Thor Indseth

Innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester

Ekspertnotat for Akuttutvalget

NAKMI-rapport nr. 4 2015

NAKMI
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse

© NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse 2015

Tittel: Innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester, ekspertnotat for Akuttutvalget

Forfatter: Thor Indseth

Bidragsytere: Warsame Ali (Migrasjon og helse i utdanningene og etterutdanningene samt Tillit, fordommer, stereotypier og diskriminering, Ida Marie Bregård (Personer med ekstreme erfaringer fra tortur, krig og katastrofer), Barituka Vinei (statistikk om eldre innvandrere) og Ruth Prince (Kulturelle forskjeller og preferanser)

NAKMI-rapport nr. 4 2015, Oslo, 2015

ISBN: 978-82-92564-29-5

Trykk: 07 Media AS

Foto: Shutterstock

Skrevet på oppdrag fra Akuttutvalget. Akuttutvalget ble oppnevnt 4. oktober 2013. Et enstemmig utvalg la frem sin utredning 4. desember 2015: *NOU 2015: 17 Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Utvalget ble ledet av Ann-Kristin Olsen.

Kontaktinformasjon:

NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse)

Oslo Universitetssykehus HF, avd. Ullevål

Postboks 4956 Nydalen

0424 Oslo

post@nakmi.no

www.nakmi.no

Innledning

Dette dokumentet er skrevet på oppdrag fra Akuttutvalget etter avtale mellom Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og Akuttutvalget utfra oppdragsbrev datert 9. februar 2015 (se vedlegg 1). Denne rapporten er en trykt versjon av uttalelsen levert Akuttutvalget 9.6.2015. Akuttutvalget la frem sin utredning 4. desember 2015: *NOU 2015: 17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.*

Del 1 i denne rapporten beskriver demografi og levekår for innvandrere i Norge. I denne delen gis det også noe informasjon om språkferdigheter og integrering. Del 2 beskriver kort hva vi vet om innvandreres bruk av helsetjenester og i hvilken grad innvandrere eller enkelte innvandrergrupper er overrepresentert eller underrepresentert i helse- og ulykkesstatistikker. I denne delen beskrives tiltak NAKMI kjenner til samt informasjon om hva helsepersonell lærer om migrasjon og helse i utdanningene. Del 3 tar for seg utfordringer i møtet mellom personer med minoritetsbakgrunn og helsepersonell. I denne delen er det lagt særlig vekt på språkutfordringer og svake kunnskaper om helse og helsevesen. Temaer knyttet til kulturforskjeller, fordommer og diskriminering behandles i grove trekk. I del 4 har vi samlet alle NAKMIs anbefalinger og forslag til tiltak.

For å samle informasjon til denne ekspertuttalelsen har NAKMI tatt utgangspunkt i forskning og beskrevet tiltak som vi allerede er kjent med. Videre er det gjort søk i Google Scholar og PuBMED. Opplysninger om demografi og levekår er i all hovedsak hentet fra Statistisk sentralbyrås rapporter og nettsider. NAKMI har også brukt deler av sitt faglige nettverk for å samle inn opplysninger av relevans for denne rapporten. Det er til slutt foretatt en gjennomgang av et utvalg offentlige rapporter og plandokumenter. Når det gjelder tiltak gjort i de enkelt kommunene eller ved avdelinger i sykehus, har NAKMI ingen systematisk oversikt. Dette gjelder særlig kortere prosjekter.

Bidragsytere: Warsame Ali (Migrasjon og helse i utdanningene og etterutdanningene samt Tillit, fordommer, stereotypier og diskriminering, Ida Marie Bregård (Personer med ekstreme erfaringer fra tortur, krig og katastrofer), Barituka Vinei (statistikk om eldre innvandrere) og Ruth Prince (Kulturelle forskjeller og preferanser).

Takk for innspill og tips fra Esperanza Diaz (NAKMI), Bernadette Kumar (NAKMI), Mette Sagbakken (NAKMI), Line Eldring (FAFO), Mariette Lobo (LDO) og Jessica Hansen (Tolkesentralen).

Det er ikke gjort oppdateringer om forskning, tiltak eller demografiske data etter ekspertnotatet ble overlevert Akuttutvalget våren 2015.

Thor Indseth

8. Desember 2015

Innhold

Innledning **1**
Del 1. Om innvandring til Norge: demografi, levekår, integrering og språkferdigheter **5**
Begrepsavklaring 5
Antall innvandrere i Norge 5
Forventet antall innvandrere i Norge i årene fremover 5
Kort historikk om innvandringen til Norge: Hvem kom når? 5
Hvor kommer innvandrerne fra? 6
Hvor bor innvandrerne? 6
Botid 6
Innvandringsgrunn: arbeidsinnvandrere, familiegjenforente, kvoteflyktninger og asylsøkere 6
Alderssammensetningen blant innvandrere i Norge 7
Kjønnsfordelingen blant innvandrere i Norge 7
Utdanning 7
Arbeid og inntekt 7
Fattigdom, trygd og sosialhjelp 7
Bolig 8
Språkferdigheter, kunnskap om det norske helsevesenet og kunnskap om helse 8
Holdninger til innvandrere og innvandring 9
Opplevd diskriminering 10
Del 2. Epidemiologi, kompetanseutvikling og oversikt over tiltak **11**
Innledning 11
Epidemiologi og forutsetninger for et godt kunnskapsgrunnlag 11
Innvandreres bruk av legevakt og fastlege i akuttmedisinske situasjoner 11
Henvendelser til AMK 12
Trafikkulykker 13
Arbeidsulykker og dødsfall 14
Hjemmeulykker 14
Brann 15
Vold 16
Akuttpsykiatri og psykisk helse 16
Rus 17
Fødsel og spedbarnsdødlighet 18
Dødelighet 18
Feilmedisinering 18
Hjerte- og karsykdommer 19
Katastrofeberedskap 20
Migrasjon og helse i utdanningene og etterutdanningene 20
Del 3: Utfordringer i møte med helsevesenet og helsepersonell for personer med minoritetsbakgrunn **23**
Kunnskap om helsesystemet, helse, kropp og medisin 23
Språkbarrierer 24
Kommunikasjon via tolk 28
Kulturelle forskjeller og preferanser 29
Personer med ekstreme erfaringer fra tortur, krig og katastrofer og personer uten lovlig opphold 30
Tillit, fordommer, stereotypier og diskriminering 31
Del 4: Forslag til tiltak **33**
1. Øke innvandrerbefolkningens kunnskaper og ferdigheter om grunnleggende førstehjelp, HMS og beredskap 33
2. Øke helsepersonells kompetanse om innvandrere som pasientgruppe, språkbarrierer og tolk 34
3. Motvirke negative fordommer i helsevesenet 34
4. Utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag, kartlegge hvor utfordringene er størst og øke muligheten til å identifisere systemsvikt og mangler 35
5. Bedre tolketjenester 35
6. Styringsdokumenter for akuttjenestene 36
7. Mangfold i tjenesten 36
8. Sikkerhet ved asylmottak 36
9. Personer uten lovlig opphold 37
Referanser **39**

Del 1. Om innvandring til Norge: demografi, levekår, integrering og språkferdigheter

Begrepsavklaring

Begrepet «innvandrer» betegner en person som er født utenfor Norge av to personer som også er født utenfor Norge. NAKMI har her valgt å følge begrepsbruken for innvandrings- og integreringsfeltet som benyttes av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Statistisk sentralbyrå (SSB) og Utlendingsdirektoratet (UDI). For en oversikt over definisjoner henviser vi til IMDis nettsider (IMDi 2014).

Antall innvandrere i Norge

Per 1. januar 2015 var det omlag 669 000 innvandrere i Norge. Dette utgjør om lag 13 prosent av befolkningen. I tillegg til innvandrerne kommer om lag 136 000 personer som er født i Norge med to innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse to gruppene 15,6 prosent av Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå 2015). De to gruppene samlet omtales gjerne som innvandrerbefolkningen. Av personer født utenfor Norge som kan ha behov for akutte helsetjenester kommer tre grupper i tillegg til innvandrerne. Dette er 1) personer som oppholder seg ulovlig i Norge: antallet for denne gruppe er ukjent (18 000 har vært antydet av SSB, Zhang 2008). 2) forretningsreisende og turister: utgjør i gjennomsnitt til enhver tid ca. 87 000 personer (Dybedal 2013), og 3) personer på korte arbeidskontrakter uten registrert bolig: antallet for 2013 var ca. 90 000 (Statistisk sentralbyrå 2014b). Totalt utgjør dette anslagvis 864 000 personer.

Forventet antall innvandrere i Norge i årene fremover

Antallet innvandrere i Norge er forventet å øke i årene fremover. SSB anser det som mest sannsynlig at det i 2060 vil være om lag 1,5 millioner innvandrere i Norge. Det er knyttet stor usikkerhet til disse tallene (Statistisk sentralbyrå 2014c).

Kort historikk om innvandringen til Norge: Hvem kom når?

Innvandring til Norge er ikke ett nytt fenomen. Til alle tider har det kommet mennesker fra andre land for å bosette seg i Norge, primært for å finne arbeid. På 1800-tallet og tidlig 1900-tallet kom rallare, tømmerhuggere og industriarbeidere, så vel som spesialister innen industri, bergverk og administrasjon. Enkelte kom også på grunn av flukt. Etter andre verdenskrig kom flere politiske flyktninger fra Øst-Europa. Fra 1970-tallet begynte det å komme noen grupper av personer fra land utenfor Europa for å søke arbeid i Norge, primært fra Pakistan og Tyrkia. Antallet var svært lavt, men begivenhetene vakte stor oppsikt i sin samtid. I løpet av 1970-årene kom det også grupper av flyktninger, først og fremst chilenere og vietnamesere. Antallet var lavt og lå på under hundre personer årlig. Antallet innvandrere vokste utover 1980- og 90-årene til 282 487 personer i år 2000. Relativt til i dag var andelen flyktninger høy. På 1980-tallet var en stor andel fra Iran, på 1990-tallet kom mange fra tidligere Jugoslavia og etter hvert fra Somalia. Dette endre seg raskt etter EU-utvidelsen i 2004, da det ble svært mye lettere for EU-borgere å ta seg arbeid i Norge. Antallet arbeidsinnvandrere, særlig fra

Polen, økte etter dette svært raskt. Utover 2000-tallet utgjorde flyktninger en lavere prosentandel, men det totale antallet økte noe. Størst var gruppene fra Somalia, Afghanistan og Irak (Brochmann og Kjeldstadli 2014).

Hvor kommer innvandrerne fra?

Tall for 1.1.2015 viser at de fleste innvandrerne i Norge kommer fra Europa. Fordelt på verdensdel var hele 57% av innvandrerne fra Europa, 26% fra Asia, 12% fra Afrika og 4% fra Nord- eller Sør-Amerika (Statistisk sentralbyrå 2015). De ti største gruppene av innvandrere etter landbakgrunn var i synkende rekkefølge: Polen, Sverige, Litauen, Somalia, Tyskland, Irak, Filippinene, Danmark, Pakistan og Russland (Statistisk sentralbyrå, tabell 09817).

Hvor bor innvandrerne?

Innvandrere er tungt overrepresentert i Oslo, der innvandrerandelen er på om lag 32%. Av de øvrige fylkene er det kun Akershus, Buskerud og Rogaland som ligger over landsgjennomsnittet (13%). Andelen er lavest i Nord-Trøndelag, Nordland, Hedmark og Oppland (Statistisk sentralbyrå 2015). De tretten kommunene med størst innvandrerandel er: Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim, Bærum, Drammen, Kristiansand, Sandnes, Fredrikstad, Skedsmo, Asker, Skien og Lørenskog (Høydahl 2014).

Botid

En stor andel av innvandrerne i Norge har kort botid. Hele 40% har bodd i Norge i mindre enn fire år (Statistisk sentralbyrå, tabell 10598). Landgruppene med lengst botid er Vietnam, Pakistan og Tyrkia. Landgruppene med kort botid er Polen, Litauen, Somalia, Irak og Afghanistan. Selv om det finnes enkelte fra disse landene som har bodd i Norge lenge, har flertallet fra disse landene bodd mindre enn fem år i Norge (Statistisk sentralbyrå 2015).

Innvandringsgrunn: arbeidsinnvandrere, familiegjenforente, kvoteflyktninger og asylsøkere

De fleste innvandrere kommer som arbeidsinnvandrere. Flyktninger utgjør 28,4 prosent av alle innvandrere og 3,5 prosent av befolkningen totalt. (Statistisk sentralbyrå: Innvandrere etter innvandringsgrunn, 1. januar 2014). Flyktninger betegner her de som har kommet som kvoteflyktninger pluss personer som har fått innvilget asyl.

Antallet flyktninger årlig varierer betydelig. Norge tar årlig imot om lag 1200 kvoteflyktninger. I løpet av 2014 var det om lag 11 500 personer som søkte asyl i Norge. Samme år var det 5500 personer som fikk innvilget asyl og 800 personer som fikk opphold på humanitært grunnlag (Utlendingsdirektoratet 2015b). Personer som venter på behandling av asylsøknad, hjemsending eller bosetting i en norsk kommune får tilbud om bosted på asylmottak. Antallet beboere på asylmottak i Norge varierer betydelig fra måned til måned. I mars 2015 var det 13 280 beboere på mottak i Norge (Utlendingsdirektoratet 2015a).

Alderssammensetningen blant innvandrere i Norge

Innvandrerne i Norge er i gjennomsnitt en ung befolkning. Om lag halvparten er mellom 20-40 år (Statistisk sentralbyrå 2015). I innvandrerbefolkningen er det også en liten overrepresentasjon av barn (Statistisk sentralbyrå 2015). Antallet over 60 år utgjør kun 9 prosent. Antallet eldre innvandrere vil stige betydelig de neste 20 årene. Landbakgrunnen for disse vil ha en annen sammensetning enn den generelle innvandrerbefolkningen. Ser vi bort i fra skandinavene er de største landgruppene i alderen 60+: Tyskland, Storbritannia, Pakistan, Polen, Bosnia, USA og Vietnam. Om ti-femten år vil personer fra Iran, Litauen og Irak også utgjøre et betydelig antall i gruppen over 60 år (kilde: generert av SSB på oppdrag fra NAKMI).

Kjønnsfordelingen blant innvandrere i Norge

Kjønnsfordelingen blant innvandrere viser en lite overvekt av menn (Tønnessen 2014). Kjønnsfordelingen i de ulike landgruppene er ikke jevn. I enkelte landgrupper er ett kjønn sterkt overrepresentert. Dette gjelder i særdeleshet Filippinene og Thailand, der det store flertallet er kvinner. Motsatt, men i noe mindre grad er menn betydelig overrepresentert blant personer fra Afghanistan, Irak og Eritrea (Tønnessen 2014).

Utdanning

Når det gjelder utdanning er innvandrere overrepresentert i begge ender av skalaen. Det er både flere med lang høyere utdanning og flere med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Blant innvandrere fra enkelte land er det en relativt stor andel uten fullført utdanning. Dette gjelder spesielt innvandrere fra Somalia, Afghanistan, Pakistan og Irak. SSB anslår at: «Blant ikke-sysselsatte kvinner fra Afghanistan og Somalia, står hhv. 30 og 25 prosent uten noen fullført utdanning og 47 og 58 prosent har grunnskole som høyeste fullførte utdanning» (Steinkellner 2015).

Arbeid og inntekt

Innvandrere har en noe lavere sysselsettingsgrad enn befolkningen for øvrig (63% mot 68%). Innvandrere har samlet sett betydelig lavere inntekt enn befolkningen generelt. Medianinntekten for innvandrere i 2012 var på 252 000 kr mot 325 000 i befolkningen som helhet. Inntekt varierer mye etter landbakgrunn. Medianinntekten for innvandrere fra Afrika og Asia var på 234 000. Inntektsnivået henger også sammen med botid. Innvandrere med lang botid har oftere høyere inntekt enn personer med kort botid. I 2012 hadde for eksempel innvandrere fra Asia og Afrika med botid under tre år en medianinntekt på 172 000 kr (Omholt et al. 2014.). Innvandrere er overrepresentert i enkelte næringer. I følge SSBs levekårsundersøkelse fra 2008 var innvandrerne i utvalget (ti grupper) tungt overrepresentert innen samlekategoriene «yrker uten krav til utdanning» og «kontor-, salg- og serviceyrker, håndverkere, operatører og sjåfører». Innvandrere i utvalget var underrepresentert i akademiske yrker (Blom et al. 2008).

Fattigdom, trygd og sosialhjelp

Innvandrere er oftere fattigere enn befolkningen som helhet. «Andelen fattige blant innvandrere avtar med botiden i Norge, og for flere av gruppene halveres andelen

fattige over de første fem årene de er bosatt i Norge» (Bhuller et al. 2013). Det er stor variasjon mellom landgrupper. Vedvarende fattigdom synes å være et større problem blant innvandrere enn befolkningen for øvrig (Bhuller et al. 2014). Samlet sett mottar innvandrere sosialhjelp oftere enn befolkningen for øvrig (8 mot 3 prosent). Det er store variasjoner basert på innvandringsgrunn, landbakgrunn og botid. Personer med kort botid mottar støtte oftere enn de med lengre botid. Personer med bakgrunn fra Afrika mottar støtte oftere enn personer fra andre verdensdeler. Personer som kommer på grunn av flukt mottar oftere enn dem som kommer på grunn av arbeid (Hirsch et al. 2010).

Bolig

I følge SSBs levekårsundersøkelse (Blom et al. 2008) bor innvandrere oftere i blokk eller bygård og sjeldnere i frittliggende hus. Andelen som eier egen bolig varierer svært mye mellom de ulike innvandrergruppene. Enkelte grupper har en høyere eiergrad enn befolkningen for øvrig (Pakistan, Vietnam, Sri Lanka) og enkelte grupper har en betydelig lavere eierandel (Somalia, Irak). Den samme undersøkelsen viser at innvandrere bor betydelig trangere enn den øvrige befolkningen. Hele 45 prosent bor trangt (etter SSBs mål for trangboddhet). Det er stor variasjon i trangboddhet mellom de ulike landgruppene (Blom et al. 2008). En annen undersøkelse viser også betydelig trangboddhet blant innvandrere og at innvandrere i Norge bor trangere enn innvandrere i de øvrige nordiske landene (Andersen et al. 2013). Når det gjelder kvaliteten på boligen, kan det se ut til at innvandrere har noe dårligere kvalitet på boligen. Andelen som selv mente de hadde mugg, råte og fuktskader var vesentlig høyere blant innvandrere sammenliknet med befolkningen for øvrig (Blom et al. 2008). De med bakgrunn i Somalia eller Irak hadde betydelig høyere andel mugg, råte og fuktskader (Blom et al. 2008).

Språkferdigheter, kunnskap om det norske helsevesenet og kunnskap om helse

Det finnes ingen god oversikt over innvandreres språkferdigheter. Det tar tid å lære et språk og interaksjonen med helsetjenestene krever ofte et avansert og presist språk. NAKMI mener det er rimelig å anta at de fleste av innvandrerne med kort botid (under fire år), med unntak av skandinavene, vil ha behov for tolk i interaksjon med helsevesenet. I tillegg kommer alle med lang botid som sliter med å lære tilstrekkelig norsk, samt turister og personer på korttidsopphold.

I SSBs levekårsundersøkelse er det stilt spørsmål om i hvilken grad de spurte mestret norsk. Resultatene ga store sprik mellom kjønnene og mellom ulike grupper (Blom et al. 2008). Av metodiske grunner er tallene lite egnet til å gi et bilde av innvandrerbefolkningens språkferdigheter. Undersøkelsen har ikke et representativt utvalg av innvandrergrupper når det gjelder landbakgrunn og alle med under to års botid er ekskludert fra undersøkelsen. Mye tyder videre på at selv-evaluerte språkferdigheter er et dårlig mål på faktiske språkferdigheter, fordi de fleste overvurderer sine ferdigheter (Shameem 1998).

Leseferdigheter i norsk kan gi en viss indikasjon på språkferdigheter. Det er relativt godt dokumentert at leseferdighetene blant innvandrere i Norge er betydelig lavere enn befolkningen for øvrig. Om lag 18% har leseferdigheter på nivå 1 (svært dårlig). Det er

betydelige variasjoner mellom ulike grupper. For eksempel hadde nesten 70% av innvandrere fra Somalia, Pakistan og Vietnam et lesenivå på 1 (Gabrielsen et al. 2014).

Vi vet lite om innvandreres kunnskaper om norsk helsevesen. Per dags dato er det ikke gjennomført noen studier verken av innvandrerbefolkningen eller den øvrige befolkningens evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (ofte omtalt med begrepet "health literacy") (Pettersen et al. 2014). Vi vet derfor lite om andelen innvandrere som for eksempel har nødvendig informasjon av typen: hvordan identifiserer man faresignaler for hjerteinfarkt, hvordan plasserer man en person i stabilt sideleie, når bør man ringe legevakt og når man bør ringe AMK, etc.

Fra og med 2003 fikk alle flyktninger og familiegjenforente med flyktninger rett og plikt til å delta i introduksjonsprogrammet. Det består av 600 timers undervisning i norsk språk og samfunnsfag (Lovdata 1). I 2013 deltok i underkant av 14 000 personer i programmet (Statistisk sentralbyrå 2013). Arbeidsinnvandrere er ikke en del av dette programmet.

En liten del av samfunnsfagundervisningen er satt av til innføring i det norske helsevesenet. Innholdet i programmet er tilgjengelig på nettsidene www.samfunnskunnskap.no. Delen om akutt-tjenester, legevakt etc. gir kun en svært rudimentær innføring. Nettsidene er oversatt til 21 språk. Alle flyktninger og familiegjenforente med flyktninger som har fått opphold etter 2013, har plikt til å ta både norskprøve og samfunnsfagsprøve (VOX 2014). Gjennomføringsgraden etter fire år var på 88% i 2014 (IMDi 2015) Arbeidsinnvandrere fra land utenfor EØS/EU har plikt, men ingen rett til 300 timer opplæring (IMDi 2015). For å få permanent opphold i Norge eller norsk statsborgerskap er det krav om å ha gjennomført norskopplæring (gjelder personer som kom til Norge etter 2005).

Arbeidsinnvandrere og familiegjenforente fra EU/EØS til Norge har ingen rett eller plikt til deltakelse i norsk språk og samfunnsfagsopplæring. Det er utviklet et nettsted (www.nyinorge.no) og en bok som gir en kort innføring til det norske samfunnet. Nettstedet er oversatt til fire språk.

Driftsoperatører av asylmottak har plikt til å gi alle beboere på mottak et informasjonsprogram utarbeidet av UDI. Informasjonsprogrammet har en helsebolk. Helsebolken har ingen informasjon om førstehjelp, akuttsituasjoner eller HMS (Utlendingsdirektoratet, 2015c).

Holdninger til innvandrere og innvandring

Undersøkelser av befolkningens holdninger til innvandrere og innvandring viser at befolkningen de siste 10 årene har blitt gradvis mer positive til innvandrere og innvandring. Holdningene varierer betydelig etter kjønn, alder, utdanningsnivå, bostedsstrøk, landsdel, kontakt med innvandrere og økonomisk hovedaktivitet (Blom 2014).

Opplevd diskriminering

I en undersøkelse fra SSB om opplevd diskriminering svarte om lag 20 prosent av de spurte at de ikke fikk like god behandling ved bruk av helsetjenester som norske pasienter (Tronstad 2009). I SSBs levekårsundersøkelse svarte halvparten av innvandrerne at de har opplevd diskriminering på et eller flere områder. Innvandrere fra Somalia og Iran opplever diskriminering oftest og på flest områder (Blom 2008).

Del 2. Epidemiologi, kompetanseutvikling og oversikt over tiltak

Innledning

Denne delen vil gi en kort beskrivelse av hva NAKMI vet om innvandreres bruk av tjenester og i hvilken grad innvandrere eller enkelte innvandrergrupper er overrepresentert eller underrepresentert i helse- og ulykkesstatistikker. Vi har kun valgt ut de temaområdene som vi anser som særskilt relevante for akutt-tjenestene. På de områdene der det er gjort svært lite eller ingen forskning har vi gitt en beskrivelse av muligheter for å utarbeide statistikk på feltet. I denne delen gis det informasjon om tiltak NAKMI kjenner til samt informasjon om hva helsepersonell lærer om migrasjon og helse i utdanningene.

Med tiltak mener vi i denne sammenhengen aktiviteter særskilt rettet mot innvandrerbefolkningen, direkte eller indirekte, som har til hensikt å forbedre innvandrerbefolkningens helse, deres evne til å opprettholde god helse, deres tilgang til helsetjenester eller deres rettigheter overfor helsetjenestene. Der vi kjenner til dette, inkluderer vi aktiviteter som for eksempel oversettelse av brosjyrer og opplæring av helsepersonell i kommunikasjon via tolk.

Det er oversatt en del brosjyrer om ulike temaer i Norge. Hvordan disse blir distribuert og om de blir brukt og forstått av målgruppen har vi ikke informasjon om. Etter NAKMIs erfaring er det et problem at prosjekter som oversetter informasjonsmateriell ofte kun har finansiering til utvikling, oversetting og trykk, men ikke til distribusjon og arbeidet som må til for å gjøre brosjyren kjent nok til at den faktisk når ut til målgruppene.

Epidemiologi og forutsetninger for et godt kunnskapsgrunnlag

Helseregistrene i Norge registrerer ikke fødeland og har heller ingen variabler som kan brukes som proxy for innvanderbakgrunn. Dette er et omfattende problem. For å hente ut helseinformasjon, bruk av tjenester, medisiner, frekvens av diagnoser etc. må helseregistrene kobles til Folkeregisteret (administrert av SSB), noe som har vist seg svært kostbart, omstendelig og administrativt vanskelig. Videre kan visse koblinger være problematiske fordi enkelte landgrupper vil være såpass små at det vil utgjøre en personvernrisiko å koble dataene sammen. Kunnskapen om innvandrerbefolkningens bruk av tjenester og hvilke helseproblemer de blir diagnostisert med, hvilken oppfølging de får og hvilke medisiner de henter ut er derfor svært begrenset.

Innvandreres bruk av legevakt og fastlege i akuttmedisinske situasjoner

Det finnes ikke en samlet statistikk over innvandreres bruk av fastlege og legevakt i akuttmedisinske situasjoner. Landbakgrunn/innvandrerbakgrunn registreres ikke. Som nevnt over er det teknisk sett mulig å utarbeide statistikk på dette ved å koble registerdata med Folkeregisteret. Å få til denne koblingen er på det nåværende tidspunkt meget tidkrevende, dyrt og administrativt komplisert. Det finnes studier som har gjort koblingen innvandrerbakgrunn og bruk av legevakt, samt innvandrerbakgrunn og bruk av fastlege, men disse studiene har ikke skilt ut «akuttmedisinske situasjoner».

Det er foretatt flere studier av innvandreres bruk av legevakt. I en av studiene fant Diaz et al. at betydelig færre innvandrere fra høyinntektsland brukte legevakten enn befolkningen forøvrig, mens flere innvandrere fra lavinntektsland hadde brukt legevakt (Diaz 2014). Studien fant ingen vesentlige forskjeller i hvor ofte legevakt ble benyttet (Diaz 2014). En studie av innvandreres bruk av legevakt fant variasjon mellom landgrupper, aldersgrupper og botid. Studien skiller ikke mellom akuttmedisinske situasjoner og øvrige besøk til legevakten. En annen studie av legevaktsbruk blant innvandere konkluderte med at: "Immigrants use [emergency primary health care] EPHC services less than native Norwegians, but there are large variations among immigrant groups. Work immigrants from Germany and Poland use EPHC considerably less, while asylum seekers from Somalia and Iraq use these services more than native Norwegians" (Sandvik et al. 2012). At det er stor variasjon i bruk av legevakt mellom ulike innvandrergrupper var også et funn i en studie fra 2014 (Goth et al. 2014).

Tall fra en studie av legevaktstelefonen i Bergen kan tyde på at innvandrere er noe overrepresentert (16 prosent innvandrere). Studien hadde dog ikke dette som tema og andelen innvandrere i nedslagsfeltet til legevaktstelefonen i perioden datamaterialet ble innhentet er ikke beskrevet i artikkelen (Hansen et al. 2011).

I følge SSBs studie av innvandreres helse benytter ikke innvandrere legevakt/øyeblikkelig hjelp mer enn befolkningen for øvrig (Blom et al. 2008). Det er en viss forskjell i bruk mellom ulike grupper og mellom kjønn, men forskjellene er små. I SSBs studie skilles det ikke mellom akutt og ikke-akutte henvendelser til legevakten.

Færre innvandrere går til fastlegen, men de som bruker fastlege bruker fastlegen litt oftere enn befolkningen for øvrig (Diaz et al. 2014). Det fremgår ikke i studien om dette var akutte situasjoner eller ikke.

Dersom innvandrere henvender seg til legevakt og fastlege i akuttmedisinske situasjoner med samme frekvens som befolkningen for øvrig, vil om lag 12 prosent av dem som henvender seg være innvandrere. Dette tallet er ikke justert for alder, sosioøkonomisk bakgrunn eller annet.

Hva er gjort av tiltak? Grunnleggende informasjon om hva legevakt er etc. er en del av introduksjonsprogrammet for flyktninger. I forbindelse med introduksjonsprogrammet finnes denne informasjonen tilgjengelig på nett (www.samfunnsfag.no) oversatt til 21 språk. Informasjonen er svært begrenset, og gir for eksempel ingen veiledning i når det er riktig å ringe legevakt kontra AMK. Tilsvarende informasjon finnes også på nettstedet Ny i Norge (www.nyinorge.no), oversatt til fire språk. Bufetat har laget en lettlest-ordbank der begreper brukt av offentlige tjenester (inkludert helse) blir forklart på en enkel og god måte. Ordbanken er i utgangspunktet ikke myntet på personer som har et annet morsmål enn norsk, men kan med fordel benyttes for personer med svake norskferdigheter. NAKMIs inntrykk er at denne ikke benyttes i helsefagmiljøer. (Lenke mangler fordi Bufetat oppdaterer sine nettsider).

Henvendelser til AMK

Det finnes ikke noen samlet oversikt over hvor mange av henvendelsene til AMK som kommer fra innvandrere. Landbakgrunn eller innvandrerbakgrunn rapporteres ikke og

registreres heller ikke systematisk. Etter hva NAKMI kjenner til noteres språkutfordringer tidvis i AMIS-rapporten, men dette gjøres ikke etter faste kriterier.

Det er i teorien mulig å utarbeide statistikk over innvandreres henvendelser til AMK ved å gjennomgå et tilfeldig utvalg av lydlogger der en benytter navn på innringer og eventuelt aksent som proxy for innvandrerbakgrunn. Så vidt NAKMI kjenner til er ikke dette blitt gjort i Norge.

Språkutfordringer i akutte situasjoner, derav innringninger til AMK behandles i neste kapittel.

Hva er gjort av tiltak? Så vidt NAKMI kjenner til er det per dags dato ikke igangsatt tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen som omhandler førstehjelp, ambulanse og hjelp fra AMK. Av tiltak i helsetjenestene var NAKMI i en kort periode inne i et kompetansehevingstiltak for ansatte ved AMK Ullevål. NAKMI utarbeidet en rapport med anbefalinger basert på dette tiltaket (Gerwing et al. 2010). Så vidt NAKMI kjenner til er det kun Sykehuset i Vestfold som har etablert en infrastruktur for bruk av tolketjenester for AMK.

Trafikkulykker

Transportøkonomisk institutt har dokumentert at førstegenerasjons innvandrere med norsk førerkort har høyere ulykkesrisiko enn andre bilførere med norsk førerkort, og at det er forskjell mellom ulike innvandrergrupper (Nordbakke et al. 2008). Høyest ulykkesrisiko har innvandrere med norsk førerkort fra Midt-Østen og Afrika. Ulykkesrisikoen blant disse gruppene er statistisk sett mer enn dobbelt så høy sammenlignet med personer født i Norge. I 2011 utga Vegdirektoratet en samlerapport der innvandrere betegnes som en høyrisikogruppe i vegtrafikken. Statistikken viser også at ulykkesrisikoen er høyere blant menn enn blant kvinner (Vegdirektoratet 2011).

Vegdirektoratets funn viste at: «Integrering, først og fremst språkbeherskelse, synes å slå positivt ut på holdninger til trafikkregler. Unntaket er overholdelse av fartsgrenser, hvor integrering slår negativt ut» (Vegdirektoratet 2011), og videre at «Nye trafikk- og kjøreforhold og føreropplæring er utfordringer for en del innvandrere. Utfordringen synes å være størst for de som behersker norsk dårligst. Språkforståelse er et problem ved førerprøven, og kanskje også ved føreropplæringen» (Vegdirektoratet 2011).

Hva er gjort av tiltak? NAKMI kjenner til enkelte tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen når det gjelder trafikksikkerthet. Dette er: 1) Oversatte brosjyrer fra Trygg Trafikk om sikring av barn i bil (Assum et al. 2013). 2) Det ble i 2011 inngått et samarbeid mellom Oppland fylkes trafikksikkerhetsutvalg (FTU) og to asylmottak i fylket (Oppland fylkeskommune 2011). 3) Trafikksikkerhetsutvalget i Nord-Trøndelag holder kurs i trafikksikkerhet for innvandrere (FTU Nord-Trøndelag 2013). 4) Temaet er nevnt i flere kommunale handlingsplaner. I hvilken grad det er fulgt opp i de kommunene som har nevnt tematikken er NAKMI ikke kjent med. 5) Den overfor nevnte rapporten fra Vegdirektoratet kommer med en rekke anbefalinger på området. I hvilken grad disse er fulgt opp av trafikkskoler og annet er NAKMI ikke kjent med.

Arbeidsulykker og dødsfall

Innvandrere har flere arbeidsrelaterte skader og ulykker enn befolkningen forøvrig. Utenlandske arbeidstakere har 2,25 arbeidsskadedødsfall per 100 000 sysselsatte, mens norske arbeidstakere har 1,78 (Assum et al. 2013).

I 2014 registrerte Arbeidstilsynet et høyt antall utenlandske statsborgere som har mistet livet i arbeidsulykker. Av alle som omkom på jobb i perioden 2008 til 2011 var 16 prosent utenlandske statsborgere. I 2014 var andelen over 30 prosent. I 2014 var 5 av de utenlandske omkomne fra Polen, 4 fra Litauen og 2 fra Sverige (Arbeidstilsynet 2014). En annen studie viste at risikoen for alvorlige skader er 1,46 ganger høyere for utenlandsk arbeidskraft i Norge (Winge 2012).

Flere rapporter påpeker at innvandrere har økt risiko for arbeidsulykker fordi de er overrepresentert i særlig utsatte næringer (Winge 2012, Blom 2012). I SSBs levekårsundersøkelse ble det rapportert at «11 prosent av innvandrerne har vært utsatt for såpass alvorlige ulykker at det medførte sykefravær utover ulykkesdagen, mot bare 4 prosent av alle sysselsatte» (Blom 2010).

I en studie av personer behandlet ved Legevakten i Oslo/Ambulansetjenesten over en tremånedersperiode kom det frem at «30 % av dem med alvorlig skade var fremmedspråklige» (Gravseth et al. 2003). Dette var i 2003, da innvandrerandelen i Oslo var betydelig lavere enn i dag.

I to undersøkelser fra FAFO svarer bedriftsledere at utenlandsk arbeidskraft innebærer en viss økt risiko for ulykker i bygg- og anleggsbransjen (Ødegård et al. 2007, Bråten et al. 2012) . Den økte risikoen blir av bedriftslederne knyttet til språk- og kommunikasjonsutfordringer (Ødegård et al. 2007, Bråten et al. 2012).

Hva er gjort av tiltak? I følge FAFO er det gjort en del på dette området. Blant annet mener FAFO at bedrifter nå har høyere bevissthet om temaer knyttet til språk, arbeidsinnvandrere og ulykker (Bråten et al. 2012). I 2014 ga Arbeidstilsynet ut en relativt omfattende brosjyre (20 sider) med tittelen «Forstår du hva jeg sier? Krav til kommunikasjon og språk på bygge- og anleggsplassen» (Arbeidstilsynet 2014). Arbeidstilsynet har også gitt ut pamfletten «Velkommen som arbeidstaker i Norge», som tar opp HMS og sikkerhetsrutiner. Pamfletten finnes på åtte språk og er tilgjengelig på nett (Arbeidstilsynet 2011). Universitetet i Bergen har gitt ut «Håndbok for flerkulturelle arbeidsplasser» (Farsethås 2009), der det blant annet blir gitt råd om systematisk HMS-arbeid, betydningen av språk og kommunikasjon samt hvordan dette kan forbedres. Håndboka distribueres av Norsk Industri, Fellesforbundet, LO og Union. NAKMI kjenner ikke til i hvilken grad boka blir benyttet. LO driver også målrettet rekrutteringsarbeid ovenfor enkelte grupper av arbeidsinnvandrere. IMDi driver nettstedet Mangfoldsportalen som henvender seg til arbeidsgivere, tillitsvalgte og opplærings- og HR-ansvarlige i både offentlig og privat sektor. På nettsidene finnes det noe, men svært begrenset informasjon om førstehjelp, sikkerhet og ulykkesforebygging (mangfoldsportalen.no).

Hjemmeulykker

Flere studier indikerer at innvandrere er mer utsatt for hjemmeulykker. Assum og Nordbakke (2013) oppsummerer brannskadeulykker slik: "Flere undersøkelser viser at

barn med innvandrerbakgrunn er mer utsatt for brannskader enn barn av norskfødte foreldre. En studie gjennomført ved Ullevål universitetssykehus, basert på nesten 6 års materiale, viser at halvparten av barn under 15 år som var behandlet for brannskade, hadde ikke-vestlig bakgrunn (Mørk m. fl. 2008 i Stavseth 2009)." (Assum et al. 2013)

Assum og Nordbakke (2013) oppsummerer at: «Denne [undersøkelsen] viser at 10 prosent av alle brannskadde (N=142) og 44 prosent (fire av ni) av dem som ble behandlet i sykehus hadde ikke-vestlig bakgrunn (Brudvik m. fl., 2011). En sammenheng mellom skåldeskader og det å være barn av foreldre med utenlandsk opprinnelse er også blitt vist i en svensk undersøkelse (Carlsson m. fl., 2005). Årsakene til de mange brannskader hos barn med innvandrerbakgrunn, er sammensatte. Mulige forklaringer er trangbeboddhet, bruk av matolje og bruk av vannkoker uten tilsyn (Carlsson mfl, 2005, Mørk mfl, 2008 i Stavseth, 2009, Berge, 2010, Brudvik m. fl, 2011).» (Assum et al. 2013). Andre forklaringer kan være at barn i innvandrerfamilier er mer hjemme (ikke i barnehage/SFO), noe som innebærer økt risiko (Daugseth 2004 via Assum et al. 2013). Berge (2010) mener manglende kunnskap om sikring av hjemmet kan være en mulig årsak. Manglende norskferdigheter, manglende kunnskap om risiko og sikkerhetstiltak, manglende ferdigheter i f.eks. svømming, hyppigere opphold i områder med skaderisiko og hyppigere bruk av produkter som medfører skaderisiko er også trukket frem som mulige forklaringer (Assum et al. 2013).

Eldre er særskilt utsatt for hjemmeulykker. Som omtalt over, vil antallet eldre innvandrere om få år øke betydelig.

Hva er gjort av tiltak? Helsedirektoratet har finansiert prosjektet «Forebygge skader og ulykker i minoritetsspråklige familier». Det er en videreføring av det toårige prosjektet *Trygg oppvekst for alle barn (2008-2009)*, som ble finansiert av Helse og rehabilitering. *Forebygge skader og ulykker i minoritetsspråklige familier* er et samarbeidsprosjekt mellom Barnekirurgisk avdeling og Lærings- og mestringssenteret/barn (LMS-barn), ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Prosjektet ble iverksatt i oktober 2010 og avsluttet i november 2011 (Berge 2012).

Røde kors og Norsk folkehjelp har avhold enkelte førstehjelpskurs på andre språk enn norsk. Omfanget og utbredelsen av slike kurs er ukjent for NAKMI, men inntrykket er at det forekommer relativt sjelden. Norsk folkehjelp har også et prosjekt kalt OASEN rettet spesifikt mot innvandrerkvinner.

Statens forurensningstilsyn har utgitt en oversatt brosjyre om «barns kjemiske hverdag».

Brann

I NOU 2012:4 *Trygge hjem, brannsikkerhet for utsatte grupper* påpekes det en rekke risikofaktorer knyttet til innvandrere og brann. Kommunikasjon, språk og kulturforskjeller fremheves som mulig risiko, samt at arbeidsinnvandrere oftere vil akseptere dårligere boforhold og dermed er mer risikoutsatt. NOU'en trekker også en parallell mellom dårligere levekår, innvandring og økt risiko for dødsfall ved brann. De siste årene har det vært en rekke branner i asylmottak i Norge. Etter toppåret i 2010 (36 branner) har antall branner ved mottak gått noe ned hvert år (UDI 2014). Flere av brannene var påsatt. Tung psykisk belastning kombinert med mangelen på aktivisering

og godt psykisk helsevern kan være noe av årsaken til brannene ved mottak (NOU 2012:4).

Hva er gjort av tiltak? UDI har utarbeidet brannverntiltak for asylmottak, blant annet der branninstrukser skal være oversatt til aktuelle språk (Utlendingsdirektoratet 2014). NOU 2012:4 foreslår en rekke tiltak for bedre brannvern av asylmottak og forebyggende tiltak. I hvilken grad anbefalingene er fulgt opp er ukjent for NAKMI. Brannvernforeningen har oversatt informasjon om brannvern til 32 språk og laget en video som er oversatt til 13 språk.

Vold

SSB har statistikk over ofre for anmeldte lovbrudd, herunder ofre for vold. Per dags dato er denne statistikken ikke koblet til landbakgrunn. Teknisk sett er det mulig å koble disse dataene sammen for å hente ut statistikk (SSB sitter på begge datasettene). I SSBs levekårsundersøkelse rapporterte ikke innvandrere å ha blitt utsatt for vold eller trusler, tyveri og skadeverk mer enn befolkningen for øvrig (Blom et al. 2008).

Innvandrere er noe overrepresentert i voldstatistikken. Det er betydelig forskjell mellom ulike landgrupper (Skarðhamar et al. 2011).

Innvandrerkvinner er overrepresentert ved krisesentrene og utgjør hele 62 prosent av belegget, til tross for at de bare utgjør 14 prosent av befolkningen. Tall fra krisesentrene viser at personer født utenfor Norge er overrepresentert som voldsutøver (Lund 2014).

Hva er gjort av tiltak? Voldstematikk ligger delvis utenfor NAKMIs mandat og vi har derfor begrenset oversikt over dette temaet, men vi vet det er utarbeidet et eget undervisningsopplegg for nyankomne innvandrere om vold i nære relasjoner, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (VOX 2009). Undervisningsheftet er oversatt til 18 språk. Undervisningsopplegget er en del av samfunnsfagsopplæringen. Det finnes også enkelte prosjekter i regi av frivillig sektor, for eksempel Kirkens bymisjons prosjekt Empo. NKVTS har fått i oppdrag å undersøke vold i nære relasjoner blant innvandrere (Justis- og beredskapsdepartementet 2015). For bedre oversikt over eventuelle tiltak anbefaler NAKMI akuttutvalget å ta kontakt med NKVTS.

Akuttpsykiatri og psykisk helse

Det er få studier av akuttpsykiatri og innvandrere, men Berg og Johnsen konkluderte i 2004 med følgende: «Det kliniske inntrykket fra vår avdeling av at flere fra innvandrergruppen innlegges i akuttpsykiatrisk avdeling, ble ikke bekreftet i denne undersøkelsen. Derimot synes det som om innvandrerne er dårligere før de innlegges» (Berg 2004). I en rapport om psykisk helse blant innvandrere fra 2007 konkluderer forfatterne også med at innvandrere er sykere enn etnisk norske når de først blir lagt inn på psykiatriske avdelinger, og at de etter all sannsynlighet hyppigere blir innlagt med tvang (Jareg 2007). En kunnskapsoppsummering fra studier i Norge viste også at voksne innvandrere fra lav- og middelinntektsland har noe høyere grad av psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig (Abebe et al. 2014). Likevel bruker innvandrere, med unntak av irakiske menn, psykiske helsetjenester i lavere grad en befolkningen for øvrig (Straiton et al. 2014).

Når det gjelder barn og unge ser det ut til at «den samlede forekomsten av symptomer på psykiske plager er lik for etnisk norske barn og barn i innvandrerfamilier», men at: «Gutter med innvandrerbakgrunn har betydelig høyere samlet forekomst av psykiske plager enn etnisk norske gutter» (Oppedal et al. 2008).

Det er i denne sammenhengen relevant å merke seg at det i enkelte innvandrergrupper vil være en stor andel personer som har personlige erfaringer med krigshandlinger, tortur og flukt.

Innvandrere som er diagnostisert med psykotiske lidelser blir oftere tvangsinnlagt. En studie forklarer dette blant annet med dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient (Iversen 2011). I en studie av innleggelser i akuttpsykiatrisk avdeling i Trondhjem ble flyktninger oftere tvangsinnlagt enn asylsøkere (Iversen et al. 2004). Studien sammenliknet ikke de to gruppene med befolkningen forøvrig.

I en kunnskapsoppsummering om posttraumatisk stresslidelse (PSTD) blant flyktninger i Vesten, konkluderes det med at: "Refugees resettled in western countries could be about ten times more likely to have post-traumatic stress disorder than age-matched general populations in those countries" (Fazel et al. 2005). Den samme studien fant at omlag 9% av flyktningene hadde PTSD (Fazel et al. 2005).

Hva er gjort av tiltak? På dette området har NAKMI liten oversikt over tiltak som pågår. Dersom akuttutvalget har behov for oversikt over tiltak anbefaler vi utvalget å ta kontakt med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Rus

Kunnskapen om innvandrerbefolkningens bruk av rusmidler er begrenset. For eksempel har SIRUS' årlige rapport: *Rusmidler i Norge*, ingen opplysninger om innvandreres bruk av alkohol, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing eller doping. Det foreligger heller ingen opplysninger i rapporten om innvandreres bruk av tjenestetilbudet for personer med rusproblemer (Skretting et al. 2015). Likevel er det enkelte studier som gir noe kunnskap. For eksempel er det relativt godt dokumentert at bruken av alkohol er lavere blant ungdom med innvandrerbakgrunn enn blant ungdom generelt (Amundsen 2005, Amundsen 2012). Innvandrere fra Asia og Afrika ser også ut til å bruke hasj mindre enn befolkningen generelt (Vedøy 2008). En eldre studie fra 1997 viste at bruken av tyngre rusmidler den gang var tilnærmet lik mellom innvandrere og befolkningen for øvrig (Vestel et al. 1997). En studie fra SIRUS med data fra krisesentrene viste at utenlandskfødte voldsutøvere sannsynligvis sjeldnere er ruspåvirket (Lund 2014)

Hva er gjort av tiltak? På dette området har NAKMI liten oversikt over tiltak som pågår. Dersom akuttutvalget har behov for oversikt over tiltak anbefaler vi utvalget å ta kontakt med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), (vedtatt innlemmet i Folkehelseinstituttet mai 2015).

Fødsel og spedbarnsdødlighet

Innvandrere føder litt flere barn enn landsgjennomsnittet (Tønnessen 2014). Studier har funnet «an elevated risk of stillbirth and infant death persists across generations of Pakistani immigrant descent living in Norway» (Sørby et al. 2013) og at: «Both spontaneous and non-spontaneous PTD [preterm delivery] rates were higher among immigrants (4.8% and 2.0%) than among non-immigrants (3.6% and 1.6%)» (Sørby et al. 2014). En studie av om keisersnitt viste at innvandrere hadde betydelig høyere forekomst av akutt keisersnitt: «emergency CS was 51-75% higher» (Sørby et al. 2015) studien konkluderte med at: «Efforts to improve immigrants' labour outcomes should target subgroups with sustained high emergency caesarean risk» (Sørby et al. 2015). Ifølge en studie av spedbarnsdødelighet blant innvandrere i Norge har mødre som kommer fra områder med høy spedbarnsdødelighet også høyere spedbarnsdødelighet i Norge (Kinge og Kornstad 2013).

Hva er gjort av tiltak? NAKMI kjenner ikke til tiltak på dette feltet. Ingvild Krarup Sørby som skrev sin doktorgrad på dette temaet har formulert et sett av anbefalinger til tiltak (Sørby 2014). Dersom akuttutvalget har behov for oversikt på tiltak på dette området anbefaler vi utvalget å ta kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ved Oslo universitetssykehus.

Dødelighet

Det er få studier av innvandreres dødelighet i Norge. Studiene som finnes fra Norge og andre land peker i retning av at innvandrerne generelt har en noe lavere dødelighet, mens deres barn har høyere dødelighet enn gjennomsnittet for hele befolkningen. Dette tiltross for at lavere sosioøkonomisk status skulle tilsi en noe høyere dødelighet. Hva som er årsakene til dette er det knyttet stor usikkerhet til. Både tekniske registreringsårsaker (flytting ut i høy alder), seleksjon (det er de friskeste som utvandrer) og livsstil (mindre alkohol, sunnere mat) er mulige årsaker (Tønnessen 2014). I en fersk studie av dødelighet hos innvandrere, var resultatet at: “Immigrants in general, and almost all the analyzed immigrant subcategories, had lower mortality than the native majority” (Elstad et al. 2015).

Feilmedisinering

Så vidt NAKMI kjenner til finnes det ikke sammenliknende studier fra Norge som har undersøkt om innvandrere oftere er utsatt for feil bruk av medisiner. I en studie fra 2014 kommer det frem at farmasøyter sjelden benytter tolk selv om de mener informasjonen de gir til pasienter med innvandrerbakgrunn er inadekvat. (Håkonsen 2014). I en studie av norskpakistanere og medisinbruk fant at selv etter over ti år i Norge var språk fortsatt en betydelig hindring for å forstå informasjon om egen medisinbruk, og 51 prosent manglet essensiell informasjon om egen medisinbruk (Håkonsen 2012). Utfordringer med rett bruk av medisiner blant pakistanske innvandrere i Norge har også blitt knyttet til manglende forståelse av kopi-preparater (Håkonsen 2011). Mangel på god informasjon, språkbarrierer og lavere kunnskaper om medisiner generelt har vært fremhevet som en risikofaktor for feilmedisinering blant innvandrere. Studier fra andre land har funnet at innvandrere er overrepresentert når det gjelder «adverse drug events» (Schwappach et al. 2012.).

Hva er gjort av tiltak? Et selskap (Torheim Pharmaceuticals AS) er i ferd med å utvikle et informasjonsredskap med piktogrammer og oversatt tekst på nett og i papir som skal kunne brukes for å gi mer presis og sikrere informasjon om medisinbruk. NAKMI kjenner ikke til andre tiltak på dette området, men dette er ikke undersøkt grundig. For eksempel bør det undersøkes om apotekene har iverksatt tiltak før vi kan anta med rimelig sikkerhet at lite eller ingenting er gjort av tiltak.

Hjerte- og karsykdommer

Så vidt NAKMI kjenner til er det ikke gjort omfattende studier av hjerte- og karsykdommer på befolkningsnivå blant innvandrere i Norge. Noen undersøkelser finnes av enkelte grupper.

I sin doktorgrad, som undersøkte seks etniske grupper i Norge, fant Tran en økt forekomst av hjerte- og karsykdommer blant innvandrere, også etter at det var justert for alder, sosioøkonomisk status og kjønn. Kjønnsforskjellene var lavere blant innvandrere enn blant befolkningen for øvrig (Tran 2013). Doktorgraden mener det er behov for økt bevissthet blant helsepersonell om de betydelige etniske forskjellene, og at det bør igangsettes primærforebyggende arbeid særskilt rettet mot innvandrerbefolkningene (Tran 2013).

SSB har noen tall på selvrapportert helse for enkelte grupper. I følge SSBs undersøkelse av innvandreres helse var innvandrere noe overrepresentert med *agina pectoris* (3 prosent blant innvandrere mot 2 prosent i befolkningen forøvrig). Tallene er selvrapportert. Det var en betydelig variasjon mellom ulik landbakgrunn (høyest Tyrkia 8 prosent, lavest Pakistan 1-2 prosent). I følge samme undersøkelse er innvandrere noe underrepresentert med høyt blodtrykk (7 prosent blant innvandrere mot 9 prosent i befolkningen for øvrig). Når det gjelder hjerteinfarkt og slag ligger innvandrerbefolkningen på om lag samme nivå som befolkningen generelt. (Blom et al. 2008). Det er viktig å påpeke at denne undersøkelsen ikke først og fremst er en helseundersøkelse, men en liten del av en mer generelt levekårsundersøkelse. Det er derfor stor usikkerhet knyttet til tallene fra SSB.

Studier av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer har vist at flere innvandrergrupper i Norge har høyere risikofaktorer enn befolkningen for øvrig (Glenday et al. 2006, Kumar et al. 2006). Innvandrere i Norge sett under ett røyker ikke mer enn befolkningen for øvrig, men variasjonen mellom ulike grupper er svært stor. Så godt som ingen kvinner fra Sri Lanka røyker, mot hele 56 prosent av alle tyrkiske menn (Vedøy 2013).

De nyere gruppene av arbeidsinnvandrere er ikke undersøkt i noen av de ovenfor nevnte studiene.

Studier av innvandrere til andre land gir grunn til å anta at enkelte grupper også i Norge vil ha en viss økt forekomst av hjerte- og karsykdommer, mens andre grupper vil ha en lavere forekomst enn befolkningen generelt. “The previously reported excess cardiovascular risk among immigrants from the Indian subcontinent was supported in this study. We also showed that immigrants from the former Yugoslavian countries had a higher total 10-year risk of cardiovascular events than other ethnic groups” (Rabanal et al. 2012). “Minorities in the United States have higher stroke risks, stroke occurrence at

an earlier age, and for some groups, more severe strokes than non-Hispanic whites" (Trimble et al. 2008).

Hva er gjort av tiltak? NAKMI kjenner ikke til tiltak eller opplysningsarbeid rettet mot innvandrerbefolkningen som omhandler akuttsituasjoner som følge av hjerte-karsykdommer. Vi tenker i denne sammenheng på informasjon om faresignaler ved hjerteinfarkt etc. Røde kors og Norsk folkehjelp har avhold enkelte kurs på andre språk enn norsk. Omfanget og utbredelsen av slike kurs er ukjent for NAKMI, men inntrykket er at de forekommer relativt sjelden. Norsk folkehjelp har også et prosjekt kalt OASEN, rettet spesifikt mot innvandrerkvinner. Av forebyggende arbeid finnes det flere lokale folkehelseinitiativ rettet mot enkelte innvandrergrupper. I disse står kosthold og mosjon i fokus. De fleste av disse initiativene drives på prosjektmidler. De har derfor ikke ressurser til permanent drift, og legges ofte ned etter to-tre år.

Katastrofeberedskap

Etter det NAKMI kjenner til er det ikke gjort forskning eller kartlegginger i Norge, hva gjelder katastrofeberedskap med hensyn til innvandrere. Det er gjort noen studier av dette i USA. Erfaringene fra et prosjekt i Seattle viste at kunnskapene om katastrofeberedskap og akuttbereskap var minimal i mange minoritetsmiljøer, og at behovet for informasjon var stor. Studien fra dette prosjektet påpekte også at språk- og kulturforskjeller er en stor utfordring for akuttpersonell (politi, ambulanse og brann) i akuttsituasjoner, og at det i liten grad var forberedte planer for hvordan en håndterer disse utfordringene i større katastrofer (Shiu-Thornton et al. 2007). Etter orkanen Ike ble det gjennomført en studie av kunnskaper om katastrofeberedskap blant språklige minoriteter i Houston-området , Texas. Studien konkluderte med at språklige minoriteter hadde for lite kunnskaper om dette (Nepal et al. 2012). Etniske minoriteter er mer risikoutsatt ved katastrofer blant annet på grunn av utfordringer knyttet til språkbarrierer og informasjonsutveksling (Fothergill et al. 1999). Se også NAKMIs høringssvar på Interimversjon av Nasjonal beredskapsplan mot ebola, sendt til Helsedirektoratet 1.2.2015.

Hva er gjort av tiltak? NAKMI kjenner ikke til tiltak i Norge som omhandler katastrofeberedskap rettet mot innvandrerbefolkningen.

Migrasjon og helse i utdanningene og etterutdanningene

Av Warsame Ali

Minoritetshelse har i liten grad inngått i de tre store helseutdanningene. En kartlegging av medisinstudiet i Oslo viser at studenter får noe undervisning i migrasjon og helse (Berre et al. 2010). Undervisning i temaet omfatter tretten læringsmål som er fordelt på åtte forelesningstimer. I tillegg nevnes temaet i fjorten andre forelesninger og det inngår i enkelte andre deler av undervisning/praksis.

Til tross for at undervisningen dekker en del områder innenfor migrasjon og helse er det viktige tema som ikke dekkes. Dette inkluderer migranters helserettigheter, ulikheter i sykdomspresentasjon, levekår og psykisk helse blant asylsøkere og papirløse migranter, samt helsemessige konsekvenser av tortur. Spørreundersøkelsen tyder på at medisinstudentenes kunnskap om migrasjon og helse øker utover i studiet. Samtidig viser spørreundersøkelsen at avgangsstudenter mener de ikke har tilstrekkelig kunnskap

i feltet, dette gjelder særlig kunnskap om migranters psykiske helse og bruk av tolk i klinisk intervju.

I følge en kartlegging av sykepleierutdanningen i Helse Sør Øst RHF (Magelssen, 2012) er kulturdimensjonen hovedfokuset i undervisning om migrasjon og helse. Høyskolenes fagplaner prioriterer kultur over andre temaer knyttet migrantpasienters helse, sykdom og behandling. Spørreundersøkelsen viste at sykepleiestudentene savnet undervisning og veiledning om håndtering av språkproblemer og arbeid med tolk. NAKMI har nå en fast avtale med Høyskolen i Oslo og Akershus om et to dagers obligatorisk undervisningsopplegg om tematikken. NAKMI har gjennomført dette opplegget med det første kullet i 2015.

Kale og Holt (2011) har sett på hva psykologistudenter lærer om kultur og migrasjonspsykologi. Ifølge forfatterne er fremtidige psykologer for dårlig forberedt til å arbeide med et stort etnisk og kulturelt mangfold. Det er videre en mangel på obligatoriske kurs om kultur- og migrasjonspsykologi. Det finnes heller ingen obligatoriske kurs om tolking og interkulturell kommunikasjon.

Samtidig som det fortsatt er et mangel på undervisning i migrasjon og helse i helseutdanningene ser vi et økt fokus på kompetanseheving, først og fremst i form av etterutdanning, kurs og konferanser. NAKMI har bidratt betydelig til å øke kunnskap og ferdigheter blant helsepersonell gjennom et to-dagers kurs i migrasjon og helse samt to spesialkurs om diabetes for sykepleiere; disse hadde i alt mer enn 800 deltakere i 2014. Kursene holdes over hele landet, og vi ser en økende interesse og deltakelse. NAKMI har i tillegg holdt foredrag for legevaktsykepleiere i Bergen.

Del 3: Utfordringer i møte med helsevesenet og helsepersonell for personer med minoritetsbakgrunn

Utfordringene i møtet mellom helsepersonell og personer som har innvandret er sammensatte og komplekse. I mange tilfeller er det ulike forhold som virker sammen og som forsterker hverandre i negativ retning. For eksempel vil en person med lav utdannelse og lite kunnskap om helse, kropp og medisiner ha et større informasjonsbehov enn øvrige pasienter. For å kunne tilegne seg informasjonen kreves det språkkunnskaper og tid. Er språkkunnskapene svake vil forståelsen gå ned samtidig som tiden det tar å forklare vil øke. Videre vil personer med oppvekst utenfor Norge i mindre grad ha overlappende referanser og erfaringer med helsepersonellet. Å ha få felles referanserammer kan gjøre det mer utfordrende å forstå hverandre. I tillegg til dette kan det være kulturelle forskjeller, ulik systemforståelse, fordommer og manglende tillit som virker som barrierer for effektiv og god kommunikasjon. Utfordringene kan oppsummeres slik: «Immigrants often have significant language and health literacy difficulties, which are further exacerbated by cultural barriers and economic challenges to accessing and making sense of relevant health information.» (Kreps et al. 2008).

I det følgende beskrives disse utfordringene adskilt, men det er altså essensielt å se dem i sammenheng ettersom de ofte forsterker hverandre. Et eksempel fra en interaksjon ved Akershus universitetssykehus eksemplifiserer dette. En ung person med en kronisk sykdom ble lagt inn på akutten. I oppfølgingssamtalen med lege kommer det frem at verken mor, far eller pasienten selv hadde forstått at pasienten var kronisk syk og derfor skulle gå på medisiner resten av livet. Pasienten hadde sluttet med medisiner fordi, som mor sa, sitat: «fordi det e det medisine tom, for to tre måneder». Språkbarrierer kombinert med manglende bakgrunnskunnskaper var i denne sammenhengen høyst sannsynlig årsaken til at pasienten sluttet med medisin og derfor måtte legges inn på akuttavdeling.[1]

Kunnskap om helsesystemet, helse, kropp og medisin

Det er et ideal for helsepersonell å kunne tilpasse seg den enkelte pasient. For å kunne samhandle godt med pasienten må helsepersonell innhente informasjon og gi informasjon på en måte som pasienten forstår og kan agere ut ifra. For å få til dette, er det viktig at helsepersonell evner å sette seg inn i pasientens situasjon og ståsted. Lege og kommunikasjonsforsker Pål Gulbrandsen kaller dette «å innta et pasientperspektiv» (Gulbrandsen 2014). Dette gjelder også i akutte situasjoner. For eksempel må operatører ved AMK kunne tilpasse instrukser ut fra de tilbakemeldingene hun får fra innringer slik at innringer får den informasjonen hun trenger. For eksempel vil en person som er helt ukjent med livreddende førstehjelp måtte ha mer grunnleggende forklaring enn en person som har en viss ide om førstehjelp. Operatøren må begynne instruksen «på et annet sted». For helsepersonell er det å finne det rette startpunktet en ferdighet som aktivt må utvikles. Hva pasienter og deres pårørende kan om helse, helsetjenester,

[1] Konsultasjonen er tatt opp på video i forbindelse med et omfattende kommunikasjonsforskningsprosjekt i regi av HØKH. Videomaterialet ble samlet inn av Bård Fossli Jensen. Pasientens alder, kjønn og diagnose er utelatt av personvernhensyn.

kropp og medisin vil variere betydelig, og deres forhåndskunnskaper vil ha stor betydning for deres evne til å tilegne seg, forstå og huske det helsepersonell sier. Det vil også innvirke betydelig på deres evner til å forklare en situasjon og gi helsepersonell de opplysningene som er relevante.

En rekke undersøkelser internasjonalt har vist at store deler av befolkningen har vanskeligheter med å tilegne seg elementær helseinformasjon, har problemer med å orientere seg i helsevesenet, har problemer med å forklare egen helsesituasjon og har problemer med å forstå det helsepersonell sier. En internasjonal undersøkelse, som Norge ikke var en del av, viste at nesten halvparten av befolkningen (47,6%) hadde såkalt lav *health literacy* (Pettersen et al. 2014).

I en undersøkelse av health literacy i USA blant befolkningen generelt, altså ikke innvandrere spesielt, kom det frem at "15% of the patients could not read and interpret a prescription bottle with instructions to take one pill by mouth four times daily, 37% did not understand instructions to take a medication on an empty stomach" (Parker 1995). En kunnskapsoppsummering konkluderte med følgende: "Low health literacy is associated with poorer health outcomes and poorer use of health care services" (Berkman et al. 2011). Studier fra USA har funnet at lav health literacy henger sammen med høy alder, lav utdannelse og svake engelskkunnskaper (Kindig et al. 2004). I USA har man funnet en sterk korrelasjon mellom engelskferdigheter og health literacy (Kutner et al. 2006, Sentell et al. 2012). For eksempel var "Unawareness of CVD risk factors is high among all groups, but tends to be higher among foreign-born English and non-English speaking participants than among US-born participants" (Langelliere et al. 2012).

En masteroppgave som analyserte russisktalende innvandreres diskusjoner om fastlege på nettfora viste at det var stort sprik i oppfatninger av fastlegeordningen og at det var betydelig behov for mer og bedre tilrettelagt informasjon på morsmålet. Masteroppgaven viser også eksempler på at personers møte med et helsesystem som er annerledes enn det de er vant til kan lede til misnøye, frustrasjon og misforståelser (Tkachenko 2013).

Språkbarrierer

Det er få studier av hvordan språkbarrierer mellom pasient og helsepersonell innvirker på behandlingen. Alle studiene NAKMI kjenner til peker i retning av at språkbarrierer i stor grad innvirker på behandlingen. Studier har vist en sammenheng mellom svake språkferdigheter (i majoritetsspråket) og dårlig helse (Pottie et al. 2008, Ng et al. 2011), og videre at personer som ikke tilegner seg gode språkferdigheter får raskere forverret helse (Pottie et al. 2011). Videre er det studier som har funnet at språkbarrierer mellom pasient og behandler er en betydelig risikofaktor for pasientsikkerheten (se for eksempel Divi et al. 2007, Cohen et al. 2005, Jacobs et al. 2006). Språkbarrierer er også assosiert med økt liggetid (Jacobs et al. 2006, Levas et al. 2011). Pasienter med lave språkferdigheter får sjeldnere de helsetjenesten de har behov for og følger sjeldnere anbefalinger fra helsepersonell (Jacobs et al. 2006).

Få studier har sett på akutte tjenester og språkbarrierer, men i de studiene som er gjort har man blant annet funnet ut at:

- Dersom innringer til 9-1-1 i USA snakket dårlig engelsk, tok det lengre tid for operatørene å identifisere problemet som et hjerteproblem (Bradley et al. 2011).
- Sjansen for at rett tiltak ble igangsatt ved hjerteinfarkt gikk ned dersom innringer til 9-1-1 i USA snakket dårlig engelsk (Bradly et al. 2011).
- Ikke-engelsktalende var mindre fornøyd med behandlingen på akuttavdelingen og rapporterte om flere problemer (Carrasquillo et al. 1999).
- Svake engelskferdigheter var assosiert med svakere forståelse og økt sjanse for uønskede reaksjoner på medisiner (Wilson et al. 2005).
- Operatører av nødnummeret 9-1-1 i USA mener språkbarrierer påvirket utfallet av tjenesten i negative retning (Meischke et al. 2010).
- Personer med svake språkferdigheter utsatte eller unnlot å ringe nødnummer oftere enn befolkningen for øvrig (Ong et al. 2011).
- Språkbarrierer kan gjøre det vanskeligere å bygge opp nødvendig tillit mellom behandler og pasient/innringer. I en studie av legevaktstelefon i Norge fant Hansen og Hunskaar at "There were significant differences between the native-Norwegian and the non-native Norwegian regarding whether they trusted the nurse ($p = 0.017$), and if they got relevant answers to their questions ($p = 0.005$)"(Hansen et al. 2011).
- I innringninger til nødtelefon der det forekom språkbarrierer av en type som ble identifisert og rapportert av operatører, var det noe oftere forsinkelser enn i samtaler der det ikke var identifisert språkbarrierer (Grow et al. 2008).
- Personer med svake engelskferdigheter hadde ofte problemer med å forstå tekniske termer brukt i akuttsammenhenger, som for eksempel «unconscious» (Higgins et al. 2001).
- I akuttmedisinske telefonoppringninger der det var språkbarrierer tok det lengre tid og det var større unøyaktigheter i hjelpen som ble gitt. (Meischke et al. 2013).
- Intervensjoner ovenfor personer med svake språkferdigheter for å gi informasjon om hvordan man best informerer på 9-1-1 og hvordan man snakker på telefon via tolk kan gi positive effekter (Carroll et al. 2013).

I en gjennomgang av 53 varsler til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser fra akuttmedisin innen fagene anestesi, intensiv, ambulanse/prehospital eller akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) kom det frem at «Kommunikasjon, eller mangel av sådan, er registrert ved 17 varsel. I seks av disse varslene var pasienten og/eller pårørende fremmedspråklige» (Helsetilsynet 2014).

I undersøkelser fra Norge om pasienters tilfredshet med sykehusene (PasOpp-undersøkelsene) scorer sykehusene normalt rundt 70-75 på kategorien informasjon (Kunnskapssenteret 2014). Dette viser at kommunikasjonen er en viss utfordring ved

norske sykehus, også når det gjelder befolkningen generelt. Selv om spørsmål som indikerer landbakgrunn er med i PasOpp-undersøkelsen, rapporteres det ikke om dette. NAKMI vet derfor ikke om innvandrerpasienter oftere eller sjeldnere rapporterer at de forstår/ikke forstår legen og tilsvarende spørsmål. Datagrunnlaget for dette finnes hos Kunnskapssenteret, men det er ikke publisert.

Undersøkelsene nevnt over har i hovedsak konsentrert seg om hvorvidt språkbarrierer mellom behandler og pasient kan få konsekvenser av betydning. De har i liten grad undersøkt hvordan problemer knyttet til språkbarrierer utarter seg, hvilken form de tar eller hvor og hvordan noe kan gå galt. Kvalitativ forskning på kommunikasjon og misforståelser har vist at det å bygge felles forståelse mellom to parter er utfordrende og at det i alt som blir sagt ligger potensial for misforståelser (Svennevig 2009, Clark 1996). Dette gjelder både når det er språkbarrierer og når det snakkes samme språk. Et godt eksempel på dette kommer fra forskning på lydlogger fra ulykker og nestenulykker i flytrafikken, der svært små nyanser i måten pilotene snakker med hverandre på kan få katastrofale følger, ved at for eksempel høflighetsuttrykk som «jeg tror kanskje» tolkes som om beskjeden er uviktig og kan ignoreres (Linde 1988), eller at spørsmål i 9-1-1-samtaler kan misforstås og tolkes som advarsler eller trusler (Tracy 2002). Når vi kommuniserer kan ofte små, tilsynelatende banale og uviktige uttrykk forårsake misforståelser. For eksempel kan såkalte «backchannel-responser», som m-hm og OK, lett misforståes og tolkes som en sikker bekreftelse, selv om det motsatte er tilfelle (Li 2006). Et sentralt poeng i denne sammenhengen er at misforståelser ofte skjer i det små. En liten endring i lyden på ett ord kan forårsake en misforståelse som igjen kan få alvorlige konsekvenser.

Det finnes også en del lingvistisk forskning på tilegnelse av andrespråk som viser hvorfor og hvordan misforståelser kan oppstå som følge av at en part i dialogen ikke snakker sitt morsmål. Studier viser blant annet at de som lærer seg et andrespråk ofte overfører grammatiske strukturer fra sitt morsmål til det språket de tilegner seg. For eksempel kan personer med vietnamesisk som morsmål fortsette å markere flertall slik det blir gjort på vietnamesisk når de snakker norsk (McDonald 2010). Det samme gjelder ordstillingen i en setning (McDonald 2010). Dette kan skape forvirring om hva som er subjekt og objekt i en setning. Slike forvirringer kan være livsfarlige i en akuttsituasjon.

I en kvalitativ studie av AMK-lydlogger fant NAKMI en rekke eksempler på misforståelser mellom AMK-operatør og innringer. Her følger noen eksempler, alle er hentet fra Gerwing og Indseth 2010:

- Innringere med svake norskferdigheter brukte grammatiske uttrykk som skapte misforståelser om *når* noe hadde skjedd (hun puster ikke vs. hun pustet ikke).
- Operatørene ga noen ganger inntrykk av at de hadde forstått innringer, selv om de åpenbart, og med gode grunner, ikke hadde gjort det (for eksempel om manglende pust og dermed behov for hjerte lungeredning).
- Indirekte spørsmål stilt av operatørene ble noen ganger tolket bokstavelig, noe som skapte forvirring.
- Spørsmål formulert med negasjon («kan han ikke gå») kunne skape forvirring.
- Flere spørsmål stilt samtidig kunne skape forvirring («er hun våken og puster normalt»).

- Forvirring oppsto når operatøren forsøkte å gi mye og ganske komplisert informasjon samtidig.
- Operatørene forutsatte tidvis mer kunnskap om ambulansesystemet enn det innringer hadde (for eksempel at lege og ambulanse ikke er det samme eller at det ikke er AMK-operatøren som kjører ambulansen). Dette skapte forvirring og tilløp til konflikt og forsinkelser.
- Konflikt oppsto når en innringer ikke forsto operatørens forklaring om at han skulle få hjelp. Operatøren forsto heller ikke at innringer ikke hadde forstått dette, og konflikten eskalerte helt unødvendig.
- Sterk aksent hos innringer førte enkelte ganger til at operatør ikke forsto innringer.

Språkutfordringene som AMK-operatørene står ovenfor er til tider svært vanskelige. Et eksempel fra lydlogg som illustrerer detter er følgende utdrag:

1	02:48.1	03:02.4	IN	hude også alt de tingene æ vet ikkje æ er det han har ikkje pust også lenge lenge eee vanlig kan du sp... eee neste han kommer jeg har ikkje snakke mi jeg har ikke snakket med (ru?) med han
2	03:03.6	03:06.9	OP	nei jeg forstår men du har han der han er sammen med deg nå

I slike tilfeller mener NAKMI det eneste forsvarlige er å benytte tolk. Det er her viktig å påpeke at det ikke operatøren som kan klandres for manglende tolkebruk, i og med at det ikke er lagt opp til noe system for kommunikasjon via tolk ved denne AMK-sentralen. Operatørene er således satt til å utføre en nærmest umulig oppgave.

I et annet eksempel fra en AMK-lydlogg er det en svært essensiell informasjonsbolk, nemlig «store problemer nå med å puste» som ikke blir oppfattet av operatøren, sannsynligvis på grunn av sterk aksent. Temaet blir først hentet opp igjen etter det har gått over to minutter.

1	00:07.5	00:10.6	IN	Min kone har nettopp blitt operert på [x] sykehus og har kommet hjem
2	00:11.0	00:11.2	OP	Mm
3	00:11.2	00:13.3	IN	Og hun har store problemer nå med å puste
4	00:13.6	00:15.3	OP	OK, hvilken adresse sa du?
	00:15.3	02:43.4		• Adressen blir forstått • Operatøren stiller oppfølgningsspørsmål med fokus på operasjonen • Innringeren forsvinner fra telefonen • Det er skrik i bakgrunnen • En kvinne kommer på telefonen • Den mannlige innringeren kommer tilbake etter ett minutt • Operatøren spør om kona er våken
5	02:43.4	02:48.7	IN	Hun er våken og hun mister pusten rett som det er og gisper etter luft og er helt desperat
6	02:49.2	02:50.8	OP	Helt desperat fordi at
7	02:51.3	02:59.6	IN	Fordi hun ikke kan puste og jeg prøver å gi henne munn mot munn, ee eee, åndedrett, og det går sånn ikke godt nok

Det er vært å merke seg at innringer i dette eksempelet snakker norsk på en måte som de fleste nok ville kategorisert som ganske bra. Han har et relativt godt ordforråd (han bruker ord som åndedrett, gisper og desperat). Den grammatiske strukturen ligger tett

opp til hva morsmålsbrukere ville sagt («hun er våken og hun mister pusten rett som det er»). Aksenten hans, som ikke kommer frem i transkripsjonen, gjør det litt vanskeligere å forstå, og man må lytte ganske konsentrert for å kunne forstå alt. Likevel er nok hans norskferdigheter såpass gode at få, om noen, helsepersonell ville vurdert å tilkalle tolk. (Gerwing et al. 2010)

NAKMI anser at faren for misforståelser vil kunne minskes dersom helsepersonell øker sine kommunikasjonsferdigheter og sin bevissthet om betydningen av språkbarrierer.

Pasientrettighetsloven §3-5 *Om informasjonens form* pålegger helsepersonell å tilpasse informasjonen og sikre at informasjonen er forstått: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.» Offentlig myndigheter er pålagt å innføre interne systemer og rutiner som setter dem i stand til å legge til rette for god kommunikasjon og riktig tilpasset informasjon (LDO 2015). Dette er også nevnt i oppdragsbrevene til helseregionene. I hvilken grad dette er gjort og eventuelt hvilken myndighet som påser at dette blir gjort er ukjent for NAKMI.

Et økende antall helsepersonell i Norge har et annet morsmål enn norsk. Økt bevissthet om utfordringer knyttet til språkbarrierer blant helsepersonell generelt kan også bidra til sikrere og mer effektiv kommunikasjon internt i akutt-tjenestene og mellom ulike deler av akutt-tjenestene.

Legevakthåndboken inneholder flere råd hva angår etniske minoriteter og kommunikasjon (Legevakthåndboken 2012).

NAKMI anbefaler videre at utvalget leser avsnittene og anbefalingene om språkutfordringer i *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017* (HOD 2013).

Kommunikasjon via tolk

Tolk er et nyttig og ofte en helt nødvendig verktøy for å kunne kommunisere på tvers av språk. Det er godt dokumentert at det er et betydelig underforbruk av tolk i helsetjenestene i Norge (Kale 2006, NOU 2014:8, IMDi 2007, Helsedirektoratet 2013). Kvaliteten på tolketjenestene er svært varierende og ofte ikke kvalitetssikret, og mange offentlige instanser mangler gode systemer for organisering og bestilling av tolk (NOU 2014:8, Linnestad 2012a, IMDi 2007, Kale 2006). Forskning internasjonalt viser også at bruk av profesjonell tolk i helsetjenestene har en rekke positive effekter, blant annet bedre pasientsikkerhet, færre misforståelser, økt effektivitet og økt pasienttilfredshet (Karliner et al. 2007, Jacobs et al. 2011, Flores et al. 2012, Lindholm et al. 2012).

En rekke rapporter, bøker og artikler gir råd til helsetjenestene og helsepersonell om kommunikasjon via tolk, bestilling av tolk og kvalitetssikring (Jareg 2006, Linnestad 2012a, Skaaden 2012, Skaaden 2013). Helsedirektoratet har også utgitt en veileder i kommunikasjon via tolk (Helsedirektoratet 2011). IMDi har det overordnede ansvaret for tolkefeltet i Norge. De har utviklet en nettjeneste (tolkeportalen.no) med detaljert oversikt over alle tolker med formelle kvalifikasjoner. Nettstedet har også råd og veiledning hva angår kommunikasjon via tolk, bestilling av tolk etc.

Det finnes lite forskning på kommunikasjon via tolk i akutt-tjenestene. Akutte situasjoner kan øke behovet for tolk: «Å kommunisere på hverdagsspråk er noe helt annet enn å være i en situasjon der komplisert fagspråk benyttes. I en krise- eller sykdomssituasjon vil ferdighetene i et andrespråk kunne bli sterkt redusert» (NOU 2014:8).

Bruk av tolk i akutte situasjoner medfører en betydelig ekstra utfordring når det gjelder organisering. Å linke rett tolk til akutt-situasjonen på kort tid innebærer en stor logistisk utfordring. Dette er likevel fullt mulig å få til. Flere av nødmeldetjenestene 9-1-1 i USA er organisert slik at de har tilgang på tolketjenester umiddelbart. Også nødmeldetjenestene 111 og 999 i Storbritannia er organisert slik at tolk kan kobles inn svært raskt. Både i USA og i Storbritannia finnes det en rekke selskaper som tilbyr denne tjenesten (for eksempel Voiance).

Legevaktshåndboken inneholder råd om bruk av tolk, bestilling av tolk og klargjøring angående finansiering av tolk (Legevakthåndboken 2012).

På nettstedet Tolkeportalen finnes det nettkurs for helsepersonell i kommunikasjon via tolk. Kurset er utviklet av Tolkeutdanningen ved HiOA i samarbeid med Ahus. Nettkurset tar ikke opp spesifikke utfordringer knyttet til bruk av tolk i akutt-situasjoner. Tolkesentralen ved Universitetet i Oslo avholder systematisk kurs i kommunikasjon via tolk for ansatte ved Oslo Universitetssykehus.

NAKMIs erfaring etter å ha avholdt kurs i migrasjon og helse for over 2000 helsepersonell, der en bolk er avsatt til kommunikasjon via tolk, er at kunnskapen blant helsepersonell om temaer knyttet til tolkebruk er svært lav. Det er ofte stor usikkerhet om når det er riktig å bruke tolk, hvilken risiko det innebærer å ikke bruke tolk eller å bruke familiemedlemmer som tolk, samt grunnleggende kunnskaper om hvordan kommunisere via tolk. Inntrykket er at et fåtall har hørt om Helsedirektoratets veileder om kommunikasjon via tolk.

De ti mest etterspurte språkene i helsevesenet i Oslo-regionen var i 2014 somali, arabisk, urdu, polsk, tyrkisk, vietnamesisk, persisk, russisk, sorani og tamil (NOU 2014:8).

NAKMI anbefaler at akuttutvalget leser avsnittene og anbefalingene om tolk i *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017* (HOD 2013) og de delene av NOU 2014:8 som omhandler kommunikasjon via tolk helsetjenester og beredskap og organisering av helsetjenester.

Kulturelle forskjeller og preferanser

Av Ruth Prince

(Oversettelse kan ettersendes hvis akuttutvalget ønsker dette.)

Cultural differences between patient and doctor/nurse may affect their ability to cooperate towards a common goal, their relationship, and the treatment outcome for the patient.

"Doctors and patients, even if they come from the same social and cultural background, view ill health in very different ways…. The problem, then, is how to ensure some

communication between them in the clinical encounter between doctor and patient" (Helman 2007, p121).

From the doctor's perspective, the patient has a disease, a biomedical condition, which he diagnoses on the basis of clinical symptoms and/or laboratory or other biomedical tests. From the patient's perspective, he has an illness, which is the subjective response of an individual and of those around him to his being unwell. Illness is understood not only in terms of felt symptoms, but also in terms of how the patient and his family or others around him interpret the origin and significance of this event, how it affects their behavior and his relationship to other people, and the various steps taken (by the patient and family) to remedy the situation. These various factors contribute to the 'explanatory model' the patient and family may have of the illness, which may be different from 'explanatory model' held by the doctor. Note, however, that the explanatory model is not necessarily fixed, but dynamic; responsive to changing conditions. A patient and his family may have more than one explanation for the illness.

Illness is surrounded by meaning; and meanings take shape in social and cultural contexts. It is important that the doctor, therefore, has some understanding of the different contexts in which patients may experience their illness, and that the doctor also has some understanding of the social nature of illness, in that the patient's family and the explanations and understandings they have may also shape the illness experience and therefore responses to it.

Personer med ekstreme erfaringer fra tortur, krig og katastrofer og personer uten lovlig opphold

Av Ida Marie Bregård

Noen innvandrergrupper kan ha vært utsatt for traumatiserende hendelser før de kom til Norge, som tortur (Helsedirektoratet, 2010, s. 38). Dette kan i særdeleshet gjelde asylsøkere, inkludert enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger (Dittman et al. 2010), flyktninger, ofre for menneskehandel og personer uten lovlig opphold (Helsedirektoratet 2010). Tortur og andre traumatiske hendelser kan ha ført til fysiske og psykiske skader.

Fysiske senvirkninger av traumer kan være kroniske smerter fra skader etter gjennomgått tortur, som skader på nerver, hørselstap og brannskader. Skader fra skudd, granatsplinter m.m. kan også forekomme. (Dahl et al. 2006, s. 73-75) Denne oversikten er ikke uttømmende.

Psykiske senvirkninger kan være angst, depresjonsfølelse og depressiv lidelse, somatiseringslidelser og post traumatisk stresslidelse med invaderende symptomer. (Teodorescu et al. 2012a, Teodorescu et al. 2012b, Dahl et al. 2006, s. 75-76). Oversikten er ikke uttømmende.

Enkelte asylsøkere kan i tillegg oppleve alvorlige psykiske plager relatert til uvisshet knyttet til utfallet av asylsøknaden. Personer i disse gruppene kan også få alvorlige psykiske reaksjoner på katastrofer i hjemlandet til tross for lang botid i Norge (Stige et al. 2010).

I møtet med enkelte deler av helsevesenet kan pasienter som har gjennomgått store traumer oppleve en retraumatisering (Dahl et al. 2006, s. 73). Dette kan være i

forbindelse med transport, f.eks. fastspenning til båre, opphold i små rom/ambulanse, ved bruk av ulike typer masker som ved administrering av oksygen. EKG-elektroder kan også minne om tidligere gjennomgått tortur. Retraumatisering kan fremkalle ulike handlinger hos pasienten, og det er viktig at helsepersonell har grunnleggende kjennskap til dette og hva man eventuelt kan gjøre for å minske pasientens påkjenninger.

Personer uten lovlig opphold har begrenset rett og tilgang til helsetjenester. Redsel for å bli angitt til politiet fører også til at enkelte velger å ikke oppsøke helsetjenester de har rett på. Dette kan føre til utfordringer for helsevesenet, både fordi denne pasientgruppen kan være svært syk innen de oppsøker hjelp, men også fordi de kan nekte å oppgi identitet eller de kan oppgi en annens identitet. Å oppgi en annens identitet kan naturlig nok medføre store konsekvenser, både for den som oppgir falsk identitet og for den som egentlig har identiteten. Dette kan f.eks. være relevant i forbindelse med allergier, blodtype og lignende.

Tillit, fordommer, stereotypier og diskriminering

Av Warsame Ali

Så vidt NAKMI kjenner til er det per dags dato ikke gjort noen studier av norske helsepersonells stereotypier og fordommer og hvordan dette eventuelt påvirker behandling og omsorg. Det finnes så langt NAKMI kjenner til heller ingen studier fra Norge som har undersøkt om innvandrere blir direkte diskriminert av norsk helsevesen. Vi vet derfor ikke om og eventuelt i hvilken grad og omfang dette skjer i akutt-tjenestene.

Fordommer er holdninger som kommer til uttrykk gjennom ord, følelser eller atferd. Når dette skjer, kan det føre til diskriminering. Det er forskjell på bevisste og ubevisste holdninger. Noen ganger er vi bevisst over vår egne holdninger, mens andre ganger vil man enten ikke innrømme det eller det kan være vi har holdninger vi selv ikke vedkjenner oss (Ommundsen, 2004). Grunnen til at vi alle har fordommer er at disse også har funksjon i hverdagen. Til daglig håndterer vi en hel del informasjon som må evalueres ganske raskt slik at vi kan ta raske avgjørelser. Det fører til en del automatiske tankeprosesser som vi ikke alltid er helt klar over. Samtidig som fordommer gjør hverdagen lettere, kan disse være feilbarlige og ha negative konsekvenser når vi ikke er bevisste på hvordan vi tenker.

Fordommer er felt som er relativt vanskelig å dokumentere og å forske på. En av de få undersøkelsene som har sett på hvordan negative holdninger og fordommer påvirker behandlingen i helsevesenet, er Green et al. (2007). Resultatene viste at legers ubevisste holdninger kan bidra til ulikhetene i bruk av behandlinger som trombolyse ved hjerteinfarkt. Funnene tyder på at leger har ubevisste preferanser og stereotyper som kan påvirke kliniske avgjørelser. Samtidig påpeker forfatterne at det ikke er hold for å si at ubevisste holdninger er den største faktoren som fører til ulikheter i helsevesenet, men på grunn av at dette skjer ubevisst er det desto viktigere at det gis økt oppmerksomhet.

Del 4: Forslag til tiltak

1. Øke innvandrerbefolkningens kunnskaper og ferdigheter om grunnleggende førstehjelp, HMS og beredskap

a. Innføre førstehjelpskurs som en del av introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere. Undervisningen bør også gi grunnleggende innføring i hvor en skal henvende seg for hvilke type akutte situasjoner, for eksempel når ringer man legevakten og når ringer man AMK, hva bør du tenke på før du ringer, etc.
b. Utvikle et informasjonsopplegg for arbeidsinnvandrere som informerer om akutthelsetjenester i Norge. Hvor henvender du deg for ulike situasjoner? Informasjonsopplegget bør utvikles i samarbeid med bedrifter som ansetter mange arbeidsinnvandrere.
c. Videreutvikle Arbeidstilsynets informasjonsopplegg om grunnleggende HMS for arbeidsinnvandrere og implementere dette i ulykkesutsatte næringer. Implementeringen bør skje i samarbeid med bedrifter som ansetter mange arbeidsinnvandrere.
d. Utvikle tilpasset informasjonsmateriell om førstehjelp. Dette kan innebære oversettelse og «lett norsk»-varianter av brosjyrer og plakater. Distribusjon av informasjonsmateriellet kan gjøres via norskopplæringsprogrammer, asylmottak, gjennom frivillige organisasjoner, skoler i innvandrertette boområder etc.
e. Gjennomgå relevante offentlige nettsider for å legge til, kvalitetsforbedre og oversette informasjon om førstehjelp, akutttjenester etc. For eksempel:
    I. Oversette helsedelen av IMDis nettsider «Ny i Norge» til flere språk (finnes i dag på engelsk, tysk, polsk og litauisk). Dette gjelder særlig delene som omhandler forskjellen mellom fastlege, legevakt og ambulanse. Tekster om førstehjelp bør også utvikles og for disse nettsidene.
    II. Den obligatoriske samfunnsfagsopplæringen for flyktninger og familiegjenforente med flyktninger har en nettside, (www.samfunnsfag.no) som er oversatt til 21 språk. På nettsidene finnes noe informasjon om helsetjenester. Informasjonen om ambulanse og legevakt er svært begrenset. Nettsidene gir ingen veiledning i vurdering av når det er riktig å ringe AMK, for eksempel står det «Hvis du trenger ambulanse, kan du ringe nødtelefonen», uten å gi noen opplysninger om når det eventuelt er behov for ambulanse eller hva ambulanse egentlig er (at det er noe annet enn syketransport). Disse nettsidene bør forbedres og suppleres med informasjon om førstehjelp.
    III. De mest sentrale delene av nettstedet helsenorge.no (www.helsenorge.no) bør oversettes til flere språk. Det vil gjøre det lettere å tilegne seg grunnleggende informasjon om hva en bør gjøre i en akutt situasjon, hvordan en identifiserer symptomer på for eksempel slag etc.
    IV. De mest sentrale delene av nettstedet Kriseinfo.no (www.kriseinfo.no/) bør oversettes til andre språk (finnes nå kun på norsk og engelsk).

V. Nettstedet www.mangfoldsportalen.no bør ha mer informasjon og flere råd til arbeidsgivere og HMS-ansvarlige om hvordan de kan forebygge arbeidsulykker.
VI. Lettlest-ordbanken som er utviklet av Bufetat bør suppleres med flere ord i helsekategorien og gjøres kjent/inkorporeres i nettsider myntet på innvandrere som lærer norsk. Ordbanken bør gjøres kjent for helsepersonell slik at de kan informere pasienter om den og eventuelt benytte den når de skal gi informasjon og beskjeder muntlig eller skriftlig.

f. Starte målrettede tiltak med opplysningsarbeid om faresignaler for hjerteinfarkt og ferdighetstrening i livreddende førstehjelp ovenfor de innvandrergruppene der risikoen er størst.
g. Starte prosjekter for forebyggende helsearbeid (kosthold og mosjon) rettet mot innvandrere. Vellykkede prosjekter bør i større grad sikres permanent finansiering

2. Øke helsepersonells kompetanse om innvandrere som pasientgruppe, språkbarrierer og tolk

a. Helsepersonell bør opparbeide seg kunnskaper om betydningen av språklige barrierer og hva tilrettelegging av kommunikasjon innebærer. De bør også opparbeide seg grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon med personer som snakker lite norsk, både for å kunne identifisere mindre misforståelser når de oppstår og for å minimere risikoen for alvorlige misforståelser.
b. Helsepersonell bør få økt bevissthet om viktigheten av å bruke kvalifisert tolk. Videre bør helsepersonell få grunnleggende opplæring i kommunikasjon via tolk og grunnleggende bestillerkompetanse. Undervisning i kommunikasjon via tolk bør tilbys alt helsepersonell i akuttkjeden og som en del av grunnutdannelsene.
c. Språkbarrierer og kommunikasjon med personer som kan lite norsk bør være en integrert del av avdelingenes systemer for kvalitetssikring og kontinuerlige kompetanseheving. For eksempel bør AMK rutinemessig undersøke betydningen av språk og kommunikasjon når de gjennomgår lydlogger for egen kvalitetssikring og kompetanseheving.
d. Helsepersonell bør få undervisning i særskilte barrierer som enkelte innvandrere har i møte med helsevesenet.
e. Helsepersonell bør få undervisning i hvordan erfaringer fra krig og tortur kan påvirker enkelte pasienter.
f. Gi helsepersonell grunnleggende innføring i prinsipper for likeverdige helsetjenester.

3. Motvirke negative fordommer i helsevesenet

a. Det bør iverksettes tiltak som kan forebygge og dempe effekten av fordomsfulle stereotypier ved tjenesteutøvelse. I helseutdanningene bør det undervises om fordommer og om de kognitive prosessene som ligger til grunn. Helsepersonells bevissthet om implisitte holdninger bør økes slik at holdningene ikke påvirker behandlingen.

b. Ledere i akutt-tjenestene må tilegne seg kunnskaper for å forebygge at personellets eventuelle negative fordommer og stereotypier ovenfor enkeltgrupper går ut over kvaliteten på tjenestene som ytes.
c. Skape trygghet for helsepersonell i arbeidet med innvandrere ved å inkorporere migrasjon og helse i helseutdanningene.

4. Utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag, kartlegge hvor utfordringene er størst og øke muligheten til å identifisere systemsvikt og mangler

a. Ett av de viktigste tiltakene for å få bedre oversikt over situasjonen for innvandrerbefolkningen er å registrere variabler for fødeland, botid og språkferdigheter i helseregistrene. Det vil gjøre det enkelt å få oversikt over hvor innvandrerbefolkningen er overrepresentert/underrepresenter, hvilke landgrupper som eventuelt er overrepresentert og hvilke betydning botid har å si. Dette er kunnskap som er helt vitalt for å kunne allokere ressursene på rett sted og vite hvor og ovenfor hvem en bør sette inn tiltak.
b. Systematisk registrering av språkproblemer i journalsystemer, AMIS etc. vil gjøre det mulig å hente ut data som kan danne grunnlag for kvalitetsforbedring. For eksempel vil en slik registrering kunne gi vesentlig informasjon ved alvorlige hendelser. Det gjør det også mulig å hente ut for eksempel lydlogger for videre analyse og for bruk i opplæring av ansatte.
c. Utfordringer knyttet til språkbarrierer og svak systemforståelse hos pasient/bruker bør bli en fast del av opplæring, kvalitetssikring og evalueringsrutinene for helsepersonell.
d. Lydlogger bør gjøres tilgjengelige for forskning på kommunikasjon og språkbarrierer.
e. Innvandrere bør i større grad inkluderes i helseundersøkelser av relevans for akuttfeltet slik at eventuelle forebyggende tiltak kan treffe bedre.
f. Det bør igangsettes forskningsprosjekter som undersøker innvandrerbefolkningens kunnskaper om førstehjelp, akuttsituasjoner, faresignaler etc. og som undersøker i hvilken grad innvandrerbefolkningen vet hvor de skal henvende seg i ulike akutt-situasjoner.
g. Det bør igangsettes forskningsprosjekter som undersøker om og eventuelt i hvilken grad direkte eller indirekte diskriminering av innvandrere forekommer i akutt-tjenestene.
h. Innvandreres kunnskaper om akuttrelaterte temaer bør kartlegges.

5. Bedre tolketjenester

a. Det er et stort behov for bedre logistikksystemer i akutt-tjenestene for bestilling og kvalitetssikring av tolktjenester. Per dags dato er det kun en AMK sentral i Norge som har systemer for tolketjenester. Dette er AMK ved Sykehuset i Vestfold (Sykehuset i Vestfolds nettsider). NAKMI mener det bør opprettes en døgnbemannet telefontolketjeneste som betjener AMK, legevakt og akutt-avdelinger (samt 110, og 112). Mulighetene for å leie inn telefon-tolketjenester for akuttsituasjoner fra for eksempel Storbritannia for små språk bør utredes. NAKMI anbefaler i første omgang at et system for telefontolketjenester i akuttsituasjoner bygges opp og testes ut av Tolkesentralen ved Oslo

Universitetssykehus. Oslo Universitetssykehus har de siste to årene bygget opp et godt system og et sterkt tolkefaglig miljø. Det er derfor et godt sted å starte for uttesting av gode systemer for tolking i akuttsituasjoner.

b. Inkludere planer for tolkebestilling i beredskapsplaner for store hendelser (NOU 2014:8).
c. Kurse helsepersonell om nødvendighetene av å bruke tolk og opplæring i grunnleggende ferdigheter for kommunikasjon via tolk. Opplæringen i dette er i dag sporadisk og få av tilbudene har bolker om telefontolk og akuttsituasjoner.
d. Kompetanseheving blant helsepersonell i kommunikasjon med personer som kan lite norsk. Dette bør gjennomføres både for personell på legevakt og AMK.
e. NAKMI anbefaler akuttutvalget å implementere anbefalingene om tolk i helsevesenet som fremkommer i NOU 2014: *Tolking i offentlig sektor* og i Den norske legeforenings rapport om likeverdige helsetjenester (Den norske legeforening 2008).

6. Styringsdokumenter for akuttjenestene

a. Temaer som endret demografi, innvandring og behov for tolk bør inkluderes i relevante styringsdokumenter. Disse temaene er for eksempel ikke omtalt i AMKs Årsrapport 2013, Helsedirektoratet rapporter IS-2194, IS-2197 eller IS-2198, Personskadedata 2013 eller SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013.

7. Mangfold i tjenesten

a. Offentlige myndigheter er pålagt å arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling i all offentlig virksomhet, kjent som aktivitetsplikten (LDO 2015). Helsetjenestene bør i størst mulig grad gjenspeile befolkningssammensetningen. En mulighet er å synliggjøre de ulike delene av akuttkjeden som mulige karrierevei for innvandrere og barn av innvandrere.

8. Sikkerhet ved asylmottak

a. Kunnskaper om førstehjelp og HMS er per dags dato ikke en del av kompetansekravet til ansatte ved statlige mottak (Utlendingsdirektoratet 2010). Det bør derfor innføres et krav om førstehjelpskurs og grunnleggende kunnskaper om HMS for ansatte ved asylmottak.
b. Beboere på mottak får per dags dato (mai 2015)
c. ikke informasjon om førstehjelp og HMS (Utlendingsdirektoratet 2015c). Dette bør bli en del av informasjonen til alle beboere ved mottak.
d. HMS og brannvern bør gis større vekt i UDIs anbudsrunder om asylmottak.
e. Terskelen for å få psykisk helsehjelp for asylsøkere og papirløse er for høy. Å sitte i mottak over en lengre periode og å få avslag på en asylsøknad er en meget tung psykisk belastning.

9. Personer uten lovlig opphold

a. Personer uten lovlig opphold er i en svært sårbar situasjon. Fordi de er utenfor det ordinære systemet kan enkelte helseproblemer helt unødig utvikle seg til akutte situasjoner. Det må derfor utvikles systemer som fanger opp helsetjenestebehovene til personer uten lovlig opphold før disse utvikler seg til å bli akutte.
b. Gravide uten lovlig opphold har, slik NAKMI tolker lovverket, rett til oppfølging under graviditeten og helsehjelp ved fødsel på lik linje med andre. Lovverket er imidlertid uklart og tolkes ulikt i forskjellige deler av landet. Uklarheten er såpass grunnleggende at gravide ved enkelte sykehus må betale for dette, mens det ved andre er gratis. Her er det svært viktig å få en avklaring. Uklarheter rundt dette kan blant annet lede til økt behov for akutte tjenester. Det er også viktig at gravide uten lovlig opphold blir kjent med sine rettigheter.

Referanser

Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *16*(1), 60-67.

Amundsen, E. J. (2005). *Alkohol-og tobakksbruk blant ungdom: hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10. klassinger i Oslo 2000/2001*. SIRUS skrifter

Amundsen, E. J. (2012). Low level of alcohol drinking among two generations of non-Western immigrants in Oslo: a multi-ethnic comparison. *BMC public health*, *12*(1), 535.

Andersen, H. S., Turner, L. M., & Søholt, S. (2013). The special importance of housing policy for ethnic minorities: evidence from a comparison of four Nordic countries. *International Journal of Housing Policy*, *13*(1), 20-44.

Arbeidstilsynet (2011). *Velkommen som arbeidstaker i Norge*, lastet ned 12.5.15 http://www.arbeidstilsynet.no/brosjyre.html?tid=92741

Arbeidstilsynet (2014). *43 omkom på jobb i 2014,* lastet ned 13.2.2015 http://www.arbeidstilsynet.no/nyhet.html?tid=250577

Arbeidstilsynet (2014). Forstår du hva jeg sier? Krav til kommunikasjon og språk på bygge- og anleggsplassen, *Arbeidstilsynets publikasjoner* nr. 615.

Assum, T. og Nordbakke, S. (2013). *Innvandrere og ulykker, Kunnskap om skadetyper og skadeomfang blant personer med innvandrerbakgrunn*, TØI rapport 1255/2013

Berg, C. Vassenden, A. Gjerstad, B. (2010). *Innvandrere som risikogruppe i trafikken - forslag til tiltak?* IRIS-rapport 2010/079.

Berge H. (2012). *Forebygge skader og ulykker i minoritetsspråklige familier, prosjektrapport Barnekirurgisk avdeling*, Oslo Universitetssykehus og LMS-barn, Lastet ned 4.5.2015 http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/SKADERAPPORT%202012.pdf

Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient education and counseling*, *84*(2), 152-162.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, *155*(2), 97-107.

Berre I, Dæhli TW, Nordløkken(2010): Hva lærer fremtidige leger om migrasjon og helse?

Bhuller, M., & Brandsås, E. E. (2014). Fattig i fjor-fattig i år? Tilstandsavhengighet i innvandrerfattigdom. *Søkelys på arbeidslivet*, (03), 209-228.

Bhuller, M., & Brandsås, E.E. (2013). *Fattigdomsdynamikk blant innvandrere: En empirisk analyse for perioden 1993–2011*, Statistisk sentralbyrå Rapport 40/2013

Blom, S. 2014. *Holdninger til innvandrere og innvandring 2014,* Statistisk sentralbyrå rapport 2014/39

Blom, S., & Henriksen, K. (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Statistisk sentralbyrå rapport 2008/5

Bradley, S. M., Fahrenbruch, C. E., Meischke, H., Allen, J., Bloomingdale, M., & Rea, T. D. (2011). Bystander CPR in out-of-hospital cardiac arrest: the role of limited English proficiency. *Resuscitation*, *82*(6), 680-684.

Bråten, M., Ødegård, A. M., & Andersen, R. K. (2012). *Samarbeid og HMS-utfordringer i bygg-og anleggsnæringen,* FAFO-rapport

Brochmann, G. & Kjeldstadli, K. (2014). *Innvandringen til Norge 900-2010,* Pax forlag, Oslo 2014

Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of general internal medicine*, *14*(2), 82-87.

Carroll, L. N., Calhoun, R. E., Subido, C. C., Painter, I. S., & Meischke, H. W. (2013). Serving limited English proficient callers: A survey of 9-1-1 police telecommunicators. *Prehospital and disaster medicine*, *28*(03), 286-291.

Clark, H.H. (1996). *Using language*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients?. *Pediatrics*, *116*(3), 575-579.

Cruz-Flores, S., Rabinstein, A., Biller, J., Elkind, M. S., Griffith, P., Gorelick, P. B., ... & Valderrama, A. L. (2011). Racial-Ethnic Disparities in Stroke Care: The American Experience A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *42*(7), 2091-2116..

Dahl S, Varvin S og Sveaass 2006. *Psykologisk og psykososialt arbeid med flyktninger-en veileder*. NKVTS.

Dittmann & Jensen: Enslige mindreårige flyktningers psykiske helse: En litteraturstudie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 47, nummer 9, 2010, side 812-817.

Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International journal for quality in health care*, *19*(2), 60-67.

Dybedal. P. og Farstad, E. (2013). *Utenlandske turister i Norge,* Transportøkonomisk institutt

Elstad, J. I., Øverbye, E., & Dahl, E. (2015). Prospective register-based study of the impact of immigration on educational inequalities in mortality in Norway. *BMC public health*, *15*(1), 364.

Farsethås et.al. (2009). *Håndbok: Arbeidsmiljø på flerkulturelle arbeidsplasser,* Universitetet i Bergen

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, *365*(9467), 1309-1314.

Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of emergency medicine*, *60*(5), 545-553.

Fothergill, A., Maestas, E. G., & Darlington, J. D. (1999). Race, ethnicity and disasters in the United States: A review of the literature. *Disasters*, 23(2), 156-173.

FTU Nord-Trøndelag 2013. *Handlingsplan for trafikksikkerhet, Nord-Trøndelag 2014-2017*

Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? I: *Sykepleien forskning* 1/14, s. 26-35.

Glenday, K., Kumar, B. N., Tverdal, A., & Meyer, H. E. (2006). Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(3), 348-355.

Goth, U. S., Hammer, H. L., & Claussen, B. (2014). Utilization of Norway's Emergency Wards: The Second 5 Years after the Introduction of the Patient List System. *International journal of environmental research and public health*,11(3), 3375-3386.

Goth, U., & Godager, G. (2012). Use of Primary Care Emergency Services in Norway: Impact of Birth Country and Duration of Residence. *Nordic Journal Of Health Economics*, 1(2).

Gravseth, H. M., Lund, J., & Wergeland, E. (2003). Arbeidsskader behandlet ved Legevakten i Oslo og Ambulansetjenesten. Tidsskrift norske laegeforening, *123*(15), 2060-2064

Green, A. R., Carney, D. R., Pallin, D. J., Ngo, L. H., Raymond, K. L., Iezzoni, L. I., & Banaji, M. R. (2007). Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of general internal medicine*, *22*(9), 1231-1238.

Grow, R. W., Sztajnkrycer, M. D., & Moore, B. R. (2008). Language barriers as a reported cause of prehospital care delay in Minnesota. *Prehospital Emergency Care*, *12*(1), 76-79.

Gulbrandsen, P. Finseth, A. (2014). *Skreddersydde samtaler, en veileder i medisinsk kommunikasjon*, Gyldendal akademisk.

Håkonsen, H., & Toverud, E. L. (2011). Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *European journal of clinical pharmacology*, 67(2), 193-201.

Håkonsen, H., & Toverud, E. L. (2012). Cultural influences on medicine use among first-generation Pakistani immigrants in Norway. *European journal of clinical pharmacology*, 68(2), 171-178.

Håkonsen, H., Lees, K., & Toverud, E. L. (2014). Cultural barriers encountered by Norwegian community pharmacists in providing service to non-Western immigrant patients. *International journal of clinical pharmacy*, 36(6), 1144-1151.

Hammersland, Å. (2013). *Kommunikasjon med fremmedspråklige på legevakt*, Fordypningsoppgave i Legevaktsykepleie

Hansen EH, Hunskår S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: A survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011;19.

Helman, C.G. (2007). *Culture, Health and Illness*, 5th Edition, Wright and Sons.

Helsedirektoratet (2010). *Veileder om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.* IS-1022

Helsedirektoratet (2013). *Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten*. IS-0405

Helsedirektoratet (2011). *God kommunikasjon via tolk, Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*, IS-1924

Helsetilsynet (2014). *Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser ... kunne det skjedd hos oss? Eksempler og erfaringer 2010–2013 fra Undersøkelsesenhetens arbeid med varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten (§ 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven)*, Rapport fra helsetilsynet 3/2014

Higgins, J., Wilson, S., Bridge, P., & Cooke, M. W. (2001). Communication difficulties during 999 ambulance calls: observational study. *BMJ*, *323*(7316), 781-782.

Hirsch, A. A. (2010). *Sosialhjelpsmottakere blant innvandrere 1999-2002, 2005-2008.* Rapport, 35, 2010.

HOD 2013. *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle, Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Høydahl, E. (red.) (2014). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i 13 kommuner*, Statistisk sentralbyrå, rapport 2014/13

IMDi (2007). *Fastleger og tolketjenester*, IMDi-rapport 6-2007

IMDi (2012). *Rett og plikt til norskopplæring: Hvem har rett og/eller plikt til opplæring*, lastet opp 7.5.2015, http://www.imdi.no/nn-NO/Norskopplaering/Rett-og-plikt-til-norskopplaring/Hvem-har-rett-ogeller-plikt-til-opplaring/

IMDi (2014). *Nøkkelbegreper på innvandrings- og integreringsfeltet*, lastet ned 15.5.15, http://www.imdi.no/no/Fakta-og-statistikk/Nokkelbegreper-innvandring-og-integrering/

IMDi (2015). *Årsapport 2014*, Rapport: Integrerings og mangfoldsdirektoratet

Iversen, V. C., & Morken, G. (2004). Differences in acute psychiatric admissions between asylum seekers and refugees. *Nordic journal of psychiatry*, 58(6), 465-470.

Iversen, VC; Berg, JE; Småvik, R, Vaaler, A.(2011) Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to aciute psychiatric units: a 3-year prospective study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. vol. 18 (8).

Jacobs, E. A., Leos, G. S., Rathouz, P. J., & Fu, P. (2011). Shared networks of interpreter services, at relatively low cost, can help providers serve patients with limited English skills. *Health Affairs*, 30(10), 1930-1938.

Jacobs, E., Chen, A. H., Karliner, L. S., Agger-Gupta & Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Quarterly*, 84(1), 111-133.

Jareg K. Pettersen Z. (2006). *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*, NAKMI 1/2006.

Jareg, K. (red.) (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*, Rådet for psykisk helse

Jensen, B. F., Gulbrandsen, P., Dahl, F. A., Krupat, E., Frankel, R. M., & Finset, A. (2011). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient education and counseling*, *84*(2), 163-169.

Justis- og beredskapsdepartementet (2014). *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014-2017), Et liv uten vold, Status for tiltakene, juli 2014*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet

Kale E., Holt K. (2012). *Hva lærer psykologistudenter om kultur- og migrasjonspsykologi*? Lastet ned 15.5.2015: http://www.nakmi.no/Details.asp?article=Hva+l%E6rer+psykologistudenter+om+kultur-+og+migrasjonspsykologi%3F+&aid=21

Kale, E. (2006): *Vi tar det vi har – om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo*, NAKMI 2/2006

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health services research, 42(2),* 727-754.

Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press.

Kinge, J. M. og T. Kornstad (2013): *Assimilation effects on infant mortality among immigrants in Norway*. Discussion Papers 741, Statistics Norway.

Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient education and counseling, 71(3),* 328-332.

Kumar, B. N., Meyer, H. E., Wandel, M., Dalen, I., & Holmboe-Ottesen, G. (2006). Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *International journal of obesity, 30(4),* 684-690.

Kutner, M., Greenberg, E., Jin,Y., and Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483)*. U.S.Department of Education.Washington, DC: National Center for Education Statistics

Langellier, B. A., Garza, J. R., Glik, D., Prelip, M. L., Brookmeyer, R., Roberts, C. K., ... & Ortega, A. N. (2012). Immigration disparities in cardiovascular disease risk factor awareness. *Journal of Immigrant and Minority Health, 14(6)*, 918-925.

Legevakthåndboken (2012). *Etnisk minoritetsbakgrunn – generelt*, nettversjon lastet ned 12.5.15 http://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/etnisk_minoritetsbakgrunn__generelt

Legevakthåndboken (2012b). *Etniske minoriteter i Norge, Rett til helsetjenester*, lastet ned 15.5.2015, http://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/etnisk_minoritetsbakgrunn__generelt/etniske_minoriteter_i_norge#spesielle_helseforhold

Lev-Ari, S., & Keysar, B. (2010). Why don't we believe non-native speakers? The influence of accent on credibility. *Journal of Experimental Social Psychology, 46(6)*, 1093-1096.

Levas, M. N., Cowden, J. D., & Dowd, M. D. (2011). Effects of the limited English proficiency of parents on hospital length of stay and home health care referral for their home health care–eligible children with infections. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 165(9)*, 831-836.

Li, H. Z. (2006). Backchannel responses as misleading feedback in intercultural discourse. *Journal of Intercultural Communication Research, 35(2)*, 99-116.

Likestilling og diskrimineringsombudet (2015). *Gir du alle brukere tjenestene de har krav på?* lastet ned 28.4.2015 www.ldo.no/forebygg/offentlige-tjenester/som-tjenesteyter/

Linde, C. (1988). The quantitative study of communicative success: Politeness and accidents in aviation discourse. Language and Society, 17, 375-399

Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J., & Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal of general internal medicine, 27(10)*, 1294-1299.

Linnestad, Hege og H. Fiva Buzungu (2012a): *Ikke lenger en tjeneste av ukjent kvalitet. Statusrapport om tolkefeltet i helsevesenet i hovedstadsområdet*, Oslo kommune og Helse Sør-Øst

Linnestad, Hege og H. Fiva Buzungu (2012b*): Akkurat slik vi gjør med andre spesialister – anbefalinger for fremtiden: tolking som en integrert del av tjenestetilbudet i helsevesenet i hovedstadsområdet*, Oslo kommune og Helse Sør-Øst

Lovdata 1.: *Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven).* Lastet ned: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-07-04-80

Lund, I. O. (2014). Characteristics of a national sample of victims of intimate partner violence (IPV): Associations between perpetrator substance use and physical IPV. *Nordic studies on alcohol and drugs, 31(3),* 261-270.

McDonald, J. L. (2000). Grammaticality judgments in a second language: Influences of age of acquisition and native language. *Applied psycholinguistics, 21(03),* 395-423.

Magelssen R (2012). *Hva lærer fremtidige sykepleiere om Migrasjon & helse?* NAKMI-rapport.

Meischke, H. W., Calhoun, R. E., Yip, M. P., Tu, S. P., & Painter, I. S. (2013). The effect of language barriers on dispatching EMS response. *Prehospital Emergency Care, 17(4)*, 475-480.

Meischke, H., Chavez, D., Bradley, S., Rea, T., & Eisenberg, M. (2010). Emergency communications with limited-English-proficiency populations. *Prehospital Emergency Care, 14(2)*, 265-271.

Meld. St. 26 (2014-2015) (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Nepal, V., Banerjee, D., Perry, M., & Scott, D. (2012). Disaster Preparedness of Linguistically Isolated Populations Practical Issues for Planners. *Health promotion practice, 13(2)*, 265-271.

Ng, E., Pottie, K., & Spitzer, D. L. (2011). *Official language proficiency and self-reported health among immigrants to Canada*. Statistics Canada.

Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., Phillips, R. S., Greenfield, S., Massagli, M. P., Clarridge, B., & Kaplan, S. H. (2007). Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal Medicine, 22(2),* 324-330.

Nordbakke, S. og T. Assum (red) 2008. *Innvandreres ulykkesrisiko og forhold til trafikksikkerhet. Transportøkonomisk institutt*. Rapport 988/2008.

NOU 2012: 4 *Trygg hjemme: Brannsikkerhet for utsatte grupper*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet

NOU 2014:8 *Tolking i offentlig sektor: Et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Ødegård, A., Bråten E. (2007). *Fra øst uten sikring? EU-utvidelsen og HMS-konsekvenser på norske bygge- og anleggsplasser*, FAFO-rapport.

OECD (2011). *Literacy for Life: Further Results from the Adult Literacy and Life Skills Survey*, OECD Publishing.

Omholt, E.L. & Strøm, F. (2014). *Lavere inntekt blant innvandrere*, Oslo: Statistisk sentralbyrå. Lastet ned 15.5.2015: https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/lavere-inntekt-blant-innvandrere

Ommundsen, R. (2004) Bevisste og ubevisste fordommer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41 (5)*, 392-394

Ong, B. N., Yip, M. P., Feng, S., Calhoun, R., Meischke, H. W., & Tu, S. P. (2012). Barriers and facilitators to using 9-1-1 and emergency medical services in a limited English proficiency Chinese community. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *14*(2), 307-313.

Oppedal, B. m.fl. 2008. *Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier*, Folkehelseinstituttet Rapport 2008:14

Oppland fylkeskommune (2011). *Trafikksikkerhet for innvandrere*. Lastet ned 11.5.2015 http://www.oppland.no/Politikk/Trafikksikkerhetsutvalget/Nyheter-trafikksikkerhet/Trafikksikkerhet-for-innvandrere/

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine, 10(10)*, 537-541.

Pettersen, K.S. & Jenum, A.K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?. *Sykepleien Forskning. 9(3),* s 272- 280

Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., ... & Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, 183(12),* E824-E925.

Pottie, K., Ng, E., Spitzer, D., Mohammed, A., & Glazier, R. (2008). Language proficiency, gender and self-reported health: an analysis of the first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 505-510.

Rabanal, K. S., Lindman, A. S., Selmer, R. M., & Aamodt, G. (2013). Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. *European journal of preventive cardiology*, *20*(6), 1013-1021.

Rambøll (2009.). *Innvandreres arbeidsforhold*. Oslo. Rapport fra Rambøll for Arbeidsdepartementet 2009

Sandvik, H., Hunskaar, S., & Diaz, E. (2012). Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC health services research, 12(1),* 308.

Schwappach, D. L., Massetti, C. M., & Gehring, K. (2012). Communication barriers in counselling foreign-language patients in public pharmacies: threats to patient safety?. *International journal of clinical pharmacy*, *34*(5), 765-772.

Sentell, T., & Braun, K. L. (2012). Low health literacy, limited English proficiency, and health status in Asians, Latinos, and other racial/ethnic groups in California. *Journal of health communication*, *17*(sup3), 82-99.

Shameem, N. (1998). Validating self-reported language proficiency by testing performance in an immigrant community: The Wellington Indo-Fijians. *Language Testing*, *15*(1), 86-108.

Shiu-Thornton, S., Balabis, J., Senturia, K., Tamayo, A., & Oberle, M. (2007). Disaster preparedness for limited English proficient communities: medical interpreters as cultural brokers and gatekeepers. *Public Health Reports, 122(4)*, 466.

Skaaden, Hanne (2012): Nettbasert tolkeutdanning. I: Skaaden, H. & Felberg, T. R. (Red.), *Nordic seminar on interpreter training and testing*. HiOA rapport 12/2012.. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

Skaaden, Hanne (2013): *Den topartiske tolken. Lærebok i tolking*. Universitetsforlaget

Skarðhamar, T., Thorsen, L. R., & Henriksen, K. (2011). *Kriminalitet og straff blant innvandrere og øvrig befolkning*, Statistisk sentralbyrå, Rapport 21:2011

Skretting, A. Bye, E. Vedøy, T. , Lund K. E., (2015). *Rusmidler i Norge 2014*, SIRUS-rapport

SSB Tabell: 10598: *Innvandrere, etter landbakgrunn og botid (F)* Lastet ned 28.4.2015 https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=InnvLandBotid&KortNavnWeb=innvbef&PLanguage=0&checked=true

Statistisk sentralbyrå (2013). *Introduksjonsordningen for nyankomne innvandrere, 2013*, lastet ned 28.4.2015, https://www.ssb.no/introinnv/

Statistisk sentralbyrå 2014. SSB *tabell Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert, 2013, 4. kvartal*, Lastet ned 22.4.2015 https://www.ssb.no/innvregsys/

Statistisk sentralbyrå 2014b. *Sysselsatte på korttidsopphold, 2013, 4. kvartal*, lastet ned 22.4.2015 http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/kortsys

Statistisk sentralbyrå 2014c. *Befolkningsframskrivinger, 2014-2100*, lastet ned 14.5.2015, http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17

Statistisk sentralbyrå 2015. *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*, lastet ned 22.4.2015, https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall

Steinkellner, Alice 2015. Befolkningens utdanningsnivå og arbeidsmarkedsstatus, Statistisk sentralbyrå 2015/11

Stige, S. H., & Sveaass, N. (2009). Living in exile when disaster strikes at home. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture, 20(2),* 76-91.

Straiton, M., Reneflot, A., & Diaz, E. (2014). Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC health services research*, *14*(1), 341.

Svennevig, J. (2009). Språklig samhandling, Cappelen akademiske, Oslo

Sykehuset i Vestfolds (2012). *AMK har fått tolketjenester*, lastet ned 28.4.2015, http://www.siv.no/aktuelt_/nyheter_/Sider/amk-har-fatt-tolketjeneste-24-7.aspx

Sørbye, I. K., Daltveit, A. K., Sundby, J., Stoltenberg, C., & Vangen, S. (2014). Caesarean section by immigrants' length of residence in Norway: a population-based study. *The European Journal of Public Health*, cku135.

Sørbye, I. K., Daltveit, A. K., Sundby, J., & Vangen, S. (2014). Preterm subtypes by immigrants' length of residence in Norway: a population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 239.

Sørbye, I. K., Stoltenberg, C., Sundby, J., Daltveit, A. K., & Vangen, S. (2014). Stillbirth and infant death among generations of Pakistani immigrant descent: a population-based study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *93*(2), 168-174.

Sørbye, I. K., Vangen, S., Oneko, O., Sundby, J., & Bergsjø, P. (2011). Caesarean section among referred and self-referred birthing women: a cohort study from a tertiary hospital, northeastern Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, *11*(1), 55.

Sørbye, I. K. (2014). Length of residence and pregnancy outcomes in women of migrant origin. Risks of stillbirth, infant death, caesarean section and preterm delivery. Doctoral thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo

Tang, E. W. M. (2014). The effects of English proficiency on length of stay after isolated cardiac bypass surgery. Master Science in Nursing, University of British Colombia

Teodorescu, D. S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and quality of life outcomes*, *10*(1), 1-16.

Teodorescu, D. S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012b). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian journal of psychology*, *53*(4), 316-332.

Tkachenko T. (2013). *Å bli tatt på alvor, En kvalitativ tekstanalyse av et nettbasert diskusjonsforum om innvandreres møter med fastleger*, Masteroppgave i Sosiologi, Universitetet i Oslo

Tolkeportalen (2013). *Kommunikasjon via tolk i helsetjenesten*, nettsider lastet ned 12.5.2015, https://www.tolkeportalen.no/no/For-tolkebrukere/Kommunikasjon-via-tolk/Kommunikasjon-via-tolk-i-helsetjenesten/

Linde, C. (1988). The quantitative study of communicative success: Politeness and accidents in aviation discourse. *Language and Society*, 17, 375-399

Tracy, S.J. (2002). When questioning turns to face threat: An interactional sensitivity in 911 call-taking. *Western Journal of Communication*, 66, 129-157.

Tran, A. T., Straand, J., Diep, L. M., Meyer, H. E., Birkeland, K. I., & Jenum, A. K. (2011). Cardiovascular disease by diabetes status in five ethnic minority groups compared to ethnic Norwegians. *BMC public health*, *11*(1), 554.

Tran, A.T. (2013). *Cardiovascular disease, diabetes and ethnicity. Quality of diabetes care in a multiethnic general practice population in Oslo*. Doctoral thesis, University of Oslo

Trimble, B., & Morgenstern, L. B. (2008). Stroke in minorities. *Neurologic clinics*, *26*(4), 1177-1190.

Tronstad K. R. (2009). *Opplevd diskriminering blant innvandrere med bakgrunn fra ti ulike land*, Statistisk sentralbyrå rapport 2009:47

Tønnessen, M. (2014). *Fruktbarhet og annen demografi hos innvandrere og deres barn født i Norge*, Statistisk sentralbyrå 2014/4

Utlendingsdirektoratet (2010). *Krav til bemanning og kompetanse i ordinære statlige mottak*, UDI rundskriv, RS 2010-084

Utlendingsdirektoratet (2014). *Brannsikkerhet i asylmottakene*, lastet ned 12.5.15, http://www.udi.no/aktuelt/brannsikkerhet-i-asylmottakene/

Utlendingsdirektoratets (2015a). *UDI statistikk og analyse, mottaksbefolkning*. Lastet ned 22.4.2015 http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/mottaksbefolkning-antall-beboere-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/

Utlendingsdirektoratet (2015b). *Vedtak om beskyttelse (asyl) 2005-2014*. Lastet ned 22.4.2015 http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/vedtak-om-beskyttelse-asyl-2005-20141/

Utlendingsdirektoratet (2015c). *Asylmottak Informasjonsprogram for voksne*, lastet ned 7.5.2015 http://www.udi.no/en/asylum-reception-centres/jobber-i-mottak/informasjonsarbeid-i-mottaket/informasjonsprogram-for-voksne/

Varonis, E. M., & Gass, S. M. (1985). Miscommunication in native/nonnative conversation. *Language in society, 14(03),* 327-343.

Vedøy, T. F. (2013). The role of education for current, former and never-smoking among non-western immigrants in Norway. Does the pattern fit the model of the cigarette epidemic?. *Ethnicity & health, 18(2)*, 190-210.

Vegdirektoratet (2011). *Høyrisikogrupper i vegtrafikken*, samlerapport, Rapport nr. 15

Vestel, V. J., Bakken, A. 1997. *Ungdom og narkotikaforbruk*, NOVA temahefte 1997

VOX 2009. *Vold i nære relasjoner, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, et undervisningsopplegg for nyankomne innvandrere*, deltakerhefte

VOX 2014. *Norskprøve og Samfunnsfagsprøve, Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikks*. Lastet ned 7.5.2015 http://www.vox.no/Norsk-og-samfunnskunnskap/

Weiss, B. D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help Patients Understand, Removing Barriers to Better, Safer Care. Manual for Clinicians*, 2nd Ed. American Association Foundation and American Medical Association, Chicago, IL; 2007

Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F., & Fernandez, A. (2005). Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of general internal medicine, 20(9)*, 800-806.

Winge (2012). Arbeidsskader blant utenlandske arbeidstakere, *Arbeidstilsynet Kompass Tema nr. 2* 2012.

Zhang, Li-Chun (2008): *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway*, Documents 2008/11, Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg 1

AKUTTUTVALGET

Avtale mellom
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)
og
Akuttutvalget
om
ekspertnotat om innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester.

Akuttutvalget har i eget oppdragsbrev datert 9. februar 2015 gitt et oppdrag til NAKMI om å utarbeide et ekspertnotat med følgende underpunkter:

1. Status og utviklingstrekk (epidemiologi og kompetanse).

2. Utfordringer i møtet mellom personer med minoritetsbakgrunn og svake språkferdigheter og fastlege, legevakt, legevaktsentral, AMK og ambulansepersonell.

3. Tiltak om hvordan den akuttmedisinske kjeden kan forberedes, samt tiltak om folkeopplysningstiltak.

4. Eksempler på kommuner eller helseforetak som har satt i verk prosjekter eller tiltak for å sikre god kommunikasjon med innvandrere/fremmedspråklige i akuttmedisinske situasjoner.

I oppdragsbrevet av 9. februar 2015 er innholdet i oppdraget nærmere beskrevet.

1. Faglig styring av leveransen
NAKMI har det faglig overordede ansvaret og direktør Bernadette Kumar er faglig og administrativt ansvarlig for utarbeidelse av ekspertnotatet.

2. Varighet for avtalen
Avtalen gjelder fra det tidspunkt den er signert av begge parter til og med 1. desember 2015.

3. Levering av ekspertnotat
Akuttutvalget vil få oversendt ekspertnotatet innen 15. mai 2015. I perioden 15. mai og frem til 1. oktober 2015 gis det rom for dialog og bearbeiding av rapporten etter nærmere avtale.

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Besøksadresse
Teatergt. 9

Telefon*
22 24 90 90

Org no.
983 887 406

Helse- og
omsorgsdepartementet
Sekretariatet for
Akuttutvalget

Vedlegg 1

4. Økonomi og betalingsbetingelser
Avtalt økonomisk ramme er kr. 15 000 eks. mva. Betaling skjer på tilsendt faktura som utsendes av NAKMI til Akuttutvalget innen 30. august 2015.

Faktura sendes til:
Akuttutvalget, Helse- og omsorgsdepartementet v. Grethe Hatland
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

5. Eiendomsrett og publisering
NAKMI har eiendomsretten til det utarbeidede ekspertnotatet. Ekspertnotatet offentliggjøres 1. desember 2015. Eventuell tidligere offentliggjøring av hele eller deler av innholdet avtales nærmere mellom partene.

6. Henvendelser
Henvendelser til NAKMI angående faglige og administrative spørsmål rettes til formidlingsleder Thor Indseth og kurs- og formidlingskoordinator Ida Marie Bregård. Henvendelser til Akuttutvalget rettes til sekretariatsleder Jan – Magne Linnsund.

Akuttutvalget,
Kristiansand, den 24. mars 2015

Ann – Kristin Olsen
Utvalgsleder

NAKMI,
Oslo, den 24. mars 2015

Thor Indseth
Seksjonsleder, NAKMI

På vegne av
Bernadette Kumar
Direktør, NAKMI

Side 2

© NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse 2015

ISBN: 978-82-92564-29-5

Kontaktinformasjon:

NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse)

Oslo Universitetssykehus HF, avd. Ullevål

Postboks 4956 Nydalen

0424 Oslo

post@nakmi.no

www.nakmi.no

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse