

Referat

Møte om: fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 26.01.2024

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saknr: 09/4847-189

Til stede: Fagrådet: Mariette Lobo, Warsame Ali, Zoja Ghjimire, Jila Hassanpour, Jon Rogstad, Linda Charlotte Grunnreis, Danilla Tømmerås, Bushra Ishaq
Helsedirektoratet: Kadri Tammur, Øyvind Giæver, Anita T. Munch, Ole Berg, Øystein Tveite, Heidi Marie Nilsen, Mari Hagtvedt Vik og Kristiane B. Dugstad

Referat fra møte i fagråd for innvandrerhelse 30.november

1. Velkommen og nytt siden sist ved fagrådsleder.

Hege jobber nå 40% i Helse Sør Øst, i tillegg til jobben på Ahus.

2. Orienteringssaker ved Helsedirektoratet

- Helseforvaltningen og Helsedirektoratet er under omorganisering; Kreftregisteret flytter fra OUS/HSØ til FHI, og Direktoratet for e-helse kommer tilbake til Helsedirektoratet. En del personer flytter fra FHI til Helsedirektoratet og vice versa.
- Flyktninger fra Ukraina utgjør nå 1,5% av befolkningen og utgjør den nest største innvandrergruppa i Norge, etter Polen. Det er økt oppmerksomhet på feltet og problemstillinger som har vært kjent fra forrige flyktningkrise er nå aktuelle igjen. En stor andel (mer enn halvparten) av ukrainere som kommer til Norden, kommer til Norge og regjeringen kommer til å gjøre noen innskrenkninger i rettigheter i Norge, for å begrense ankomstene noe. Saksbehandlingstiden for andre asylsøkere har økt som følge av at mye ressurser går med til håndtering av ankomster fra Ukraina. Ikke minst har enslige mindreårige asylsøkere har fått lengre saksbehandlingstid og må vente lenge i mottak før de får svar på søknaden.

Jon orienterte om at han ledet debatt under IMDi sin årskonferanse; det er store utfordringer for kommuner, fordi regjeringen har gitt marsjordre på introduksjonsprogram og ut i jobb, men oppslutningen om dugnaden er ikke like stor som før. Nå har regjeringen som mål at flyktningene skal ut i jobb så tidlig som mulig. Kvalifisering, språkopplæring og arbeid må dermed i stor grad kjøres parallelt. Om dette fungerer vil det kunne utfordre sentrale bærebjelker i den norske modellen. Herunder er det et spørsmål om endringene er midlertidig eller varige, og deriblant om Introduksjonsordning endres mht dimensjonering og

plassering. Et neste spørsmål er hvordan disse eventuelle endringene vil spille inn ift helseutfordringer.

Jila viste til erfaringer fra NOAS med at kollektiv beskyttelse gir kort saksbehandlingstid for de ukrainske flyktingene, men gjør at andre søknader tar lenger tid. Hvordan påvirker det helsetilbudet? Tilbakekallingssaker: ingen tilgang til helsehjelp i venteperioden. Se aktuelle rapporter: <https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:4e74c929-2e02-4bc4-b69a-44eb2320a7a7> <https://www.noas.no/ressursbank/rapporter/>

- Arbeids og inkluderingsdepartementet har sendt ut høring om forslag om lovhjemmel for at flyktinger skal kunne jobbe før de er ferdige med introduksjonsprogrammet. [Høring - forslag til midlertidige endringer i integreringsforskriften \(økt arbeidsretting av introduksjonsprogrammet\) - regjeringen.no](#)
- Kadri orienterte om Nettverk om menneskehandel i helse og omsorgstjenesten. Det kommer snart en rapport og det blir arrangert et webinar 18. mars. Fra hjelpeinstanser er det bekymringssaker om rekruttering av voksne kvinner fra Ukraina til prostitusjon. Helsekonsekvenser – Helse/omsorgspersonell må være i posisjon til å kjenne igjen/identifisere ofre, og det er lite kompetanse i mottaket. Bedre system for å fange opp vold/utnyttelse.
- Anita orienterte om Hdir-kampanjen om tolk og helsetjenester. Mange nye språk kommet/kommer.
- Helsedirektoratet ved Nina Kolbjørnsen i avdeling levekår er i ferd med å initiere et prosjekt om helsetjenester til enslige mindreårige asylsøkere. Prosjektet er i en tidlig fase. Det vil bli orientert mer om dette i neste møte i fagrådet.
- Ny handlingsplan mot rasisme og diskriminering er lansert og det er 4 tiltak som HOD har ansvar for. [Handlingsplan mot rasisme og diskriminering - ny innsats 2024–2027 - regjeringen.no](#)
- Veileder om kommunikasjon via tolk i helse- og omsorgstjenesten er under oppdatering og digitalisering og skal tilpasses ny mal. Målet er at nye faglige anbefalinger om bruk av tolk i helse- og omsorgstjenesten ferdigstilles for publisering i mai 2024. Det blir både intern og ekstern høring og mange aktører er involvert i prosessen via en intern prosjektgruppe og en ekstern arbeidsgruppe med blant annet IMDi.
- I tildelingsbrevet fra HOD er det bevilget 1 million kr. til kompetanseteamet mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold for styrket representasjon fra Helsedirektoratet sin side i teamet og et bredere helseperspektiv.

Bushra underviser på MA og for helsepersonell om kulturell kompetanse og kommunikasjon. Det er en fin balanse mellom å fange opp vold/negativ sosial kontroll og faren for generalisering og stigmatisering. Hvordan veie opp med kulturell kompetanse og kultursensitivitet for å forebygge stigma og generalisering vedrørende negativ sosial kontroll? Det er viktig å se mennesket forbi/bak hudfarge og klesdrakt.

Helsedirektoratet er representert i Bufdirs Kompetanseteam mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold og foreslo å invitere koordinatoren i teamet (Bufdir) til et møte i fagrådet, dersom det er av interesse.

- Hdir fikk i høst i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å kartlegge behandlingstilbudet til jenter/kvinner som er kjønnslemlestet i både kommuner og helseforetak. Kartleggingen gjøres i desember/januar og resultater vil foreligge i slutten av januar 2024. Helsedirektoratet har hatt dialog med NKVTS om kartleggingen.
- Det foreligger nye oversettelser på flere språk av artikkelen [Helsehjelp for asylsøkere og flyktninger i Norge - Helsenorge](#)

3. Veien til nye kostråd fra Helsedirektoratet, ved Ole Berg, seniorrådgiver i avdeling folkesykdommer

Se vedlagte presentasjon.

12 kostråd. Nytt kunnskapsgrunnlag i 2023 (nye nordiske ernæringsanbefalinger, NNR 2023). Har jobbet i 5 år med å etablere kunnskapsgrunnlaget. Rapport lansert i juni 2023, kortversjon på 400 sider. Stor rapport på 2000 sider. Alle kapitler har vært på høring.

Mye informasjon på [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no) og [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no).

Jobber mye med helsekompetanse. Trenger kommunikasjonskompetanse for å treffe målgruppene.

Helsedirektoratet jobber med innsiktsarbeid og har spurt befolkningen gjennom intervjuer og fokusgrupper. Målgrupper: unge og eldre menn og kvinner, personer med kort og lang utdanning. Det gjennomføres dybdeintervjuer mot ulike innvandringsgrupper, som personer med bakgrunn fra Irak, Pakistan og Tyrkia. Opinion gjennomfører innsiktsarbeidet. Det ble spurt om hvilken type påstander som treffer målgruppene f.eks. "Spis 5 om dagen", eller "Spis grønnsaker til hvert måltid".

Helsedirektoratet skal også arrangere [rådslag for aktører og interessenter 18. januar 2024](#) og vil teste materiell og budskap før lansering.

Spørsmål/Innspill fra fagrådet:

- Småbarnsforeldre har spørsmål og er usikre på prosessert mat
- Hva med kaffe? Kan man drikke kaffe?
- Råd til innvandrere – klinikere sliter med å gi kostråd til innvandrere med kroniske sykdommer
- Se eksempel på kurs fra Ahus om nyoppdaget diabetes
- Viktig med tidlig intervensjon
- "Livet er annerledes enn rådene" Hvordan kommunisere til innvandrere spesielt og befolkningen generelt? Fagfolk er spisset mot eget tema

- Mangfold i arbeidslivet; snakker med ledere – opptatt av mangfold i intervjuet i 1,5 timer, men resten av tiden, er de mindre opptatt av det. Vi skal ikke spørre om mangfold konkret, men "hva er din hverdag"?
- Hva kjøper du på butikken når du har dårlig tid? Lager ikke tomatsuppe fra bunnen
- Hva er det vi faktisk lurer på? Pris – gjøre sunt kosthold tilgjengelig: «Jeg har ikke råd til å leve sunt» Men noen må fortelle at dette er lurt/ikke lurt..
- Ultraprocessert mat – store vanskelige valg. Vi må gjøre det enkelt å velge sunt

Svar fra Helsedirektoratet på noen av spørsmålene:

- Kaffe: inntil 4 kopper om dagen er greit.
- Alkohol: Helsedirektoratet sier ikke at man ikke kan drikke alkohol i det hele tatt, men heller "ikke drikk for helsens skyld"
- Ultraprocessert mat er et hett tema om dagen. Det jobbes med en artikkel om dette på helsenorge.no. Innsiktsgrupper – dette er ikke et tema blant unge og menn, men hos kvinner 40+ og småbarnsmødre er det et viktig tema.
- Det er satt ned et ekspertutvalg for å se på kostholdstiltak, avgifter mm.
- Skal utarbeide materiell til fastlegekontor og helsestasjoner etc.

Helsedirektoratet ønsket å vite hva fagrådet ønsker seg av kostråd/kampanjer.

En kan tilpasse og bruke bilder som speiler mangfoldet i befolkningen.

- Eldre innvandrere kan ha nytte av brosjyrer og digitale kurs – de sitter med telefoner. Kostholdskurs på nett – på flere språk.
- Bra mat kurs på frisklivssentraler kan oversettes og spilles inn med lyd på aktuelle språk.

Fagrådet sender eventuelt flere innspill etter møtet.

4. Presentasjon av FlexId, ved rådgiver Beyar Mikail, stiftelsen FlexId

FlexId betyr Fleksibel Identitet. Fokus på "mine muligheter med flere kulturer".

Starte vennskap med seg selv som sammensatt og mangfoldig person. Slutte "identitetskrigen".

Beyar Mikail ble sendt på kurs i 2012 og mange ting falt på plass og det strevsomme med å vokse opp med to kulturer ble normalisert.

Kurskonsept – begynte med ungdom, men har større mandat.

Vi må opplyse samfunnet om de ressurser vi sitter på.

FlexId er erfaringsbasert læring – mye refleksjon og læring i grupper.

Mange som kommer på kurs har jobbet lenge i tjenestene, men dette er likevel noe nytt.

Identitet og tilhørighet er viktig for å være trygg på seg selv.

Snakker om og ser på ressurser ungdommer har og utfordringer de møter på. De skriver en krysskulturell CV på slutten av kurset.

Flerkulturalitet i skole – mange lærere sa at de hadde berøringsangst, men etter kurs sier 4/5 at de nå er tryggere og det samme gjaldt elever – ser nå sine ressurser.

12 ulike temaer i kurset. Også kurs for foreldre. Forskjellige forventninger/utfordringer

Krysskulturelle er i en skvis med forventninger fra ulike hold, men en slik oppvekst kan gi ressurser. Motvirke utenforskap ved å skape innenforskap. Dobbelsosialisering til flere kulturer. FlexID bidrar til økt tilhørighet og de ser seg som Både-Og

FlexID sertifiserer til ulike bransjer.

Traumeinformert by (Oslo) trenger nye tilnærminger og FlexID blir kontaktet.

Har utdannet mer enn 500 kursledere i hele landet. Det berører alle, ikke bare krysskulturelle. Berører nasjonale minoriteter, adopterte. Identitetsarbeid

FlexID er en Ideell Stiftelse, finansiert gjennom egen aktivitet og Sparebankstiftelsen.

Det ble spurt om hva som skiller FlexID fra Antirasistisk senter.

FlexID er mer om helhet og migrasjon, jeg i møte med andre, kjønnsroller og forventninger, fordommer og rasisme.

Mange mangfoldsrådgivere fra IMDi har gått på kurs. De sier at de har et snevert mandat. FlexID ser hele mennesket.

Tiltak for oppfølging etter kurs. FlexID utdanner kursledere som følger opp ungdommer. Ved å kjøre FlexID så kan de være tillitspersoner for ungdommer – de vet at de har vært gjennom kursopplegg og har økt forståelse.

Spørsmål og innspill fra fagrådet:

Temaene som tas opp er i stor grad relevant for alle ungdommer, og ikke bare for minoriteter/krysskulturelle. Hva som er utfordring er etc. (??)

Beyar svarte at unge med innvandrerbakgrunn kan ha andre erfaringer med tap, flukt, men at det også er mye felles. Kan sammenlignes med samtalegruppe for skilsmissebarn og at mange lærere har tatt dette (snakk om skilsmisse) inn i generell undervisning.

Gruppebasert tilbud, men vi skaper bevisstgjøring via workshops, fagkvelder etc.

Ungdomstiden er krevende for mange; krevende å finne sin plass, men en ekstra dimensjon for flerkulturelle med forventninger fra ulike hold. Deltar på flere arenaer.

Spørsmål om bruk av begrepet *Krysskulturell vs flerkulturell*, eller *mangfoldsbakgrunn*.

Barn og unge lever i flere verdener. Krysspress de lever under – ikke så klare definisjoner, krysskulturell oppvekst – der de ulike kulturer er en mix – drar i begge retninger.

Flerkultur: Sitter på flere kulturer, men har ikke så mye med hverandre å gjøre.

Folk med innvandrerbakgrunn begynner å ikke være innvandrere selv lenger, så heller snakke om mangfold sammen med alle andre.

Warsame har blitt spurt om å lede et råd i Oslo FlexId. Har sett på hvilken effekt det har på psykisk helse over tid –tilhørighet – før/etter de har tatt kurs. Har det noe å si for sammensetning i klassen – krysskulturell overvekt – miks – mangfold? Eller er det 1 person. Mer åpenhet i mindre grupper. Tør ikke stå frem i plenum, men i mindre grupper. Refleksjon om at «dette angår også meg».

5. Den nasjonale førstehjelpsatsingen: sammen redder vi liv, ved Veslemøy Nordset, avdeling akuttmedisin og beredskap

Se vedlagte presentasjon.

Helsedirektoratets satsing «Sammen redder vi liv». Forhistorie: NOU «Først og fremst» (2015:17) Førstehjelpsopplæring gjennom hele livsløpet.

Gjensidigestiftelsen har sponset 100 millioner.

Etablert fagråd for førstehjelp – representert med organisasjoner og fagfolk i akuttmedisin.

Tiltak i NOU – 2015: Ønske om opplæring i introduksjonskurs.

Ønsket å sette førstehjelpsarbeid i system: Ved akutt sykdom og ulykker er tiltakene som iverksettes de første 10 minuttene like viktig som de 110 neste dagene i helsetjenesten (Conrad Bjørshol).

130 000 hjerteinfarkt i Norge per år. 2500 dødsfall pga skader og forgiftning og 8-9000 alvorlige skader/ulykker per år.

Arbeidsgruppe jobber med tre arenaer:

- Helsestasjon
- Informasjonsprogram
- Introduksjonsprogram

Satsing i forhold til de som er nye i Norge:

- Skoldingsskader – høyere andel innvandrere
- Flere innvandrere skader seg i arbeidslivet

Prøve å nå de på arenaer hvor de er.

«Førstehjelp for nye i Norge» - innsiktsarbeid; asylmottak, ledere mm. Se rapport og innsiktsrapport som tidligere er sendt ut til fagrådet.

Hvilke hensyn bør vi ta, hvorfor er dette viktig, hvilke rammer er viktig å ta høyde for?

Ulik landopprinnelse – bra utvalg, selv om det ikke var mange.

Erfaringer fra informasjonsprogram på asylmottak: Bra å fylle dagene med noe nyttig. Undervisning på morsmål.

Introduksjonsprogrammet – temaet kan integreres i det å være norsk og få forståelse av hvordan norsk helsevesen fungerer.

Helsestasjonen er en viktig arena for 99% av alle foreldre møter til kontroller på helsestasjon. Materiell som helsestasjoner kan bruke.

Spørsmål/Innspill fra fagrådet:

- Hvordan vil dere nå arbeidsinnvandrere, som ikke går på introduksjonsprogram eller på helsestasjonen?
Svar: Via arbeidslivet og standardisering for arbeidsgiver har ansvar for å gi opplæring til alle sine ansatte. På et språk som arbeidstaker forstår. Ligger på Standard Norge sine sider. Men ikke alle arbeidsgivere er kjent med sitt ansvar for dette. Ikke alle vet at 113 er gratis og at en kan få tilgang på tolk på kort varsel. Alle AMK-sentraler kan ha mulighet til videoppkobling.
- Hvordan når vi de eldre?
Per nå er det disse tre arenaer en jobber på. Sanitetskvinnene har tidligere hatt tiltak på dette.
- På den polske siden om AMK på helsenorge står det at det må snakkes norsk når de ringer AMK.

6. Helsedirektoratets kampanjesatsing om selvskading – med en yngre målgruppe, ved Øystein Tveite, avdeling miljø og helse

Selvskading og selvmordsfremmende adferd i sosiale medier. Menighet som forsterker destruktiv atferd. Dette kan spres, innhold deles og får mye feedback, får tommel opp. Og andre observerer at dette gir positiv feedback og gjør ergo det samme.

Inspirert av prosjekt i Australia – forskningsbasert/evaluert:

Chat Safe – does and dont`s på hva man kan og ikke kan dele i SOME.

Hvordan håndtere dette på en ryddig måte? Tilpasse til en norsk TikTok målgruppe.

Forankre i fagmiljøer og organisasjoner. Lanseres i mars 2024.

Selvskading med legemidler er et problem. Høye doser av legemidler uten resept.

Det se ut til å være konkurransementalitet i noen miljøer for å se hvem kan dra det lengst.

Erfaringer fra Australia peker på at myndighetene kan gjøre noe for å påvirke situasjonen.

Pga Kina har ikke Hdir fått lov til å være på TikTok og det er synd for der er det et anarki, uten mange voksne.

Helsedirektoratet trenger at alle organisasjoner dette er relevant for, deltar med spredning og informasjon i sine kanaler.

Det er en tydelig kjønnsdimensjon med overvekt av jenter. TiKTok har også høyere andel jenter.

Ingen systematisk skjevhet blant minoriteter.

Spørsmål/Innspill fra fagrådet:

- Er skolen en arena som skal brukes? Ja, involverer skolehelsetjenesten – de som har mye med ungdom å gjøre.
- Hva med å «kjøpe» en influenser for å selge budskapet "Ta ansvar – ikke skade andre"

Se rapport fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging.

https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forskning/nssf-prosjekter/selv-mord-villetegenskade-minoriteter/sluttrapport-til-aid_nssf.pdf

7. Oppfølging av Marmot-rapporten, ved Kristiane Bugge Dugstad, Mari Hagtvedt Vik og Heidi Marie Nilsen, avdeling levekår

Se vedlagte presentasjon.

Spørsmål og innspill fra fagrådet:

- Fra et sosiologisk perspektiv er det mye bra i rapporten. Situasjonsbeskrivelsen er god, men det er noen hull. Oppdateringen er fra 2014, og det er ikke mye nytt siden da. Les heller Espen Dahl – oppleves mer gjennomarbeidet og kunnskapsbasert – man blir slått av at det ikke har skjedd så mye.
- Hvordan jobbe med tiltak: 6-8 Marmotpunktene er punkter som ingen vil være uenige i og når alle er enige har det liten verdi. Når man har en tiltakspakke som er like gyldig i Norge, Nederland og Nigeria, da er det lite operativt – da kan vi ha mye seminar om det samme. FNs bærekraftsmål sier det samme også. Jobben er ikke gjort – den er i beste fall satt opp + begreper – bare vi har ordnet opp i ulikhet i Norge, så er alt løst, men hvordan komme dit! Men det er sunt at folk er litt uenig – da er det lettere å ta eierskap til det, vs at alle er enige. Hva skal inn: vi må bort fra det generiske. Mye fokus på helseatferd – man må ta ansvar for seg selv. Bør være proaktive – behagelig for myndigheter å si "ta dere sammen!", jmf kosthold/pris mm
- Covid-debatten har tydeliggjort det materielle og språk. Hvordan forholde oss til system Informasjonsinnhenting – ble henvist til lansering. Kjerkhof sier at «dette har vi ikke ansvar for» - hva er det vi har ansvar for – jo det vi ikke har ansvar for.
- Begrepet: universal proporsjonalisme er et dårlig begrep. Tenk hva språkrådet ville sagt. Det er null relevans, nytte og forståelighet. Et forskermiljø har kommet frem til et begrep og prøver å selge det inn. "Yt etter evne, få etter behov". Det hverken kommuniserer eller legitimerer. Vi må vite hva vi snakker om og være ærlige; hva er det vi vil ha frem? Mange blir urolige av stammespråk og forskere er «gode på stammespråk».
- Ønsket klarhet i uttrykket. Er usikker på om det dekker konseptet med barrierer – det som hindrer innvandrere å få tilgang til tjenester. Helsevesenet skal tilby tjenester, men hva når en gruppe av befolkningen ikke oppsøker, eller at de ikke da tilrettelegger – får ikke tolk/tolk er ikke bra nok? Største utfordring er ikke at tiltak

ikke finnes, men at tiltak ikke er tilrettelagt – tolk kan være tilgjengelig men det er ikke satt opp ekstra tid til tolk.

- Vi vet mye, vi har forskning og de kan da ha klarere anbefalinger og videreutvikle hvor det er vi har kunnskapshull pt.
- Alltid skeptisk til nye begreper, men må gi det en sjanse. Funker det internt i Hdir er det ok, men kanskje ikke begrepet vi skal bruke utad. Bør man ta utgangspunkt i begrepet? Hvorfor ikke ta utgangspunkt i de faktiske behov i innvandrerbefolkningen? Vi må først vite hva innvandrere trenger av helsetjenesten. Vi vet mye, men det kommer stadig nye grupper. Ikke bare behov, men også atferdsendring som trengs - da må vi vite hva som trengs å endre. Det handler om likeverdige tjenester. Snakk om det – folk kommer inn med ulike forutsetninger og trenger kompensasjon eller tilrettelegging for å komme likt ut. Vil vi ha ned sosial ulikhet – bruk tilnærming med likeverdige tjenester. Under pandemien sviktet universalismen; vi nådde ikke ut til innvandrere. Er det fordi det ikke var proporsjonal universalisme? Det var fordi vi ikke visste godt nok, hadde ikke metoder på plass, eller innsikt til å nå ut. Mainstreaming funker ikke men det er et politisk mantra. Eksempel på universalisme: barnehage og gratis kjernetid i Groruddalen – noe alle kan bruke, men som kommer noen grupper mer til gode. Vanskelig å søke og vet ikke at det er gratis. Krav til botid for kontantstøtte, papirløse har ikke rettigheter. Settes kriterier er det også noen som faller fra. Det vil råke alle i ulik grad – gi noe til alle, men gradert etter behov. Vi er noen ganger for redde for å stigmatisere. Pris på barnehage gikk ned – da ble flere innvandrere meldt inn. Hvordan er innpakningen – hvordan selge ut at de under en viss inntekt får redusert pris på barnehageplass?

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra HOD å vurdere hvordan rapporten kan følges opp, og se særlig på prinsippet om "proporsjonal universalisme" i en norsk kontekst.

Mulighet til å tilpasse. Strukturen over må også vurderes. Fagrådet ønsker å diskutere prinsipp 7 «Ta tak i diskriminering, rasisme og konsekvenser av dette» videre. Leveres 1. april/1.mai – dette er del 1 av et mer langsiktig arbeid innenfor sosial ulikhet i helse.

Det kan være hensiktsmessig å vinkle det inn mot likeverdige tjenester og vise til fagrådets anmodning om en ny strategi for innvandreres helse. Oppfølgingen av denne er forsinket pga omorganisering i Helsedirektoratet. Her er det en anledning til å løfte det igjen. Helsekompetanse er også sentralt i forhold til likeverdige tjenester. Fokus vris fra individ til systemnivå i tiden fremover, jf. ny definisjon fra WHO som medfører at systemene må tilpasses en variert befolkning.

Gå gjennom anbefalinger i anbefaling om ny strategi. Se det opp mot proporsjonal universalisme.

Helsedirektoratet har bedt et forskningsmiljø på OsloMet om å få en teoretisk drøfting av begrepet proporsjonal universalisme i en norsk kontekst i en kort rapport – eller er det andre måter å beskrive det på? Helsedirektoratet tar med seg innspillene fra fagrådet inn i dette miljøet.

8. Eventuelt

- Høring om barn i fattige familier – intern frist i Hdir 1.januar 2024
- Arbeid i HSØ/OUS med ny metode for alderstesting av mindreårige asylsøkere. Bekymring for at ingen med innvandrerbakgrunn er representert, og ingen organisasjoner for asylsøkere. Men det skal tas til orde for bedre metoder for aldersbestemmelse. Fagetikere blir tatt inn for å sikre etikken. Bushra er bekymret over hva de forteller. Virker som det skal inn en metode som skal supplere eksisterende metode og det skal testes på en gruppe libanesere. Skal brukes til politisk avgjørelse. Gentest på sårbare mennesker er bekymringsfullt.

UDI har tidligere i direktørmøter mellom direktoratene bedt Hdir om bistand fordi helsepersonell er skeptiske til å ta i bruk metoder for alderstesting. Helsedirektoratet har ikke ønsket å bistå med dette, av hensyn til helsepersonells etiske retningslinjer.

NOAS bør kobles på arbeidet med nye metoder.

- Bushra er engasjert i selvrepresentasjon av etniske minoriteter i forskning. Har skrevet kronikker i regi av bioteknologinemnda <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/66gxdz/hvordan-kan-vi-redusere-ulikhet-i-helse-her-er-fem-forslag>. Representasjon av kvinner i kliniske studier – ikke med ett ord nevnes dette med selvrepresentasjon. Som norskfødt lege er det fælt å være den ene som tar opp tematikken. Det er fellesskapet; Hvordan virker biomedisinske medisiner på folk som deg og meg? Ikke noe problem å rekruttere kandidater. Det blir sagt at det ikke er mulig å koble etnisk bakgrunn til pasienter. Vi har registerkobling så det er mulig. USA fikk lovfestet i 1993 at kvinner og svarte skal være med i kliniske studier.