forarbeidene til NOU-en om kvinnehelse som kom i fjor.

Et av tiltakene kvinnehelseutvalget anbefaler, er at papirløse gravide gis en eksplisitt rett til helse-

tjenester i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel. Og at det skal være gratis.

«Ta kontakt med oss om det kommer en gravid, papirløs kvinne og dere ikke vet hvordan situasjonen skal løses.»

Marit Steve Severinsen

Ikke alle bor i Oslo eller Bergen

Helsesenteret kan hjelpe til slik at helsetjenesten tar regningen dersom den papirløse har fått med seg en faktura de ikke har mulighet til å betale.

– Mange av de gravide er redde for at de likevel skal få en regning eller at det skal bli problemer.

Severinsen peker også på at det ikke er alle som har mulighet for å oppsøke helsesenteret for papirløse i Oslo eller Bergen.

– Også papirløse migranter bor spredt i vårt langstrakte land, sier hun.

– Vi jobber mye med å informere både primær- og spesialisthelsetjenesten om hvilke rettigheter de papirløse har. Oppfordringen er å ta kontakt med oss om det kommer en gravid, papirløs kvinne og dere ikke vet hvordan situasjonen skal løses, sier Severinsen.

HOD: Vurderer lovfestet gratis abort – uavhengig av oppholdsstatus

Karl Kristian Bekeng er statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet.

– Vi har ingen planer om å gjøre endringer i helserettighetene til personer uten fast og lovlig opphold i Norge, men departementet vil vurdere abortutvalgets forslag om å lovfeste gratis helsehjelp i forbindelse med abort, uavhengig av oppholdsstatus, skriver han i en e-post til Sykepleien.

Forslaget er på høring sammen med de andre forslagene fra utvalget.

HPV-hjemmetest til papirløse?

På spørsmål om det er aktuelt å inkludere papirløse i screeningprogrammer, viser Bekeng til at å tilby HPV-hjemmetest for papirløse er drøftet med Kreftregisteret:

– I dag innføres HPV-hjemmetest via Kreftregisteret til definerte grupper av kvinner. Uavhengige aktører som for eksempel Sex og Samfunn, Gatehospitalet og Velferds-etaten for rus i Oslo kommune, er allerede planlagt inkludert i prosjektet for HPV-hjemmetest. Å inkludere Helsesenter for papirløse migranter er drøftet med Kreftregisteret, som stiller seg positive til dette. Det må da jobbes for å finne løsninger for hvordan kvinner med positiv HPV-hjemmetest skal få videre oppfølging utover det Helsesenter for papirløse migranter kan tilby, svarer han.

– *Kvinnehelseutvalget anbefaler eksplisitt rett for gravide papirløse til helsetjenester i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette tilbudet skal være gratis. Hva skjer videre med dette forslaget?*

– Kvinnehelseutvalget hadde en rekke forslag til tiltak. Departementet følger nå opp rapporten med en ny strategi for kvinners helse som kommer i 2024, sier Bekeng. ■



FreeStyle Libre 3

CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING SYSTEM

Pasientene dine
vil vite tidligere.
Handle raskere.
Mindre risiko for
hypoglykemi.

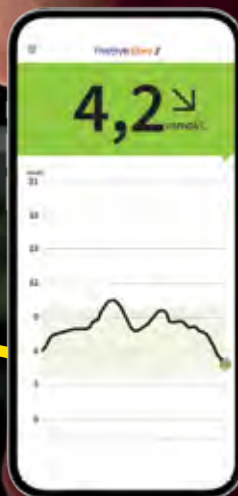
**Det er enklere
å få oversikt**

Pasientene dine vil kunne unngå
hypoglykemi med det eneste systemet
for kontinuerlig glukosemåling
som sender glukoseavlesninger til
smarttelefonen¹ hvert eneste minutt.²

Verdens minste, tynneste³ og mest diskre⁴ sensor.



Skann QR -koden og
registrer deg for våre
nyhetsbrev om diabetes.



Neste generasjon av kontinuerlig
glukosemålingssystem (cgm)

Abbott
life. to the fullest.®

1. FreeStyle Libre 3 appen er kun kompatibel med enkelte mobile enheter og operativsystemer. Se nettstedet vårt for mer informasjon om enhetens kompatibilitet før bruk av appen. Deling av glukoseinformasjon krever registrering hos LibreView. 2. Blant ledende merker. 3. Blant glukosesensorer festet på pasienter. 4. Data on file, Abbott Diabetes Care, Inc.

© 2022 Abbott. FreeStyle, Libre og relaterte varemerker eies av Abbott. Andre varemerker tilhører de respektive eierne. ADC-51873 1.0 05/22
www.FreeStyle.Abbott · +47 800 87 100 · Abbott Norge AS · Postboks 1, 1330 Fornebu

FAKTA

FLERKULTURELLE DOULAER I NORGE

En doula er, ifølge Store medisinske leksikon, «en erfaren fødselsledsager som gir emosjonell, praktisk, fysisk og informativ støtte til en kvinne og hennes partner gjennom graviditet, fødsel og barseltid».

- En flerkulturell doula er en kvinne med minoritetsbakgrunn som selv har født i Norge.
- Gravide innvandrerkvinner som trenger det, kan i dag få tilbud om slik doula ved Oslo universitetssykehus, Ahus, St. Olavs hospital, Vestre Viken Helseforetak, Stavanger Universitetssykehus, Haukeland og Sørlandet Sykehus.
- Det er rundt 120 godkjente, flerkulturelle doulaer i Norge.

Å føde med noen som forstår

Tilbud om flerkulturell doula tas i bruk ved stadig flere norske sykehus. I Stavanger bistår Kasia Rocha fødekvinner fra sitt eget hjemland Polen.

TEKST Ingvald Bergsagel

A

Å føde kan være skummelt.

Å føde i et land der ingen forstår hva du sier og helsetjenestene er helt annerledes enn hjemme, kan være veldig skummelt.

Men det er hjelp å få. Tilbud om flerkulturell doula har blitt etablert ved mange norske sykehus de siste årene.

– Kjempeviktig støtte

Polskfødte Kasia Rocha flyttet Norge for 15 år siden. Da hun noen år senere skulle få sitt første barn, følte hun seg på ingen måte klar for å ta valg rundt fødselen selv.

– Det følte som om ting bare skjedde med meg heller enn at jeg var med å bestemme, forteller hun.

Ved fødsel nummer to hadde Rocha med seg doula.

– Det var riktignok ikke en polsk doula, men likevel en kjempeviktig støtte for meg.

I 2021 gjennomførte økonomen og tobarnsmoren Rocha kurset som kreves for at man skal kunne kalle seg flerkulturell doula. Siden har hun bistått sju polske kvinner før under og etter fødsler ved universitetssykehuset i Stavanger.

– Jeg kjente at dette var noe jeg brant for – å kunne hjelpe andre i en

sårbar situasjon. Det gir meg mye tilbake.

Store forskjeller

Rocha mener at Norge er blant verdens beste land å føde i, men mye er annerledes enn i Polen, noe hun opplever kan skape usikkerhet og frykt hos polske fødekvinner.

– Ofte kjenner de ikke språket og helsesystemet. De kan være i tvil om mange ting og lure på hvordan de skal kommunisere og forstå det som blir sagt, sier hun.

Blant forskjellene hun trekker frem, er hyppige undersøkelser hos gynekolog under graviditeten, flere



Støttespiller: En ny verdensborger ligger trygt i armene til jordmor Henriette Erga-Johansen på Stavanger universitetssykehus, der polskfødte Kasia Rocha (t.h.) til nå har støttet syv fødekvinne fra sitt eget hjemland som flerkulturell doula. Foto: Alf Ove Hansen

runder med ultralyd fra tidlig i forløpet og mange blodprøver og andre tester underveis.

– Man kan si at oppfølgingen er mer medisinsk orientert i Polen. I Norge brukes dessuten mindre keisersnitt og instrumentelle inngrep under selve fødselen. Man er mer oppatt av at kvinnen skal gjennomføre fødselen naturlig.

Rocha ønsker å kunne berolige og betrygge.

– Når jeg møter kvinnene før fødselen, forklarer jeg hvordan og hvorfor man gjør ulike ting i Norge og at dette er et veldig trygt land å føde i. Under selve fødselen støtter jeg dem i

deres ønsker, forklarer hva som skjer og kan ellers hjelpe med fødestillinger, pust, massasje og andre ting.

Rocha forteller at det gir henne mye tilbake å kunne bistå kvinnene som flerkulturell doula.

Økt risiko for komplikasjoner

Det er Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) som organiserer tilbudet med flerkulturell doula i samarbeid med en rekke helseforetak. Kristina Øien Sæhle er rådgiver og jordmor i NKS med ansvaret for ordningen.

– Utgangspunktet var et samhandlingsprosjekt mellom Kvinne-

klinikken og Tolkesentralen ved Oslo universitetssykehus, Oslo kommune og NKS i 2017, forteller hun.

Bakgrunnen for prosjektet var delt.

– Jordmødre opplevde frustrasjon på fødestuen når de ikke klarte å gi trygghet og opprette tillit til fødekvinne med minoritetsbakgrunn som verken kunne norsk eller engelsk, forteller Sæhle.

I tillegg viser forskning at enkelte grupper innvandrerkvinner har forhøyet risiko for komplikasjoner og dødfødsel, at de får mindre smertelindring i fødsel og oftere har fødselsdepresjon. ▶

– Vi sier ikke at flerkulturelle doulaer eliminerer all risiko, men mener de kan bidra til økt opplevelse av trygghet og ikke minst til mer likeverdige helsetjenester.

Mer kunnskap om akkurat dette får man forhåpentlig om ikke altfor lenge. Hanna Oommen er jordmor og ph.d.-stipendiat i et forskningsprosjekt ledet fra Sørlandet sykehus og Universitetet i Sørøst-Norge. Der ser man på effekten flerkulturell doula-støtte kan ha på innvandrerkvinneres fødselsutfall og bruk av helsetjenester.

Fryktet kostnad ved keisersnitt

Uten felles språk og kulturbakgrunn er det ikke alltid så lett å forstå hverandre i en hektisk og følelsesladet situasjon, som en fødsel kan være. Sæhle trekker frem noen eksempler.

– En flerkulturell doula fortalte meg at hun var tilkalt til sykehuset for å følge en kvinne i fødsel. Kvinnen hadde kommet inn med stor åpning, og barnet viste tegn til stress. Keisersnitt ble bestemt. Da ble fødekvinnen livredd for den store kostnaden hun trodde dette ville medføre. Doulaen fikk forklart og beroliget.

Sæhle forteller videre om en annen kvinne som bare gikk og ventet urolig på at jordmoren skulle strekke ut hånden og be om penger. I hennes hjemland var dette vanlig. En tredje hadde vært engstelig for at helsepersonell skulle bli sinte og slå for å roe henne ned.

– Tilliten til helsevesenet og helsepersonell er veldig lav hos mange.

Målgruppen for tiltaket er kvinner med kort botid, lite sosialt nettverk og begrensede norskkunnskaper.

Når en kvinne i målgruppen skal føde ved et sykehus som er med



«Tilliten til helsevesenet og helsepersonell er veldig lav hos mange.»

Kristina Øien Sæhle

Ingen erstatning for tolk

Sæhle er selv utdannet jordmor og har blant annet jobbet ni år ved helsestasjonen på Alna, en bydel i Oslo med høy innvandrersandel.

– Jeg har mye erfaring med brukergruppen og har sett hvor sårbare enkelte er. Hvor mye ekstra de kan trenge. Jeg kunne snakke og snakke, men likevel ikke klare å opprette den tilliten jeg gjerne skulle hatt.

Hun understreker at de flerkulturelle doulaene verken skal erstatte tolk eller omvendt.

Mest fra Afrika og Asia

I all hovedsak er tiltaket ment for kvinner som kommer fra land preget av konflikt, fattigdom og høy andel med lav helsekompetanse. Risikoen for komplikasjoner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid er statistisk sett høyere for kvinner fra slike land. Derfor har man valgt å kurse flerkulturelle doulaer som kan støtte denne gruppen spesielt.

I Stavanger og Kristiansand har de også hatt et pilotprosjekt der de ønsket å kurse noen få polske, flerkulturelle doulaer etter at de hadde fått tilbakemeldinger fra jordmødre om at enkelte kvinner fra Polen kunne befinne seg i en svært sårbar livs-situasjon. Krigen i Ukraina og flyktningstrømmen derfra har dessuten medført et behov for ukrainske, flerkulturelle doulaer.

Per nå har rundt 120 kvinner fra et tjuetalls land fullført 40-timers kurset man må gjennom for å kunne kalle seg flerkulturell doula. De fleste av dem har røtter i Afrika eller Asia. Polen og Ukraina er foreløpig de eneste europeiske landene som er representert. ■



VID vitenskapelige høgskole

Tettere på mennesket

Er du en som ønsker å
gjøre en forskjell?
Ta en utdanning innen
helse hos oss.



Finn ditt
studium her



VID

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80

 **MEDIYOGA®**

+VAKTROMMET

Utstyr til avdelingen?
Du finner alt du trenger for å fylle helsearbeider bagen på Vaktrommet.no

MIGENIC+
Navnsilt og utstys-dock
- 100% silikon
- Hygienisk
- Kan dekontamineres
- Flere farger



/vaktrommet

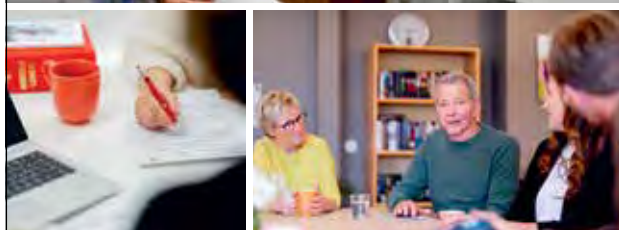
@vaktrommet

Vaktrommet AS

www.vaktrommet.no

post@vaktrommet.no

tel: 926 97 497



Får du spørsmål om livet med kreft?

Kreftforeningen har mange gratis tilbud til kreftsyke, pårørende og etterlatte.

Å være kreftsyk kan by på mange utfordringer i hverdagen, særlig i tiden etter et sykehusopphold. Da kan Kreftforeningen tilby praktisk hjelp, rådgivning, kurs og møteplasser rundt omkring i landet.

Les mer om tilbudene og hvor du finner dem på kreftforeningen.no/tilbud eller ring 21 49 49 21.



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG

Divisun[®]

kolekalsiferol

Fleksibel dosering med 3 ulike styrker for forebygging eller behandling av D₃-vitaminmangel

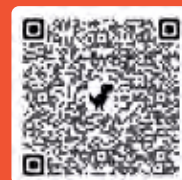


Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri.
- Kontraindisert ved nefrolitiasis, nefrokalsinose og hypervitaminose D.
- Nedsatt nyrefunksjon: Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon kan andre former for vitamin D være nødvendig. Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Effekt på kalsium-og fosfatnivået bør kontrolleres.
- Bør forskrives med forsiktighet ved sarkoidose og bør kontrolleres mht kalsiuminnhold i serum og urin.
- Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum kontrolleres og nyrefunksjonen kontrolleres ved målinger i serumkreatinin. Spesielt viktig hos eldre som bruker hjerteglykosider eller diuretika, og de med stor tendens til caculusdannelse.
- Divisun inneholder isomalt, sukrose og natrium.

Divisun (kolekalsiferol) 20µg, 50µg eller 100µg

- En gang daglig. Pasienters individuelle behov avgjør hvilken styrke som velges.
- Dosen skal justeres avhengig av ønskede serumnivåer av 25-hydroksykolokalsiferol (25(OH)D), sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens respons på behandlingen.
- Dagsdosen bør ikke overskride 100µg (4000 IE). Divisun 100µg, med delestrek for lettere å kunne svelges. Kan tas med eller uten mat, kan svelges hele eller knuses ved behov.
- Individuell refusjon for Divisun med blåreseptsoknad, ifølge § 5-14, blåreseptforskriften, sendes via tjenesteportalen for helseaktører. Kodene for individuell refusjon finner du ved å lese av QRkoden.¹



Oppbevaring: Maks 30°C, i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.

Pakninger og priser: Reseptgruppe C. Alle styrker inneholder 90 tabletter i blisterpakning. 20µg: kr 170,- 50µg: kr 355,30 og 100µg: kr 412,40.

Ytterligere informasjon preparatmtalen, SPC:

- Divisun SPC: 800 IE, 2000IE og 4000IE (30.06.2023)



Referanse: 1. Helsedirektoratet, rundskriv, stønad ved helsetjenester, vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten, sist faglig oppdatert: 08.08.2023

Viatris AS | Hagalokkveien 26, PB 194, 1371 Asker, Norway infonorge@viatris.com – www.D-vitaminmangel.no

Imponert: Ukrainske Iryna Maksakova er imponert over eldreomsorgen i Norge. Her med kollega Jenin Sagahun fra Filippinene og beboer Olaug Sigurdson.



Har med seg verdifull kompetanse

Flyktninger og innvandrere er blitt redningen i mange småkommuner. Og de bidrar med mer enn hender.

TEKST/ FOTO Elin Marie Fredriksen

Skjervøy helsesenter er mildt sagt flerkulturelt. Her fins ansatte fra Russland, Finland, Polen, Romania, Ukraina, Kongo, Syria, Thailand og Filipinene. Noen har arbeidsinnvandret, noen har kommet på grunn av kjærlighet, andre har flyktet fra krig.

På sykehjemmet i øykommunen som ligger flere timers kjøring nord for Tromsø, er 40 prosent av assistentene fra et annet land. De er blitt unnnværlige.

Ukrainske Iryna Maksakova er en av dem. I sommer ble hun utplassert for språktrening på sykehjemmet.

To måneder senere var hun i jobb som assistent. Med seg inn i jobben har hun 23 års erfaring som sykepleier fra Ukraina. Da krigen brøt ut, jobbet hun som oversykepleier i endoskopi på onkologisk avdeling på et militærssykehus i byen Kyiv.

Savner jobben i Kyiv

– Jeg savner jobben min veldig, og kollegene mine. Det var en veldig interessant jobb. Så allsidig og spennende. Jeg har mange gode minner.

– *Hvordan er det å være sykepleier og jobbe som assistent?*

– Det er litt rart fordi jeg har så mye erfaring. Her kan jeg ikke ta i

Trives på Skjervøy: Solange Mugisha studerte økonomi i Kongo, men i Norge vil hun gjerne bli sykepleier i eldreomsorgen. Iryna Maksakova (lengst til høyre) savner Ukraina og jobben der, men trives også godt i eldreomsorgen på Skjervøy.

«Jeg synes det er koselig å være med de gamle. Og en dag blir jeg gammel selv.»

Solange Mugisha



en tablett fordi jeg ikke har medisin-kurs. Men Norge har sine protokoller, og jeg må følge dem, sier hun.

Selv med mye erfaring og kompetanse som sykepleier, kunne hun lite om eldreomsorg og lærer daglig. Hun er imponert over kvaliteten på omsorgen, og hun er spesielt imponert over hvordan vi bruker teknolog i Norge for å forenkle jobb og rutiner.

– Vi skriver fortsatt på papir i Ukraina, sier hun og ler.

Kollega Solange Mugisha fra Kongo er også relativt fersk assistent. Hun liker alt ved jobben og gleder seg til hver vakt. I Kongo studerte hun økonomi, i Norge skal

hun bli helsefagarbeider. Og forhåpentligvis sykepleier etter det. Og hun vil jobbe i eldreomsorgen.

– Jeg ønsker å hjelpe de gamle. Jeg synes det er koselig å være med gamle. Og en dag blir jeg gammel selv og trenger hjelp. Det er viktig å ta godt vare på dem.

Hun har forstått at hun aldri vil bli arbeidsledig.

Helsetjenesten kan bryte sammen

Ingen sliter hardere med kabalene i helsevesenet enn småkommunene. En raskt økende eldrebefolkning, nedgang i fødselstall, nettoutflytting

og kraftig nedgang i yrkesaktive fører til at regnestykket snart blir umulig.

På toppen av dette taper de i kampen om fagfolk. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) kan behovet for helsepersonell i de minste kommunene i verste fall øke med 120 prosent frem mot 2040. Og ifølge helsepersonellkomisjonens rapport fra februar i 2023 vil et slikt scenario føre til at mange kommuners helse- og omsorgstjenester bryter sammen, og øvrig virksomhet som en følge av det.

Skjervøy kommune med sine 2804 innbyggere er en av dem og sliter allerede tungt. Åshild Hansen,



kommunalsjef for helse og omsorg, hadde ikke klart seg uten de mange ufaglærte innvandrerne. Hun har dem i alle avdelinger.

«De er veldig positive, de ønsker å lære, og de har med seg en god arbeidsmoral.»

Åshild Hansen, kommunalsjef

– Vi har ikke folk nok til å fylle opp vaktene, og vi har ikke nok kompetanse. Så vi er avhengige av denne arbeidskraften for å få kabalen til

å gå opp. Og så bringer de med seg noe veldig bra: De er veldig positive, de ønsker å lære, og de har med seg en god arbeidsmoral. Vi ser at de ønsker å bidra og å gjøre en forskjell, sier hun.

– Vi ser også at de har en veldig omsorg for de eldre og kanskje tar seg litt bedre tid enn de faste som opplever en mer hektisk hverdag. Det kan være både positivt og negativt. Det kan være at de ikke vet at de har litt dårlig tid og prioriterer tiden sin feil, men jeg tror også at det er en måte å kompensere for manglende språkforståelse – å vise omsorg og bruke tid.

Jobber med hjertet

– Hei Jenvald, har du lyst til å være med på stua? Vi skal feire bursdag.

Jenvald Kristiansen tar et godt tak i hånda til Jenin Sagahun. Han har ikke lyst å bli med på stua, men han vil gjerne at hun setter seg ned og tar en prat. Om de utenlandske pleierne har ha følgende å si: De må slutte å sette rullestolen hans på feil side. Det er mange han ikke forstår og som ikke forstår ham. Og det er ikke bestandig like greit.

Jenin Sagahun er fra Filippinene og utdannet sykepleier. Hun har gitt opp å skaffe seg norsk autorisasjon og har i stedet tatt fagprøve og fått

Kabalen: Virksomhetsleder på sykehjemmet Lill Hege Foley og kommunalsjef Åshild Hansen er bekymret for bemanningen.



autorisasjon som helsefagarbeider. Hun tror hun bringer med seg noe ekstra inn i eldreomsorgen.

– Jeg føler at de gamle er min familie – min mor og far, eller bestemor og bestefar.

– Kanskje har det med at vi på Filippinene tar vare på våre eldre hjemme. Vi har sykehjem, men vi sender dem ikke dit.

Personell med innvandringsbakgrunn utgjør hver femte ansatte i kommunehelsetjenesten. Fra 2016 til 2020 økte tallet med over 20 prosent, ifølge SSB. Ufaglærte og pleiemedhjelpere med noe utdanning utgjør nær halvparten.

Ifølge en forskningsartikkel om hvordan innvandrere opplever å jobbe i helse- og omsorgstjenesten har helsearbeidere med innvandrerbakgrunn mye til felles. Studien viser at de blir ansett som «fleksible og tilgjengelige» og mer villige til å ta tunge arbeidsoppgaver, overtid og ulempevakter. De beskrives også som «varmere» og «mer naturlige» omsorgsgivere sammenliknet med etnisk norske kolleger.

Kan være språkproblemer

Men studien viser også at det å ha en annen kulturell bakgrunn kan oppfattes som proble-

matisk, først og fremst på grunn av språk.

– Det er ikke til å unngå at det blir en del språkproblemer og misforståelser, sier sykepleier Bente Volden.

Både hun og kollega Andreas Bjelle opplever at det fører til misforståelser og avvik og merarbeid for dem og helsefagarbeiderne.

– Det kan være beskjeder som ikke blir forstått. Vi kan oppleve at de oppgir å ha gjort en oppgave, men så har de kanskje ikke forstått hva oppgaven var. Så det blir litt avvik, sier Bjelle.

– Er det et stort problem?

– Det er absolutt en utfordring.

– Hvordan kan dere unngå dette?

– Det bør kanskje stilles høyere krav til norskopplæring, men så er det jo en balansegang der – hvor mye skal man kreve før de kan slippe til i jobben? Man trenger jo arbeidskraften, helst i går.

Lill Hege Foley er virksomhetsleder på sykehjemmet og ser det samme: Manglende språkforståelse fører til at beskjeder blir misforstått og tiltak ikke blir utført eller utført feil. Hun forsøker å få ned avvik og merarbeid ved å gi tilpasset og individuell opplæring til hun stoler på at folk forstår jobben.

– Ser jeg potensial, får de mer opplæring. Og så er det å finne ut hva slags person dette er. Kanskje passer hun eller han bedre i demensavdelingen, som er roligere, og kanskje trenger de ikke å jobbe med absolutt alle beboerne? Vi er også blitt mer obs på dette med språk og flinkere til å gi direkte beskjeder og bli mer tydelige på hvem som har ansvaret og hva som skal gjøres. ■

Journalisten som har skrevet artikkelen, jobber av og til som vikar på Skjervøy helsesenter.



VISSTE DU AT de regionale helseforetakene anbefaler **Lokelma** (NATRIUM- ZIRKONIUM- SYKLOSILIKAT) som førstevalg i vedlikeholds- behandlingen av hyperkalemi fra 1. jan 2024?¹

NYHET
1. VALG ANBUD
2430a hyperkalemi¹

KORREKSJONSFASE

**ANBEFALT
STARTDOSE:**

**10 g x 3
/ dag***



til normokalemi er oppnådd

VEDLIKEHOLDSFASE

NYHET
RHF's 1. valg¹

**ANBEFALT
STARTDOSE:**

**5 g x 1
/ dag***



med mulighet for justering

KRONISK HEMODIALYSE

**ANBEFALT
STARTDOSE:**

**5 g x 1
/ dag***



på dager uten dialyse

* Hvis pasienten glemmer en dose, bør neste dose tas til planlagt tid

LOKELMA - KALIUMBINDER INDISERT FOR BEHANDLING AV HYPERKALEMI HOS VOKSNE^{2,3}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon: De vanligste bivirkningene er hypokalemi (4,1%) og ødemrelaterte hendelser (5,7%). Serumkaliumnivå bør monitoreres ved klinisk indikasjon også etter endring av legemidler som påvirker serumkaliumkonsentrasjonen (eks. ved RAASi eller diuretika) og etter at Lokelma-dosen er titrert. Monitoreringshyppighet vil avhenge av bl.a. andre legemidler, progresjon av kronisk nyresykdom og kaliuminntak i kosten. Ved alvorlig hypokalemi skal Lokelma seponeres og pasienten revurderes. Bruk under graviditet bør unngås.

LOKELMA (NATRIUMZIRKONIUMSYKLOSILIKAT) – VIKTIG INFORMASJON

Indikasjon: Behandling av hyperkalemi hos voksne.

Dosering: Korrigeringsfase: Anbefalt startdose er 10 g 3 ganger daglig. Når normokalemi er oppnådd bør vedlikeholdsdosering følges. Hvis normokalemi ikke oppnås etter 72 timer med behandling, bør andre behandlingsstrategier vurderes.

Vedlikeholdsfasen: Når normokalemi er oppnådd, skal den laveste effektive dose fastsettes. Anbefalt startdose 5 g 1 gang daglig. Ved behov kan dosen titreres opp til 10 g en gang daglig, eller ned til 5 g annenhver dag. Vedlikeholdsdosen bør ikke overskride 10g en gang daglig.

Kronisk hemodialyse: Lokelma skal kun gis på dager uten dialyse. Anbefalt startdose er 5 g en gang daglig. For å etablere normokalemi kan dosen titreres ukentlig opp eller ned, basert på predialytisk serum-kaliumnivå etter et langt interdialytisk intervall/LIDI. Dosen kan justeres med en ukes intervall, i trinn på 5 g, opp til en dose på 15 g en gang daglig på dager uten dialyse. Det anbefales å overvåke serum-kaliumnivå ukentlig under dosejustering.

Administrering: Doseposens innhold blandes med ca. 45 ml vann, og væsken drikkes mens den ennå er uklar.

Refusjon: H-resept

Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglig retningslinje og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Lokelma inngår i RHF anbefalinger til vedlikeholdsbehandling av hyperkalemi hos pasienter med kronisk nyresvikt eller hjertesvikt.

For legemidlene under skal denne rangeringen legges til grunn for de ulike doseringene:

1. valg: Natriumzirkoniumsyklosilikat (Lokelma, AZ) 5 g daglig / 10 g daglig
 2. valg: Patiromersorbitekskalsium (Veltassa, Vifor) 8,4 g daglig / 16,8 g daglig
- Der det foreligger en rangering, skal førstevalg benyttes i oppstart og medisinsk begrunnet endring av behandling. Vedtaket gjelder i perioden 01.01.2024 - 31.05.2026.

Pakninger og priser: 5 g 30 stk. (dosepose) kr. 3264,20; 10 g 30 stk. (dosepose) kr. 6492,10. **Reseptgruppe C.**

For fullstendig informasjon, les FK-tekst eller godkjent SPC på www.felleskatalogen.no for Lokelma. NO-11602-12-23-CVRM

HISTORISK DOM:

Pasient dømt til fengsel for rasisme mot sykepleiere

TEKST Nils Kr. Reppen

En pasient ble i Oslo tingrett dømt til fengsel for blant annet å ha slengt rasistiske uttrykk mot sykepleiere.

Tiltalte ble idømt 120 dagers fengsel, hvorav 30 dager er betinget og fradrag for to dager i varetekt. Dommen falt rett før jul i 2023 og er nå rettskraftig.

Pasienten ble dømt for til sammen 13 straffbare forhold, blant annet for hatefulle ytringer i andres nærvær.

Det er tiltalte dømt for å ha sagt til sykepleierne:

«Jævla neger», «Jævla svarting», «Din jævla neger, kom deg tilbake der du kommer fra» og «Deg skal jeg ta, din negersomalier».

I dommen står det:

«Det er ikke tvil om at utsagnene mot sykepleieren var diskriminerende og hatefulle ettersom ytringene forhånet sykepleieren på

grunn av hans hudfarge og nasjonale og etniske opprinnelse.»

Første gang

Uttalelsene fra tiltalte omfattes av straffelovens paragraf 185, den såkalte rasismeparagrafen. Det er første gang en pasient dømmes på dette grunnlaget i en norsk rett, etter hva Sykepleien erfarer.

Siden ytringene ikke ble fremsatt offentlig, reduseres strafferammen fra tre til ett års fengsel, står det i dommen. Retten mener at den riktige reaksjonen på dette forholdet er at det ilegges en bot. Men fordi tiltalte også dømmes til betinget fengsel for en rekke andre forhold, legger de til 15 dagers fengsel for brudd på rasismeparagrafen. ▶



Ulovlig: En beboer på Ullern helsehus er dømt til betinget fengsel for rasisme. Foto: Erik M. Sundt

Hendelsene fant sted på Ullern helsehus i Oslo.

Grov personsjikane

Vedkommende dømmes til 45 dagers fengsel for grov personsjikane basert på to av sykepleiernes hudfarge og etniske opprinnelse. Utsagnene omfattet trusler om fysiske integritetskrenkelser og kasting av gjenstander og mat.

Straffen reduseres noe fordi to sykepleiere ved Ullern helsehus mente at plasseringen av den tiltalte på demensavdelingen var uegnet og utilstrekkelig ut fra pasientens behov for helsehjelp.

Fordi tiltalte sitter i rullestol anser retten at vedkommende ikke kan gjennomføre truslene han har fremsatt. Men det begrenser ikke den frykten tiltalte har skapt for dem som har hørt hva han har sagt.

Opplærende effekt

Leder av Organisasjonen mot offentlig diskriminering (OMOD), Akhenaton de Leon, sier til Sykepleien at denne dommen skaper presedens.

– Dommen kommer til å ha en oppdragende og opplærende effekt, mener de Leon.

Han mener at arbeidsgivere nå har fått et juridisk dokument de kan bruke for å støtte sine ansatte som utsettes for rasisme i helsevesenet.

– Vi må slutte å bagatellisere rasisme i arbeidslivet. Denne dommen gir økt rettssikkerhet for alle i helsevesenet og andre bransjer, sier de Leon.

– Sykepleiere har jo et dilemma på grunn av taushetsplikten, hvordan løser man det?

– Dokumentasjon er viktig. Man må filme, ta opp lyd eller ha vitner i

slike saker, om man skal vinne dem i rettsapparatet.

Han understreker at du har rett til å ta opp en samtale du selv er endel av.

– Det er også viktig å huske på at man ikke alltid må gå til retten med slike saker. Nå kan vi bruke den dommen som et verktøy overfor dem som ikke forstår at dette er straffbart. ■

FAKTA

«RASISMEPARAGRAFEN»
- § 185. HATEFULLE-
YTRINGER

Slik lyder lovteksten:

Med bot eller fengsel inntil 3 år straffes den som forsettlig eller grovt uaktsomt offentlig setter frem en diskriminerende eller hatefull ytring. Som ytring regnes også bruk av symboler. Den som i andres nærvær forsettlig eller grovt uaktsomt fremsetter en slik ytring overfor en som rammes av denne, jf. annet ledd, straffes med bot eller fengsel inntil 1 år. Med diskriminerende eller hatefull ytring menes det å true eller forhåne noen, eller fremme hat, forfølgelse eller ringeakt overfor noen på grunn av deres

- hudfarge eller nasjonale eller etniske opprinnelse
- religion eller livssyn
- seksuelle orientering
- kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk
- nedsatte funksjonsevne

Kilde: Lovdata



JONAS DEBESAY

Assisterende redaktør og professor, Sykepleien Forskning og Oslomet – storbyuniversitetet



ELISABETH WILLE

Studieleder, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet



SANJANA ARORA

Forsker, Senter for interkulturell kommunikasjon, VID vitenskapelige høyskole

NØKKELOD

- Migrasjon
- Helse
- Diskriminering
- Innvandrere

DOI-NUMMER

10.4220/Sykepleiens.2024.94247

HOVEDBUDSKAP

Strukturell diskriminering i helse-tjenesten foregår indirekte og bidrar til et dårligere helsetilbud til personer med minoritetsbakgrunn. Hverdagsrasismen er mer direkte og er et tydelig arbeidsmiljøproblem som får lite oppmerksomhet av ledere i helseinstitusjoner. For å realisere ambisjonen om et likeverdig helsetjenestetilbud til alle, og for å skape et trygt flerkulturelt arbeidsfellesskap blant helsepersonell, er det avgjørende å sette søkelys på både strukturell rasisme og hverdagsrasisme.

Rasisme kan være en utfordring for pasienter og helsepersonell

Åpenlys diskriminering er lite utbredt i helsevesenet, men den strukturelle formen eksisterer. Den skaper helseulikhet blant pasienter med minoritetsbakgrunn.

Antallet innbyggere som har migrantbakgrunn i Norge, utgjorde 1 million i 2023 (20 prosent av befolkningen). Tallet innbefatter både innvandrere (16 prosent) og deres etterkommere (4 prosent) (1). Forskning tyder på at rasisme og diskriminering av personer med migrantbakgrunn forekommer på mange ulike områder i det norske samfunnet (2–6).

Oftest skjer diskriminering ute på gata, i skolen, i arbeidsmarkedet, i boligmarkedet eller i møte med offentlige kontorer (7). Om lag fire av ti innvandrere oppgir at de har opplevd diskriminering hovedsakelig som følge av etnisk bakgrunn, hudfarge eller religion. Halvparten av etterkommerne deres har opplevd det samme (8).

Diskriminering kan ha alvorlige psykologiske konsekvenser. ►



Migranter som har opplevd diskriminering, rapporterer for eksempel dobbelt så ofte om psykiske plager enn dem som ikke har erfart diskriminering (9). Myndighetene har følgelig fastslått at diskriminering er en alvorlig samfunnsutfordring (10) og et hinder for vellykket integrering og deltakelse i samfunnet (11).

Verdigrunnlaget i helsevesenet er tuftet på likeverd og rettferdig fordeling av helsetjenestene (12). Helseprofesjoner er forpliktet av lovverk og etiske retningslinjer og skal yte helsehjelp som ivaretar menneskets iboende verdighet, uavhengig av pasientenes alder, hudfarge, kulturell tilhørighet eller etnisitet (13, 14).

I denne artikkelen ser vi nærmere på hvordan rasisme og diskriminering likevel kan være en utfordring for pasienter og ansatte i helse-tjenesten. Vi belyser noen former for diskriminering som både pasienter og helsepersonell blir utsatt for som følge av sin etniske, kulturelle eller religiøse bakgrunn.

Hvordan kan vi forstå dagens rasisme?

Når pasienter eller helsepersonell opplever rasisme i Norge, handler det oftest ikke om den rasismen vi forbinder med tidligere apartheid i Sør-Afrika eller raseskillepolitikken i 1940–60 årenes USA.

Det handler altså sjelden om villet og åpenlys diskriminering, men snarere om en systematisk, vedvarende og ofte subtil form for forskjellsbehandling som personer med etnisk minoritetsbakgrunn opplever, og som går under navnet hverdagsrasisme (15).

Hverdagsrasisme kan fortone seg som mindre respektfull behandling

på offentlige steder, nedsettede kommentarer, blikk, fysisk distansering eller trusler og trakassering rettet mot personer med minoritetsbakgrunn.

I mange tilfeller kan diskriminering ofte skje ubevisst og utilsiktet. Handlingen har sammenheng med sosialt innlærte fordommer og en manglende evne til å gjennomskue handlingens diskriminerende resultat (16).

Strukturell rasisme kan være vanskelig å få øye på

En annen form for diskriminering og rasisme som ofte er vanskelig å få øye på, er den strukturelle rasismen. Denne typen rasismen fremtrer gjennom rutiner, retningslinjer og beslutninger i organisasjoner, men også gjennom sosiale og politiske oppfatninger i samfunnet. Resultatet er at disse «usynlige», dagligdagse tatt-for-gitt-strukturene bidrar til å redusere sosialt stigmatiserte personers tilgang til muligheter og ressurser i samfunnet (16).

Rasisme og diskriminerende praksiser forblir i mange tilfeller usynlig, til tross for de alvorlige konsekvensene det kan få. Rasisme og diskriminering er innbakt i kjente og tilsynelatende uskyldige praksiser og oppfattes derfor kun som «kulturelle misforståelser» (15).

«I mange tilfeller kan diskriminering ofte skje ubevisst og utilsiktet.»

Strukturell rasisme og hverdagsrasismen er subtil og skjult i samfunnsstrukturen og således mindre gjenstand for offentlig debatt.

Manglende bevissthet om denne formen for moderne rasisme kan bidra til mindre tilgang og lavere kvalitet på helsetjenestene for minoritetspasienter. Det kan også gi dårligere arbeidsforhold for helsepersonell med minoritetsbakgrunn.

Hvordan rammes pasienter av rasisme?

Diskrimineringen som minoritetspasienter står overfor, dreier seg stort sett om det vi har omtalt som strukturell rasisme. I konkrete tilfeller kan det bety at ulike tilfeller behandles likt, mens like tilfeller behandles ulikt.

Strukturell eller indirekte forskjellsbehandling kan for eksempel føre til et dårligere helsetjenestetilbud for minoritetspasienter med manglende helsekompetanse, om ikke informasjonen blir tilrettelagt med oversettelse eller bruk av tolk (17).

Forskjellsbehandlingen kan også skyldes ulike forståelser av helse og sykdom, og at pasienter og helsepersonell har ulike forventninger. Personalet kan også ha en følelse av å være uforberedt på å jobbe med bestemte grupper, som for eksempel flyktninger med psykiske helseproblemer. Det bidrar til negativt utfall for pasientene (18). Pasienter som ikke behersker norsk språk, til tross for at de har bodd lenge i landet, kan være utsatt for myten om manglende vilje eller ønske om å lære seg språket.

At helsepersonell irriterer seg over situasjonen, noe som oftest rammer eldre kvinner, bunner ofte i undervurderingen av hvor vanskelig det er å lære språk i voksen alder når man i tillegg har få arenaer for sosialisering med majoritetsbefolkningen utenfor hjemmet (19).



Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

Mangel på informasjon og veiledning går igjen

En litteraturgjennomgang som kartlegger diskriminering i offentlig sektor (20), peker på noen andre former for diskriminering i helsetjenesten. Forfatterne trekker for eksempel frem undersøkelser som tyder på at etniske minoritetskvinner og familier mottar mangelfull fødselsomsorg.

Det er særlig mangel på informasjon og veiledning som går igjen. Et eksempel er forsømmelse av genetisk veiledning til familier som venter eller har barn med nedsatt funksjonsevne, noe som skjer på grunn av tidspress og manglende bruk av kvalifisert tolk.

Andre (21) har påpekt ytterligere forskjeller i helseutfall mellom minoritetspasienter og majoritetspasienter som ikke kan forklares av medisinske faktorer alene. Forfatterne trekker for eksempel frem studier som viser større risiko for keisersnittforløsning blant minoritetskvinner i Norge, særlig for kvinner fra Afrika sør for Sahara.

Risikoen for akutt keisersnitt er høyere enn for norskfødte kvinner.

«Det er lite åpenbar og tilsiktet diskriminering å spore i helsetjenesten.»

I enkelte minoritetsgrupper i Norge er det videre dokumentert høyere forekomst av dødfødsel og død i nyfødtp perioden. Studiene tyder også på at fødende kvinner fra land sør for Sahara i langt mindre grad blir tilbudt og får smertestillende, for eksempel epidural, i forbindelse med vaginal fødsel (20).

Rasisme oppleves også i mer subtile former

På et mellommenneskelig plan utsettes minoritetspasienter for rasisme i form av nedsettende kommentarer og andre uttrykk for åpenbar diskriminering i møte med helsevesenet (22). Rasisme oppleves også i mer subtile former gjennom stereotypier og fordommer om minoritetsgrupper, noe som deretter former måten helsepersonell oppfatter og behandler dem på.

Denne diskrimineringen bunner ofte i fordommer om minoritetsetniske personer som misbrukere av sykefravær eller velferdssystemet, eller at de «overdriver» smertene sine under behandling. Minoritetspasienter kan derimot føle at de må fortelle om smertene flere ganger for å bli tatt på alvor. Det fører til en ond sirkel av misforståelser og mistillit mellom pasient og helsepersonell (6)

Mye tyder på at diskrimineringen som fører til negativt helseutfall for minoritetspasienter, hovedsakelig er knyttet til eksisterende retningslinjer for behandling. Verken pasienter eller helsepersonell avdekker slike normer og praksiser i det daglige.

Det er lite åpenbar og tilsiktet diskriminering å spore i helsetjenesten. Dette samsvarer godt med undersøkelser av selvpopplevd diskriminering blant personer med migrantbakgrunn. Selv om det var noe variasjon mellom migrantgruppene, rapporterer personer med migrantbakgrunn om lite selvpopplevd forskjellsbehandling (6 prosent) i møte med helsevesenet, sammenliknet med situasjonen på

arbeidsplassen (28 prosent) eller i utdanning (15 prosent) (7).

Det er altså ikke motvilje eller villet diskriminering som skaper helseulikhet blant minoritetspasienter. Mest sannsynlig skjer det som et resultat av manglende kartlegging av behov og tilrettelegging for en mer heterogen brukergruppe. Gitt helseulikhetenes potensielt alvorlige konsekvenser for pasientene er det helt avgjørende å identifisere den indirekte og strukturelle forskjellsbehandlingen i helsetjenestene.

Rasisme mellom kolleger eller fra leder ble kartlagt

Helsevesenet i Norge sysselsetter mange med minoritetsetnisk bakgrunn, og tjenesten ville hatt store rekrutteringsutfordringer uten denne arbeidskraften (23). Samtidig opplever mange diskriminering på jobben. Sykepleien gjennomførte i 2020 en kartlegging (24) av diskriminering blant helsepersonell ved hjelp av spørreskjemaer som ble sendt til medlemmene i Norsk Sykepleierforbund.

Kartleggingen avdekket at en av fire har opplevd at kolleger er blitt diskriminert på jobb. Over halvparten av diskrimineringstilfellene handlet om pasienter, mens i fire av ti tilfeller var det en kollega som sto bak. Årsakene som ble oppgitt for diskrimineringen, var blant annet hudfarge, nasjonalitet eller religion.

Studier viser at helsepersonell opplever at pasienter nekter helsehjelp når helsepersonellet ikke oppfattes som «norsk», enten på grunn av hudfarge eller andre ytre kjennetegn. Helsepersonell har opplevd ubehagelige kommentarer knyttet til sin etniske bakgrunn fra pasienter og pårørende (25).

«Det er nødvendig å sette søkelys på den åpenbare hverdagsrasismen som i stor grad rammer helsepersonell.»

Enkelte følte seg «ubrukelige» når de ved flere anledninger fikk høre at de var uønsket. De opplevde det som krevende å balansere mellom en profesjonell rolle og egne følelser som individ. Til tross for kollegenes og ledernes oppfordring om å ikke ta det personlig eller se bort fra pasientenes uhyggelige kommentarer ble påkjenningene ofte emosjonelt krevende (26).

Mange sykepleiere varslet ikke om diskriminering

I Sykepleiens kartlegging ble det rapportert at om lag en av fire ledere har diskriminert medarbeidere. To

av tre sykepleiere som opplevde diskriminering, varslet ikke om det (24). Arbeidsmiljøproblemene som helsepersonell med minoritetsbakgrunn utsettes for, tyder på at hverdagsrasisme på arbeidsplassen ikke tas alvorlig nok.

Mulige forklaringer kan være at det er lite bevissthet om hverdagsrasisme blant ledere, og at temaet oppleves som følsomt og vanskelig å ta opp i et arbeidsfellesskap. Ansattes manglende rapportering av diskriminering til ledere kan også ha sammenheng med risikoen for å bli oppfattet som uprofesjonelle, særlig dersom det dreier seg om trakassering fra pasienter med kognitiv svikt eller deres pårørende.

Dersom ansatte som rapporterer om diskriminering, frykter å bli oppfattet som «problemet» av de andre, er det lite overraskende at de unnlater å varsle om arbeidsmiljøproblemene. Ulempen er at trakassering og diskriminering på bakgrunn av

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima®
produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



etnisk bakgrunn forblir et uløst arbeidsmiljøproblem (25).

Ledere må ha tilstrekkelig kompetanse

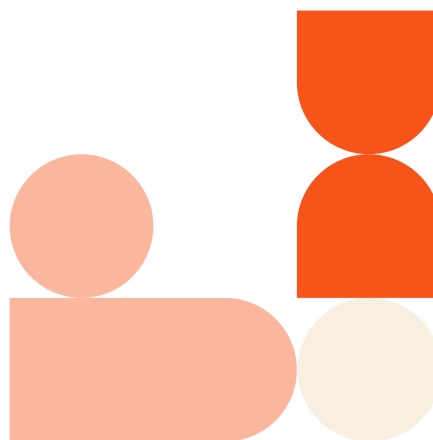
Konsekvensene av diskriminering på arbeidsplassen kan fortone seg som et forbigående eller vedvarende ubehag, men det kan også bidra til at ansatte med minoritetsbakgrunn ønsker å forlate yrket (24).

Derfor må tjenestene prioritere å identifisere minoritetsansattes utfordringer, skape et trygt miljø for informasjonsdeling og sikre et godt og flerkulturelt arbeidsfelleskap. Ledere må ha tilstrekkelig kompetanse slik at de føler seg trygge på å håndtere sensitive arbeidsmiljøutfordringer som er knyttet til rasisme (25).

Diskriminering og rasisme er en alvorlig samfunnsutfordring. Helsetjenestene er en samfunnsarena som har relativt lite åpenlys og tilsiktet diskriminering, mens den strukturelle tatt-for-gitt-formen for diskriminering eksisterer og skaper helseulikhet blant pasienter med minoritetsbakgrunn. Rasismen som helsepersonell opplever, er derimot en større utfordring.

Det er nødvendig å sette søkelys på den åpenbare hverdagsrasismen som i stor grad rammer helsepersonell, men også de tilsynelatende nøytrale rutinene, praksisene og retningslinjene som bidrar til at personer med minoritetsbakgrunn får dårligere helsetilbud. ■

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre [Internett]. Oslo: SSB; 2023 [oppdatert 6. juni 2023; hentet 6. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre> (nedlastet 12.12.2023).
2. Midtbøen AH, Rogstad JC. Diskrimineringsomfang og årsaker: Etniske minoriteters tilgang til norsk arbeidsliv. Oslo: Institutt for samfunnsforskning; 2012. Rapport nr. 2012: 1. Tilgjengelig fra: www.imdi.no/contentassets/a5b5a2d62b424ee9aad5a718ac468a7f/rapport-2012-diskrimineringsomfang-og-arsaker (nedlastet 12.12.2023).
3. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):125. DOI: 10.1186/s12939-019-1027-x
4. Kunst JR, Phillibert EN. Skin-tone discrimination by Whites and Africans is associated with the acculturation of African immigrants in Norway. *PLoS One*. 2018;13(12):e0209084-e. DOI: 10.1371/journal.pone.0209084
5. Ellefsen R, Banafsheh A, Sandberg S. Resisting racism in everyday life: from ignoring to confrontation and protest. *Ethnic and Racial Studies*. 2022;45(16):435-57. DOI: 10.1080/01419870.2022.2094716
6. Arora S, Straiton M, Rechel B, Bergland A, Debesay J. Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway. *Soc Sci Med*. 2019;239:112555. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112555
7. Statistisk sentralbyrå (SSB). Levekår blant innvandrere i Norge. Oslo: SSB; 2017. Rapport 2017/13. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?ts=177710ad90 (nedlastet 12.12.2023).
8. Opphøyen MS. En av fem opplever diskriminering. Oslo: Statistisk sentralbyrå (SSB); 7. november 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/en-av-fem-opplever-diskriminering> (nedlastet 12.12.2023).
9. Kjøllestad MKR, Straiton M, Øien-Ødegaard C, Aambo A, Holmboe O, Johansen R, et al. Helse blant innvandrere i Norge: levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet (FHI); 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvandrere-i-norge-levekårsundersøkelse-blant-innvandrere-2016/> (nedlastet 12.12.2023).
10. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Handlingsplan mot rasisme og diskriminering – ny innsats 2024–2027. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet; 23. november 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-rasisme-og-diskriminering-ny-innsats-20242027/id3015471/> (nedlastet 12.12.2023).
11. NOU 2017:2. Integrasjon og tillit: Langsiktige konsekvenser av høy innvandring. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2017.
12. Meld. St. 28 (2020–2021). Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021.
13. Den norske legeforening. Etniske regler for leger. Oslo: Den norske legeforening; 2021. Tilgjengelig fra: <https://normaltariffen.legeforeningen.no/book/Fastlegetariffen-2023-2024/m-22> (nedlastet 12.12.2023).
14. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere> (nedlastet 12.12.2023).
15. Essed P. Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory. 1. utg. Thousand Oaks: SAGE; 1991.
16. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res*. 2019;54:1374–88. DOI: 10.1111/1475-6773.13222
17. Tveit SKM, Sandset T, Michelet KM. Kunnskapsoppsummering om rasisme og diskriminering: Hva vet vi, blindsoner og veien videre. Oslo: Minotek; 2022. Tilgjengelig fra: https://minotek.no/wp-content/uploads/2022/08/MINOTENK_lavoppl.pdf (nedlastet 12.12.2023).
18. Harris SM, Binder P-E, Sandal GM. General practitioners' experiences of clinical consultations with refugees suffering from mental health problems. *Front Psychol*. 2020;11:412. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00412
19. Debesay J, Slettebø Å. Profesjonsutøvelse i møte med etniske minoriteter. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 127–43.
20. Bangstad S, Rønningen NA, Larsen EN, Sandset T, Massao PB. Kartlegging av rasisme og diskriminering i møte med Oslo kommune. Oslo: Institutt for kirke- religions- og livssynsforskning (KIFO); 2022. Tilgjengelig fra: https://www.kifo.no/wp-content/uploads/2022/05/Kartl_ras_Oslo_k_rapport_m_omsl.pdf (nedlastet 12.12.2023).
21. Alnæs-Katjavivi P. Healthcare professionals: a significant variable? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2023;143(2). DOI: 10.4045/tidsskr.23.0019
22. Pettersen RJ, Debesay J. Substance use and help-seeking barriers: a qualitative study of East African migrants' experiences of access to Norwegian healthcare services. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):107. DOI: 10.1186/s12913-023-09110-6
23. Helsedirektoratet. Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten> (nedlastet 12.12.2023).
24. Bergsagel I. Sykepleiere diskrimineres på grunn av hudfarge: «Pasienten ville ikke bli stilt av svarte folk». Oslo: Sykepleien; 2. september 2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/08/sykepleiere-diskrimineres-pa-grunn-av-hudfarge-pasienten-ville-ikke-bli-stelt-av-svarte> (nedlastet 12.12.2023).
25. Debesay J. Heterogenitet og likeverdige helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*. 2022;8(2):130–6. DOI: 10.18261/fo.8.2.10
26. Kvernens B. «Jeg vil ikke bli stelt av en utlending» [masteroppgave]. Oslo: Campus Oslo; 2020.

Drømmer du om å bli en Kosmetisk Dermatologisk Sykepleier? Da er Senzie Akademiet skolen for deg

Vi på Senzie har videreutdannet over 1000 sykepleiere, og vår lidenskap er å utdanne sykepleiere med fokus på bred kunnskap og behandlinger som gir naturlige resultater!

Hva kommer du til å lære?

Studiet er dyptgående innenfor dermatologi, hud- og kosmetiske behandlinger. Bl.a. Avansert hudpleie, injeksjoner med ulike produkter som filler, Mesoterapi, Biostimulatorer og Toxin behandling. Du lærer ulike laser og laserbehandlinger. Last ned studieplan her: www.senzie.no

Hvordan er studiet lagt opp?

All teori er nettbasert og kan gjøres hjemmefra. Vi har også et stort bibliotek med videoer etc på vår plattform. Du møter på praktisk samling 3 dager pr. Mnd. I 8 måneder + en samling som Trainee i klinikk.

Lær fra de beste!

Vi bruker meget anerkjente forelesere på studiet fra både det offentlige og private helsevesenet. Kunnskap og kompetanse er verdier som vi står for, og vi jobber hardt for at våre studenter skal ha tilgang til de beste i bransjen!

Tilleggsprogrammer!

Vi har 2 programmer som er integrert inn i vårt KDS studie:

- 1- **Senzie Trainee** - Praktisk program hvor du får praktisere på en ekte klinikk før endt studie
- 2- **Senzie Business** - Lær hvordan man åpner og drifter egen klinikk



senzie
akademiet

Tlf.: 911 007 99 | www.senzie.no



VESTFOLD
HUDAKADEMI

KLINISK ESTETISK LEGE NY UTDANNING 2024

En utdanning med internasjonal godkjenning tilpasset leger. Med fokus på ikke-kirurgiske, avanserte estetiske behandlinger som:

- High-Intensity Focused Ultrasound (HIFU)
- Femme V (Vaginal Oppstramming)
- Fotodynamisk Lysteknologi
- Platerik Plasma (PRP, PRF & Biofiller)

Andre populære utdannelser:

- Kosmetisk Sykepleier
- Dermatologisk Kosmetisk Hudpleier
- Autorisert Fotterapeut (fører til HPR nummer)

+47 951 00 442 / 944 48 465

INFO@VESTFOLDHUDAKADEMI.NO

WWW.VESTFOLDHUDAKADEMI.NO



ITEC



VTCT



Ofqual



CANOMINI FUKTIGHETSKREM FOR TØRR OG ATOPISK HUD

Mild og lindrende for barn som klør¹⁻³

MYKGJØR HUDEN OG STYRKER
HUDBARRIEREN²

SELVKONSERVERT -
UTEN KONSERVERINGSMIDLER²

KUN PÅ APOTEK



20 % GLYSEROL
+
2 % KARBAMID

Kan kjøpes reseptfritt på apotek.
Kremene kan søkes dekket av Folketrygdløven § 5.22.

ACO

APOTEKENS COMPOSITA
SINCE 1939

Referanser: 1. Canomini Preparatomtale, punkt 4.1, Canomini «ACO HUD» - Felleskatalogen. 2. Canomini Preparatomtale, punkt 5.1, «ACO HUD» - Felleskatalogen. 3. Danby SG et al., Clin Exp Dermatol. 2022;47(6):1154-1164

Canomini 20 mg/g + 200 mg/g krem (karbamid (urea) + glyserol). OTC. ATC: D02AE51. Indikasjon: Til behandling av tørr hud hos voksne og barn. Forpakninger: 100 g tube og 500 g pumpeflaske. Dosering: Krem smøres inn minst to ganger daglig, helst etter at huden har vært i kontakt med vann. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Fullstendig forskrivningsinformasjon og pris finnes på www.felleskatalogen.no. Dato for gjennomgang av preparatomtale 17.11.2021. ACO Hud Nordic AB www.perrigo.no MAT-0307.2024/01

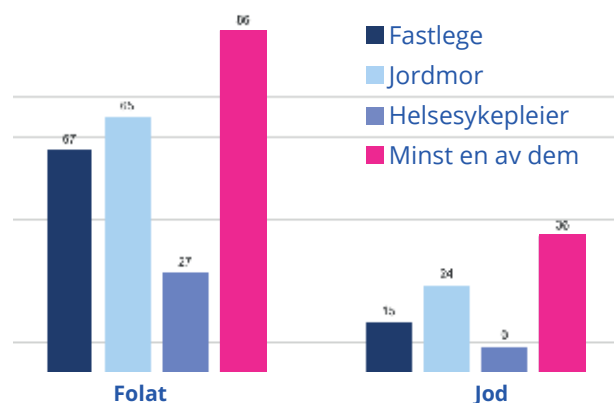
Snakk med **gravide** og **ammende** om **nok jod** i kostholdet

«Spiser du fisk? Driker du melk?» Det trenger ikke være så vanskelig å avdekke om den gravide eller ammende, og dermed også barnet, står i fare for å få i seg for lite jod.

Over halvparten av norske gravide og ammende får ikke i seg nok jod fra kostholdet. **De største kildene til jod i kostholdet er melk, meieriprodukter og hvit fisk.** For lite jod hos mor kan få negative konsekvenser for barnet, slik som negativ effekt på kognitiv utvikling.

Mange kvinner vet ikke at jod er viktig, men helsepersonell kan bidra til trygg informasjon.

En nyere undersøkelse avdekket at blant kvinner som hadde fått barn i løpet av de siste tre årene svarte 86 % at de hadde fått informasjon om folat fra helsepersonell i svangerskapsomsorgen*. **For jod var tallet så lavt som 36 %.** Dette må bli høyere!



Det å spørre om den gravide eller ammende spiser fisk eller drikker melk kan fange opp om kvinnen står i fare for å få for lite, samt sette i gang en verdifull samtale om kosthold.

Undersøkelsen viste også at kjennskapen var høyest blant dem med høyere utdanning, og lavere hos dem med lav utdanning (66% vs. 33%).

Ved å følge Helsedirektoratets kostråd om 3 porsjoner magre meieriprodukter hver dag og et regelmessig inntak av fisk, kan man klare å få i seg nok jod som gravid eller ammende. **2 av 3 meieriprodukter bør være melk, yoghurt eller syrnet melk, da disse er ekstra gode kilder til jod.**

Les mer om jodmangel og prøv
vår Jodkalkulator ved å scanne
QR-koden med mobilkameraet.



* Landsrepresentativ undersøkelse utført av Norstat på vegne av Opplysningskontoret for Meieriprodukter (Melk.no) i 2022.



melk.no Opplysningskontoret
for Meieriprodukter



opplev norge

med oss.

Gladmatfestival i Stavanger? Midnattsol og pulserende uteliv i Tromsø? Verdens sterkeste malstrøm i Bodø? Hvite strender og surfing i Lofoten? På ski fra fjell til fjord i Lyngsalpene? Eller hyggelige småbyer langs Telemarkskysten?

Vi har sommerjobber over hele Norge. Ta kontakt og la sommeren 2024 bli din beste sommer!

Kontakt oss på: care@randstad.no

randstad.no/helse | care@randstad.no | +47 400 21 400





ABDALLAH ABUDAYYA

Førstemanuensis,
Institutt for sykepleie,
VID vitenskapelige
høgskole

NØKKELOD

- Flerkulturell
- Internasjonalt samarbeid
- Kulturell kompetanse

DOI-NUMMER

10.4220/Sykepleiens.2023.93947

HOVEDBUDSKAP

Denne fagartikkelen dykker inn i morsomme situasjoner og kulturelle barrierer som en internasjonalt utdannet sykepleier kan møte i det norske helsevesenet. Gjennom eksempler utforsker jeg hvordan disse opplevelsene kan skape humor, fremme kulturell forståelse og styrke samarbeidet i hjemmesykepleiemiljøet.

Kulturelt mangfold kan skape humor og bygge broer i helsevesenet

Som migrantsykepleier kan man oppleve situasjoner der språkbarrierer eller kulturelle forskjeller fører til svært komiske øyeblikk eller misforståelser.

At sykepleiere migrerer internasjonalt, er et vanlig globalt fenomen. Til tross for at antallet lokalt utdannede sykepleiere i medlemslandene til Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) øker, har andelen internasjonalt utdannede sykepleiere økt jevnt de siste tiårene i Australia, New Zealand, Canada og USA (1).

I 2017 utgjorde internasjonalt utdannede sykepleiere over 26 prosent av arbeidsstyrken innen sykepleie i New Zealand. For Sveits, Australia og Storbritannia var andelen mellom 14 og 25 prosent (1). Utviklingsland er avhengig av migrantsykepleiere for å møte sykepleiermangelen, og det fører til kulturelt dynamiske helsearbeidsplasser. ▶





Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

Det finnes et omfattende utvalg av litteratur der forskere har undersøkt ulike aspekter ved sykepleiermigrasjon. Trender og motivasjoner, rekruttering og bosettingsopplevelser samt akkulturasjon til det nye landet er blitt utforsket.

I Norge har Nav anslått at det nå mangler 5900 sykepleiere og 600 spesialsykepleiere (2–3). Videre beregninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (4) tyder på at mangelen på helsefagarbeidere og sykepleiere vil øke i årene frem mot 2035 (5).

Som internasjonalt utdannede sykepleiere møter vi mange ulike utfordringer når vi jobber i fremmede land. Kulturelle forskjeller identifisert som et vanlig hinder. For å skape et inkluderende arbeidsmiljø er det viktig å forstå de krysskulturelle utfordringene vi står overfor, spesielt når vi praktiserer i land med ulike kulturelle holdninger og tro (6–9).

JEG FIKK NOEN OVERRASKELSER

Jeg ble født i Gaza, studerte

sykepleie i kairo og spesialiserte meg i Italia. Som sykepleier med bakgrunn fra et annet land har jeg personlig opplevd en rekke situasjoner som både har sjokkert og underholdt meg mens jeg har tilpasset meg det norske helsevesenet.

Overgangen til et nytt helsevesen kan være utfordrende, spesielt med

«Som hjemmesykepleier i Norge fikk jeg sjokk da jeg oppdaget at flere eldre hjemmeboende bor alene.»

tanke på de kulturelle forskjellene, arbeidsmetodene og forventningene til helsepersonell, som varierer fra land til land. Disse erfaringsøyeblikkene har gitt meg verdifull insikt i både det norske helsevesenet og den kulturelle konteksten rundt helsearbeidet.

Som hjemmesykepleier i Norge fikk jeg sjokk da jeg oppdaget at flere

eldre hjemmeboende bor alene og har en liten kontakt med pårørende eller familiemedlemmer. Mange har ingen pårørende og lite sosialt nettverk.

Det er motsatt av kulturen i landet jeg kommer fra. Der bor de eldre sammen med familien og får all den støtten og pleien de trenger. I hjemlandet mitt er det forbundet med skam å sende foreldre på sykehjem.

En helt vanlig dag på jobben besøkte jeg en eldre kvinne som jeg har fulgt opp som hjemmesykepleier. Mens jeg utførte oppgavene mine og snakket med henne, begynte vi å prate om familien hennes og nettverket av støttepersoner. Til min store overraskelse fortalte hun meg at hun ikke har noen pårørende som kan bistå med hjelp eller omsorg. Det er ikke det første tilfellet jeg har støtt på.

Å BO ALENE UTEN PÅRØRENDE KAN GI UTFORDRINGER

Jeg har lagt merke til liknende situasjoner blant mine andre eldre pasienter. Det har vært sjokkerende, ettersom jeg har vært vant til å se

sterke familiebånd og tett samhold i kulturen jeg kommer fra. Denne oppdagelsen åpnet øynene mine for den virkeligheten mange eldre i Norge står overfor. Et økende antall eldre mennesker bor alene uten pårørende, og det kan skape følelser av ensomhet og isolasjon (10).

Som innvandrer og hjemmesykepleier ble jeg konfrontert med en dobbelhet, nemlig innvandringsutfordringer og det å stå alene uten familie i eldre år. Disse eldre menneskene har kanskje mistet sine kjære eller familiemedlemmer eller forlatt sitt opprinnelige hjemland og sitt sosiale nettverk. De kan føle seg ekstra sårbare og isolerte.

Det er viktig å erkjenne at å bo uten pårørende eller sosialt nettverk kan føre til betydelige utfordringer for eldre hjemmeboende (11). Samfunnet her i Norge har iverksatt tiltak på flere nivåer, for eksempel for å utvikle og styrke støttetjenester for eldre uten pårørende. Blant tiltakene er også dagsenterordninger, frivillige tjenester, hjemmebesøk og sosiale aktiviteter som bidrar til å redusere ensomhet og isolasjon hos enslige, eldre hjemmeboende.

KULTURELLE FORSKJELLER KAN GI OPPHAV TIL HUMOR

På den morsomme siden kan vi som innvandrere oppleve situasjoner der språkbarrierer eller kulturelle normer fører til svært komiske øyeblikk eller misforståelser. Slike opplevelser kan være lærerike og bidra til en dypere forståelse av både det norske samfunnet og det norske helsevesenet. Disse opplevelsene har ikke bare bidratt til humor i hverdagen, men også til økt kulturell forståelse og samarbeid med mine kolleger og pasienter (12).

Forskning har vist at humor er et universelt språk som kan bringe mennesker nærmere hverandre. Det dokumentert at humor har positive effekter på pasienters velvære, stressnivå og til og med smerteopplevelse (13). Men hva skjer når humor blir introdusert i en omsorgssituasjon hvor kulturelt mangfold er til stede?

«En annen gang skulle jeg si <pilleeske>, men ved en feiltakelse sa jeg <bilsyke>.»

Kulturelle forskjeller kan gi opphav til humor i helsevesenet (14). Humor knyttet til kulturell samhandling spiller en avgjørende rolle i å styrke relasjoner i omsorgssituasjoner med mangfoldige perspektiver (15). Ved å kombinere personlige erfaringer med forskning skaper vi en plattform for refleksjon og kunnskapsutvikling innenfor dette området.

HUMOR I SPRÅKFEIL ER EN BRO TIL FORSTÅELSE OG GLEDE

Språklige feil kan være et av de mest underholdende aspektene ved å jobbe i et fremmed land. Selv om jeg behersker norsk godt, har det oppstått øyeblikk hvor jeg har forvekslet ord eller uttalt dem feil.

Jeg lærte meg bokmål på norsk-kursene, men utenfor skolen oppdaget jeg at mange snakker dialekter eller nynorsk. Samtidig har jeg min egen aksent som innvandrer. En av konsekvensene var at det av og til var utfordrende å forstå andre og få dem til å forstå meg.

En av mine første dager som hjemmesykepleier var jeg hos en eldre

mann fra Nord-Norge. Han til meg: «Eg er tørr, og eg vil ha vatn». Det var vanskelig for meg å forstå siden jeg ikke hadde lært det på norsk-kurset. Jeg måtte spørre ham om å gjenta hva han sa flere ganger, uten hell. Forståelig nok begynte han etter hvert å bli både urolig og sint. Til slutt måtte jeg ringe en kollega jeg stoler på, som forklarte meg at han var tørst og ønsket vann.

En annen gang skulle jeg si «pilleeske», men ved en feiltakelse sa jeg «bilsyke». Det fikk mine kolleger til å bryte ut i latter. I en annen situasjon der jeg skulle gi øyedråper, sa jeg ved et uhell «drepe deg» istedenfor «jeg skal dryppe deg» til en pasient.

Det skapte en litt ubehagelig situasjon, og jeg måtte raskt korrigere meg selv. Disse små misforståelsene har lært meg å le av mine egne feil, samtidig som de har bidratt til å forbedre kommunikasjonen med mine norsktalende kolleger og pasienter.

«INHALER DEG»

En annen hendelse oppsto da jeg skulle spørre en pasient om eventuelle allergier, men i stedet for å si «allergier» sa jeg «alligatorer». Pasienten reagerte med forundring og svarte: «Jeg er ganske sikker på at jeg ikke er allergisk mot alligatorer, men takk for at du spør». En annen morsom situasjon oppsto da jeg skulle gi instruksjoner til en pasient om å ta medisinen sin etter måltidet. I stedet sa jeg «maletiden».

Pasienten lo mye og svarte: «Hmm, jeg visste ikke at maletiden påvirket inntaket av medisiner, men kanskje det er en ny trend jeg ikke har hørt om». Enda en humoristisk episode fant sted da jeg skulle forklare en pasient hvordan man bruker en inhalator. I stedet for å si «inhaler dypt»

uttalte jeg det som «inhaler deg». Pasienten stirret forvirret på meg og spurte: «Unnskyld, men jeg tror ikke jeg kan inhalere meg selv. Kan du vise meg riktig teknikk?»

Disse språklige tabbene har virkelig bidratt til å skape latter og letthet blant både kolleger og pasienter. Samtidig har tabbene hjulpet meg å med å forstå viktigheten av klar og tydelig kommunikasjon, samtidig som vi kan le av våre feil og bygge sterke relasjoner.

MATKULTUR KAN OGSÅ SKAPE KOMISKE FORVIKLINGER

Norsk matkultur er rik på tradisjoner og særegne retter som vekker nysgjerrighet hos helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn. En av mine tidlige erfaringer var å få en smakebit av lutefisk hos en av mine brukere.

Ettersom jeg har en annen kulturell bakgrunn, hadde jeg ingen tidligere kjennskap til denne delikatesen og visste ikke hvordan den ble tilberedt. Min første skepsis og reaksjon var tydelig for mine norske pasienter. Det resulterte i hjertelig latter og skapte en felles plattform for å utforske og dele kulturelle forskjeller.

Å servere tradisjonelle norske matretter, for eksempel ferske brødskiver og andre lokale delikatesser, skapte også utfordringer. Forsøkene mine på å mestre personlige, spesifikke teknikker og tradisjonene førte til humoristiske øyeblikk rundt bordet, samtidig som de stimulerte til læring og forståelse. Som muslimsk sykepleier i hjemmetjenesten ønsket jeg å overraske mine eldre norske pasienter med tradisjonell norsk mat. Problemet var at jeg unngikk å lage svinekjøtt. Derfor bestemte jeg

meg for å servere deilige laksesmørbrød i stedet.

«Sitat 3 linjer .»

Jeg trakk pusten dypt og begynte å smøre smør på brødskivene. Men mine forsøk på å få den perfekte balansen mellom smør og laks resulterte i noen veldig tykke smørbrød. Pasientene så på meg med et smil og sa: «Vi har aldri sett smørbrød som er så fyldige.» Slike situasjoner kan bidra til å skape en åpen atmosfære, hvor vi sammen kan utforske både norske og egne kulturelle retter.

Gjennom møtet med norsk matkultur i omsorgssektoren oppstår mange humoristiske øyeblikk som bidrar til å bygge kulturell forståelse og samarbeid. Erfaringene med å smake på tradisjonelle retter og utfordringene med servering skaper en plattform for å dele og utforske forskjeller. Å være oppmerksom på de mulighetene disse situasjonene gir, kan resultere i økt kulturell sensitivitet og pleiekvalitet i hjemmemiljøet.

Å TA HENSYN TIL PERSONLIGE PREFERANSER FREMMER TRYGGHET

Å stelle nedentil eller dusje en kvinnelig pasient kan være en sensitiv oppgave, spesielt når man ikke er kjent med pasientens rutiner og preferanser. Kulturelle perspektiver og kjønnsperspektiver spiller en viktig rolle i slike situasjoner. Derfor var jeg nøye med å ta hensyn til pasientens behov og respektere hennes personlige rom.

For å bryte isen og skape en mer

komfortabel atmosfære valgte jeg å bruke en god dose humor. Jeg begynte med å forklare nøyaktig hva jeg skulle gjøre og spurte om hun hadde spesielle ønsker eller preferanser knyttet til prosessen. Det åpnet for en dialog der pasienten kunne uttrykke sine behov og føle seg mer delaktig i omsorgen.

Pasienten satte pris på at jeg tok hensyn til hennes kulturelle og personlige preferanser. Denne tilnærmingen bidro til å skape en trygg og respektfull atmosfære der pasienten følte seg ivaretatt og hørt, samtidig som vi fant rom for litt humor for å lette på spenningen. Slike oppgaver blir mindre sensitive med omtanke, respekt og en dose humor.

Da jeg jobbet i hjemlandet mitt, var jeg skeptisk til dyr og ikke vant til å pleie pasienter som har dyr hjemme. Jeg husker en spesiell opplevelse med en eldre dame som hadde en hund. Da jeg kom inn på rommet hennes, var jeg usikker på hvordan jeg skulle håndtere situasjonen med hunden til stede.

Jeg visste at det var viktig å bygge tillit og få pasienten til å føle seg komfortabel med meg. Jeg begynte med å spøke litt om min egen skepsis til dyr og sa: «Jeg må innrømme at jeg ikke er den største dyreelske-

«Hunden min er ikke farlig, bare veldig snill.»

ren, men jeg håper vi kan komme overens likevel.» Pasienten smilte og svarte: «Hunden min er ikke farlig, bare veldig snill.» Vi begynte å snakke om hennes hund og hvor lenge hun hadde hatt den. Det fikk henne til å slappe av og åpne seg mer.

DET HAR VÆRT BERIKENDE Å DELE KULTUREN MIN

En annen morsom opplevelse jeg har hatt, handler om å dele min egen kultur med kolleger og pasienter. Å vise dem tradisjonelle klesdrakter, danse eller servere mat fra hjemlandet mitt har vært en berikende opplevelse. Å se deres nysgjerrighet og åpne holdning har gjort det lettere for meg å integrere meg på en mer genuin og personlig måte. Vi har kunnet lære av hverandre og bygge sterke bånd gjennom å dele våre ulike kulturelle uttrykk.

I denne fagartikkelen har jeg som internasjonalt utdannet sykepleier sett på noen viktige aspekter ved kulturelt mangfold i norsk helsevesen. Den pågående globale migrasjonen av sykepleiere og den betydelige sykepleiermangelen i Norge gjør at vi kommer til å få erfaringer med fler-kulturelle arbeidsmiljøer.

Humor kan være en essensiell bro for å overvinne kulturelle barrierer, spesielt i forbindelse med språkfordringer. Matkultur og kulturell deling kan bidra til å bygge tillit og forståelse både i omsorgssituasjoner og mellom kolleger. Erfaringene jeg forteller om, kan gi innsikt og inspirasjon til hvordan sykepleiere med ulik kulturell bakgrunn kan bidra til økt kulturell sensitivitet og forbedret omsorgskvalitet i det norske helsevesenet.

Jeg vil oppfordre til anerkjennelse og verdsettelse av mangfoldet. Det beriker helsevesenet og skaper et mer inkluderende og berikende omsorgsmiljø. Det fremmer igjen en positiv utvikling mot et helsevesen som bedre reflekterer den mangfoldige virkeligheten i dagens samfunn. ■

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.

REFERANSER

1. OECD. OECD Health Statistics 2019 [Internett]. Paris: OECD; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (nedlastet 24.10.2023).
2. Dahl K, Bjørnnes AK, Lohne V, Nortvedt L. Motivation, education, and expectations: experiences of Philippine immigrant nurses. *SAGE Open*. 2021;11(2):215824402111016554. DOI: 10.1177/215824402111016554
3. Dahl K, Nortvedt L, Schröder J, Bjørnnes AK. Internationally educated nurses and resilience: a systematic literature review. *International Nursing Review*. 2022;69(3):405–15. DOI: 10.1111/inr.12787
4. Statistisk sentralbyrå (SSB). Innbyggerne i store kommuner venter lengst på omsorgstjenester [Internett]. Oslo: SSB; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innbyggerne-i-store-kommuner-venter-lengst-pa-omsorgstjenester> (nedlastet 24.10.2023).
5. Dahl K, Lohne V, Nortvedt L. Helsevesenet trenger vår kompetanse – hvorfor ikke bruke den? En kvalitativ studie av filippinske sykepleieres opplevelse av veien til autorisasjon i Norge. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2019;15(1). DOI: 10.7557/14.4461
6. Alkhaled T, Rohde G, Lie B, Johannessen B. Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing ethnic minority patients in Norway. *BMC Nurs*. 2022;21(1):320. DOI: 10.21203/rs.3.rs-1781166/v1
7. Balante J, van den Broek D, White K. How does cul-

- ture influence work experience in a foreign country? An umbrella review of the cultural challenges faced by internationally educated nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;118:103930. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103930
8. Jonsmoen KM. Norsk i sykepleie: Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
9. Jonsmoen KM, Greek M. Sykepleierstudenter og sykepleiere med norsk som andrespråk. Oslo: Det norske medisinske Selskab; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.michaeljournal.no/article/2021/05/Sykepleierstudenter-og-sykepleiere-med-norsk-som-andresprak> (nedlastet 27.11.2023).
10. Holmås TH, Kjerstad E, Monstad K. Kommunale pleie- og omsorgstjenester – en studie av eldre med og uten nære pårørende. Oslo: Norce Research; 2016. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/1956/17200> (nedlastet 27.11.2023).
11. Hagen PI, Eide AH. Omsorgsbelastning for pårørende til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2020;23(4):237–48. DOI: 10.18261/issn.0809-2052-2020-04-02
12. Ezeonwu M. Baccalaureate nursing education experiences of African-born nurses in the United States. *Journal of Nursing Education*. 2019;58(5):281–9. DOI: 10.3928/01484834-20190422-06
13. Åstedt Kurki P, Isola A, Tammentie T, Kervinen U. Importance of humour to client–nurse relationships and clients' well being. *International journal of nursing practice*. 2001;7(2):119–25. DOI: 10.1046/j.1440-172x.2001.00287.x

