



Migrasjonskonferanse: helse i alt vi gjør



Abstraktbok

Universitetet i Bergen, 15-16 november, 2018



UNIVERSITETET I BERGEN



Innhold

PROGRAM	5
Oversikt - parallellsesjoner	7
Parallellsesjon 1: TM1 Samarbeid mellom aktørene (Paneldebatt)	13
TM1.1 Implementering av to helseintervensjoner blant syriske flyktninger i Bergen.....	13
TM1.2 Prosjekt flytting 2018, Vennessla kommune	14
TM1.3 Samvirkemodellen i bydel Sagene – utviklingsarbeid i bo- og nærmiljøene	17
TM1.4 NAV som bidragsyter inn i folkehelsearbeidet. Om å forstå hverandre og om samarbeid på tvers.....	18
TM1.5 En kort presentasjon av UDI Bruknettverk:	19
Parallellsesjon 1: TM2 Å få barn i Norge (Presentasjoner)	20
TM2.1 When there is no common language: Immigrant mothers' experiences in the Neonatal Intensive Care Unit	20
TM2.2 Kritisk refleksjonsnotat i helsesøsterpraksis i en multietnisk bydel definerer behovet for trening og tilnærming.....	21
TM2.3 «Nye familier»- et utvidet tilbud til førstegangsfamilier gjennom helsestasjonstjenesten ..	22
TM2.4 Trygg i svangerskap- trygg i barseltid.....	23
TM2.5 Prosjekt. Sårbar, gravid og ny i Norge, trygg under fødsel med flerkulturell doula	25
TM2.6 Sammenhengen mellom risikoen for dødfødsler, mors fødeland og andre migrasjonsrelaterte faktorer: en populasjonsbasert studie i Norge.....	26
Parallellsesjon 1: TM3 Arbeidsmigranter og papirløse (Paneldebatt)	27
TM3.1 Psykisk helsehjelp til papirløse- erfaring fra praksis	27
TM3.2 Helse- og levekårsutfordringer blant arbeidsinnvandrere i det norske landbruket.....	28
TM3.3 Migrant Workers and Occupational Health in Norway: A Profile.....	29
TM3.4 Helsehjelp til papirløse.....	30
Parallellsesjon 1 og 2: TM4 og TE4Praktisk bruk av tolk (Workshop)	31
TM4 Workshop om trening i kommunikasjon via tolk ved Haukeland universitetssjukehus	31
Parallellsesjon 1: TM5 Brukermedvirkning (Workshop).....	32
Parallellsesjon 2: TE1 Religion – er det en del av helse? (Paneldebatt).....	33
TE1.1 Psykisk vold og religiøse traumer; en antropologisk tilnærming til psykologisk behandling av offer for menneskehandel.....	33
TE1.2 Samtalepartnertjenesten ved Oslo universitetssykehus; Likeverdig tilgang til tros- og livssynsbetjening	34
TE1.3 Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos flerkulturelle pasienter og pårørende på Haukeland universitetssjukehus.....	35
TE1.4 Hvordan foretrekker ulike etniske grupper bosatt i Norge å mestre depresjon? Og hvordan kan ulikheter i preferanser være forstått?.....	36

TE1.5 The role of religious leaders in the destigmatisation of mental health problems in immigrant communities.....	37
Parallellsesjon 2: TE2 Hva ungdom forteller (Presentasjoner).....	38
TE2.1 Psykisk helseinformasjon i mottaksklasser	38
TE2.2 Møhlenpris idrettslag, et idrettslag hvor en tredjedel av deltakerne er jenter med minoritetsbakgrunn.....	39
TE2.3 Refugee health and social media: How young refugees are using social media in their lives in Norway to enhance their well-being.....	40
TE2.4 "Vi har problem, men vi er ikke gal" - Når psykisk uhelse skal forebygges i eksil - unge enslige flyktninger i kreative samtalegrupper	41
TE2.5 Foundations for Health. Unaccompanied refugee girls and their strategies in navigation towards a new life in Norway.....	42
Parallellsesjon 2: TE3 Evaluering av tiltak – ikke bare for forskere? (Workshop).....	43
Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch).....	44
FM1.2 Disparity in primary health care use among sub-Saharan African immigrants in Norway: a register-based study.....	44
FM1.3 WAIT - I vente på en usikker fremtid: temporaliteter rundt irregulær migrasjon.....	45
FM1.4 Fysioterapi og kulturell kompetanse – et pedagogisk utviklingsarbeid ved bachelorprogrammet i fysioterapi Oslo Met Storbyuniversitet.....	46
FM1.5 Migrasjonshelse i helseutdanning.....	47
FM1.6 Do immigrant women develop more aggressive breast cancer subtypes?	48
FM1.7 Kurs for tolker – Kompetanseheving om tuberkulose	49
FM1.8 A brief review on cultural assessment tools used in primary and secondary health services	50
FM1.9 Kan fastleger påvirke innvandrerkvinner oppmøte til livmorhalscreening-En intervensjon blant fastleger i Bergen	51
FM1.10 Bruk av Wikipedia som kommunikasjonsplattform for å nå befolkningen med fagkunnskap	52
FM1.11 Introduksjon til migrasjon og helse, erfaringer fra et innføringskurs	53
FM1.12 Nettverk som verktøy for bedre innvandrerhelse og likeverdige helsetjenester i Norge. ...	54
FM1.13 Ressursgruppe for pasienter med minoritetsbakgrunn – erfaringer fra Kreftavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus	55
Parallellsesjon 3: FM2 Likeverdige tjenester vs diskriminering (Paneldebatt)	56
FM2.1 Innovasjonsprosjekt i Helse Førde gjev sikrere og bedre tolketjenester til pasienter med minoritetsbakgrunn.....	56
FM2.2 Identifying barriers and facilitators to implementing equitable healthcare services at Norwegian hospitals: a qualitative study.....	57

FM2.3 Strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold ved Oslo universitetssykehus 2017-2021	58
FM2.4 Diskriminering, sosial støtte og helse blant innvandrere.....	59
Parallellsesjon 3: FM3 Innvandrer menn – en gruppe vi ikke tenker på? (paneldebatt).....	60
Parallellsesjon 3: FM4 Helsefremmende tiltak (Presentasjoner).....	61
FM4.1 Sunn Start «Tilpasset undervisningsmaterieell om kosthold, psykisk helse og munnhelse for personer med migrasjonsbakgrunn i Norge».....	61
FM4.2 Oppmøte i Mammografiprogrammet, immigranter og sosiodemografiske faktorer.....	62
FM4.3 Tilpasning av kurs om demens til innvandrergupper i Norge.....	63
FM4.4 Mestringskurs for hivpositive asylsøkere og innvandrere Et nasjonalt, kultursensitivt tilbud basert på empiri og likemannsarbeid.....	64
FM4.5 Development and implementation of a community-based health intervention trial to increase the participation of Pakistani and Somali women in cervical cancer screening program in Norway	65
FM4.6 Kostholdsvalg blant norsk-pakistanske kvinner	66
Parallellsesjon 3: FM5 Fortellinger og helse (Workshop).....	67
FM5.1 Hvordan nå ut med psykisk støtte til flyktninger?	67
FM5.2 Møtet med norsk helsevesen fra et flyktningeperspektiv	68
FM5.3 Strong – but vulnerable, too. Refugees and asylum seekers with potentially traumatizing experiences.	69
Parallellsesjon 4: FE1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)	70
FE1.1 Samarbeid med UiB og GLODE-prosjekt.....	70
FE1.2 Evaluating the advice on screening regimes for newly arrived asylum seekers: a register based cohort study.....	71
FE1.3 Flyktningstrømmen over Storskog høsten 2015. Erfaringer som helsepersonell i en kaotisk situasjon.	72
FE1.4 Sosial støtte i en presset livssituasjon – en undersøkelse blant voksne syriske flyktninger i Libanon og Norge	73
FE1.5 Stillesitting blant syriske flyktninger i to ulike faser i migrasjonsprosessen	74
FE1.6 Integration and well-being: Experiences of Eritrean refugees' in Norway.....	75
Parallellsesjon 4: FE2 Frivillige organisasjoner og nettverk: hvilken rolle spiller vi? (Workshop)	76
Parallellsesjon 4: FE3 EU Joint Action (Workshop).....	77
FE3 Fra Politikk til praksis – Et nytt EU initiativ for å utjevne sosial ulikheter i helse	77
Parallellsesjon 4: FE4 Finn parntere (Workshop)	78

PROGRAM

Torsdag 15. November 2018					
08:00-0830	Registrering og help desk Kaffe				
08:30-09:20	<i>Velkommen ved prorektor UiB</i> - Margareth Hagen <i>Migrasjonshelse i Norge – hvor er vi?</i> - Esperanza Diaz <i>Presentasjon av Bergen deklarasjon</i> - Bernadette Kumar				
09:20-10:10	PLENUMSFORLESNING <i>Migration and health: a holistic collaborative vision</i> - Mark Johnson				
10:10-10:30	PAUSE				
PARALLELLESJONER					
10:30-12:00	TM 1 Samarbeid mellom aktørene: hvordan blir vi bedre (paneldebatt)	TM 2 Å få barn i Norge	TM 3 Arbeids- migranter og papirløse	TM 4 Praktisk bruk av tolk (workshop)	TM5 Brukermedvirkning (workshop)
12:00-13:10	Lunsj				
13:10-14:40	TE1 Religion – er det en del av helse? (paneldebatt)	TE2 Hva ungdom forteller	TE3 Evaluering av tiltak – ikke bare for forskere? (workshop)	TE4 Praktisk bruk av tolk (Workshop)	
14:40-15:00	PAUSE				
15:00-16:00	PLENUMSFORLESNING <i>Kroppslige plager som inngangsport til psykisk helse – Helsepersonell og pasient i dialog</i> Ressursperson med pasient og torturerfaring Helsepersonell: Unni Heltne Dialogfasilitator: Rolf Vårdal				
16:00-17:00	<i>Reis deg for helsen – bli med på bevegelser!</i> Line Giusti og Dachel Dominique Seeratan				

Sesjonskoder	
Plenumssesjon	
Torsdag morgen, Parallell	TM
Torsdag ettermiddag, Parallell	TE
Fredag morgen, Parallell	FM
Fredag ettermiddag, Parallell	FE

Romkoder	
Plenumsforedrag (Alle) Postere	Aulaen
Parallellsesjon TM1, TE1, FM1 og FE1	Aulaen
Parallellsesjon TM 2	Seminarrom F (Rom 210)
Parallellsesjon TM4, TE4, FM3, FE2	Seminarrom E (Rom 307)
Parallellsesjon TM5, TE3,FM4, FE3	Seminarrom D (Rom 306)
Parallellsesjon FM5	Seminarrom B (Rom 4040A)
Parallellsesjon TM3, TE2, FM2, FE4	Auditorium

Fredag 16. November 2018					
08:00-0830	Registrering og helpdesk Kaffe				
08:30-09:20	<i>Migrasjonshelse i Norge – hvor vil vi gå sammen?</i> – Esperanza Diaz <i>Hilsen fra Erlend Horn</i> <i>Mat og prat – en kort presentasjon</i> – Dorothy Birkeland <i>Fra serieflyktning til seriegründer – en vei til bedre helse</i> – Aiman Shaqura				
09:20-10:10	PLENUMFORELESNING <i>Negativ sosial kontroll og diskriminering som kilder til uhelse: innovative måter å forstå og forske sammenhenger på?</i> Forskere: Kjetil Telle og Ahmed Madar Frivillig: Nancy Herz Dialogfasilitator: Anne Hafstad				
10:10-10:30	PAUSE				
PARALLELLESJONER					
10:30-12:00	FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (postere)	FM 2 Likeverdige tjenester vs diskriminering (paneldebatt)	FM 3 Innvandrer menn – en gruppe vi ikke tenker på? Eldre og men (paneldebatt)	FM 4 Helsefremmende tiltak	FM5 Fortellinger og helse (workshop)
12:00-13:10	Lunsj				
13:10-14:40	FE 1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon	FE2 Frivillige organisasjoner og nettverk: hvilken rolle spiller vi? (workshop)	FE 3 EU- Joint Action (workshop)	FE4 Finn Partnere (workshop)	
14:40-15:00	PAUSE				
15:00-16:00	RUNDEBORD <i>Utdanning av helsepersonell – veien videre i Norge</i> Legestudent: Hannah Skjellet Granerud NAKMI/FHI: Helen Ghebremedhin Bergen commune: Trond Egil Hansen UiB: Oddrun Samdal Fakultet for helsefag, OsloMet: Gro Jamtvedt Dialogfasilitator: Edvin Schei				
16:00-17:00	<i>Oppsummering av konferansen</i> <i>Bergen deklarasjon ved FHI fungerende direktør</i> <i>Farvel og takk, Esperanza Diaz</i>				

Oversikt - parallellsesjoner

Torsdag 15. november

TM 1: 10:30-12:00 Rom: Aulaen	<p>Tema: Samarbeid mellom aktørene (Paneldebatt) Chair: Reidun Kjome</p> <p>TM1.1 Implementering av to helseintervensjoner blant syriske flyktninger i Bergen. Presenterende forfatter: Wegdan Hasha</p> <p>TM1.2 Prosjekt flytkning 2018, Vennesla kommune. Presenterende forfatter: Rebecca Ilies</p> <p>TM1.3 Samvirkemodellen i bydel Sagene – utviklingsarbeid i bo- og nærmiljøene. Presenterende forfatter: Reza Rezae</p> <p>TM1.4 NAV som bidragsyter inn i folkehelsearbeidet. Om å forstå hverandre og om samarbeid på tvers. Presenterende forfatter: Eli-Anne Tuntland</p> <p>TM1.5 En kort presentasjon av UDI Bruknettverk. Presenterende forfatter: Lillian Ulveland</p>
TM2: 10:30-12:00 Rom: F-210	<p>Tema: Å få barn i Norge(Presentasjoner) Chair: Henriette S. Aasen</p> <p>TM2.1 When there is no common language: Immigrant mothers' experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. Presenterende forfatter: Nina M. Kynø</p> <p>TM2.2 Kritisk refleksjonsnotat i helsesøsterpraksis i en multietnisk bydel definerer behovet for trening og tilnærming. Presenterende forfatter: Maria J. Leirbakk</p> <p>TM 2.3 «Nye familier»- et utvidet tilbud til førstegangsfamilier gjennom helsestasjonstjenesten. Presenterende forfatter: Maria J. Leirbakk</p> <p>TM2.4 Trygg i svangerskap- trygg i barseltid. Presenterende forfatter: Trude H. Røland</p> <p>TM2.5 Prosjekt. Sårbar, gravid og ny i Norge, trygg under fødsel med flerkulturell doula. Presenterende forfatter: Marit Stene Severinsen</p> <p>TM2.6 Sammenhengen mellom risikoen for dødfødsler, mors fødeland og andre migrasjonsrelaterte faktorer: en populasjonsbasert studie i Norge. Presenterende forfatter: Eline Skirnisdottir Vik</p>
TM3: 10:30-12:00 Rom: Auditorium 4	<p>Tema: Arbeidsmigranter og papirløse (Paneldebatt) Chair: Bente Møen</p> <p>TM3.1 Psykisk helsehjelp til papirløse- erfaring fra praksis. Presenterende forfatter: Valeria Markova</p> <p>TM3.2 Helse- og levekårsutfordringer blant arbeidsinnvandrere i det norske landbruket. Presenterende forfatter: Johan Fredrik Rye</p> <p>TM3.3 Migrant Workers and Occupational Health in Norway: A Profile. Presenterende forfatter: Yogindra Samant</p> <p>TM3.4 Helsehjelp til papirløse. Presenterende forfatter: Teresa Svebak</p>

Torsdag 15. november

TM4: 10:30-12:00 TE4: 13:10-14:40 Rom: E-307	Tema: Praktisk bruk av tolk (Workshop) Chair: Panita Laksuktom
	TM4 Workshop om trening i kommunikasjon via tolk ved Haukeland universitetssjukehus

TM5: 10:30-12:00 Rom: D-306	Tema: Brukermedvirkning (Workshop) Chair: Sarifa Moola-Nernæs
	TM5 Workshop om brukermedvirkning

Torsdag 15. november

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">TE1: 13:10-14:40 Rom: Aulaen</p>	<p>Tema: Religion – er det en del av helse (Paneldebatt) Chair: Arild Aambø</p> <p>TE1.1 Psykisk vold og religiøse traumer; en antropologisk tilnærming til psykologisk behandling av offer for menneskehandel. Presenterende forfatter: Audhild Sinnes</p> <p>TE1.2 Samtalepartnertjenesten ved Oslo universitetssykehus; Likeverdig tilgang til tros- og livssynsbetjening. Presenterende forfatter: Ingrid Vassli Flateby</p> <p>TE1.3 Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos flerkulturelle pasienter og pårørende på Haukeland universitetssykehus. Presenterende forfatter: Kristin Lødøen Hope</p> <p>TE1.4 Hvordan foretrekker ulike etniske grupper bosatt i Norge å mestre depresjon? Og hvordan kan ulikheter i preferanser være forstått? Presenterende forfatter: Valeria Markova</p> <p>TE1.5 The role of religious leaders in the destigmatisation of mental health problems in immigrant communities. Presenterende forfatter: Leoul Mekonen</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">TE2: 13:10-14:40 Rom: Auditorium 4</p>	<p>Tema: Hva ungdom forteller (Presentasjoner) Chair: Nora Børø</p> <p>TE2.1 Psykisk helseinformasjon i mottaksklasser. Presenterende forfatter: Warsame Ali</p> <p>TE2.2 Møhlenpris idrettslag, et idrettslag hvor en tredjedel av deltakerne er jenter med minoritetsbakgrunn. Presenterende forfatter: Stina Amankwah</p> <p>TE2.3 Refugee health and social media: How young refugees are using social media in their lives in Norway to enhance their well-being. Presenterende forfatter: Marguerite Daniel</p> <p>TE2.4 "Vi har problem, men vi er ikke gal" - Når psykisk uhelse skal forebygges i eksil - unge enslige flyktninger i kreative samtalegrupper. Presenterende forfatter: Hedwig Maria Kverneland Whyte Bogstad-Kvam</p> <p>TE2.5 Foundations for Health. Unaccompanied refugee girls and their strategies in navigation towards a new life in Norway. Presenterende forfatter: Fungisai Puleng Gwanzura Ottemöller</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">TE3: 13:10-14:40 Rom: D-306</p>	<p>Tema: Evaluering av tiltak – ikke bare for forskere (Workshop) Chair: Esperanza Diaz</p> <p>TE3 Evaluering av tiltak – ikke bare for forskere</p>

Fredag 16. november

FM1: 10:30-12:00 Rom: Aulaen	Tema: Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Poster & Pitch) Chair: Gro Mjeldheim Sandal
	FM1.2 Disparity in primary health care use among sub-Saharan African immigrants in Norway: a register-based study. Presenterende forfatter: Vivian N. Mbaya
	FM1.3 WAIT - I vente på en usikker fremtid: temporaliteter rundt irregulær migrasjon. Presenterende forfatter: Kari Anne K. Drangslund
	FM1.4 Fysioterapi og kulturell kompetanse – et pedagogisk utviklingsarbeid ved bachelorprogrammet i fysioterapi Oslo Met Storbyuniversitet. Presenterende forfatter: Marit Fougner
	FM1.5 Migrasjonshelse i helseutdanning. Presenterende forfatter: Helen Ghebremedhin
	FM1.6 Do immigrant women develop more aggressive breast cancer subtypes?. Presenterende forfatter: Cassie Trewin
	FM1.7 Kurs for tolker – Kompetanseheving om tuberkulose. Presenterende forfatter: Rut E. Hovden Hanstveit
	FM1.8 A brief review on cultural assessment tools used in primary and secondary health services. Presenterende forfatter: Panita Laksuktom
	FM1.9 Kan fastleger påvirke innvandrerkvinner oppmøte til livmorhalscreening - En intervensjon blant fastleger i Bergen. Presenterende forfatter: Kathy Ainul Møen
	FM1.10 Bruk av Wikipedia som kommunikasjonsplattform for å nå befolkningen med fagkunnskap. Presenterende forfatter: Charlott Nordström
	FM1.11 Introduksjon til migrasjon og helse, erfaringer fra et innføringskurs. Presenterende forfatter: Thor Indseth
	FM1.12 Nettverk som verktøy for bedre innvandrerhelse og likeverdige helsetjenester i Norge. Presenterende forfatter: Ragnhild Storstein Spilker
	FM1.13 Ressursgruppe for pasienter med minoritetsbakgrunn – erfaringer fra Kreftavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus. Presenterende forfatter: Ellen Tolo

FM2: 10:30-12:00 Rom: Auditorium 4	Tema: Likeverdige tjenester vs diskriminering (Paneldebatt) Chair: Anne Lise Kristensen
	FM2.1 Innovasjonsprosjekt i Helse Førde gjev sikrere og bedre tolketenester til pasienter med minoritetsbakgrunn. Presenterende forfatter: Nyonga Rugumayo Amundsen
	FM2.2 Identifying barriers and facilitators to implementing equitable healthcare services at Norwegian hospitals: a qualitative study. Presenterende forfatter: Cecilia Karlsen Gnaly
	FM2.3 Strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold ved Oslo universitetssykehus 2017-2021. Presenterende forfatter: Camilla Holt Hasle
	FM2.4 Diskriminering, sosial støtte og helse blant innvandrere. Presenterende forfatter: Arild Aambø

Fredag 16. november

FM3: 10:30-12:00 Rom: E-307	<p>Tema: Innvandremenn – en gruppe vi ikke tenker på? (Paneldebatt)</p> <p>Chair: Ragnhild Storstein Spilker</p> <hr/> <p>FM3 Innvandremenn – en gruppe vi ikke tenker på?</p>
FM4: 10:30-12:00 Rom: D-306	<p>Tema: Helsefremmende tiltak (Presentasjoner) Chair: Ernst Kristian Rødland</p> <hr/> <p>FM4.1 Sunn Start «Tilpasset undervisningsmateriell om kosthold, psykisk helse og munnhelse for personer med migrasjonsbakgrunn i Norge». Presenterende forfatter: Amar Ahmethodzic</p> <p>FM4.2 Oppmøte i Mammografiprogrammet, immigranter og sosiodemografiske faktorer. Presenterende forfatter: Sameer Bhargava</p> <p>FM4.3 Tilpasning av kurs om demens til innvandrergupper i Norge. Presenterende forfatter: Inger Molvik</p> <p>FM4.4 Mestringskurs for hivpositive asylsøkere og innvandrere. Et nasjonalt, kultursensitivt tilbud basert på empiri og likemannsarbeid. Presenterende forfatter: Unni Mortensen</p> <p>FM4.5 Development and implementation of a community-based health intervention trial to increase the participation of Pakistani and Somali women in cervical cancer screening program in Norway. Presenterende forfatter: Samera Qureshi</p> <p>FM4.6 Kostholdsvalg blant norsk-pakistanske kvinner. Presenterende forfatter: Rima Justine Rajendram</p>
FM5: 10:30-12:00 Rom: B-404A	<p>Tema: Fortellinger og helse (Workshop) Chair: Rolf Vårdal</p> <hr/> <p>FM5.1 Hvordan nå ut med psykisk støtte til flyktninger?. Presenterende forfatter: Ørjan Skaga</p> <p>FM5.2 Møtet med norsk helsevesen fra et flyktningeperspektiv. Presenterende forfattere: Mohamed Isa Tamim og Emilie Strand</p> <p>FM5.3 Strong – but vulnerable, too. Refugees and asylum seekers with potentially traumatizing experiences. Presenterende forfatter: Rolf Vårdal</p>

Fredag 16. november

FE1: 13:10-14:40 Rom: Aulaen	<p>Tema: Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)</p> <p>Chair: Fungisai Ottemöller</p> <hr/> <p>FE1.1 Samarbeid med UiB og GLODE-prosjekt. Presenterende forfatter: Nora Børø</p> <p>FE1.2 Evaluating the advice on screening regimes for newly arrived asylum seekers: a register based cohort study. Presenterende forfatter: Anders Skyrud Danielsen</p> <p>FE1.3 Flyktningstrømmen over Storskog høsten 2015. Erfaringer som helsepersonell i en kaotisk situasjon. Presenterende forfatter: Marte Egeland</p> <p>FE1.4 Sosial støtte i en presset livssituasjon – en undersøkelse blant voksne syriske flyktninger i Libanon og Norge. Presenterende forfatter: Jasmin Haj-Younes</p> <p>FE1.5 Stillesitting blant syriske flyktninger i to ulike faser i migrasjonsprosessen. Presenterende forfatter: Elisabeth Strømme</p> <p>FE1.6 Integration and well-being: Experiences of Eritrean refugees' in Norway. Presenterende forfatter: Zebib Zemichael Tesfazghi</p>
FE2: 13:10-14:40 Rom: E-307	<p>Tema: Frivillige organisasjoner og nettverk: hvilken rolle spiller vi? (Workshop)</p> <p>Chair: Per Sandvik</p> <hr/> <p>FE2 Frivillige organisasjoner og nettverk: hvilken rolle spiller vi?</p>
FE3: 13:10-14:40 Rom: D-306	<p>Tema: EU - Joint Action (Workshop)</p> <p>Chair: Bernadette Kumar</p> <hr/> <p>FE3 Fra Politikk til praksis – Et nytt EU initiativ for å utjevne sosial ulikheter i helse</p>
FE4: 13:10-14:40 Rom: Auditorium 4	<p>Tema: Finn partnere! (Workshop)</p> <p>Chair: Thor Indseth</p> <hr/> <p>FE4 Finn Partnere</p>

Parallellsesjon 1: TM1 Samarbeid mellom aktørene (Paneldebatt)

TM1.1 Implementering av to helseintervensjoner blant syriske flyktninger i Bergen

Forfattere: *Wegdan Hasha^a, Kathy Ainul Møen^a, Bernadette Nirmal Kumar^{b,c}, Lars Thore Fadnes^a, Esperanza Diaz^{a,b}*

^aInstitutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

^bNasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse, Folkehelseinstituttet

^cInstitutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Korrespondanse: Wegdan Hasha, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Kalfarveien 31, 5018 Bergen, Tlf 55586398., e-mail: Wegdan.Hasha@uib.no

Bakgrunn

Mange flyktninger har gått gjennom traumatiske opplevelser som kan forårsake kroniske smerter og psykiske helseproblemer. Universitetet i Bergen, Senter for migrasjonshelse i Bergen kommune og Senter for krisepsykologi har, i nært samarbeid, utviklet to gruppebaserte behandlingsintervensjoner. Den ene av disse er basert på «Teaching Recovery Techniques», og har som mål å redusere psykiske symptomer. Den andre er fysioterapi-basert og vektlegger bevisstgjøring av kroppen og fysisk aktivitet, og har som mål å redusere kroniske smerter. For å finne ut hvordan vi best kunne implementere disse to intervensjonene på den måten som passet best for syriske flyktningene, valgte vi å snakke med brukerne selv.

Mål

Å lære om flyktningenes synspunkter på intervensjonene, og hvordan de foretrekker den praktiske gjennomføringen med tanke på alders- og kjønnssammensetning i gruppene, hyppighet, tidspunkt, sted og eventuelle påminnelser om behandlingen.

Metoder

To grupper av fire menn og fire kvinner ble rekruttert via «snowball» metoden. Hver av de to gruppene ble invitert til et semi-strukturert intervju. Intervjuene foregikk på arabisk, og varte mellom 30 og 60 minutter. Det ble tatt notater av deltakernes synspunkter.

Resultater

Deltakerne var positive til hovedmålet med prosjektet og til begge intervensjonene. Både kvinner og menn nevnte behovet for hjelp til integrering i samfunnet, og pekte på språkbarriere og værforholdene i Bergen som utfordringer. Mennene anerkjente behovet for psykisk helsehjelp blant syrere som gruppe. De foreslo en sammensetning av både unge og eldre for intervensjonen. Kvinnene var begeistret for fysioterapi, og så på denne intervensjonen som en mulighet for å komme seg ut og trene i en hverdag fylt med husarbeid og barnepass. Begge gruppene ønsket intervensjonene ukentlig og påminnelser via SMS. Kvinnene ønsket å ha intervensjonene nær skolen og i skoletiden for å slippe å skaffe barnevakt. De ønsket egne grupper for muslimske kvinner. For menn var kjønnssammensetningen ikke viktig.

Konklusjon

Deltakerne ga oss viktige synspunkter angående implementering av en helseintervensjon blant syriske flyktninger.

Parallellsesjon 1: TM1 Samarbeid mellom aktørene (Paneldebatt)

TM1.2 Prosjekt flyktning 2018, Vennesla kommune

Forfatter: *Rebecca Ilies*, Vennesla kommune

LEDER I PROSJEKTET: Nome Lars-Otto

PROSJEKTMEDARBEIDERE: Rebeca Ilies

ARBEIDSSTED: Hjørnet – Dagsenteret

BAKRUNN FOR PROSJEKTET

Bakgrunn: Nasjonale undersøkelser peker på at flyktninger ikke deltar i like stor grad i fritidsaktiviteter, foreningsliv og demokratiet som majoritetsbefolkningen. Det pekes videre på at dette kan henge sammen med at vi ikke har vært gode nok til å legge til rette for arenaer og møteplasser der innbyggerne treffes på tvers av kultur, etnisitet, kjønn og alder. Språk er nøkkel for integrering, men vi må også sørge for at folk møtes og det knyttes relasjoner og nettverk. En helhetlig og koordinert kommunal innsats er en forutsetning for å lykkes i flyktning – og integreringsarbeidet. Kommunen jobber helhetlig og koordinert internt og mot eksterne samarbeidspartnere. En viktig nøkkel for en vellykket integrering er å legge til rette for deltakelse på alle samfunnsarenaer. Det skal legges til rette for at og mangfold, og utenforskap skal motvirkes på alle arenaer.

Orientering om Vennesla kommune:

De har rett til nødvendige helsetjenester når du oppholder deg midlertidig i kommunen og er:

- flyktning
- asylsøker
- gjenforent med familie

Kommunen skal gi deg spesiell oppmerksomhet og oppfølging dersom du:

- er fra et område med høy forekomst av smittsomme sykdommer
- har vært utsatt for tortur eller andre alvorlige traumer
- er enslig uten familienettverk
- er barn eller ungdom og har kommet til Norge alene
- er gravid
- er enslig forsørger
- har vært utsatt for voldtekt eller annen seksualisert vold
- har blitt kjønnslemlestet eller står i fare for å bli det
- sliter med eller har tegn på psykiske problemer
- har rusproblemer

Kommunen skal sørge for at du får tilbud om de helsetjenestene du har rett til og du trenger derfor ikke søke.

Prosjekt Flyktning:

Fra mars 2018 og ut året har det kommet midler fra NAV rettet spesielt mot oppfølging av enslige flyktninger i Vennesla kommune. Dette har resultert i at det er opprettet 100 % prosjektstilling for miljøarbeider som skal i møte komme dette behovet.

Dette prosjektet er utprøving av en lavterskel oppfølging for enslig menn fra 18 år som er bosatt i Vennesla Kommune. De trenger bistand til å komme i gang med aktiviteter etter skolen eventuelt introduksjonsprogrammet.

Prosjektet er plassert i Helse og omsorg – enhet for Livsmestring ,- avdeling psykisk helse.

Utfordningsbilde:

Det er vanskelig å knytte kontakt med andre på egen alder uten flyktning bakgrunn.

Målgruppen kan være utsatt for å havne i utenforskap.

De trenger en ressurs som kan støtte og styrke dem for å meste dagliglivets utfordringer.

Man kan veilede de og gi til de tryggheten de trenger for å bevege seg ut i samfunnet og ta del i aktiviteter og frivillig arbeid.

Erfaringsmessig viser det seg at de har behov av klare rammer og klare retningslinjer for oppfølging, og at de involverte hjelpeinstansene kan ta i mot og følge opp den enkelte.

Det er svært viktig at flyktingene i målgruppen får et nettverk i nærmiljøet/ lokalsamfunnet.

REKRUTTERING TIL PROSJEKTET:

Flyktingetjenesten i NAV er den instans som henviser aktuelle til prosjektet. Dette gjelder spesielt der det er en bekymring for at enkeltbrukere ikke deltar på sosiale arenaer, og viser klare tegn på tilbaketrekning.

Personer med mer uttalt helseutfordringer kanaliseres til oppfølging til fastlege/ saksbehandler team i HSO for videre oppfølging.

MÅL FOR PROSJEKTET

- Sikre gode møteplasser i nærmiljøet som er åpent for alle.
- Sikre at kommunens kultur – og fritidstilbud blir gjort kjent.
- Sikre at flyktingene benytter seg av kommunens kultur og fritidstilbud.
- Alle skal ha mulighet til å delta jevnlig i minst en organisert fritidsaktivitet sammen med de andre.
- Kommunen bidrar til at den frivillige innsatsen blir målrettet og godt koordinert inn mot målgruppen.
- Sikre regelmessig og forpliktende dialog.
- Nærmiljøkontaktene sikrer informasjon om ulike tilbud. Tilbudene som er i Vennesla Kommune og Frivilligsentralen.

Arbeidsmetoder og oppfølging

Prosjektet er organisert etter en turnus som dekker ettermiddag/kveld annen hver helg. Lørdag og søndag, resten av timene blir fordelt på ulike tider andre faste dager / kvelder i uka. Alle dager er ikke dekt, men det blir en god del faste muligheter for treffpunkt gjennom uka.

For å bli inkludert og deltaker i samfunnet forutsetter samtidig egeninnsats og villighet til å delta.

Ved oppstart av prosjektet er det gjennomført kartleggings samtaler med hver enkelt deltaker.

Videre vi har lagt en plan med fellesaktiviteter.

Individuell oppfølging: Hjemmebesøk, samtaler og praktisk bistand ved behov. Prosjektmedarbeider er sammen med i aktiviteter som er organisert i kommunen.

Opplæring i kosthold og livstil i et nytt miljø.

Informasjon og hjelp til å nå frem til øvrige helse og omsorgstjenester helsetjenester, nødvendig psykisk støtte, fastlege m.m.

Være med på sikre at flyktingene er orientert og forstå hva som finnes av tiltak for deltakelse i ulike aktiviteter.

Følge med på enkeltbrukeres helsetilstand og veiledede videre til aktuelt hjelpeapparat.

SAMARBEIDSPARTNERE

Statlige virksomheter er avhengige av gode samarbeidsrelasjoner mellom medarbeiderne og ledelsen, og mellom partene i virksomheten i forhold som har med arbeidssituasjonen å gjøre. Det innebærer blant annet en felles forståelse.

Prosjekt Flyktning er viktig med tanke på tverrfaglig samarbeid. Det er en styrke å kunne spille på tiltakspakker fra både politiet og kommunale enheter. Vårt viktigste jobb er forebyggende arbeid blant de enslige flyktninger. Det er viktig suksessfaktor i Prosjektet, der blant andre politi, NAV, flyktning tjenesten, frivilligsentralen, fastleger og avdeling psykisk helse.

Foreløpig konklusjon

2,5 måned etter oppstart, ser vi et noe annerledes bilde enn hva vi så for oss ved oppstart. «Bestillingen» var å bistå en gruppe enslige, yngre menn med flyktning bakgrunn å bedre integrere seg i vårt samfunn. De hadde gitt uttrykk for å finne det vanskelig å komme inn i det norske samfunnet. Så det var særlig aktivitetstilbud og hjelp til å komme i gang som vi tenkte ville være der vi skal ha fokus.

Vi tenker det fortsatt, men har oppdaget at det er en del andre utfordringer disse mennene formidler av hjelpebehov.

Det er overraskende mye helseplager som vi nå fanger opp.

Vi forsøker å lede dem videre i apparatet vårt for å sikre dem bedre hjelp og oppfølging.

De kommer med store utfordringer i forhold til undervisning og Introduksjonsprogram, opp mot krevende helsesituasjoner og bosituasjoner som gjør den samlede situasjonen deres utfordrende.

Vi ser at dette er krevende å gi hjelp til hva de trenger, og kanskje et år er lite tid. Vi er ikke kommet så langt ennå. Vi jobber videre og vi er spente på hva vi kan få til.

Parallellsesjon 1: TM1 Samarbeid mellom aktørene (Paneldebatt)

TM1.3 Samvirkemodellen i bydel Sagene – utviklingsarbeid i bo- og nærmiljøene

Forfatter: *Reza Rezaee, koordinator Samfunn- og nærmiljøteamene (fleksibelt team) Bydel Sagene, Oslo*

Bakgrunn

Bydel Sagene har om lag 42 000 innbyggere og er en liten by i byen. I bydelen har man opprettet et samfunns- og nærmiljøteam på tvers av avdelinger og tjenester. Teamet jobber rundt de ca 2200 kommunale leilighetene i bydelen hvor det også bor mange familier med innvandrerbakgrunn etter den erfaringsbaserte samvirkemodellen utviklet gjennom de siste tiårene.

Mål

Målet er å mobilisere beboere, offentlige tjenester og frivillige organisasjoner til å virke sammen for et bedre og tryggere oppvekst- og nærmiljø for barn og unge. Skolearbeid, fysisk aktivitet og arbeidslivstilknytning er blant de områdene det jobbes strategisk med.

Metode

Samvirkemodellen er basert på en grunnholdning om at alle kommunale beboere har ressurser og bydelen jobber med å få offentlige og frivillige aktører til å virke sammen med beboerne for et skape et godt bo- og nærmiljø på Sagene og Torshov.

Resultat

Beboerne har fått hjelp av bydelen og frivillige til å sette i gang flere tiltak og de fleste tiltakene drives nå av beboerne eller beboergrupper. Eksempler er leksehjelp for barn og voksne, nærmiljøskole, nærmiljøpatrulje, dugnader og idrettsaktiviteter. Samvirkemodellen har skapt et stort engasjement blant beboerne som er aktive deltakere som medvirker i utvikling og gjennomføring av aktiviteter som for eksempel et samarbeid med Torshov foreldregruppe og fotballklubben Skeid.

Konklusjon

Erfaring fra bydel Sagene viser at for å lykkes må tiltakene forankres hos de som er berørt og de må involveres som aktører og aktive deltakere i utforming og gjennomføring av tiltakene – og ikke bli passive mottakere. Med beskjedne ressurser har man fått til en fleksibel og åpen organisering, som motiverer og støtter frivillig initiativ. Alle er likeverdige partnere som jobber sammen for et bedre bomiljø. Samvirkemodellen har bidratt til å få gode resultater og metoden kan være nyttig for andre som vil jobbe med involvering av beboere i nærmiljøet.

Parallellsesjon 1: TM1 Samarbeid mellom aktørene (Paneldebatt)

TM1.4 NAV som bidragsyter inn i folkehelsearbeidet. Om å forstå hverandre og om samarbeid på tvers

Forfattere: *Eli-Anne Tuntland og Eli-Annik Bernstein, Kompetansemiljøet Integrering, NAV Tiltak Oslo*

Eli.Anne.Tuntland@nav.no

Eli.Annik.Bernstein@nav.no

Bakgrunn:

Blant NAVs brukere finner vi mange mennesker med sammensatte helseutfordringer, både av medisinsk og sosioøkonomisk karakter. Det kan i flere tilfeller være vanskelig å se hvor den ene utfordringen slutter og den andre begynner, og om det er NAV eller helsevesenet som har hovedansvaret for oppfølgingen. NAV-ansatte jobber ofte i krysningfeltet mellom arbeid og helse, da de har oppfølgingsansvaret for både sykemeldte arbeidstakere og brukere med utvidet behov for helsereelatert oppfølging. Arbeid og aktivitet er en grunnleggende målsetting for all oppfølging og bruk av tiltak i NAV. Det kan se ut som mange brukere verken blir bedre av helseplagene sine eller kommer nærmere arbeid, på tross av lang oppfølgingshistorikk.

Når brukerne har migrasjonsbakgrunn utfordres kommunikasjonen mellom bruker og NAV, og også mellom hjelpeinstansene. Vi ønsker å sette fokus på behovet for tett samarbeid for at vi skal kunne tilby best mulig tjenester til en sårbar brukergruppe.

Mål

Økt samarbeid mellom NAV og helsevesen for å sikre et helhetlig og likeverdig offentlig tjenestetilbud for denne brukergruppen.

Metode:

Gjennom case vil vi fra NAVs perspektiv belyse sammenhengen mellom helse levekår og se på hvordan man gjennom tverretattlig samarbeid kan bidra til bedre helse og økt livskvalitet.

Konklusjon:

Både NAVs og helsemyndighetenes overordnede mål er å bidra til at brukerne kan bli selvforsørget og leve et godt nok liv på lik linje med resten av befolkningen.

“Vi gir mennesker muligheter” og “God helse og omsorg for alle” er visjonene institusjonene bygger sine tjenester på. Og strategien for begge instanser er å yte bistand til sine brukere og pasienter slik at de kan “mestre hele livet”. Både NAV- og helsedirektøren har i flere sammenhenger presisert viktigheten av et tett samarbeid mellom helse- og arbeidsinstitusjonene for å få til dette bedre. Vi vil understreke behovet for denne brukergruppen.

Parallellsesjon 1: TM1 Samarbeid mellom aktørene (Paneldebatt)

TM1.5 En kort presentasjon av UDI Bruknettverk:

Authors: *Lillian Ulveland, seniorrådgiver, UDI brukernettskoordinator, OPA Veiledning stab*

Tanken om et UDI brukernettsverk er å tilby eksterne aktører som bistår, hjelper eller engasjerer seg i brukerne våre, et møtepunkt med UDI. Hensikten med nettverket er at UDI skal gjøre seg tilgjengelig ovenfor både «gode hjelpere» og brukerne selv, informere om eget regelverk og rutiner, og fange opp hvor skoen trykker for andre instanser i deres møte med utlendingsforvaltningen.

Brukernettsverket fungerer i dag som en vel etablert UDI-informasjonskanal, og er delt opp i forskjellige nettverksgrupper der de forskjellige nettverksgruppene inviteres til nettverksmøter i UDI en gang i året. Tilbakemeldingene fra nettverksmøtene blir bare bedre og bedre, og viser at nettverksarbeidet fungerer slik det bør.

I tillegg til nettverksmøtene mottar eksterne kontakter over hele landet to ganger i året et nyhetsbrev med nyttig og relevant UDI-informasjon. Og er det viktige regelverksendringer og kampanjer på gang, så sender vi i tillegg til nyhetsbrevene ut ekstra informasjonsbrev til aktuelle nettverksgrupper.

UDI Brukernettsverk er delt opp i flere nettverksgrupper, og per i dag finnes det seks forskjellige nettverksgrupper. Det er 1) ideelle og humanitære organisasjoner, 2) rettshjelpsorganisasjoner over hele landet, 3) religiøse organisasjoner og ledere, 4) barnevernet, 5) lærere i voksenopplæringen og 6) flyktningkonsulenter og programrådgivere over hele Norge. I tillegg jobbes det med å etablere en nettverksgruppe for den gruppen av 7) helsearbeidere som jobber mot brukerne våre via skoler og helsestasjoner.

UDI-brukernettsverk fremstår i dag som et hensiktsmessig redskap for distribusjon av informasjon fra UDI, og når fram til over 900 kontaktadresser som omfatter alt fra private aktører og organisasjoner til enkeltpersoner i offentlig forvaltning.

Parallellsesjon 1: TM2 Å få barn i Norge (Presentasjoner)

TM2.1 When there is no common language: Immigrant mothers' experiences in the Neonatal Intensive Care Unit

Forfatter: *Nina M. Kynø, Lovisenberg diakonale høyskole/ Oslo universitetssykehus*

Background: Increased immigration to Norway leads to demographic change, which leads to changes in the patient population. As a consequence, the number of parents with no common language with the Neonatal Intensive Care Unit's (NICU's) healthcare professionals increases. Interpreters are not available to cover non-scheduled communication needs. This is a challenge when nurses need to inform, guide and emotionally support parents, and for parents who are unable to ask questions and express their need of guidance and information.

Migrant mothers and their newly born infants constitute a vulnerable hospital population. Prematurity, sickness and admission to NICU affect not only the infant and its development, but also the parents, which in turn influence the child's development. It is reasonable to presume that these effects may apply stronger to immigrant mothers. Little research has been focused on migrant mothers' experiences in the NICU.

The aim of this study is to explore how mothers without a common language with healthcare providers experience their stay in the NICU during their infant's hospital stay.

Method: To answer the research questions, this study has a qualitative design:

- Eight to ten mothers will be interviewed using a semi-structured interview guide. Interpreters' assistance will be needed during these interviews.
- Non-participatory observation is data collection through direct observation where the mothers who participate in interviews will be observed while mother and nurse are cooperating in caring for the infant. The focus will be on verbal and non-verbal communication.
- Focus group interviews with nurses to explore experiences related to caring for migrant mothers, and to give insight into what aspects of communication and nursing care they see as particularly salient.

The data will be thematically analysed in phases:

Results: Preliminary results will be presented.

Parallellsesjon 1: TM2 Å få barn i Norge (Presentasjoner)

TM2.2 Kritisk refleksjonsnotat i helsesøsterpraksis i en multietnisk bydel definerer behovet for trening og tilnærming

Forfattere: Maria J. Leirbakk -Oslo kommune, Stina Dolvik -Bydel Stovner, Jeanette H. Magnus - Universitetet i Oslo

Presenterende forfatter: Maria J. Leirbakk, m.j.leirbakk@medisin.uio.no

Bakgrunn

Det tidlige hjemmebesøksprogrammet «Nye familier» som rulles ut på helsestasjoner i Oslos bydeler, skaper et behov for tydeligere å definere hvordan imøtekomme brukernes behov og hvordan programmet kan ytterligere forbedres. Ulike bydeler har brukere med ulike behov og programmet universelt retter seg mot samtlige førstegangsforeldre. Dette skaper et kunnskapshull for hvordan en kan tilpasse programmet brukerne.

Mål

Definere hva de ulike brukerne av helsestasjonstjenesten trenger utfra et universelt tilbud som fanger et bredt spekter av ulike behov.

Metoder

Tre helsesøstre som var med å utvikle «Nye familier» skrev kritiske refleksjonsnotat, basert på semi-strukturerte spørsmål, gjennom en periode på to år. Disse refleksjonsnotatene var med på å kartlegge hvilken strategi og «tause kunnskap» som var best egnet for å skape et godt hjemmebesøk som kunne ivareta familiens behov og hjelpe de på best mulig måte.

Resultat

Det var tre element som skilte seg ut: 1) Ydmykhet, ved å være i noens hjem, som gjorde at maktbalansen mellom helsesøster og familien ble mer utjevnet sammenlignet med en konsultasjon på helsestasjonen 2) Skape et personlig forhold, men ikke være privat, noe som var med på å bygge et tillitsfullt forhold 3) Tid til å snakke med familien og gi de rom for å åpne seg opp.

Konklusjon Ved å definere nøkkelegenskapene i et universelt tilbud, vil det skape større rom for å øke muligheten til å hjelpe familien utfra sitt ståsted. Selv et universelt tilbud må skreddertilpasses den enkelte familie og deres unike situasjon for å kunne gi best mulig hjelp og støtte.

Parallellsesjon 1: TM2 Å få barn i Norge (Presentasjoner)

TM2.3 «Nye familier»- et utvidet tilbud til førstegangsfamilier gjennom helsestasjonstjenesten

Forfattere: *Maria J. Leirbakk -Oslo kommune, Stina Dolvik -Bydel Stovner, Jeanette H. Magnus - Universitetet i Oslo*

Presenterende forfatter: *Maria J. Leirbakk, m.j.leirbakk@medisin.uio.no*

Bakgrunn

Bydel Stovner, med 36 % innvandrere, og 19 % norskfødte av to innvandrerforeldre, har utfordringer knyttet til sosiale og etnisk betingede helseforskjeller i befolkningen. Helsestasjonstjenesten opplevde at flere foreldre henvendte seg med utfordringer det ikke var rom for under de ordinære konsultasjonene. Med 25 % ekstraordinære tiltak av de som brukte helsestasjonen i behov for, og nybakte foreldre som trengte mer støtte og hjelp enn hva tjenesten kunne tilby, ønsket bydelen å utvikle ett nytt tilbud. Resultatet var «Nye familier», et universelt, salutogenetisk hjemmebesøksstilbud fra uke 28 i svangerskapet til barnet var to år, gjennomført av helsesøstre.

Mål

Gjennom «Nye familier» ønsket bydelen å hjelpe de familiene som hadde behov for ekstra støtte og hjelp i den første tiden etter barnet var født, definert av familien i samarbeid med sin helsesøster. Målet var å komme tidlig inn, slik at det kunne jobbes helsefremmende og forebyggende, og unngå behovet for sekundær-, tertiærtiltak.

Metoder

Fokusgruppeintervju med 18 brukere (mødre) av helsestasjonstjenesten fra 9 ulike nasjoner og 3 helsesøstre som hadde jobbet i tjenesten var med på å definere behovet for ekstra støtte og hjelp. Dette, sammen med dybdeintervju med ledere i bydelen og en kunnskapsoppsummering av tilgjengelig forskning dannet programmet «Nye familier».

Resultat

Gjennom en pilotperiode på ett år ble programmet skreddersydd og fortløpende evaluert av en styringsgruppe som tok de endelige beslutningene om hvordan programmet skulle se ut. «Nye familier» ble et salutogenetisk hjemmebesøksstilbud til førstegangsførelde som benytter metoder som motiverende samtale, mestringstro og empatisk kommunikasjon for å gi familier den støtte og hjelp som de er i behov av i en ny og krevende situasjon.

Konklusjon

Det er et stort potensiale og behov for å styrke det helsefremmende og forebyggende tilbudet som gis gjennom helsestasjonstjenesten i Norge.

Parallellsesjon 1: TM2 Å få barn i Norge (Presentasjoner)

TM2.4 Trygg i svangerskap- trygg i barseltid

Forfattere: Trude H. Røland, fagutviklingsjordmor og Stine Linn Aasebøe, Seksjonsleder, Barselavdelingen, Drammen Sykehus

Introduksjon

- Et forebyggende samhandlingsprosjekt mellom 1. og 2. linjetjeneste med fokus gravide med psykisk sårbarhet, herunder gravide med migrasjonsbakgrunn
- Utarbeidelse av felles Pasientforløp: *et verktøy for å sikre overganger, bedre flyten, gi kjennskap til hele pasientens forløp; bedre samarbeid*. Oppstart mars 2017
 - Eier: Barselavdelingen Drammen sykehus (Drammen kommune 26 % migrasjon)
 - Initiert etter internt kvalitetsstudie i Barselavdelingen 2015
 - Aktører: 2 kommuner og sykehuset samarbeider om pasientforløpet
 - Tverretattlig og tverrfaglig arbeidsgruppe
 - Ferdigstiller Pasientforløpet høst 2018
- I Svangerskaps -og /barselomsorg:
 - Hvordan tilrettelegge/ fremme foreldrenes sensitivitet for det ufødte/nyfødte barn ut fra sine ressurser og tilby foster/nyfødte optimal trygghet både fysisk og psykisk
 - Ved å:
 - avdekke psykisk sårbarhet i tidlig graviditet
 - sikre overganger mellom instanser/etater
 - individuell oppfølgingsplan etablert i samarbeid med kvinnen og som følger Helsekortet
 - kjent jordmor på barselbesøk, evt. tilby prevensjon, celleprøver

Hva er utfordringen

Hvordan kartlegges psykisk helse i svangerskapsomsorgen? Internt kvalitetsstudie viste at ved tolkebehov var det ingen gravide med anmerkning om psykisk helse på Helsekortet.

Workshop synliggjorde behov for mer kunnskap/verktøy om å:

- tilby likeverdig helsetjeneste
- informere/ kommunisere med migrasjonspasienter /tolk om
 - psykisk helse, depresjon
 - samspill/tilknytning mor/foster-nyfødt
 - avdekke vold/ rusmisbruk
 - kjønnslemlestelse
- nå gravide innvandrere uten personnummer og fastlege
- Kunnskapsbrist hos pasient om:
 - Norsk helsevesen
 - fysiologiske prosesser, psykisk helse i svangerskap/ barseltid
 - betydning av tidlig samspill mor/ foster og nyfødt

Hva er løsningen/resultatet

- Kartleggetidlig i svangerskapsomsorgen (bakgrunn/status og egenopplevelse av situasjonen)
 - identifisere markører for psykisk sårbarhet / mulige samspillshindre

- *Sårbarhetspyramide* er utarbeidet i prosjektet som hjelp i planlegging av oppfølging ut fra psykisk helse og alvorlighetsgrad er, med en:

Oppfølgingsplan / Oppfølgingsansvarlig

- Strukturert plan for samarbeid på tvers av etater og profesjoner
 - for Nivå 2 og 3 i Sårbarhetspyramiden er tiltak som «Forberedende barselsamtale» og «Forsterket barselopphold» utviklet/innført i 2015 ved Barsel Drammen
 - tilbys familier med psykisk sårbarhet; bl.a. fremme mestringfølelse, trygghet, veilede, gi forutsigbarhet, sikre overgang til 1. linje etter barselopphold
- Kontinuitet i oppfølging
 - Retningslinjer: «Familier i en sårbar og utsatt livssituasjon tilbys individuell tilpasset oppfølging i svangerskap/barseltid utover de generelle anbefalingene i retningslinjene. Før hjemreise fra føde/barselavdelingen skal oppfølging være planlagt og fremgå av informasjon som kvinnen og hennes partner mottar»

Hva er konklusjonen

Tidlig innsats, kjent plan gjennom samhandling gir trygghet og forutsigbarhet for kvinnen, foster/nyfødt og familien

- ▶ En felles kunnskapsplattform og felles retningslinjer i form av *Pasientforløp «Trygg i svangerskap-trygg i barseltid»* som er tilgjengelig /kjent og benyttes av alle involverte etater og profesjoner
 - Kvinnehelse: etterkontroll/ prevensjon hos kjent jordmor en del av barselomsorgen om kvinnen ønsker

Parallellsesjon 1: TM2 Å få barn i Norge (Presentasjoner)

TM2.5 Prosjekt. Sårbar, gravid og ny i Norge, trygg under fødsel med flerkulturell doula

Forfatter: Marit Stene Severinsen, Oslo universitetssykehus, mseverin@ous-hf.no

Bakgrunn:

Å kunne tilby likeverdige helsetjenester under svangerskap, fødsel og barseltid kan for enkelte minoritetskvinner være et godt forebyggende og helsefremmende tiltak. Forskning viser at enkelte grupper innvandrerkvinner er mer utsatt for komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel sammenliknet med norske kvinner. Erfaring med kulturdoula fra Sverige viser at det har en helsegevinst for mor og barn, men at det også kan ha en integreringseffekt. Prosjektet "flerkulturell doula" finansieres av samhandlingsmidler, og støtte fra Ekstrastiftelsen, og varer i 2 år .

Mål

- Å utvikle en modell for opplæring og bruk av flerkulturell doula.
- At nyankomne gravide med lite sosialt nettverk og som er i en sårbar livssituasjon føler seg trygg i møte med fødselsomsorgen.
- En flerkulturell doula vil kunne bidra til å øke forutsetning for en god kommunikasjon før, under og etter fødsel med mål om å redusere forekomsten av komplikasjoner under fødsel.

Metode

Prosjektet har rekruttert og kurset 11 kvinner som snakker norsk, og enten somalisk, arabisk eller tigrinja.

Det har blitt gjennomført 8 kursdager for de flerkulturelle doulaene med ulike temaområder. 30 gravide skal få tilbudet om flerkulturell doulastøtte i prosjektperioden.

Konklusjon.

Kvinner som får flerkulturell doulastøtte kan uttrykke sine behov og smerter på eget morsmål. Det kan bidra til å fremme mestring, makt og kontroll over eget liv. Den flerkulturelle doulaen kan dele sin erfaring og styrke, gi trygghet til fødekvinne og bidra til å gi kvinnene mestringfølelse. Hun kan være en veiviser inn i det norske helsevesenet. Hun er ingen tolk, men en emosjonell og praktisk støtte. Effekten av prosjektet vil være økt brukertilfredshet og reduksjon av faren for uheldige komplikasjoner hos mor og barn. En positiv bieffekt vil være høyere grad av flerkulturell forståelse hos helsepersonell.

Prosjektet ledes av Seksjon for likeverdig helsetjeneste ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) i samarbeid med N.K.S., helsestasjon og Oslo kommune ved bydel St. Hanshaugen, Tolkesentralen (OUS) og Kvinneklinikken/Føde og barselavdelingene (OUS).

Parallellsesjon 1: TM2 Å få barn i Norge (Presentasjoner)

TM2.6 Sammenhengen mellom risikoen for dødfødsler, mors fødeland og andre migrasjonsrelaterte faktorer: en populasjonsbasert studie i Norge

Forfattere:

Eline Skirnisdottir Vik, RNM, phd-student, Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet
Erica Schytt, RNM, professor, Centre for Clinical Research Dalarna (Falun, Sverige), Karolinska
Institutet (Stockholm, Sverige), Høgskulen på Vestlandet,

Vigdis Aasheim, RNM, med dr, Høgskulen på Vestlandet

Dag Moster, MD, professor, Universitetet i Bergen

Rhonda Small, epidemiologist, professor, La Trobe University (Melbourne, Australia)

Roy Miodini Nilsen, epidemiologist, associate professor, Høgskulen på Vestlandet

Presenterende forfatter: *Eline Skirnisdottir Vik, e-post: eline.vik@uib.no*

Bakgrunn

Kvinner med innvandrerbakgrunn har i en rekke studier blitt identifisert med en økt risiko for ulike alvorlige perinatale utfall, hvor dødfødsler er ett eksempel på et slikt utfall. Samtidig ser vi at risikoen varierer mellom ulike grupper innvandrere, og det rapporteres både høyere og lavere risiko blant innvandrerkvinner sammenlignet med kvinner som ikke er innvandrere. En trenger derfor detaljerte opplysninger knyttet til ulike subgrupper av innvandrerkvinner for å identifisere kvinner med et reelt økt behov for tettere oppfølging i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Detaljerte opplysninger som mors fødeland, fars fødeland, årsak til innvandring, tid i landet og hvor kvinnen fødte sitt første barn er i stor grad tilgjengelig i norske registre, og i denne studien har vi derfor muligheten til å gjennomføre detaljerte statistiske analyser med stor klinisk relevans.

Mål

Målet med studien var å undersøke sammenhengen mellom ulike migrasjonsrelaterte faktorer og dødfødsler i en populasjonsbasert studie i Norge.

Metode

Dette er en landsomfattende populasjonsbasert studie som inkluderer alle fødsler i Norge mellom 1990 og 2013; innvandrerkvinner (n= 195 725) og norskfødte kvinner (n=1 136 637). Data fra Medisinsk Fødselsregister er koblet med data fra Statistisk Sentralbyrå. Metoden som ble brukt var logistisk regresjon, og vi estimerte ujustert og justert odds ratio med 95% konfidensintervall i alle våre analyser. Det ble gjort separate analyser for førstegangsfødende og flergangsfødende kvinner. Analysene ble justert for paritet, mors alder, samlivsstatus, mors inntekt, mors utdanning, slektskap mellom barnets foreldre og tidligere dødfødsler. Studien er godkjent av REK med REK-nr: 2014/1278/REK Sør-Øst, Norge.

Resultat og konklusjon

Sammenlignet med norsk-fødte kvinner ble innvandrerkvinner i Norge identifisert med en økt risiko for dødfødsel, og dette gjaldt spesielt kvinner som selv var født i Sri Lanka, Pakistan, Somalia, Filipinene eller Jugoslavia (tidligere Jugoslavia). Øvrige resultater og diskusjon av funn vil bli presentert på konferansen.

Parallellsesjon 1: TM3 Arbeidsmigranter og papirløse (Paneldebatt)

TM3.1 Psykisk helsehjelp til papirløse- erfaring fra praksis

Forfattere:

Sindre Nordaker og Valeria Markova, Helsehjelp til Papirløse, Bergen

Presenterende forfatter: Valeria Markova, e-post: valeria.markova@gmail.com

Retten til helse er nedfelt i menneskerettighetene. Likevel begrenser den norske loven helsehjelp til papirløse til akutt hjelp. Helsehjelp til papirløse i Bergen – tilbyr gratis helsehjelp til papirløse migranter, mennesker som ikke har oppholdstillatelse i Norge. Helsesenteret ble etablert i 2014, og drives på frivillig basis med åpningstider en gang i uken.

Siden oppstart har senteret behandlet over 400 ulike pasienter fra alle verdensdeler og gjennomført over 1000 konsultasjoner, med 136 konsultasjoner bare innen april 2018. Felles for pasientene er at de er i en svært vanskelig livssituasjon der de er sårbare for utnyttelse. De preges av livssituasjonen og mange helseproblemer er sammensatte og trenger kontinuitet og oppfølging. Gjennom disse årene har psykiske helsevansker gått igjen som en av de hyppigst rapporterte utfordringer hos denne gruppen. Psykologer og andre yrkesgrupper har fulgt opp pasienter med lette til alvorlige psykiske lidelser, hvor erfaringene våre er at psykologiske intervensjoner har kommet flere pasienter til nytte. Samtidig opplever vi en tilkortkommenhet i arbeidet med dem med alvorlige psykiske lidelse, som alvorlige traumetilstander, tung depresjon, samt psykoseproblematikk. Dette er problemstillinger det ikke er ressurser til å tilby adekvat psykisk helsehjelp per dags dato. Og når akutt helsehjelp i det offentlige kanskje bare innebærer en natt eller to på sykehus, med påfølgende regning i hånden, ser man at helsehjelp slik den er definert av norske helsemyndigheter blir problematisk.

I løpet av vår presentasjon ønsker vi å presentere vår erfaring fra praksis på helsesenteret og fortelle hva vi har funnet som nyttige tiltak samt sette fokus på kliniske problemstillingene vi opplever som utfordrende. Vi vil bygge vår presentasjon rundt kliniske kasus fra praksis på helsesenteret.

Parallellsesjon 1: TM3 Arbeidsmigranter og papirløse (Paneldebatt)

TM3.2 Helse- og levekårsutfordringer blant arbeidsinnvandrere i det norske landbruket

Forfatter: *Johan Fredrik Rye, professor i sosiologi, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

Landbruket har tradisjonelt vært en næring preget av problematiske levekår, blant annet med et psykososialt og fysisk belastende arbeidsmiljø, mange dødsulykker og lave inntekter for gårdbrukerne, deres familier (som ofte deltar i gårdsarbeidet) og den beskjedne arbeidsstokken av lønnede arbeidstakere (avløsere, sesongarbeidere, etc.). Etter EU-utvidelsene i 2004 og 2007, som etablerte ett felles europeisk arbeidsmarked, har det norske landbruket rekruttert et betydelig antall arbeidsinnvandrere fra det post-kommunistiske statene i øst- og sentral-Europa. I tillegg er det også mange arbeidsinnvandrere i landbruket som kommer land utenfor EØS/EU-området. Resultatet er at næringen i større grad baserer seg på lønnet migrerende arbeidskraft som arbeider på korte kontrakter, ofte med lite attraktive og uforutsigbare arbeidsvilkår, og som gjerne også er marginaliserte aktører i den norske velferdsstaten.

Av flere årsaker kan man forvente at disse arbeidstakerne møter enda større helse- og levekårsutfordringer enn norske gårdbrukere og landarbeidere, bl.a. på grunn av språklige barrierer, svakt kjennskap til det norske helsesystemet, inkludert deres rettigheter, og også at mange er uvante med landbruksarbeid, spesielt i Norge. Det rapporteres også om "prekære" arbeidsvilkår, både som resultat av arbeidsgivernes krav om kostnadseffektiv produksjon og arbeidstakernes vilje/behov for å maksimere inntekt under arbeidsoppholdet, selv om dette går utover deres helse- og levekår. Man vet imidlertid lite om levekår- og helseforholdene for de østeuropeiske arbeidsinnvandrerne i det norske landbruket, blant annet på grunn av metodiske utfordringer knyttet til forskning på "flyktige" populasjoner, så som arbeidsinnvandrere som gjerne er på korte opphold i landet.

Vi ønsker derfor å utforske helse- og levekårssituasjonen for denne gruppen, gjennom å dokumentere de faktiske levekårene (kvantitative kartlegginger: eksisterende registerdata, målrettede survey'er i utvalgte sub-populasjoner), utforske sentrale aktørers evalueringer av helse- og levekårsutfordringer (kvalitative studier; intervjuer med arbeidsgivere og arbeidsinnvandrere), og som resultatet etablere en helhetlig og teoretisk forankret forståelse av fenomenet. Sentralt i prosjektet står ønsket om å kombinere samfunn- og helsevitenskapelige perspektiver.

Parallellsesjon 1: TM3 Arbeidsmigranter og papirløse (Paneldebatt)

TM3.3 Migrant Workers and Occupational Health in Norway: A Profile

Forfattere: *Yogindra Samant¹, Chief Medical Officer, Cecilie Åldstedt Nyrønning¹ Senior Adviser*

¹ *Norwegian Labour Inspection Authority, Norway*

Keywords: Migrant workers, occupational health, Norway

Introduction: Norway has since 2006 experienced, an increase in migrant workers. Migrant workers are providing a valuable labour force that is contributing to the economy. But, there are several challenges that these workers face with regards to occupational health. We have limited data that present policy, research and practice challenges with regards to migrant workers.

Objectives: To provide profile of occupational health challenges of migrant workers in Norway

Methods: Data as they concern migrant worker's occupational health in Norway are scarce. The Labour Inspectorate has fatality statistics, inspections data, and there are also few studies, and surveys that provided useful information for this profile.

Result: The fatality statistics in general have shown a positive trend over the past few years. What is troubling, is the proportion of migrant workers that make up the national statistic. In 2015 the 34% of all fatalities at work were migrant workers. Data on non-fatal serious injuries with the Labour Inspectorate also suggest incidence of injuries is higher among migrant workers in high-risk sectors. Self-reported surveys conducted in Norway have indicated that migrant workers have higher rate of occupational exposures compared to Norwegian workers. Our inspections data also suggest that migrant workers also have long working hours, low pay and hazardous living conditions.

Conclusions:

The data are indicating that migrant workers are likely more exposed to occupational hazards, and have precarious working and living conditions compared to Norwegian workers. We also found that there are some methodological problems with regards to definitions of migrant workers.

Language, and culture are important issues, but there are structural issues like social inequalities in health that also need to be addressed. Going forward OSH research, practice and policy need to develop novel methods to better protect the health and safety of migrant workers.

Parallellsesjon 1: TM3 Arbeidsmigranter og papirløse (Paneldebatt)

TM3.4 Helsehjelp til papirløse

Forfatter: *Teresa Svebak, Helsehjelp for Papirløse migranter, Bergen*

Helsehjelp til papirløse er en humanitær organisasjon som har gitt helsehjelp til irregulære migranter (såkalt papirløse) i Bergen i over 4 år. Papirløse/irregulære migranter er en gruppe mennesker som oppholder seg i Norge uten lovlig tillatelse. De aller fleste har fått avslag på asyl og våger ikke å returnere til hjemlandet. De kommer som oftest fra urolige områder med en ustabil sikkerhetssituasjon.

Papirløse har etter loven mer eller mindre kun rett til akutthjelp. Mange velger å ikke oppsøke hjelp i frykt for å bli meldt til myndighetene, og de som gjør det kan bli stående igjen med en urimelig stor regning. Vi har f.eks. møtt gravide som vegrer seg for å oppsøke sykehus igjen i frykt for høye regninger. Dette kan få alvorlige konsekvenser for både mor og barn.

Flere papirløse har helt vanlige milde eller moderate plager, psykiske eller fysiske, som kan utvikle seg til mer alvorlige diagnoser på grunn av manglende oppfølging og forebyggende behandling. Dagens lovverk forårsaker dermed større utgifter enn nødvendig, ved at kroniske plager utvikles og forverres på grunn av manglende helsehjelp. F.eks. må diabetespasienter vente til situasjonen er akutt før de får hjelp. Dette er en uverdigg praksis. Pasientene trenger en lege å gå til før situasjonen blir akutt! Den psykiske belastningen papirløse blir utsatt for er også svært utfordrende. Mange med store krigs- og andre traumer får ingen oppfølging.

Papirløse har grunnleggende menneskelige behov som ikke blir dekket av det offentlige. Organisasjonen Helsehjelp til papirløse bidrar til at Norge oppfyller sine forpliktelser overfor menneskerettighetene (FNs konvensjon om økonomiske og sosiale rettigheter), men er det riktig at det skal være frivillige som gir denne hjelpen etter sin arbeidstid i «det vanlige» helsevesenet?

Parallellsesjon 1 og 2: TM4 og TE4 Praktisk bruk av tolk (Workshop)

TM4 Workshop om trening i kommunikasjon via tolk ved Haukeland universitetssjukehus

Forfatter: Panita Laksuktom, kulturrådgiver, seksjon for prestetjeneste og etikk, Haukeland universitetssjukehus, E-post: panita.laksuktom@helse-bergen.no

Bakgrunn:

Helsepersonell opplever utfordringer i kommunikasjon via tolk som kan føre til svært uheldige følger for utfallet av behandlingen. Det kan være misforståelser eller manglende informasjon. God kommunikasjon via tolk gir bedre og sikrere behandling og større pasienttilfredshet. Sykehuset ønsker å gi ansatte et tilbud om å trene ferdigheter i kommunikasjon via tolk, samt utveksle og diskutere erfaringer fra utfordrende situasjoner i hverdagen.

Formål:

- Å forbedre ferdigheter i kommunikasjon via tolk og utfordringer ved bruk av tolk
- Å øke bevisstgjøring om egen kommunikasjon via tolk og samarbeid mellom samtalepartene
- Å få nye idéer og forslag til forbedringer for kommunikasjon via tolk

Metode:

Rollespill vil bli benyttet som en praktisk læringsmetode hvor helsepersonell engasjerer seg i ulike scenarier. Målgruppen er helsepersonell som møter pasienter med begrensede språkferdigheter i norsk. Rollespillet skal gjennomføres i grupper og fasilitatorer skal gi instruksjon og støtte gjennom rollespillet. Hver gruppe består av maksimalt åtte deltakere. Gruppen velger et scenario, og hver enkelt deltaker i gruppen skal velge et rollekort. Rollekortet vil beskrive hvilken rolle hver enkelt deltaker skal ha (helsepersonell, tolk, pasient, pårørende og observatør) og et manus. Det vil ikke foreligge et fast manus, men noen linjer på et ark som kan fungere som hjelp i replikkutvekslingen. Replikkene blir fritt laget ut fra de instruksene som er gitt. Hvert scenario skal være en utfordring som deltakeren må prøve å løse. Deltakeren får tid til å lese gjennom manuset og tenke hvordan hun/han skal løse sin rolle. Etter rollespillet får hver deltaker mulighet til å dele erfaringer om rollespillet med de andre deltakerne. Sceneutstyr er bord og stoler, telefon og PC. Fasilitatorene vil styre tiden og stoppe når det er tilstrekkelig med læringspoeng.

Forventet effekt av workshop:

Workshopen vil styrke deltakerens ferdigheter i kommunikasjon via tolk og øke bevissthet om roller som hver enkelt part har, samt viktighet av godt samarbeid mellom partene. I tillegg vil workshopen gi deltakerne mulighet til å reflektere over ulike utfordringer som kan oppstå ved bruk av tolk. Deltakerne kan komme med idéer og forslag til hvordan de kan løse utfordringene de møter på en best mulig måte, og at de kan vurdere hvilke tiltak sykehuset bør iverksette for å forbedre kvaliteten i kommunikasjon via tolk.

Parallellsesjon 1: TM5 Brukermedvirkning (Workshop)

Parallellsesjon 2: TE1 Religion – er det en del av helse? (Paneldebatt)

TE1.1 Psykisk vold og religiøse traumer; en antropologisk tilnærming til psykologisk behandling av offer for menneskehandel

Forfattere: *Rachel Issa Djesa, Senter for samiske studier, UiT Norges Arktiske Universitet, Audhild Sinnes, Frelsesarmeens Behandlingscenter, Stavanger*

Menneskehandlere som traffickerer vestafrikanske kvinner til sex-markedet i Europa er kjent for å bruke potente elementer fra kvinnenens kultur som maktmiddel til tvang og grov utnyttelse. Angsten som skapes er dyp og kan senere identifiseres som bestanddel i psykiske lidelser.

Vårt utgangspunkt er møtet mellom en nigeriansk traumepasient og en norsk psykolog. Aktualiserte problemstillinger tas videre til tverrfaglige og interkulturelle møter mellom psykologen og en afrikansk antropolog. Vi søker utvidet helseforståelse som kan romme kulturelt meningsbærende elementer og åpne for psykologisk intervensjon.

Studiet er retrospektivt og instrospektivt i form. Med utgangspunkt i en utfordrende pasientsak jobbet vi dialogisk og reflektivt for å sette søkelys på kulturell praksis og egne holdninger i denne interkulturelle konteksten.

Antropologisk forskningstilnærming utdypet det kliniske bildet ved å stille spørsmål ved fastlåste oppfatninger av kulturuttrykk og kunnskapssystemer. Vi har vist viktige elementer i meningsbærende behandling som ivaretar kulturelle interesser, perspektiver og forståelser av hva «helsefremmende praksis» nødvendigvis må innebære. Vi har vist hvordan tverrfaglig fokus på feltet «religiøsitet, angst, psykisk vold og traume» kan generere terapeutiske redskaper i møte med en stor global helseutfordring.

Klassiske skillelinjer mellom religion og psykologi er nytteløse når afrikanske offer for menneskehandel demonstrerer hvordan traumer kan være ikledd et religiøst begrepsapparat. Faglig dialog på tvers kan åpne et terapeutisk landskap som i første omgang syntes lukket for norsk helsepersonell. Tverrfaglig kompetanseheving kan være av avgjørende betydning for at ofre for menneskehandel får nødvendig psykologisk helsehjelp.

Parallellsesjon 2: TE1 Religion – er det en del av helse? (Paneldebatt)

TE1.2 Samtalepartnertjenesten ved Oslo universitetssykehus; Likeverdig tilgang til tros- og livssynsbetjening

Forfatter: *Ingrid Vassli Flateby, Rådgiver, Likeverdige helsetjenester Oslo universitetssykehus*

1) Bakgrunn – Andelen av befolkningen som ikke tilhører den norske kirke øker stadig, både i hovedstadsområdet og landet for øvrig. Prestetjenesten ved sykehusene stiller seg til disposisjon for alle mennesker, uavhengig av tros- eller livssynsmessig tilhørighet. En del pasienter og pårørende ønsker likevel å snakke med en representant fra sitt eget tros- eller livssynssamfunn dersom de opplever krise, trenger noen å snakke med, ønsker et religiøst ritual e.l.

2) Mål – Det eksisterer et mer likeverdig tilbud om tros- eller livssynsbetjening til pasienter og pårørende på sykehus i Oslo-området, ved at utvalgte samtalepartnere fra andre tros og livssynssamfunn er tilgjengelig for oppdrag. Tjenesten opererer i godt samarbeid med prestedtjenesten ved sykehuset.

3) Metoder – Representanter fra de ulike tros og livssynssamfunnene ble rekruttert gjennom Samarbeidsrådet for tros og livssynssamfunn (STL) og deltok på et målrettet kurs i regi av Teologisk fakultet i 2012. I etterkant har de møttes jevnlig til fag- og refleksjonssamlinger. Samtalepartnerne er frivillige, men mottar honorar for oppdrag. Tjenesten koordineres av en rådgiver i sentral stab.

4) Resultat - Samtalepartnerteamet mottar pr i dag ca 60 henvendelser årlig og tilbakemeldingene fra pasienter og behandlere er gode. Men antallet samtaler er fortsatt lavt og det behøves videre informasjon om tilbudet slik at det blir mer kjent og dermed et reelt likeverdig tilbud til aktuelle pasienter/pårørende. I tillegg ser man et behov for mer kunnskap om og fokus på åndelige og eksistensielle behov i helsetjenesten generelt, slik at behov blir kartlagt og møtt.

5) Konklusjon - Det er behov for å tilby en mer likeverdig tros og livssynsbetjening til en mangfoldig befolkning, enn det prestedtjenesten alene kan tilby. Da er samtalepartnerteamet et godt virkemiddel. Men det er behov for videreutvikling av tjenesten, bedre informasjon om tjenesten og jevnlig rekruttering av flere samtalepartnere.

Parallellsesjon 2: TE1 Religion – er det en del av helse? (Paneldebatt)

TE1.3 Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov hos flerkulturelle pasienter og pårørende på Haukeland universitetssjukehus

Forfattere: *Kristin Lødøen Hope, Sykehusprest, Seksjon for prestetjeneste og etikk, Haukeland Universitetssjukehus, Panita Laksuktom, Kulturrådgiver, Seksjon for prestetjeneste og etikk, Haukeland Universitetssjukehus*

Bakgrunn:

Å ivareta pasientens åndelig og eksistensielle behov er en del av den profesjonelle omsorgen helsepersonell skal utøve. Særlig viktig er dette for alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende. Dette er nedfelt i retningslinjer for palliativ behandling og i prosedyrer for pleie i livet slutfase (Helsedirektoratet, 2015). I løpet av de siste ti-årene er det norske samfunn i økende grad preget av kulturelt og tro- og livssynsmessig mangfold. Derfor er det behov for sykehuset å kunne tilby likeverdige tjenester for å ivareta behovet til alle pasientgrupper.

Mål:

- Å tilby likeverdige helsetjenester for å ivareta åndelig og eksistensielle behov
- Å styrke helsepersonells kompetanse om åndelig og eksistensiell omsorg for å kunne ivareta pasienter og pårørende med annen tro og livssyn

Metoder:

For å kunne organisere likeverdige helsetjenestetilbud ble det hentet kunnskap og erfaringer fra offentlige dokumenter, forskningslitteratur, samt egne erfaringer fra praksis og aktuelle institusjoner. Følgende tiltak er iverksatt i tillegg til den ordinære prestetjenesten:

- Staben ble utvidet til å omfatte kulturrådgiver og samtalepartner med annet trossamfunn enn Den Norske Kirke (50 % stilling)
- Staben ble utvidet til å omfatte sykehusimam (20 % stilling)
- Tilbud til ansatte om undervisning og veiledning i kulturforståelse og tverrkulturell kommunikasjon
- Etablere kontakt med representanter for trossamfunn som er medlemmer av Samarbeidsrådet for tros- og livssynsamfunn (STL).

Resultater:

Tiltakene som er gjennomført i seksjon for prestetjeneste og etikk, har styrket bevisstheten og hevet kompetansen omkring åndelig og eksistensiell omsorg hos ansatte på sykehuset. Interessen for og forespørsel etter undervisning om tema som relaterer til møte med pasienter og pårørende fra minoritetskulturer har økt. Pasienters behov for kontakt med sykehusimam og representanter for trossamfunn, er tydelig dokumentert i form av økende etterspørsel. Tiltakene har stryket helsepersonellens kompetanse og setter dem i bedre stand til å møte pasientene på en god måte og bli klar over deres ulike behov, også åndelig og eksistensielt.

Konklusjon:

Utvidelse av stab og tjenestetilbud har svart til forventningene og vært med på å sikre likeverdig åndelig og eksistensiell omsorgstjeneste for alle

Referanse: Helsedirektoratet (2015): *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Nasjonale faglige retningslinjer, IS-2285.

Parallellsesjon 2: TE1 Religion – er det en del av helse? (Paneldebatt)

TE1.4 Hvordan foretrekker ulike etniske grupper bosatt i Norge å mestre depresjon? Og hvordan kan ulikheter i preferanser være forstått?

Forfattere: Valeria Markova^{1*} og Gro M. Sandal²

¹Lungeavdelingen, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, Norge

²Institutt for Samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge

*Email: valeria.markova@uib.no

Bakgrunn

For å kunne gi tilstrekkelig helsehjelp, er det viktig å forstå hvordan pasienter med bakgrunn fra andre land forstår psykiske lidelser og hva slags behandling de tror på.

Formål

Følgende studie ønsker å se nærmere på hvordan ulike etniske grupper bosatt i Norge forstår og foretrekker å mestre depresjon.

Metode

Denne studien består av to deler. Første del, består av en spørreundersøkelse og omhandler hvordan fem ulike etniske grupper ($N=790$) bosatt i Norge foretrekker å mestre psykisk lidelse depresjon om de selv blir rammet av det. Det blir også sett på hvordan deres preferanser har sammenheng med botid i Norge, kjønn, alder, utdanningsnivå og tilpasning til den norske kulturen (akkulturasjon). Andre del, består av fokusgruppeintervju med innvandrere fra Somalia ($N=10$). Hvordan preferanse for mestring kan være knyttet til forståelse av lidelsen blir undersøkt.

Resultater

Våre funn peker på at innvandrere med somalisk bakgrunn som har kort botid i Norge og andre generasjons innvandrere med pakistansk bakgrunn, som ofte er både født og oppvokst i Norge foretrekker tradisjonelle (for eksempel religiøs leder)- og uformelle (for eksempel familie og venner) kilder til hjelp og mestring i større grad enn innvandrere med bakgrunn fra Polen og Russland og norske respondenter. Ingen forskjeller mellom etniske grupper i preferanse for hjelp fra etablerte tjenester som lege og psykolog blir funnet. Vi finner også sammenheng mellom akkulturasjon og preferanser for mestringsstrategi, orientering mot opprinnelseskulturen er knyttet til preferanse for tradisjonelle og uformelle kilder til hjelp, mens orientering mot verts kulturen er knyttet til preferanser for semiformelle (for eksempel forum på internett) hjelp kilder. Intervjudata viser til at ulikheter i preferanser kan ha sammenheng med at depresjon blir forstått som et problem knyttet til kognisjon (tenke for mye) eller emosjon (tristhet), og i mindre grad knyttet til biologiske mekanismer. Depressive symptomer blir ofte knyttet åndebesettelse, stress som følge av sosial isolasjon og/eller tidligere traume.

Konklusjon:

Våre resultater fremhever at både helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot innvandrergupper bør involvere representanter fra ulike etniske grupper som for eksempel religiøse ledere, for å nå pasientgruppen og fremme gjennomføring av behandling.

Parallellsesjon 2: TE1 Religion – er det en del av helse? (Paneldebatt)

TE1.5 The role of religious leaders in the destigmatisation of mental health problems in immigrant communities

Forfatter: *Leoul Mekonen, R-Bup, leoul.mekonen@r-bup.no*

Background:

Research shows that people with non-western immigrant background living in Norway are more vulnerable to psychological problems than the general population. Having mental health problems can often be taboo in many immigrant communities.

Objective:

The purpose of the present research project is to get more understanding of the religious leaders' roles in meeting with people with mental health problems, their perceptions of mental health problems and their possible contribution to combat stigma and taboo.

Methods:

The thesis uses a qualitative and exploratory research design based on individual interviews with six religious leaders with non-western background from Oslo. Informants represent both Christian and Muslim faiths.

Results:

The main results from the interviews are that religious leaders have a supportive function in relation to people with mental health problems in the form of spiritual guidance and advice, through prayer and conversation. They have the knowledge that people with mental health problems are vulnerable to isolation and loneliness because of various stigmatizing attitudes. This can take the form of spiritualization of mental health problems as a result of evil spirits or God's punishment. The religious leaders in this study believe that they can use churches and mosques as formidable places for awareness-raising campaigns by applying religious concepts and principles that negate stigma and exclusion of people with mental health problems. The informants suggested different strategies that may be of importance to combat stigma and taboo.

Conclusion:

Religious leaders as influential persons in the immigrant communities can play a major role in the development, planning and implementation of culturally sensitive health promotion and prevention programs. This study suggests that health care authorities and public health sector can cooperate with religious leaders in order to combat stigma and taboo through awareness raising programs.

Parallellsesjon 2: TE2 Hva ungdom forteller (Presentasjoner)

TE2.1 Psykisk helseinformasjon i mottaksklasser

Forfattere: Warsame Ali og Charlott Nordstrøm, NAKMI, Folkehelseinstituttet.

Bakgrunn

Påkjenninger og traumatiske opplevelser som flyktninger har gjennomgått både før og under flukten kan ha konsekvenser for deres psykiske helse og hvordan de fungerer på skolen. Mange minoriteter i Norge har opprinnelse fra områder eller land som helt eller delvis mangler tjenester som arbeider med psykisk helse i norsk forstand. For disse vil det kanskje ikke være et alternativ å oppsøke den psykiske helsetjenesten selv om man kjenner seg sterkt plaget.

Mål

Prosjektets hovedmål er å forebygge psykiske lidelser hos utsatte innvandrerungdom ved å bygge opp deres kunnskap om psykisk helse og bygge kompetanse blant ansatte som jobber med mottakselevne om migrasjon, etnisitet og helse. Undervisningen vil kunne redusere stigma om mental helse. På sikt vil dette virke forebyggende når terskelen for å oppsøke hjelp senkes.

Metode

I kartleggingsfasen ble holdt 4 fokusgrupper med ungdom i mottaksklasser på videregående trinn i Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim. Elevenes forestillinger, holdning til psykisk helse, sykdom og behandling ble undersøkt. Ansattes behov for et undervisningsopplegg om psykisk helse ble kartlagt gjennom 6 individuelle intervjuer med lærere og helsesøstre. Etter undervisningsprogrammet ble det utdelt et evalueringsskjema for elever og ansatte.

Resultat

På bakgrunn av funnene fra kartleggingen ble det utviklet et 3 timers undervisningsprogram om psykisk helse som ble gjennomført i de 4 byene for totalt 73 elever. Undervisningsprogrammet inkluderte diskusjon og definisjon på psykisk helse, tanker og følelser, stress og psykiske plager.

Konklusjon

Gjennom gruppediskusjoner og korte skriveoppgaver ble ungdommene engasjerte og deltakende i undervisningen. Deltakerne viste stor interesse får tematikken og flertallet av elevene ønsket psykisk helse som et tema på skolen. Lærerne som var tilstede under undervisningen var positivt innstilt og anså opplegget som gjennomførbart. Prosjektets resultater tyder på det er et udekket behov blant skolene for slike opplegg.

Parallellsesjon 2: TE2 Hva ungdom forteller (Presentasjoner)

TE2.2 Møhlenpris idrettslag, et idrettslag hvor en tredjedel av deltakerne er jenter med minoritetsbakgrunn

Forfattere: *Stina Amankwah, David Martinez og Ragnhild Ihle, Møhlenpris idrettslag;*
Presentasjon v/ Stina Amankwah: stinaiaman@live.no

1) Bakgrunn

Det finnes mye litteratur som viser at jenter med minoritetsbakgrunn er underrepresentert i breddeidretten, både sammenlignet med etnisk norske jenter og med gutter med minoritetsbakgrunn. Det kommer her frem at de mest sentrale hindringene er økonomi, og kulturelle forventninger til jenter og mistilpasset rekruttering. I MIL uttrykker mange av jentene at de har utfordringer ift økonomi og forventninger hjemmefra.

2) Mål

Minoritetsjenter skal ha mulighet til å delta i breddeidretten på lik linje som etnisk norske gutter. De skal ha like muligheter til å føle tilhørighet, representasjon og mestring. Øke deltakelsen i breddeidrett, idrettsledelse og i klubb og organisatorisk virksomhet.

3) Metoder

I MIL har det fungert å holde gratis lavterskelaktiviteter i jentenes egne nærmiljø og legge de til rett etter skolen, åpne for foreldresamarbeid og samarbeid om økonomiske utfordringer ved deltakelse. MIL har bygget lojalitet hos jentene og det er jentene selv som rekrutterer til og leder aktivitetene. Det blir lagt vekt på velkomst, samhold og utvikling av sosial kompetanse fremfor kvalitet og sportslige ferdigheter.

4) Resultat

Minoritetsjenter som tidligere ikke har deltatt i breddeidretten på grunn av diverse utfordringer er nå aktive deltakere, ungdomsledere og instruktører. MIL har kommet i posisjon til å jobbe både med jentene og deres familier ift deltakelse på forskjellige arenaer. Noen av jentene har fått jobb gjennom aktivitetene, andre rekrutterer hverandre inn i eksterne bedrifter. Jentene har selv satt i gang nye aktiviteter.

5) Konklusjon

Gjennom små justeringer kan man gjøre idretten tilgjengelig for den gruppen som deltar minst og endre deltakelsesmønsteret blant hele gruppen på sikt. Gjennom å vinne tilliten til jentene og deres familier kan man komme i posisjon til å ha positiv innflytelse ift temaer som tvangsekteskap, negativ sosial kontroll og likestilling.

Parallellsesjon 2: TE2 Hva ungdom forteller (Presentasjoner)

TE2.3 Refugee health and social media: How young refugees are using social media in their lives in Norway to enhance their well-being.

Authors: *Sasha Anderson, University of Bergen, Co-author: Marguerite Daniel, University of Bergen*
Presenting author: Marguerite Daniel, marguerite.daniel@uib.no

Background

Refugees are routinely and actively using social media by themselves in their everyday lives in host countries, including Norway. The achievements that they report from this use suggests that social media offers a number of capabilities to refugees which, if realised, can enhance their well-being. Understanding how they are using social media, and what they are able to achieve with it, has relevance for healthcare practitioners working with refugees.

Objective

The objectives of this study were to i) explore what young refugees in Norway report that they are able to achieve from using social media that is of value to them ii) identify the capabilities that social media offers young refugees which can enhance their well-being.

Methods

Qualitative in-depth interviews with 8 young refugees (age 18-30) living in Bergen; interviews with 2 key informants representing social media groups aimed at refugees in Norway; and online observation of public Facebook groups focused on refugees in Norway.

Results

Key achievements reported by participants resulting from their social media use were: communication, social connection, learning, access to information, and self-representation. The corresponding capabilities suggested by social media for refugees were: effective communication, social connectedness, participation in learning opportunities, access to information, and expression of self. However, not all participants engaged with social media in the same way (some used it actively, some more passively). Differences in perceptions of its trustworthiness and preferences for 'real-life' communication were also identified.

Conclusion

Social media can play an important role in the well-being of refugees. It can provide them with, for example, emotional support, a sense of control and agency, and opportunities to participate in the host society. However, differences observed in their perception and approach to social media need to be considered. The value of linking in with the social media platforms refugees are already using in their lives was also highlighted.

Parallellsesjon 2: TE2 Hva ungdom forteller (Presentasjoner)

TE2.4 "Vi har problem, men vi er ikke gal" - Når psykisk uhelse skal forebygges i eksil - unge enslige flyktninger i kreative samtalegrupper

Forfatter: Hedwig Maria Kverneland Whyte Bogstad-Kvam, e-post: hedditt@hotmail.com

Mastergrad i interkulturelt arbeid – fordypning helse, mai 2018, VID Stavanger

Bakgrunn Eritreiske flyktningeungdommer i tiltaket *kreative samtalegrupper*, ledet av helseprofesjoner fra psykisk helsevern, dikter historien om en ungdom med liknende livsløp og fluktrute. Hvordan påvirker gruppeerfaringen deres helseforståelse- og adferd i nytt helseomsorgssystem?

Mål

Tolke ungdommenes refleksjoner rundt forebygging, helse og sykdom fra et brukerevalueringperspektiv i lys av kritisk medisinsk antropologi og begrensninger ved narrativer i kvalitativ forskning.

Metoder

Deltagende observasjon og fokusgruppe- og individuelle intervjuer med og uten tolk. Fokus på etiske refleksjoner rundt feltrelasjoner og ungdomsgruppens situasjon.

Resultat

Tapet av *collective medicine* – familien og hjemmet – tilskrives større negativ helsepåvirkning enn flukterfaringen. Varierende grad av tilhørighet og støtte i diaspora kompenserer i liten grad. Ungdommene og deres familiemedlemmer forebygger bekymring og stress ved kun «å fortelle positivt» og «kaste ting bak seg». De relaterer seg i varierende grad til religiøse- og tradisjonelle behandlinger. Forståelse av sykdom som 'synlig vs. usynlig' modereres og eksemplifiseres i gruppesammenheng. Gjennom psykoedukasjon og bruk av firedelt helsemodell tematiserer gruppelederne ungdommenes risiko for å utvikle plager som følge av potensielt traumatiserende erfaringer i flukt- og eksiltiværelse. Ungdommene vurderer imidlertid ikke å søke slike plager lindret i det norske helsevesenet. Evalueringresultatet «Ungdommenes brosjyre» oppfordrer fremtidige gruppedeltagere til å dele 'sannere' erfaringer i mindre grupper. Gruppelederne bør forstå og ta initiativ til å drøfte hvordan ungdommene preges av spenninger knyttet til hjemlandets *government*. Tolken som landsmann spiller i så henseende en avgjørende rolle i samskaping av gruppens felles narrativ. Ungdommene føler eierskap til historien og anser den av verdi for norske jevnaldrende for at de skal få kjennskap til (positive) aspekter ved hjemlandet, så vel som ungdommenes beskyttelsesgrunnlag i Norge.

Konklusjon

Gruppetiltaket bør ta hensyn til språk, makt og mangfold i helseverdener- og forklaringsmodeller. Både klinikere og forskere utfordres til å anerkjenne sitt potensial som *tidsvitner*, gjennom faktiske menneskemøter, for den urett og sykdomsbyrde flyktningeungdommer lever med.

Parallellsesjon 2: TE2 Hva ungdom forteller (Presentasjoner)

TE2.5 Foundations for Health. Unaccompanied refugee girls and their strategies in navigation towards a new life in Norway.

Forfatter: *Martika Irene Brook, Master student. Department of Health Promotion and Development Faculty of Psychology. Email: Martika.Brook@student.uib.no*

* **Presenterende forfatter:** *Fungisai Puleng Gwanzura Ottemöller, Associate Professor. Department of Health Promotion and Development Faculty of Psychology. Email: Fungi.Ottemoller@uib.no*

Background

In recent times, many unaccompanied refugee minors have settled in Norway. Research with unaccompanied girls is sparse. Where available, it concentrates primarily on their psychosocial challenges, and studies utilizing a resource perspective are limited. Health promotion is the process of enabling people to take control over their health; we conducted our study within this perspective. We conceptualized health holistically as encompassing physical, mental and social wellbeing.

Objective

This study adopted a resource perspective. The aim was to gain an insight into what unaccompanied refugee minor girls experienced as conducive to positive adaption to life in Norway. Our objectives were i) to study how unaccompanied refugee girls manage the transition, and adaption to a new life in Norway; ii) to understand how they experience this new existence.

Methods

This qualitative study used a phenomenological approach. We collected data through narrative in-depth interviews. The participants were six girls aged 15 and 20 years, who came to Norway as unaccompanied refugee minors.

Results

Participants expressed that they had adapted well to their new lives in Norway, based on academic, social and linguistic success. We identified a number of resources and coping techniques important for such an outcome: motivation for migration, key people, spiritual support, mastering the Norwegian language, access to constant support, education, ability to transform challenges to strengths, and focus on the future.

Conclusion

The girls demonstrated the ability to navigate towards people and situations that could be helpful in adaption. In order for this to be possible, they emphasize the necessity for health and social services that support them, and for the society to be open, friendly and inclusive. Thus, from a health promoting standpoint, the successful adaptation of these young people is not only dependent on individual factors but requires the presence of enabling social and structural frameworks.

Parallellsesjon 2: TE3 Evaluering av tiltak – ikke bare for forskere?
(Workshop)

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.2 Disparity in primary health care use among sub-Saharan African immigrants in Norway: a register-based study

Forfattere: Esperanza **Diaz**^{1,2}, Vivian N. **Mbanya**³, Abdi A. **Gele**^{2,4}, Bernadette **Kumar**^{2,3}

¹Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway

²Norwegian Centre for Minority Health Research, Oslo, Norway.

³Department of Community Medicine and Global Health, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway

⁴Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences

Presenterende forfatter: Vivian Mbanya; v.n.mbanya@medisin.uio.no

Background: Immigrants' utilization of primary health care (PHC) services differs from that of the host populations. However, immigrants are often classified in broad groups by continent of origin, and the heterogeneity within the same continent may hide variation in use among immigrant groups at a national level. Differences in utilization of PHC between sub-Saharan African immigrants (SSA) have not received much attention.

Objective: We aimed to compare the patterns of morbidity burden and the use of PHC services, including GP and ER services, among four largest groups of immigrants from SSA countries in Norway.

Methods: Registry-based study. We merged data from the National Population Register and the Norwegian Health Economics Administration of African immigrants and their descendants registered in Norway in 2008. We used logistic regression models to assess the differences in the use of PHC.

Result: Among the total studied population, 66.1% visited PHC within one year. The diagnoses registered were similar for all four immigrants groups, regardless of country of origin. Compared to immigrants from Somalia, the age and sex adjusted odds ratios (OR; 95% CI) for use of GP were significantly lower for Ethiopians (OR 0.91; 0.86-0.97), Eritreans (OR 0.85; 0.79- 0.91), and Gambians (OR 0.88; 0.80-0.97). Similarly, we also observed lower use of ER among Ethiopians (OR 0.88; 0.81-0.95), Eritreans (OR 0.56; 0.51-0.62) and Gambians (OR 0.81; 0.71-0.92). However, immigrants from Somalia reduced their use of PHC with longer duration of stay in Norway. Differences between groups persisted after further adjustment for employment status.

Conclusion: Despite the similarities in diagnoses among the sub-Saharan African immigrant groups in Norway, their use of PHC services differs by country of origin and length of stay. It is important to assess the reasons for the differences in these groups to identify barriers to access to healthcare for future interventions.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.3 WAIT - I vente på en usikker fremtid: temporaliteter rundt irregulær migrasjon

Forfatter: Kari Anne K. Drangslund, PhD-Candidate, Center for Women and Gender Studies

Internasjonal migrasjon blir oftest forstått som et romlig fenomen og som bevegelse over grenser. Det tverrfaglige og komparative forskningsprosjektet *Waiting for an uncertain future, the temporalities of irregular migration* tar utgangspunkt i at også tid er avgjørende for hvordan migrasjon reguleres, styres og erfares. Prosjektet undersøker hvordan lovverk, kulturelle normer og maktforhold strukturerer tid på bestemte måter, og hvordan disse strukturene virker på subjektive erfaringer og livsprosjekter. Presentasjonen tar utgangspunkt i et års etnografisk feltarbeid blant irregulære migranter i Hamburg, og drøfter hvordan asyllovgivning og praksis bidrar til å skape og opprettholde en situasjon av midlertidighet, venting og usikkerhet, og hvordan dette påvirker helsen og livskvaliteten til migranter.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.4 Fysioterapi og kulturell kompetanse – et pedagogisk utviklingsarbeid ved bachelorprogrammet i fysioterapi Oslo Met Storbyuniversitet

Forfatter: *Marit Fougner, OsloMet*

Bakgrunn:

Rammeplanens retningslinjer for fysioterapiutdanning sier bla at fysioterapeuter skal kunne kommunisere med mennesker med ulik etnisk, religiøs og kulturell bakgrunn. Fysioterapistuderter ved Oslo Met Storbyuniversitet etterlyser relevant undervisningstilbud for å kunne utvikle samhandlingskompetanse og slik tilby adekvat helsetjeneste også til migranter og flyktninger.

Mål:

Utvikle økt kulturell kompetanse blant lærere og studenter ved fysioterapiutdanningen.

Metode:

En «Undervisningspakke» for 2.års studenter som består av 1. ressursforelesninger i regi av NAKMI om Fordommer, Migrasjon, Somatisk og psykisk helse, Smerteopplevelse og atferd. 2. Veiledning og oppsummering av studentgruppearbeid med caseoppgaver.

Samarbeid med fysioterapeut fra Syria som er hospitant/observatør ved praksisavdelingen og som bidrar i faglig diskusjon og meningsutveksling med studenter og klinikere.

Resultat:

Undervisningstilbudet har fått god evaluering av studentene ved å bidra til faglig refleksjon, demystifisering av egne oppfatninger knyttet til kulturelle forskjeller, og et godt grunnlag for å møte et kulturelt mangfold med økt trygghet og profesjonalitet i utøvelse av fysioterapifaget.

Konklusjon:

Utdanningen ser behov for å utvide tilbudet med praktisk ferdighetstrening i tverrkulturell kommunikasjon, i form av casebasert rollespill og møter med personer i ulike flerkulturelle kontekster. I utvikling av ny fagplan som skal gjelde fra 2020, vil resultatet fra utviklingsarbeidet være et godt grunnlag for å definere læringsmål gjennom hele studiet som skal utvikle generell kulturell kompetanse.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.5 Migrasjonshelse i helseutdanning

Forfattere: *Helen Ghebremedhin og Charlott Nordström, Folkehelseinstituttet*

Presenterende forfatter: *Helen Ghebremedhin. Epost: helen.ghebremedhin@fhi.no*

Bakgrunn

Ulike tiltak og tilnærminger i ulike utdanningsløp, samt nye krav til undervisning om migrasjonshelse fastsatt i lovverk, gjør at det er behov for å kartlegge hva som gjøres på fagfeltet migrasjonshelse i utdanningsinstitusjonene.

Mål

Hovedmål er å se hvordan de ulike institusjonene praktiserer det som er fastsatt i lovverk og identifisere sprik mellom krav i lovverk og undervisningstilbud.

Metoder

Vi vil identifisere mangler eller gap ved å; Kartlegge krav fastsatt i lovverk, kartlegge hvilke utdanningsinstitusjoner som underviser i migrasjonshelse, hvem det undervises for og hvilke andre aktører som bidrar med undervisning.

Resultat

På konferansen vil foreløpige resultater fra kartleggingen presenteres.

Konklusjon

For å videreutvikle NAKMIs undervisningstilbud og være en ressurs for utdanningsinstitusjonene er det viktig å ha god kjennskap til lovkrav og eksisterende undervisningstilbud.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.6 Do immigrant women develop more aggressive breast cancer subtypes?

Authors: Kirsti V. Hjerkind¹, Cassia B. Trewin¹, Samera A. Qureshi², Bernadette Kumar², Giske Ursin^{1,3,4}

¹*Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway*

²*Norwegian Centre for Migrant and Minority Health Research, Oslo, Norway*

³*Department of Preventive Medicine, Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, United States*

⁴*Department of Nutrition, Institute of Basic Medical Sciences, University of Oslo, Oslo, Norway*

Background

Breast cancer incidence varies across geographic regions. Previous research suggests women born in Africa, the Middle East and West Asia may develop more aggressive breast cancer subtypes (such as triple negative breast cancer [TNBC]) at an early age than women from Western Europe.

Objective

This population-based study compares incidence of various breast cancer subtypes among Norwegian-born women compared to foreign-born women.

Methods

Immigration history and country of origin was individually linked to information on breast cancer diagnosis for the complete female population during 2005-2015. Subtype was defined using estrogen receptor (ER), progesterone receptor (PR) and human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) statuses as luminal A-like (ER+PR+HER2-), luminal B-like HER2-negative (ER+PR-HER2-), luminal B-like HER2-positive (ER+PR+/-HER2+), HER2-positive (ER-PR-HER2+) and TNBC (ER-PR-HER2-). Age-standardized (world) incidence rates (ASR) per 100 000 person-years were estimated for different immigrant groups and Norwegian-born women.

Results

Luminal A-like subtype was the most common subtype for all groups of women, regardless of geographic origin. Incidence of Luminal A-like breast cancer was highest for Norwegian-born women (ASR 40.7 [95% CI 40.0-41.4]) and women from high-income countries (ASR 41.4 [95% CI 37.7-45.3]). Women from low-income countries had an ASR of 28.1 (95% CI 23.8-32.8) and from East Asia 22.9 (95% CI 18.3-28.6). For TNBC subtype, incidence rates were similar for Norwegian-born women (ASR 6.7 [95% CI 6.4-7.0]), women from high-income countries (ASR 6.1 [95% CI 4.8-7.7]), low-income countries (ASR 5.6 [95% CI 3.9-7.9]), and Eastern European countries (ASR 5.1 [95% CI 3.6-7.0]). Women from East Asia had the lowest incidence of TNBC (ASR 2.7 [95% CI 1.6-5.0]). Results were similar when analyses were restricted to women under 50 years.

Conclusion

Norwegian-born women and women from high-income countries had the highest incidence of all breast cancer subtypes. Immigrant groups from countries where the aggressive TNBC is known to be common had similar rates of TNBC to Norwegian-born women.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.7 Kurs for tolker – Kompetanseheving om tuberkulose

Forfattere: *Hanstveit, Rut E. Hovden, Øxnevad, Mette, Kollbotn, Haldis, Lungeavdelinga – Tuberkulosepoliklinikken, Haukeland universitetssjukehus*

Bakgrunn:

Tuberkulosepoliklinikken er avhengig av å bruke tolk i mange av sine samtaler med pasientene. Tolk og tolkebruker er gjensidig avhengig av hverandre for at samtalen med pasienten skal bli så optimal som mulig. En tolk har som regel ikke medisinsk faglig bakgrunn, og tolking av medisinske faguttrykk kan dermed være utfordrende. Med dette som bakteppe ser vi at det er et behov for økt kunnskap om tuberkulose hos tolkene, med spesielt fokus på ulike begrep og fagterminologi.

Mål:

Målet er å styrke tolken sin kunnskap om tuberkulose, samt innhold og betydning av sentrale faguttrykk og terminologi som brukes i konsultasjoner. Videre ønsker en å styrke tolken i sin arbeidssituasjon ved Tuberkulosepoliklinikken og optimalisere/forbedre kommunikasjon og samhandling mellom tolk og tolkebruker.

Metoder:

Vi bruker klasseromsundervisning. I tillegg er det mulig å delta på videokonferanse (Skype for business) Kurset varer i 2,5 timer. En teoribolk og en praktisk bolk der deltakerne får omvisning i klinikken samt gjennomgang av prosedyre. Det blir avsatt tid til spørsmål og refleksjoner underveis. Selve undervisningen holdes av lege og sykepleier, og kursene organiseres i samarbeid med tolkeleverandør. Det er mellom 8-15 deltakere på hvert kurs. Kursdeltakerne har ulike språkbakgrunn.

Evalueringsskjema blir brukt for å evaluere tolkene sin erfaring med kurset.

Resultat:

Totalt 7 kurs har blitt gjennomført i perioden april 2015 – mars 2018. Totalt 85 tolker har til nå gjennomført kurs. Tolker som har deltatt på kurs uttrykker at kurset har vært svært nyttig eller nyttig. En stor del av tolkene tilbakemelder at kurset har gjort de tryggere i selve tolkesituasjonen og i samhandlingen med tolkebruker. Tolkebrukere opplever at tolkene som har deltatt på kurs har økt ordforråd, samt økt forståelse av medisinske begreper innen tuberkulose.

Konklusjon:

Det samlede resultatet tyder på at tolkene har tilfredsstillende læringsutbytte av kurset. Kurset har økt tolkenes kunnskap om tuberkulose og har styrket tryggheten i samhandling mellom tolk og tolkebruker. Dette har ført til bedre og mer effektiv kommunikasjon mellom tolk og tolkebruker i praksis. Tuberkulosepoliklinikken vil derfor fortsette med kurs for tolker, og anbefaler andre medisinske fagområder å tilby kurs for tolker for å heve kompetanse i medisinsk faglig terminologi og kontekstkunnskap innen helsetjenester.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.8 A brief review on cultural assessment tools used in primary and secondary health services

Forfattere: *Panita Laksuktom, Haukeland University Hospital. Email: panita.laksuktom@helse-bergen.no, Emine Kale, Norwegian Institute of Public Health Email: Emine.Kale@fhi.no*

Background:

A patient's cultural background can have a profound impact on health care. Studies show that it may affect health disparities, communication, healthcare providers and patient relationship and health care outcomes. Healthcare providers need to be aware of difference of patient's culture and learn more about their health beliefs, values, and practices. Understanding the cultural context of their patients and their expectations to treatment, will help healthcare providers to communicate better with their patients, individualize culturally appropriate care and thus achieve positive outcomes.

Objective:

To review the literature on cultural assessment tools used that can help healthcare providers to obtain relevant health information that promotes culturally competent care for patients from diverse backgrounds.

Methods:

The electronic medical databases searched were Medline (from 1946), EMBASE (from 1974), Cochrane Library and Web of Science Citation (from 1945). The search terms used were " Ethnic Groups", "Minority groups", "Culturally Competent Care ", "Culture", Transcultural Nursing", Culture diversity", "Health Equity" in combination with "Health Communication" and "Primary Health Care", "Secondary Care" and "tertiary healthcare". Searches were limited to human and from year 2000 to 2017. Three studies were found eligible for inclusion in the review.

Result:

Only one validated cultural assessment tool was identified in primary and secondary healthcare settings; The cultural formulation interview (CFI). However, the identified tool was only used in mental healthcare. The cultural formulation interview (CFI) is found helpful for clinicians to identify their patients' unique needs by understanding patients within his or her cultural context and by improving patient-clinician communication.

Conclusion:

The cultural assessment is fundamental to forming health care services which are adapted to patient's needs and preferences. We have not succeeded in identifying validated cultural assessment tool in somatic healthcare both in primary and secondary level. There is a need to develop a culturally appropriate, valid and reliable cultural assessment tool which can be helpful for clinicians within somatic healthcare settings.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.9 Kan fastleger påvirke innvandrerkvinnens oppmøte til livmorhalscreening-En intervensjon blant fastleger i Bergen

Forfattere: Kathy Ainul Møen^a, Bernadette Kumar^{b,c}, Esperanza Diaz^{a,c}

^aInstitutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

^bNasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI), Folkehelseinstituttet, Oslo

^cInstitutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Korrespondanse: Kathy Ainul Møen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Kalfarveien 31, 5018 Bergen. Tlf +47 99699289, e-mail: kathy.moen@uib.no

Bakgrunn

Det er lavt oppmøte til livmorhalscreening blant innvandrerkvinner i Norge. Basert på en tidligere kvalitativ studie blant leger, gynekologer og jordmødre om deres erfaringer, deres strategier og hva de trengte mer kunnskap om relatert til livmorhalscreening blant innvandrerkvinner, utviklet vi en intervensjon. Intervensjonen ble deretter implementert blant et randomisert utvalg av legekontorer i Bergen i 2017.

Mål

Å beskrive implementeringen av intervensjonen blant fastleger og hvordan legene oppfattet intervensjonen.

Metode

Narrativ beskrivelse av selve intervensjonen og semi-strukturert intervju av tolv leger fem måneder etter intervensjonen.

Resultat

For å forberede intervensjonen sendte vi legekantorene et spesielt designet postkort med invitasjon til å delta i studien. To uker etter ringte vi og avtalte dato for å holde innlegget. Forskeren besøkte legekantorene i lunsjpauzen for å gjøre fastlegene oppmerksom på temaet på en strukturert måte. Hoved anbefaling til legene var at de burde informere innvandrerkvinnene om livmorhalscreening når de kom av andre grunner. Etter innlegget leverte vi en spesielt designet poster på fire forskjellige språk (somalisk, polsk, urdu og engelsk) som skulle bli hengt opp på venterommet, og tilsvarende musematter for legene som takk og som påminnelse. 31 av 40 inviterte legekantorer tok imot besøk. Resten av legekantorene fikk tildelt plakater og musematter uten besøk. Etter noen uker ble alle legekantorene oppringt og fikk en påminnelse på å henge opp plakaten.

Fem måneder senere fortalte de fleste legene at de ikke hadde endret sin egen praksis vesentlig, hovedsakelig begrunnet i tidspress. Noen få sekretærer merket en økning av kvinner med innvandrerbakgrunn som bestilte celleprøver. Legene mente at intervensjonen kunne ha virket, men de hadde utfordringer med å implementere den.

Konklusjon

Fastlegene var positive til intervensjonen, men de hadde tilsynelatende ikke forandret praksis. En registerdatastudie som skal kvantifisere effekten av intervensjonen nærmere vil bli gjennomført høsten 2018.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.10 Bruk av Wikipedia som kommunikasjonsplattform for å nå befolkningen med fagkunnskap

Forfattere: Charlott Nordström og Runar Eggen, Folkehelseinstituttet

Presenterende forfatter: Charlott Nordström. E-post: Charlott.nordstrom@fhi.no

Bakgrunn

I kunnskapsproduserende institusjoner er publisering av forskningsresultater i tidsskrifter, medieoppslag og presentasjoner på konferanser tradisjonelle måler på produksjon og formidling av kunnskap. Tilgang til plattformer for å spre fagkunnskap, og å bygge egen nettprofil, kan være kostbart, og mange aktører gjør det vanskelig å nå ut i tradisjonelle medier.

Mål

Formidle fagkunnskap om migrasjonshelse til befolkningen ved å produsere fagartikler på Wikipedia, et «crowd-sourced» leksikon på nett.

Metoder

Ansatte ved Folkehelseinstituttet har bidratt på, og produsert artikkelsider på Wikipedia.

Resultat

På konferansen vil erfaringer fra produksjon av artiklene presenteres; om artiklene, opplevd nytteverdi, tilbakemeldinger fra bidragsytere på Wikipedia og andre relevante samarbeidspartnere.

Konklusjon

Å benytte seg av «crowd-sourced» nettsteder sparer kostnader ved publisering og ressurser ved at artiklene ikke behøver å være ferdigstilt, men kan bygges på etter hvert som man har anledning og at andre personer kan bidra. Wikipedia tillater ikke organisasjoner å redigere innhold, fordi de ønsker at informasjonen er mest mulig nøytral og uavhengig. Det betyr at ansatte må opprette en personlig profil for å redigere artikler. Det kreves at man er åpen om man er betalt for å produsere innhold og om interessekonflikter. Det skal sikre at fagartikler ikke blir brukt som arena for markedsføring, og at brukere er obs på at informasjon som deles kan være preget av interessekonflikt. Ved å delta i å skrive artikler bruker ansatte sin kunnskap til å nå ut bredt, både innenfor og utenfor sitt etablerte fagmiljø.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.11 Introduksjon til migrasjon og helse, erfaringer fra et innføringskurs

Forfattere: Thor Indseth og Charlott Nordström, Folkehelseinstituttet

***Presenterende forfatter:** Thor Indseth. Epost: thor.indseth@fhi.no

Bakgrunn

Likeverdig helsetjenester avhenger av kvaliteten på møtene mellom helsepersonell og pasienter. Forskning viser at migranter ofte kommer senere i behandlingsløp, har vanskeligere med å forstå informasjon og opplever dårligere pasientsikkerhet. Etter å ha blitt kontaktet av helsepersonell om råd om hvordan å tilby gode helsetjenester til migranter, NAKMI i 2012 et to-dagers innføringskurs i migrasjon og helse.

Mål

Hovedmålet for kurset er å gi helsepersonell kunnskap og verktøy til å håndtere de utfordringene de møter med en mangfoldig pasientgruppe, for å sikre likeverdige helsetjenester av høy kvalitet. Kurset har som mål å gi en forståelse for migrasjon i Norsk kontekst, kunnskap om hvordan migrasjon påvirker helse, ulike forståelser av helse, lover og reguleringer som gjelder migranter, prosedyrer knyttet til nyankomne flyktninger, språkbarrierer, bruk av tolk og fordommer.

Metoder

Helsepersonell deltar på et to-dagers kurs der de får presentert forskning, diskutert dilemmaer, erfaringer og gode løsninger. Kursene evalueres hver gang og forelesningene oppdateres og endres som følge av deltakernes kommentarer, for å sikre at de hele tiden er oppdatert og relevant for deltakernes arbeidshverdag.

Resultat

Deltakerne på kurset anser kurset som nyttig og klinisk relevant. Kurset gir dem en arena å diskutere åpent de utfordringene de møter og lære av hverandre. Et uforventet resultat av kurset for NAKMI er at møte med helsepersonell som deltar på kurset gir verdifull informasjon som vi kan benytte i forskning, svar på høringer og innspill til helsemyndigheter.

Konklusjon

Kurset gir deltakerne mulighet å tilpasse seg de behov en mangfoldig pasientgruppe har, og på den måten sikre likeverdige helsetjenester. Kurs som tar opp epidemiologi, lover og reguleringer, og språkbarrierer, heller enn kulturelle forskjeller, oppleves som relevant og nyttig for deltakerne.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.12 Nettverk som verktøy for bedre innvandrerhelse og likeverdige helsetjenester i Norge.

Forfatter: *Ragnhild Storstein Spilker, NAKMI, Folkehelseinstituttet*

Bakgrunn

Norges innvandrerbefolkning utgjør i dag over 17 prosent av befolkningen. utfordringer knyttet til migrasjon og helse og likeverdige helsetjenester krever økt oppmerksomhet. Det er behov for mer kunnskap og bedre kompetanse blant helsepersonell og bedre koordinering av arbeidet med å utvikle og tilpasse helsetjenester.

Mål

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjon og minoritetshelse (NAKMI) i Folkehelseinstituttet har som hovedmål å skape og formidle forskningsbasert kunnskap som kan fremme god helse og likeverdige helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn.

Metode

NAKMI har i det siste tiåret etablert tre landsomfattende nettverk; et for sykehus, et for kommuner og et for frivillige organisasjoner. 15 sykehus, 23 kommuner og 18 organisasjoner deltar nå i disse nettverkene. Det er 2-3 heldagsmøter i hvert nettverk per år med både fokus på å formidle forskning og god praksis, dele kunnskap, ideer og erfaringer og tilrettelegge for samarbeid.

Resultat

Gjennom en evaluering i sykehusnettverket ble medlemmer bedt om å gi tilbakemelding om sammensetning og organisering av nettverket, møtene og aktivitetene og veien videre. Medlemmer understreker viktigheten av inspirasjon, motivasjon og støtte til eget arbeid gjennom å møte kolleger i feltet. Det har gjort det lettere å få kontakt og samarbeide i formidlingsaktiviteter og utviklingsprosjekter. Lignende tilbakemeldinger er også gitt av medlemmer i de andre nettverkene. Oppdateringer på aktiviteter og diskusjon av utfordringer i nettverksmøter er også en verdifull kilde for NAKMI og helsemyndighetene både for utforming av forskningsprosjekter og i pådriverrollen.

Konklusjon

Det er behov for ulike tilnærminger i arbeid som kan fremme god helse i innvandrerbefolkningen og i utvikling av helsetjenestene. Nettverk kan være ett viktig verktøy for å forbedre helsesystemer og strukturer, øke kompetansen i tjenestene, styrke brukermedvirkning og formidle informasjon og kunnskap.

Nettverkene kan spille en viktig rolle for norske helsemyndighetene i arbeid med likeverdige helsetjenester.

Parallellsesjon 3: FM1 Forskning, disseminering og kompetanseheving gateway (Postere og elevator pitch)

FM1.13 Ressursgruppe for pasienter med minoritetsbakgrunn – erfaringer fra Kreftavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus

Authors: *Bente Walde, Ellen Tolo, Line Ellila*
Kreftsykepleiere, Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk,
Haukeland Universitetssykehus

Bakgrunn

Pasient og brukerrettighetsloven pålegger helsepersonell å gi informasjon «*tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaringer og kultur- og språkbakgrunn*» (§3.-5). I avdelingen vår så vi behov for forbedring. Rutinene og retningslinjene for bruk av tolk var uklare og personalet hadde varierende kunnskaper og erfaringer med bruk av tolk. Avdelingen hadde også lite skriftlig materiale på andre språk enn norsk. Ledelsen i avdelingen så nytteverdien av å fokusere på dette; temaet ble forankret i handlingsplanen for sykepleiertjenesten i avdelingen og ressursgruppen ble opprettet.

Mål

Pasienter og deres pårørende på kreftavdelingen får like god informasjon, behandling og pleie uavhengig av kultur- og språkbakgrunn.

Organisering/Metode

Det ble opprettet en tverrfaglig ressursgruppe som samles regelmessig med sykepleiefagligansvarlig fra ledergruppen. Sykepleierne på sengepost og poliklinikk får i turnusen satt av minst fire dager årlig til å jobbe med ressursområdet, og blir prioritert til kurs og møter innenfor temaet.

Resultater

Det viktigste vi har oppnådd så langt:

- Skriftlig pasientinformasjon på engelsk og polsk.
- Egen intranettside med informasjon, referater og interne og eksterne linker.
- Oppdaterte prosedyrer for bestilling og bruk av tolk.
- Sjekkliste i lommeformat for bruk av tolk.
- Undervisning for alle yrkesgrupper i avdelingen.
- iPad med bilder og enkle kommunikasjonsverktøy.
- Treningsprogram i kommunikasjon via telefontolk
- Videreutdanning

Erfaringer og konsekvenser for praksis:

Gjennom dette arbeidet har vi i økende grad sett kompleksiteten knyttet til språk og kultur.

Det er også viktig å løfte fram temaet for alle involverte yrkesgrupper. Vi har erfart at ting tar tid, men også at små skritt kan ha stor betydning. Bl.a har vi sett at praktisk tolketrening senker terskelen for å bestille tolk, og at spesielt sykepleiergruppen nå oftere bruker tolk i sine samtaler.

Det er særlig tre faktorer vi mener har hatt betydning for ressursgruppen:

- Tydelig ledelsesforankring. Prioritet og tilrettelegging.
- God organisering
- Engasjerte ressurspersoner, og kolleger som er åpne for utvikling

Parallellsesjon 3: FM2 Likeverdige tjenester vs diskriminering (Paneldebatt)

FM2.1 Innovasjonsprosjekt i Helse Førde gjev sikrere og betre tolketenester til pasienter med minoritetsbakgrunn

Forfatter: *Nyonga Rugumayo Amundsen, prosjektleder, Helse Førde HF.*

E-post: nyonga.amundsen@helse-forde.no

Bakgrunn

Fleire innbyggjarar med minoritetsbakgrunn, turisme og ei internasjonalisering av samfunnet aukar behovet for gode tolketenester. Dagens situasjon innanfor tolketeneste er ikkje tilfredsstillande når det gjeld tilgang til dokumentert kvalitet. Det er utfordrande å dokumentere kvaliteten av tolketeneste leverte av private tolkeformidlingsbyrå (omtalt i NOU 2014: 8).

Helse Førde og SKIWO AS (som leverer plattformen TikkTalk) gjekk saman om eit pilotprosjekt som skal sikre ei betre og tryggare tolketeneste for pasientar med minoritetsbakgrunn. Utfordringa for Helse Førde innan tema har vært å få tak i kvalifiserte tolkar ved behov. I tillegg har det vert ei mangelfull kvalitetssikring av sjølve tolketenesta. Prosjektet fikk støtte av Innovasjon Norge og Helse Vest RHF.

Målsetning

Helse Førde skal ha ei tolketeneste som har kvalitet og er tilgjengeleg ved behov.

Metode

Det er gjennomført ei kartlegging av kvalitetsnivået på alle tolkeleveransane til Helse Førde. Tenesta er blitt integrert i helseføretaket sine system og tilpassa med omsyn til personvern og pasienttryggleik. Medarbeidarar har fått opplæring i bruken av Tikk Talk og prosjektet er blitt utprøvd.

Resultat

I 2017 blei berre 24 prosent av alle oppdrag levert av kvalifiserte tolkar (jamf. kvalifikasjonskategori 1-5) gjennom tolkeformidlingsbyrå. Så langt i 2018 har talet på oppdrag som er utført av kvalifiserte tolkar auka til heile 99,3 prosent gjennom TikkTalk plattformen.

Konklusjon

For pasientar med minoritetsbakgrunn er prosjektet TikkTalk eit viktig tiltak for å sikre at rett og likeverdig behandling vert gitt uavhengig av pasienten sin opphaldsstatus, funksjonsevne og språk. Kommunikasjon gjennom gode og sikre tolketenester er heilt avgjerande for å sikre kvaliteten på helsetenesta samt redusere risiko for feildiagnose og feilbehandling.

Referanse:

- 1) Norges offentlige utredninger (NOU 2014:8), «Tolking i offentlig sektor».
- 2) Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk, Helsedirektoratet (mai 2009).

Parallellsesjon 3: FM2 Likeverdige tjenester vs diskriminering (Paneldebatt)

FM2.2 Identifying barriers and facilitators to implementing equitable healthcare services at Norwegian hospitals: a qualitative study

Forfatter: *Presenting author: Cecilia Karlsen Gnaly (Student at University of Oslo, Department of Health Management and Health Economics)*

Supervisor: Eli Feiring (Associate Professor at University of Oslo, Department of Health Management and Health Economics)

Background: The need for securing equity in access, use and outcomes of healthcare services are important goals stated in multiple sources of legislation, governmental and hospital strategies. Still, it is well-known that immigrants in need of specialist healthcare face several barriers to access and use of services. There is a need for increased knowledge about the implementation of equitable healthcare.

Objectives: The aim of this study was twofold. First, the study sought to identify barriers and facilitators to implementation of equitable specialist healthcare experienced by health personnel, working administratively with the provision of equitable healthcare services at six hospitals, located in the four regional hospital thrusts in Norway. Second, the study aimed to investigate the types of interventions and supporting policies expected to modify the identified barriers.

Methods: Data was collected from focus group discussions, phone- and face-to-face interviews with 13 informants in total, using a semi-structured interview guide. The COM-B model together with the Behavior Change Wheel (BCW), were used for understanding actors behavior and identify barriers and facilitators of implementation.

Results: The findings revealed perceived barriers of implementation in need of change within the COM-B components of physical and psychological capability, physical and social opportunity and reflective motivation. While the hospitals had organized provision of equitable healthcare differently, several common barriers to implementation were identified: lack of knowledge of task environment, lack of time and staff resources, lack of user involvement, impeding structural and systematic conditions, lack of national tools and guidelines, and lack of belief in one's own capabilities.

Conclusion: The study shows that there are factors influencing implementation of equitable healthcare for immigrant patients on individual-, organizational- and systemic level. Mutual factors related to physical opportunity was identified as most appropriate and effective to target for future interventions. Interventions focused on training, restriction, environmental restructuring and enablement.

Parallellsesjon 3: FM2 Likeverdige tjenester vs diskriminering (Paneldebatt)

FM2.3 Strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold ved Oslo universitetssykehus 2017-2021

Forfattere: *Camilla Holt Hasle og Ingrid Vassli Flateby, Rådgivere, Likeverdige helsetjenester Oslo universitetssykehus HF*

1) Bakgrunn: Pasientgruppen ved Oslo universitetssykehus blir mer og mer mangfoldig i takt med demografiske endringer i befolkningen i hovedstadsområdet og landet forøvrig. Vi vet at ikke alle pasienter opplever likeverdig tilgang til helsetjenestene, like god kvalitet på tjenestene eller like gode resultater av helsehjelpen. Dersom alle avdelinger og enheter ved Oslo universitetssykehus skal jobbe for at pasienter ved sykehuset skal motta mer likeverdige helsetjenester, er det nødvendig med interne styringsdokumenter som konkret sier noe om hvordan dette skal gjøres i egen organisasjon.

2) Mål:

- Å utarbeide en strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold som gjør at sykehusets avdelinger og ledelse jobber bevisst med forbedringsarbeid knyttet til disse områdene.
- At sykehusets avdelinger kjenner til de konkrete tilbud som allerede finnes, for eksempel samtalepartnertjenesten for tro- og livssyn, tolketjenesten, nettverket av ansatte som har ekstra kompetanse innenfor flerkulturelt helsearbeid osv.

3) Metoder: Strategien inkluderer innspill fra en idédugnad med eksterne aktører (22 deltakere fra frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner og andre offentlige samarbeidspartnere), en idédugnad for ansatte i sykehuset (15 deltakere) og en åpen spørreundersøkelse for ansatte (110 svar). I tillegg har strategien vært på en bred høring før den ble endelig godkjent.

4) Resultat: Strategien ble vedtatt i ledermøtet i OUS høsten 2017 og er til nå presentert i ulike forum, for eksempel ledermøter i de ulike klinikkene. Ønsket resultat i fortsettelsen er at ansatte ved OUS kjenner til strategien, identifiserer barrierer for likeverdige helsetjenester i egen enhet og setter i verk tiltak for å motvirke disse.

5) Konklusjon: Det er behov for bevisst og strategisk arbeid for å sikre at pasienter mottar likeverdige helsetjenester. Da må dette også tydeliggjøres i sykehusets styringsdokumenter, og en overordnet strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold er et viktig steg på veien.

Parallellsesjon 3: FM2 Likeverdige tjenester vs diskriminering (Paneldebatt)

FM2.4 Diskriminering, sosial støtte og helse blant innvandrere

Forfattere: *Melanie Straiton¹, Arild Kjell Aambø² og Rune Johansen¹*

¹*Avdeling for psykisk helse og selvmord, Folkehelseinstituttet*

²*NAKMI, Folkehelseinstituttet*

Bakgrunn

Det å skulle etablere seg i et nytt samfunn stiller store krav til psykososial tilpasning. Når innvandreren dessuten blir utsatt for urettferdig behandling eller angrep på sin etniske identitet, blir «slitasjen» på kropp og sjel spesielt stor. Tidligere forskning viser en sammenheng mellom opplevd diskriminering og sykdomsutvikling. Samtidig kan mestringsstrategier virke som buffer på opplevd diskriminering.

Mål

Å undersøke relasjon mellom opplevd diskriminering og ulike aspekter av helse, og for å se om sosial støtte kan virke som buffer på opplevd diskriminering.

Metoder: Vi benyttet data fra Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 som inkluderer over 4000 deltagere fra 12 forskjellige land. Vi utførte logistisk regresjonsanalyser for å se på relasjoner mellom ulike helsemål, diskriminering og sosial støtte.

Resultat

30 prosent av deltagerne hadde opplevd minst en type diskriminering på grunn av sin innvandrerbakgrunnen. Det var en sammenheng mellom opplevd diskriminering og psykiske plager ($\chi^2=80.26$, $p<0.001$), men ikke generell helse eller nedsatt funksjonsevne. Sosial støtte var assosiert med både psykiske plager, generell helse og nedsatt funksjonsevne. Vi fant ingen interaksjonseffekter mellom opplevd diskriminering og sosial støtte.

Konklusjon

Studien bekrefter at opplevd diskriminering er relatert til psykiske plager men vi fant ingen sammenheng for generell helse eller nedsatt funksjonsevner. Strategier for å takle diskriminering i samfunnet burde undersøkes. Sosial støtte virker heller ikke som en buffer for opplevd diskriminering blant våre deltagere. Videre forskning burde se på diskriminering på spesifikke områder som for i arbeidslivet, i utdanningsinstitusjoner eller i helsetjenestene, og på ulike mestringsstrategier.

Parallellsesjon 3: FM3 Innvandremenn – en gruppe vi ikke tenker på?
(paneldebatt)

Parallellsesjon 3: FM4 Helsefremmende tiltak (Presentasjoner)

FM4.1 Sunn Start «Tilpasset undervisningsmaterieell om kosthold, psykisk helse og munnhelse for personer med migrasjonsbakgrunn i Norge»

Forfattere: Amar Ahmethodzic og Aud Marit Eriksen, Helseetaten, Oslo Kommune
E-post amar.ahmethodzic@hel.oslo.kommune.no

Bakgrunn

Sammenlignet med befolkningen for øvrig har nyankomne personer med migrasjonsbakgrunn høyere risiko for å utvikle helseutfordringer relatert til usunt kosthold, psykisk helse og munnhelse. Samtidig viser en rekke studier at denne målgruppen benytter seg annerledes og i mindre grad av helsetjenesten i Norge. Lav utdanning med varierende grad av utviklede lese- og skriveferdigheter kan gjøre det ekstra krevende å forstå og anvende muntlig og skriftlig informasjon man mottar fra helsetjenesten. Ressurssenter for migrasjonshelse observerer at nyankomne, samt frivillige og ansatte som jobber praksisnært med målgruppen, etterlyser derfor mer lettforståelig og anvendelig informasjonsmaterieell.

Mål

Å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge potensielle helseutfordringer hos nyankomne personer med migrasjonsbakgrunn i Norge, gjennom å utvikle flere tilpassede undervisningsopplegg for målgruppen og sette målgruppen i stand til å ta fornuftige helsevalg.

Metode

- Materieelltesting
- Fokusgruppeintervjuer
- Training of trainers methodology (ToT) Nøkkelpersoner
- Deltagende observasjoner
- Gruppeevaluering – målgruppe

Resultater

Det er utarbeidet flere forebyggende og helsefremmende undervisnings- og veiledningsmaterieell om ulike helsetema kalt for SunnStart. Materieell består av tre dialogbaserte hovedmoduler (PP/PDF, veiledningshefter, deltakerhefter og lærerplan) som tar for seg følgende tema: mat-, psykisk - og munnhelse. Helsemodulene er tilrettelagt målgruppen, og er spesielt tilpasset for personer med lav språk- og helseinformasjonsforståelse.

Helsemodulene kan benyttes av frivillige og ansatte som jobber praksisnært med målgruppen, og er utviklet på en slik måte at man ikke behøver en helsefaglig eller pedagogisk bakgrunn for å kunne benytte seg av materieellet.

Konklusjon

Ved å benytte seg av brukermedvirkning og riktige evalueringsverktøy kan man utvikle tilpasset helseinformasjonsmaterieell for målgruppen. Gjennom bruken av bl.a. gjenkjennelige illustrasjoner og situasjonsbeskrivelser, kombiner med enkel språk, vil man kunne oppnå et undervisningsmaterieell som tilstreber kultursensitivitet.

Parallellsesjon 3: FM4 Helsefremmende tiltak (Presentasjoner)

FM4.2 Oppmøte i Mammografiprogrammet, immigranter og sosiodemografiske faktorer

Forfattere: Bhargava, S. ^{*1,2}, Hofvind, S ^{1,3}.

1) Screeningseksjonen, Kreftregisteret

2) Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

3) Institutt for naturvitenskapelige helsefag, seksjon for radiografi og tannteknikk, OsloMet – storbyuniversitetet

Presenterende forfatter: Sameer Bhargava, sameer.bharqava@kreftregisteret.no

Bakgrunn

Mammografiscreening tilbys alle kvinner i Norge som et sekundærforebyggende tiltak mot brystkreft, uavhengig av kvinnens inntekt, bosted eller fødeland. Norske studier har vist mer avansert brystkreft, høyere dødelighet fra brystkreft og lavere oppmøte til mammografiscreening blant grupper av innvandrerkvinner sammenlignet med ikke-innvandrere.

Mål

Å utforske hvordan sosiodemografiske faktorer påvirker oppmøte til mammografiscreening blant grupper av innvandrere og ikke-innvandrere.

Metoder

Vi undersøkte oppmøte i Mammografiprogrammet etter førstegangsinvitasjon for 885,979 kvinner invitert til mammografiscreening. Sosiodemografisk data (alder, inntekt, formue, utdanning, yrkesstatus, trygdestatus, sivilstatus, statsborgerskap, bosted, tidsperiode og botid blant innvandrere) fra Statistisk Sentralbyrå ble koblet til data fra Kreftregisteret på individnivå. Innvandrere ble stratifisert etter åtte verdensregioner (Vest-Europa, de baltiske landene, Sør- og Øst-Europa, Nord-Afrika og Vest-Asia, Øst-Afrika, resten av Afrika, resten av Asia og Amerika og Stillehavsregionen). Vi brukte Poisson regresjon til å beregne rate ratioer (RR) med 95% konfidensintervaller (95% KI) for oppmøte, sammenlignet oppmøtet blant innvandrere med ikke-innvandrere og justerte for sosiodemografiske faktorer.

Resultater

Oppmøtet etter første invitasjon til mammografiscreening var 53% blant innvandrere og 76% blant ikke-innvandrere (RR 0.70 (95% KI 0.69-0.70) ujustert og 0.83 (95% KI 0.82-0.84) justert for sosiodemografiske faktorer). Innvandrere hadde lavere oppmøte til mammografiscreening sammenlignet med ikke-innvandrere både totalt og stratifisert etter regioner, også for ulike nivåer av sosiodemografiske faktorer. Sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer og oppmøte varierte mellom innvandrergrupper. Lav inntekt, bosted Oslo og kort botid blant innvandrere var blant faktorene assosiert med lavt oppmøte.

Konklusjon

Innvandrere har lavere oppmøte til mammografiscreening for alle nivåer av alle sosiodemografiske faktorer undersøkt i denne studien, men de ulike sosiodemografiske faktorene hadde ulik påvirkning på oppmøtet til de ulike innvandrergruppene. Studier bør ta hensyn til at innvandrere er en heterogen gruppe, ettersom å vurdere innvandrere som en enkelt gruppe kan skjule forskjeller mellom ulike grupper.

Parallellsesjon 3: FM4 Helsefremmende tiltak (Presentasjoner)

FM4.3 Tilpasning av kurs om demens til innvandrergupper i Norge

Forfattere:

Inger Molvik & Kirsti Hotvedt, Aldring og helse

Ragnhild Storstein Spilker og Emine Kale, NAKMI, Folkehelseinstituttet

Bakgrunn

Studier indikerer et behov for informasjon og tilpasning av tjenester til pårørende til innvandrere med demens. Samarbeid med nøkkelpersoner og helsepersonell med innvandrerbakgrunn er viktig. Som en del av Demensplan 2015 og Demensplan 2020 og på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Aldring og helse i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for migrasjon og minoritetshelse og Nasjonalforeningen for folkehelsen demenskurs i 2015 og 2017 for to innvandrergupper.

Mål

Å utvikle og evaluere kurs om demens rettet mot pårørende til personer med demens i pakistanske og tyrkiske innvandremiljøer.

Metode

En bredt sammensatte arbeidsgruppe utviklet prosjektet. Prosjektassistenter med pakistansk og tyrkisk bakgrunn ble engasjert. Før kursene ble det arrangert et åpent informasjonsmøte om demens for personer med pakistansk bakgrunn i Oslo og for personer med tyrkisk bakgrunn i Drammen. Informasjonsmateriale ble oversatt til urdu og tyrkisk, og kvalitetssikret av helsepersonell med kompetanse i disse språkene. Kursene besto av tre møter med informasjon om demens, dels på morsmål for deltakerne og dels på norsk formidlet til morsmål av profesjonelle tolker. Deltakerne svarte på et spørreskjema etter hvert møte.

Resultat

Totalt deltok 55 deltakere på det åpne møtet for de med pakistansk bakgrunn og 23 for de med tyrkisk bakgrunn. Totalt ble 77 (pakistanske) og 25 (tyrkiske) deltakere registrert på de påfølgende kursene. Tilsammen ble 69 og 47 spørreskjema besvart i de to gruppene. 97 prosent anså møtene å være nyttige og informative. Muligheten til å dele erfaringer, møte fagfolk og informasjonsmateriale på eget morsmål ble vektlagt som viktig.

Konklusjon

For å øke kunnskapen om demens i innvandrergrupper er det behov for språklig tilrettelagte tilbud fra generell informasjon til mer omfattende kurs for pårørende. Samarbeid med nøkkelpersoner og helsepersonell med innvandrerbakgrunn er verdifullt. Det vil være viktig framover å utvikle og tilpasse demensomsorg og -tilbud til innvandreres språk og kultur.

Parallellsesjon 3: FM4 Helsefremmende tiltak (Presentasjoner)

FM4.4 Mestringskurs for hivpositive asylsøkere og innvandrere Et nasjonalt, kultursensitivt tilbud basert på empiri og likemannsarbeid

Forfattere: *Girmay Assemahegn. Prosjektmedarbeider og sosialkonsulent på Aksept*
girmay.assemahegn@bymisjon.no

Unni Mortensen, Prosjektleder og spesialistfysioterapeut på Aksept
unni.mortensen@bymisjon.no

Bakgrunn

Aksept - senter for alle berørt av hiv, har gjennom 30 år vært et nasjonalt ressurscenter for livsmestring og psykososial oppfølging. Folkehelseinstituttet oppgir at over halvparten av totalt antall diagnostiserte hivpositive ble smittet før ankomst til Norge. Vi oppfattet tidlig denne gruppen som spesielt sårbare relatert til belastninger ved å flykte til et fremmed land og i tillegg få en diagnose forbundet med skam og stigma

Aksept har i over 10 år hatt et systematisk arbeid rettet mot migranter som lever med hiv. Ansatte med migrasjonsbakgrunn utgjør sentrale ressurser i arbeidet med å etablere kontakt og skape tillit.

Utfordring: Hvordan få en gruppe som ikke snakker norsk og som ikke ønsker åpenhet rundt sin diagnose, til å søke seg til et kurs om et tema de helst ikke vil snakke om?

Mål

Spre oppdatert kunnskap om hiv

Motivere til god egenomsorg og styrke et positivt selvbilde

Skape trygge nettverk som motvekt til isolasjon og stigmatisering

Metode

Internatkurs hvor mestring knyttes til bevisstgjøring av egne ressurser her og nå og behov for endring/styrking for å takle det som ligger foran.

Kombinasjon av innledninger, gruppearbeid og refleksjon. Stikkord: Salutogenese.

Utstrakt bruk av egne erfaringskonsulenter som gir stor grad av gjenkjenning og motiverer i kraft av å være rollemodeller.

Resultater

Tre årlige kurs for 8 – 12 personer. Stort sprik i alder og bakgrunn. Mennesker med ulike nasjonaliteter, religiøs tilknytning og seksuell legning møtes i et fellesskap og utvikler en arena hvor det er trygt å dele erfaringer og hvor solidaritet og samhold styrkes.

Konklusjon

Deltakerne får:

- kunnskap og motivasjon for behandling
- mer positive tanker om seg selv
- trygghet i forhold til egen seksualitet
- tro på framtida
- støttende nettverk

Sitat: Det er ikke diagnosen som gjør meg syk, men det jeg tenker om den

Parallellsesjon 3: FM4 Helsefremmende tiltak (Presentasjoner)

FM4.5 Development and implementation of a community-based health intervention trial to increase the participation of Pakistani and Somali women in cervical cancer screening program in Norway

Forfattere: Samera A. Qureshi¹, Abdi Gele¹, Prabhjot Kour^{1,2}, Kathy A. Møen^{1, 3}, Bernadette Kumar¹, Esperanza Diaz^{1, 3}

¹Norwegian Centre for Migrant & Minority Health (NAKMI), Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway;

²Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders, Innlandet Hospital Trust, Norway;

³Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway.

Presenterende forfatter: Samera Qureshi. E-post: samera.qureshi@fhi.no

Background: The attendance to cervical cancer screening (CCS) is low among immigrants as compared to non-immigrants in many Western countries. Although several interventions have been experimentally tested, implementation remains a challenge that is difficult to overcome due to several factors, including the lack of methodological descriptions of the development and implementation of interventions. Thus, the gap between research and practice remains unchanged, also in Norway.

Aim and Methods: To describe the development and implementation of a community-based intervention to increase attendance to CCS among women from Pakistan and Somalia, including the challenges faced, strategies used to overcome them and a description of the actual participants in the intervention.

Results: The intervention was implemented in four different geographical areas adjoining Oslo. The idea of randomization into intervention or control was changed due to likelihood of contamination and difficulty in recruitment from so “unnaturally” divided areas. We adopted a pragmatic approach and recruited women in bigger areas through a variety of channels and institutions. Female researchers with Pakistani and Somali background invited as many women as possible in the intervention areas. Among the women who were invited to the intervention, 42% of the Pakistani and 78% of Somali actually attended the intervention. For those attending, an oral 20-25 minutes presentation in the language of participants encompassing topics of cervical cancer and screening was given, followed by an opportunity to raise questions. Majority of the women were in the age-group 26-45 years (69%). Only 45% of Somali as compared to 72% of Pakistani women had ever gone for a screening test. Outcomes of the intervention will be measured through registered data from the national cancer register.

Conclusions: Sharing strategies to overcome specific challenges related to promoting health interventions for immigrants, can be of potential help to scale-up interventions and for building new research projects. Although, such intervention methods are more time consuming, need extensive resources and personal commitment, we hope to demonstrate in the near future that the effectiveness of interventions such as ours provides basis for the justification and commitment of resources to this approach in health promotion research.

Parallellsesjon 3: FM4 Helsefremmende tiltak (Presentasjoner)

FM4.6 Kostholdsvalg blant norsk-pakistanske kvinner

Authors: *Rima Justine Rajendram, UiO*

Migrasjon er en komplisert og dynamisk prosess som medfører store endringer i miljø og atferd. Disse individuelle, sosiale og miljømessige endringene kan påvirke innvandrers helse både positivt og negativt. Spesielt kan endringer i kostvaner, næringsinntak og fysisk aktivitet føre til økt risiko for kroniske livsstilsrelaterte sykdommer i etniske minoritetsgrupper. Både internasjonale og norske studier har de siste årene vist at det er en økt risiko for fedme, diabetes, hjerte- og karsykdommer og D-vitamin mangel blant deler av innvandrerbefolkningen sammenlignet med så vel befolkningen i opprinnelseslandet som i vertslandet.

Kvinnene har i de fleste kulturer ansvaret for familiens kosthold og helse. Kvinner som er trygge på egen kunnskap og bevisst på endringer som kan oppstå ved migrasjon, vil kunne virke positivt inn på hele familiens helse og i tillegg på andres helse i sitt sosiale nettverk. Dermed er formålet med min studie å synliggjøre individuelle begrunnelser for valg knyttet opp mot kosthold etter migrasjon. Problemstilling for masteroppgaven lyder slik: *“Hvilke kostholdsvalg kan identifiseres blant norsk-pakistanske kvinner etter migrasjon til Norge?”* For å undersøke problemstillingen er individuelle semi-strukturerte dybdeintervjuer gjennomført. Utvalget i studien består av seks norsk-pakistanske kvinner i alderen 25-65 år som er bosatt i Oslo.

Min studie retter søkelyset på hvordan norsk-pakistanske kvinner prøver å gjøre helsefremmende endringer i sitt kosthold etter migrasjon til Norge. Studien søker å gi en utvidet kunnskap om kvinnes ulike måter å tenke på rundt temaer som kosthold, ernæring, helse, sykdom, omsorg og morskap. Studien understreker at det er store individuelle forskjeller mellom de norsk-pakistanske kvinnene og deres oppfatninger om hva som er riktig og sunt kosthold. Til tross for de individuelle forskjellene er alle kvinnene i studien opptatt av helse og tar ulike kostholdsvalg med hensyn til hva som er helsefremmende og forebyggende. Kvinnene har ulike forståelser av helsebegrepet og hvordan helsen kan ivaretas.

Parallellsesjon 3: FM5 Fortellinger og helse (Workshop)

FM5.1 Hvordan nå ut med psykisk støtte til flyktninger?

Forfatter:

Ørjan Skaga, Seksjonsleder Migrasjon Hordaland Røde Kors

Bakgrunn:

Flyktninger som ankommer Norge er i varierende grad mottagelig for å snakke om sin psykiske helse. Samtidig ser vi at det er svært varierende hvor stor grad hjelpeapparatet tar høyde for dette. Røde Kors vil derfor benytte denne anledningen til å sammen med representanter fra Fusa og Vaksdal Kommune diskutere hvordan vi bedre kan nå med informasjon om psykisk helse til flykninger.

Problemstillinger:

Hvordan kan vi få flyktninger til å snakke om sin psykiske helse? Kan det være kulturelle forskjeller som spiller inn på hvor mottagelig man er for å snakke om temaet? Hvordan fungerer dette i kommuner i dag? Og hvilken rolle kan frivillige organisasjoner ha?

Metode:

En diskusjon om hvordan vi formidler informasjon om psykisk helse til flyktninger.

Parallellsesjon 3: FM5 Fortellinger og helse (Workshop)

FM5.2 Møtet med norsk helsevesen fra et flyktningeperspektiv

Forfattere:

Presentert av: Mohamed Isa Tamim (flyktning) og Emilie Strand (spesialkonsulent ved Senter for flyktningekompetanse og integrering, Bydel Gamle Oslo, emilie.strand@bgo.oslo.kommune.no)

Bakgrunn:

Mohamed (59) kom til Norge som flyktning i slutten av 2016, han hadde med seg store fysiske og psykiske helseutfordringer. Hvilke refleksjoner og erfaringer sitter Mohamed igjen med etter lengre perioder med utredning, behandling og oppfølging? Vi har et ønske om å formidle hvordan en flyktnings møte med helsevesenet har vært, der det tidvis er mangelfullt samsvar mellom lovverk og stortingsmeldinger kontra flyktningens egne opplevelser i det norske helsevesenet (sykehus, hjemmetjeneste, fastlege, apotek osv.)

Mål:

Hensikten med innlegget er å synliggjøre kulturelle utfordringer knyttet til flyktnings helse ved å fortelle om Mohameds erfaringer, og høre hans innspill/oppfordringer til forbedring av forståelse rundt god kommunikasjon med pasienter med annen kultur- og/eller språkbakgrunn.

Metode:

Mohamed ønsker å dele av sine erfaringer og opplevelser, med ønske om å øke kompetansen om flyktnings særskilte utfordringer og behov i møte med det norske helsevesenet.

Resultat:

Unngå uheldige opplevelser for flyktnings i møte med det norske helsevesenet og bedre samsvaret mellom teori og praksis knyttet til likeverdige helsetjenester.

Konklusjon:

Helsetjenesten skal yte likeverdige helsetjenester til alle, og kulturelle og språkmessige hensyn er nødvendig for å forbedre helsetilbudet for flyktnings. En forbedring av dette tilbudet er nødvendig for å nå målet om et inkluderende og likeverdig samfunn.

Parallellsesjon 3: FM5 Fortellinger og helse (Workshop)

FM5.3 Strong – but vulnerable, too. Refugees and asylum seekers with potentially traumatizing experiences.

Presenterende forfatter: *Rolf Vårdal, Center for Migration Health, Bergen*

E-mail; rolf.vardal@bergen.kommune.no

Background;

Through 20 years of work in the refugee/asylum seeker field, both as a clinician in physiotherapy, a councillor in the municipal service for resettled refugees, a volunteer in Helsehjelp til papirløse in Bergen, and a special consultant at the regional resource center , RVTS-West, I have gathered experience in the field, seen from different areas, and dare to say that there is an oftentime generally invisible vulnerability in this group.

Objective;

Share experiences from the meetings with individuals who in general have suffered multiple losses but survived, and are in the process of getting their lives back on course. With this pointing towards the vulnerable areas that in my experience are often overlooked by the well-meaning helpers, thus creating an(other) arena of not meeting needs that exist.

Methods;

Personal contact, both as a professional helper, but also on social arenas, and in everyday contact with persons from this group. Relating concrete examples, in order to convey different views, reactions and tendencies.

Results;

Numerous examples from within health arenas, via job-related incidents to everyday life situations where "normal" activities or incidents provoke a reaction that is hard to understand without taking past experiences into account.

Conclusion;

The information gathered through many years of contact with individuals from refugee and asylum seekers societies, have beyond doubt established an impression of a vulnerability that by all means is generally human, but with the potential traumatized individual in mind, is more pronounced and might be very debilitating for the person in question. To be able to present this view and hopefully contribute to reflecting on how important the way we meet each other is, is a very motivating factor.

Parallellsesjon 4: FE1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)

FE1.1 Samarbeid med UiB og GLODE-prosjekt

Authors: *Nora Børø, Bergen Røde Kors*

- **Arbeidet i Røde Kors:**

- Hvorfor ønsker vi å involvere forskere for å få en større forståelse for feltet, har vi ikke selv god innsikt i målgruppens behov? Frivilligsektorens (manglende?) kapasitet til å løfte blikket objektivt (det "brenner" overalt når du daglig sitter på Røde Kors-huset).

- **GLODE-prosjektet våren 2018:**

- Helt kort oppsummert hvordan studentene har jobbet, og deres problemstilling

- Idéen som i utgangspunktet oppstod som et krav til kommunen om en bedre oversikt over behovet blant flyktninger i Bergen. Gjennomføringen i samarbeid med Marguerite Daniels studenter og resultatene (kort om resultatene)

- Hvordan kan vi konkret bruke denne rapporten i vårt arbeid?

- **Utfordringer knyttet til denne typer prosjekter:**

- Et metodeproblem vi alltid møter med kortvarige prosjekt: Informantene som bidrar er de som allerede deltar, det er der studentene finner informanter. Dette er informasjonen vi allerede får fra de samme deltakerne. Hvor er de som IKKE deltar?

- Taushetsplikten, og vår forpliktelse overfor våre deltakere. Vi ønsker mer forskning, men kan ikke bidra med informanter? Så lenge vi formidler kontaktinfo, vil også vi oppfattes som ansvarlige dersom deltakeren får en negativ opplevelse. Ekstremt mange henvendelser fra studenter – daglig.

Parallellsesjon 4: FE1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)

FE1.2 Evaluating the advice on screening regimes for newly arrived asylum seekers: a register based cohort study

Forfatter: Anders Skyrud Danielsen, FHI og UiO

Background: During 2015, many European countries received a high number of asylum seekers. In Norway, some doctors chose to screen all asylum seekers for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), a practice that the Norwegian Institute of Public Health advised against, because it might have delayed the tuberculosis (TB) screening.

Objective: This study was done to evaluate the advice to refrain from screening the newly arrived asylum seekers for MRSA.

Methods: A retrospective cohort study using data from the Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases (MSIS register) was done. The epidemiology of MRSA and TB among the newly arrived asylum seekers in 2014, 2015 and 2016 was described and tested for association. A comparative risk assessment model was then built using these data and values found in the literature as parameters to investigate the consequences of different scenarios.

Results: The estimated incidence proportion of MRSA in this group is 0.74 % with a 95 % confidence interval of 0.34 % to 1.14 %. The detection rate of TB in the entire period is 0.30 %. There was no association between MRSA and resistant active TB infection, and a clinically irrelevant association between notified MRSA and active TB infection (correlation coefficient of 0.012, $p=0.013$). The model showed that 2 more deaths could be avoided by prioritizing TB screening.

Conclusion: The advice to prioritize the TB screening program was correct. There is no indication to screen for MRSA other than to implement extra infection control measures at the TB screening, which is unnecessary. This will require waiting for the MRSA test result before screening for TB – a screening that can avoid more disease and death. The group of newly arrived asylum seekers have a heterogeneous risk set for these infectious diseases, and screening programs for MRSA and TB should be adjusted correspondingly.

Parallellsesjon 4: FE1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)

FE1.3 Flyktningstrømmen over Storskog høsten 2015. Erfaringer som helsepersonell i en kaotisk situasjon.

Forfatter: Marte Egeland, Lege. Epost: marte.egeland@regionh.dk

Fokuset i dette paperet er brukerperspektivet hos asylsøkere i håndteringen av flyktningstrømmen over Storskog grensestasjon høsten 2015. På dette tidspunktet ankom det i norsk sammenheng relativt mange søkere i en kortere periode over Norges grense mot Russland.

En slik storankomst krevde en større organisering, og etterhvert ble det opprettet et midlertidig ankomstsenter (Vestleiren) som skulle huse 600 beboere. Oppholdstiden i Vestleiren skulle videre være 2 døgn. Asylsøkerene skulle registreres hos politi og UDI, samt få gjennomført tuberkulosescreening før transport videre til asylmottak.

Parallelt med håndtering av flyktningene pågikk det på politisk nivå en rekordrask lovendring som stoppet asylstrømmen på grensen og ankomstene. Vestleiren skulle videre brukes til asylintervju. I denne sammenheng valgte Sør-Varanger kommune å opprette et helsetilbud 2 dager i uken for besøkende i leiren.

Ved å fortelle om egne erfaringer som helsepersonell i møte med flyktninger og asylsøkere i det norske mottakssystemet ønsker jeg å rette et fokus på hvordan kan vi og hvorfor bør vi bedre tilrettelegging for brukerperspektivet hos denne gruppen.

I ettertid har håndtering av asylstrømmen fått særlig kritikk for manglende adekvat bemanning, og med utgangspunkt i eksisterende litteratur om Vestleiren vil jeg sammen med erfaringsbasert tilnærming undersøke hvordan deler av fagfeltet i ettertid evaluerte hendelsen.

Situasjonen over Storskog var kaotisk. Beredskapsplanene var ikke utarbeidet i samarbeid med tilstøtende etater som politi og helsemyndigheter. Internkommunikasjonen var mangelfull, det ble holdt for få strategiske møter og det var dårlig oversikt over hvem som hadde ansvar for de ulike ansvarsområdene.

Grunnlaget for gode møter med helsevesenet er trygge rammer og tillit. Ulike forventninger og mangelfull kommunikasjon med asylsøkere skaper mye unødvendig frustrasjon. Min opplevelse er at brukerperspektivet ble nedprioritert og dette bør alle instanser ta med i evalueringer og videre planlegging.

Parallellsesjon 4: FE1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)

FE1.4 Sosial støtte i en presset livssituasjon – en undersøkelse blant voksne syriske flyktninger i Libanon og Norge

Forfattere: Jasmin Haj-Younes¹, Elisabeth M Stromme¹, Eirik Abildsnes¹, Lars Thore Fadnes¹, Bernadette Kumar^{2,3}, Esperanza Diaz^{1,3}.

1: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Norge.

2: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Norge.

3: Nasjonalt kompetansesenter for migrasjon-og minoritetshelse, Folkehelseinstituttet, Norge.

Presenterende forfatter: Jasmin Haj-Younes. Email: Jasmin.Haj-Younes@uib.no

Bakgrunn: Ufrivillig migrasjon innebærer for mange flyktninger at de mister sine aller næreste kontaktpersoner og sitt sosiale støttenettverk. Sosial støtte kan bredt defineres som tilgjengeligheten av personer i omgangskretsen man kan stole på og finne støtte hos og anses være et viktig verktøy for å mestre påkjenninger og vanskelige livssituasjoner. Forskning viser at opplevelse av sosial støtte fremmer helse og reduserer risiko for fysiske og psykiske lidelser som hjerte- og kar sykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon.

Formål: Å måle opplevelse av sosial støtte blant to grupper av voksne syriske flyktninger: en gruppe kvoteflyktninger i Libanon som venter på å flytte til Norge og en gruppe nylig ankommet til Norge.

Metoder: Som en del av CHART studien (*Changing health and health care needs along the Syrian refugees' trajectories to Norway*) benyttet vi et spørreskjema med 7 spørsmål (*ESSI-ENRICHD social support inventory*) som kartlegger instrumentell, strukturell og emosjonell støtte. Studien er pågående, og inkluderer foreløpig 321 syriske flyktninger rekruttert i forbindelse med undervisningsprogram for flyktninger i to norske kommuner samt 258 flyktninger rekruttert i Libanon kort tid før ankomst til Norge i samarbeid med International Organization for Migration. 'Lite sosial støtte' ble definert som ESSI score ≤ 18 . Deskriptive- og regresjonsanalyser ble benyttet.

Resultater: Blant flyktningene i Norge var det relativt sammenlignbar andel som opplevde 'lite sosial støtte' som de som fortsatt var i Libanon (42% versus 33%, odds ratio (OR): 1.2 konfidensintervall (KI): 0.8-1.7). Lite sosial støtte var assosiert med å være mann (OR: 2.3, KI:1.5-3.4). Det var noe forskjell i sosial støtte mellom ulike aldersgrupper.

Konklusjon: Lite sosial støtte er vanlig blant syriske flyktninger, både i Norge og i Libanon, og viste seg å være mer prevalent blant menn. Vi trenger mer kunnskap om hvordan vi kan fremme opplevelse av sosial støtte for flyktninger i transitt og etter ankomst til Norge.

Parallellsesjon 4: FE1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)

FE1.5 Stillesitting blant syriske flyktninger i to ulike faser i migrasjonsprosessen

Forfattere:

Elisabeth Strømme¹, Jasmin-Haj-Younes¹, Lars Thore Fadnes¹, Bernadette Kumar^{2,3}, Esperanza Diaz^{1,2}

1: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

2: Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI), Folkehelseinstituttet

3: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Presenterende forfatter: Elisabeth Strømme, elisabeth.stromme@uib.no

Bakgrunn:

Flyktninger befinner seg i en livssituasjon der omgivelsene ofte hensetter dem til en relativt stillesittende hverdag. Mange flyktninger er i lengre perioder ekskludert fra hverdagsaktivitetene som medfølger delttagelse i arbeidslivet samt formelle og uformelle sosiale sammenhenger. Meta-analyser har konkludert med at stillesitting i mer enn 8 timer daglig er en viktig risikofaktor for en lang rekke kroniske sykdommer samt økt mortalitet av alle årsaker. Måltrettede tiltak for å redusere stillesitting i flyktningers hverdag kan forebygge kroniske sykdommer og dødelighet.

Mål:

Å undersøke omfanget av inaktivitet i form av stillesitting blant syriske flyktninger i to ulike migrasjonsfaser: i transitt i Libanon og bosatt i Norge.

Metoder:

Vi gjennomførte en tverrsnittsundersøkelse basert på selv-rapportering av stillesitting og eksponering for traumatiske hendelser. Høye nivåer av stillesitting ble definert som ≥ 8 timer daglig. Voksne, syriske flyktninger ble rekruttert på to ulike stadier i migrasjonsprosessen - i transitt i Libanon i samarbeid med International Organization for Migration og i post-migrasjonsfase i Norge i forbindelse med norskopplæring i to ulike kommuner. Hittil er 579 individer inkludert i logistiske regresjonsanalyser.

Resultat: Ujustert gjennomsnittlig stillesitting per dag var 5,9 timer blant flyktingene i Libanon og 9,2 timer blant flyktingene i Norge. Blant flyktingene i Norge var det flere som rapporterte høye nivåer av stillesitting sammenlignet med flyktingene i Libanon (51% versus 27% - justert oddsratio (AOR) 2,6 med konfidensintervall (KI) 1,7-3,8). Høye nivåer av stillesitting var assosiert med rapportert traumeeksponering (AOR 1,6, KI 1,1-2,3).

Konklusjon: Våre funn indikerer at syriske flyktninger som kommer til Norge sitter mer i ro enn syriske flyktninger i Libanon, og stillesitting er assosiert med traumeeksponering. Vi trenger mer kunnskap om praktiske og kulturelle barrierer for hverdagsaktivitet blant flyktninger i Norge for å kunne utvikle tilpassede intervensjoner.

Parallellsesjon 4: FE1 Flyktninger: før, under og etter migrasjon (Presentasjoner)

FE1.6 Integration and well-being: Experiences of Eritrean refugees' in Norway

Forfattere: *Presenting author: Zebib Zemichael Tesfazghi*

Department of Health Promotion and Development, University of Bergen

E-mail: zebib.Tesfazghi@student.uib.no

Co-author: Associate professor Marguerite Daniel: Department of Health promotion, University of

Bergen. E-mail: Marguerite.Daniel@uib.no

Background

Refugees undergo a traumatizing journey to reach a safer place and once they reach the host country they need to adjust and integrate to their new environment. Successful integration and resettlement is essential for refugees' well-being.

Objective

The objective of the study was to explore how experiences of integration affect well-being and what resources do young adult Eritrean refugees used to move in a healthy direction and to overcome integration stressors.

Methods

A phenomenological qualitative design was chosen to investigate integration experiences of refugees. Two focus group discussions comprising six and seven individuals and two narrative interviews were conducted. Purposive sampling was employed in recruiting participants. Data were analysed using thematic network analysis.

Findings

From the findings, it appeared that during resettlement and integration processes, young adult Eritrean refugees experienced several challenges. The resources and opportunities they used were; educational background and personal strength, organizational and institutional resources, social support, engaging in meaningful activities were some of the resources used by the refugees during their resettlement and integration process. The Norwegian system and their family responsibility also appeared to be both a source of their stressors and resources for their wellbeing and progress in their establishment process.

Conclusion

Most of the participants have used resources and opportunities they had on their hand to move forward in their lives and showed good manageability of their situation in Norway. They all feel included in the society through the opportunities and access to services they had but the difficulty in creating social interaction and networks with Norwegians threatened their integration process and well-being.

Parallellsesjon 4: FE2 Frivillige organisasjoner og nettverk: hvilken rolle spiller vi? (Workshop)

Parallellsesjon 4: FE3 EU Joint Action (Workshop)

FE3 Fra Politikk til praksis – Et nytt EU initiativ for å utjevne sosial ulikheter i helse

Forfattere:

Charlott Nordström, Folkehelseinstituttet, Jeanette Magnus, Universitetet i Oslo, Harald Siem, Folkehelseinstituttet & Bernadette Kumar, Folkehelseinstituttet

Presenterende forfatter: Charlott Nordström, E-post: Charlott.nordstrom@fhi.no

Bakgrunn

Økende sosiale helseulikheter, økonomiske utfordringer, økt innvandring og endringer i det politiske landskap i Europa bringer nye helseutfordringer. EU Joint Action on Health Inequalities (JAHl) omhandler ulikheter i helse for å styrke innsatsen for bedret helse, særlig for utsatte grupper. Dette kan ikke gjøres uten særskilt oppmerksomhet mot migranter. Derfor omhandler arbeidspakke 7 migranter, som ofte opplever manglende tilgang til helsetjenester og er spesielt utsatt for dårlig helse sammenlignet med vertsbefolkning over tid.

Mål

For å redusere ulikheter i helse for migranter på kort og lang sikt, har JAHl WP7 som mål å indentifisere barrierer og fasilitatorer til god helse ved å modellere migrasjonsforløpet.

Metoder

Arbeidspakke 7 tar sikte på å identifisere mangler mellom politikk og praksis ved å; Kartlegge og analysere eksisterende politikk og politiske føringer for migranternes tilgang til helsetjenester, kartlegge og analysere eksisterende studier på dette feltet.

Arbeidet vil bygge på pågående internasjonale prosesser (eksempelvis Lancet commission on Migration and health, UN compact on migration) samt tidligere arbeid innen feltet (EU prosjekter, WHO strategi for flyktning og migrantheelse i Europa og fra Europarådet).

Resultat

På konferansen vil det bli lagt fram foreløpige resultater fra analysene. Et utkast til en modell vil bli presentert med eksempler fra ulike migrasjonsforløp.

Konklusjon

For å gi anbefalinger for hvordan tette spriket mellom politiske føringer (policy) og praksis er det viktig å forstå hvor i et migrasjonsforløp barrierer og fasilitatorer kan oppstå eller benyttes. Vi må forstå hvordan et migrasjonsforløp arter seg for å kunne legge til rette for god politikk og gode helsetilbud.

Parallellsesjon 4: FE4 Finn parntere (Workshop)

Sponsorer



BERGESENSTIFTELSEN



Folkehelseinstituttet



Forskningsrådet



SparebankenVest



Helsedirektoratet

GLOBAL
HELSE
NORGE



