

## Innspill til Kvinnehelseutvalget fra Nettverk for innvandrerhelse i frivillig sektor (NIFS)

Enhet for migrasjonshelse i Folkehelseinstituttet inviterte NIFS til et to timers digitalt innspillsmøte 14.februar 2022. 18 personer fra ulike organisasjoner deltok i møtet. Innspill er også mottatt på mail i etterkant.

*NIFS er et nettverk der aktører i frivillig sektor kan utveksle ideer, kunnskap og erfaringer og er åpent for pasient- og brukerorganisasjoner i frivillig sektor som jobber med helse, omsorg og folkehelse rettet mot innvandrerbefolkningen. NIFS omfatter om lag 35 organisasjoner og [nettverket](#) koordineres av enhet for migrasjonshelse i Folkehelseinstituttet.*

Spesialrådgiver Bernadette Kumar i Folkehelseinstituttet innledet møtet med å sette søkelys på:

- I hvilken grad innvandrerkvinner får oppmerksomhet innen kvinnehelse i Norge?
- Hvilke grupper av innvandrerkvinner er det vi snakker?
- Hvilke områder er det som er viktige?

Dette ble førende for diskusjonen i møtet og under trekker vi frem viktige poenger som kom fram.

Vi tok også for oss de syv områdene som vi har fått vite at Kvinnehelseutvalget har organisert arbeidet etter (seksuell og reprodutiv helse, mødre helse, de "skjulte" kvinnesykdommene, muskel-, skjelett- og smerte, psykisk helse, vold og overgrep og sunn aldring) og oppsummerer også noen punkter under hvert av disse tematiske områdene.

### ***Utfordringer blant ulike grupper av innvandrerkvinner / kvinner med migrasjonsbakgrunn***

Det er mange ulike grupper av innvandrerkvinner / kvinner med migrasjonsbakgrunn. De kan ha forskjellige utfordringer og behov, men har også en del felles erfaringer og opplevelser som virker inn på deres helse.

#### *Kvinner med flyktningbakgrunn*

Mange kvinner med flyktningbakgrunn kan ha traumer som de ikke får bearbeidet eller hjelp til å mestre. Både de som nylig har ankommet Norge, men også eldre kvinner som har lengre botid. En del kan mangle kunnskap om norske helsetjenester, og mangle begreper og språk for å fremme sine behov. Andre er ressurssterke kvinner som ønsker å delta og bidra, men opplever ikke å få jobb og få brukt sin kompetanse. De føler seg utestengt og diskriminert og utvikler psykiske problemer i den sammenheng.

#### *Asylsøkere*

Kvinnelige asylsøkere som søker om asyl (beskyttelse) i Norge, og som ikke har fått asylsøknaden sin endelig avgjort lever med mye usikkerhet og for en del kan det ta lang tid å få søknaden endelig behandlet. Voksne asylsøkere har i likhet med flyktninger og asylsøkere lik rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen, men asylsøkere har ikke rett til omsorgstjenester fra kommunen. Mange asylsøkere har imidlertid ikke en reell tilgang til helsetjenester på grunn av økonomiske barrierer.

#### *Papirløse kvinner*

Papirløse kvinner er i en særlig utsatt situasjon når det gjelder helse og tilgang til helsetjenester. Spesielt psykisk helse og i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. De har ikke tilgang til fastlege,

og mange har ikke en reell tilgang til familieplanlegging og forebygging av uønsket graviditet og abort. Mange kvinner har aldri tatt celleprøver eller blitt tilbudt mammografiscreening.

I dag har papirløse migranter rett til begrenset akutt hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. Å gå lenge med ubehandlede kroniske sykdommer eller andre fysiske og psykiske sykdommer som får utvikle seg over tid, har store konsekvenser ikke bare for den enkelte, men for hele familier, barna og dermed befolkningen som helhet.

#### Familiegjenforente

En del kvinner har kommet til Norge gjennom familiegjenforening. Det er både kvinner som er gjenforent med flyktninger og med arbeidsinnvandrere. Det kan være særskilte utfordringer knyttet til å gjenforenes med ektefelle og / eller barn og annen familie man ikke har sett på lang tid. Mange kvinner er ikke godt forberedt for hvordan familien skal tilpasse seg et nytt land. Hva betyr det for familier å bli gjenforent etter mange år? For mange blir det en overveldende situasjon.

#### Arbeidsinnvandrere

Mange kvinner som har kommet som arbeidsinnvandrere har ofte høyere utdanning og opplever å ikke finne arbeid hvor de får benyttet sin kompetanse. Arbeidsinnvandrere har heller ikke rett på introduksjonsprogram og norsk språkopplæring. De vil ikke få informasjon om helse- og velferdstjenestene i Norge og dermed vil heller ikke hjelpebehov fanges opp på samme måte som for innvandrere som følges opp av programrådgivere i introduksjonsprogrammet.

#### Utenlandsadopterte

Utenlandsadopterte (ca. 20.000 i Norge fra 37 ulike land) er en "usynlig" minoritet som vanligvis ikke betraktes som en del av innvandrerbefolkningen, men som opplever felles utfordringer og erfaringer som innvandrerkvinner når det gjelder rasisme og diskriminering. Utenlandsadopterte har ofte få eller ingen å snakke med om disse opplevelsene og utfordringer knyttet til egen identitet. I tillegg har de særskilte utfordringer når det gjelder egen helse fordi de ikke har tilgang til informasjon om egen genetikk og helse- og sykdomshistorie i deres biologiske familier.

#### Norskfødte kvinner med innvandrerforeldre

Norskfødte kvinner med innvandrerforeldre opplever også utfordringer knyttet til diskriminering og rasisme på ulike samfunnsarenaer og utfordringer knyttet til en flerkulturell identitet.

### **Viktige fokusområder**

#### Psykisk helse

Alle i innspillmøtet pekte på innvandrerkvinner / kvinner med migrasjonsbakgrunn sine utfordringer knyttet til psykisk helse. Selve migrasjonserfaringen og de endringene og konsekvensene dette medfører innebærer ulike faktorer som kan påvirke den psykiske helsen. Kvinner opplever migrasjonsstress knyttet til familiære forhold og barneoppdragelse samtidig som man skal tilpasse seg et nytt samfunn og lære et nytt språk for å få mulighet for arbeid og deltakelse.

Selve migrasjonsprosessen kan være en psykisk påkjenning som mange ikke er klar over når de bestemmer seg for å flytte til et nytt land, og gjelder alle uansett grunner til migrasjon - flukt, arbeid, studier eller familiegjenforening. Derfor er det veldig viktig at helsepersonell har kompetanse om dette, og kan møte personer som strever med å finne sin plass i det norske samfunn. Det er

nødvendig med flerkulturell kompetanse blant fagfolk og bør være en del av utdanningene innen helse- og sosialfag.

Mange kan mangle kunnskap og begreper og har ikke forståelse og nok bevissthet til å sette ord på helseproblemer. Andre tør ikke å snakke om psykiske helseutfordringer på grunn av redsel for eventuelle konsekvenser. Både når det gjelder skam og stigma i eget miljø, men også på grunn av egne barn og at barneverntjenesten kan bli involvert eller at det skal gå utover mulighet for arbeid og deltakelse i ulike fellesskap.

Mange spør om hjelp sent når situasjonen har blitt veldig alvorlig og det krever mer tid og ressurser til behandling. For mange arbeidsinnvandrere dreier mange psykiske problemer seg om utfordringer med integrering. Noe som i stor grad kunne blitt forebygget med integreringstiltak også for denne gruppen.

Raskere tilgang på behandling av traumer og andre psykiske lidelser og hjelp og støtte og helsefremmende tiltak vil være viktig for helse, livskvalitet og trivsel i Norge.

#### Diskriminering og rasisme

Diskriminering og rasisme er et gjennomgående tema som rammer mange innvandrerkvinner / kvinner med migrasjonsbakgrunn / flerkulturell bakgrunn uavhengig av opphav, og som kan ha stor påvirkning på den psykiske og fysiske helsen. Det er særlig viktig at helsepersonell har kunnskap om og en forståelse for disse erfaringene og hvordan det påvirker helsen.

#### Ikke-smittsomme sykdommer

Ikke-smittsomme sykdommer og sammenhengen med levevaner må få mye mer oppmerksomhet når det gjelder innvandrerkvinner. De fleste innvandrere er unge og friske når de kommer til Norge. Diabetes er som vi vet mye mer utbredt i noen innvandrergrupper og det trengs et mye større fokus på helsefremmende- og forebyggende arbeid når det gjelder fysisk aktivitet og levevaner. Vi må snakke om kjønnsroller og hvordan det kan påvirke helsa i familien. Mange kvinner har nesten alt ansvaret i hjemmet, blant annet for matlaging.

### ***Innspill organisert etter Kvinnehelseutvalgets temaområder:***

#### Seksuell og reprodutiv helse

- Svangerskap, - fødsels- og barselomsorg må bli bedre.
- Innvandrerkvinner er overrepresentert når det gjelder forekomst av fødselskomplikasjoner som alvorlige rifter, blødninger og akutt keisersnitt. De får mindre / dårligere smertelindring og har høyere risiko for dødfødsler.
- Papirløse kvinner må være sikret gratis helsehjelp i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel. Dette praktiseres veldig ulikt.
- Tilbud som flerkulturell doula må sikres og videreutvikles.
- Helsetilbudet for kvinner som er kjønnslemlestet må bedres – inkludert et psykisk helsetilbud. Til tross for fokus gjennom flere handlingsplaner er ikke tilbudet godt nok og kompetansen i helsetjenesten god nok.
- Seksuelle minoriteter opplever diskriminering og stigma og ikke kunne snakke om det i familien. Det kan ha konsekvenser ift. tvangsekteskap, familievold osv. Det kan ha stor betydning for den enkeltes identitet og den psykiske helsen.

- Kunnskap om seksualitet er viktig. Det må skapes lokale arenaer i trygge omgivelser hvor kvinner kan få kunnskap. Det må jobbes bedre med at den informasjonen som allerede finnes kommer ut til grasrota der kvinnene er. Den offentlige helsetjenesten må ta mer ansvar og arbeide mer lavterskel og oppsøkende.
- Seksuell helse og funksjonsnedsettelse, disse kvinnene blir ofte glemt.
- Skeive muslimer (og andre skeive tilhørende andre religiøse samfunn), deres helseperspektiv må også med.
- Transpersoner med innvandrerbakgrunn er en gruppe som møtes med mye fordommer og ukunnskap både i helsevesenet og i samfunnet.
- Dette med seksuell kunnskap har også noe å gjøre med hvem vi tenker på. Det er seksualitetsundervisning i skolen, men det mangler seksualitetsundervisning og informasjon om seksualitet som er satt i system for voksne og eldre kvinner.

### Mødrehelse

- Innvandrerkvinner har større risiko for fødselsdepresjon. Det er viktig at de følges bedre opp.
- Kartleggingsverktøy vi har, eks. fødselsdepresjon, fungerer ikke alltid like godt. Viktig med kompetanse blant helsepersonell og kultursensitiv utredning.
- Fødselsdepresjon: Hvem skal man spørre om hjelp og hvordan. Mange må forholde seg til to helseregimer (hjemland og bostedsland). Mange vet ikke helt hvilken institusjon man skal forholde seg til i barseltiden. Spesielt hvis man ikke har et nettverk. Helsepersonell bør være ekstra opptatt av å forklare om ulike helsetilstander, men også om hvor og hvordan man kan få hjelp. Dette gjelder også generelt, ikke bare knyttet til graviditet og fødsel.
- Å bli skrevet ut av sykehus med et lite barn og ikke ha noen der som kan lære dem opp om amming, grøt osv. det er en ganske stor utfordring. Det bør være informasjon fra sykehuset til bydelen hvor moren bor og at dette blir fulgt opp, eks. av hjemmesykepleien eller helsestasjonen med besøk.
- Mange har spørsmål etter undersøkelser på sykehus og forstår kanskje ikke det som blir sendt med hjem av skriv. Det må være lav terskel for å få hjelp.
- Ikke tilstrekkelig eller adekvat kunnskap om mammografi eller livmorhalscreening. Det må jobbes mer med å øke deltakelse.

### De "skjulte" kvinnesykdommene

- Mange opplever å ikke bli trodd. Mange innvandrerkvinner har sykdommer som fibromyalgi og endometriose. Dette kan gå utover økonomi og arbeidsliv. Mangel på språk, informasjon og sykdomsforståelse gjør det vanskelig å få god helsehjelp.
- Innvandrerkvinner har ofte langvarige og kroniske sykdommer og smerter som er en tung tilleggsbelastning når man skal integreres i Norge.
- Innvandrerkvinner trenger kunnskap om hvordan lindre menopauserelaterte plager.

### Muskel-, skjelett- og smerte

- Muskel- og skjelettplager blir for mange invalidiserende.
- Erfaringer med kvinner som er 60+ som har vært hjemmeværende lenge og slitt masse med muskelsmerter og får diagnose fibromyalgi. Legene sier «gå og tren», men det handler om språkbarrierer, kultur og religion (kleskoder på treningssenter). Gåturen kan være et godt alternativ, skogsturer og eventuelt også toppturer. Det er et enkelt tilbud å ordne, men vanskelig å nå mange hvis det ikke settes mer i system.

Psykisk helse

- Innvandrerkvinnens helse har fått mye oppmerksomhet når det gjelder kjønnslemlestelse, reproduktiv helse, sosial kontroll og vold i nære relasjoner og mange tiltak er iverksatt både i offentlig og frivillig regi, mens 90 prosent av tilbakemeldingene fra alle vi møter gjelder psykiske helseutfordringer.
- Det er mangel på begreper på andre språk som beskriver psykiske lidelser og sykdom og det er et stort behov for kunnskap og bevisstgjøring blant mange innvandrerkvinner og -menn.
- Økt kunnskap og bevissthet kan motvirke skam, tabu og stigma.
- Det å ikke kunne bruke sin kompetanse i arbeidslivet har store negative konsekvenser på lang sikt, og dette snakkes lite om. Det gjelder mange og ofte kvinner.

Vold og overgrep

- Hjelpetilbudet til personer som er utsatt for tortur er for dårlig. Det finnes ikke noe systematisk rehabiliteringstilbud til denne gruppen.
- Kvinner som har flyktet fra krig og konflikt kan ha vært utsatt for seksuell vold og overgrep både i hjemlandet og underveis og må sikres bedre oppfølging.
- Kvinner som familiegjenforenes med flyktninger har stort sett levd under samme forhold som flyktningen, kanskje levd lenger i krigsområder, og vært adskilt fra familie.
- Kvinner i krigsområder er svært utsatt for vold og overgrep, men har ikke rett på Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker | IMDi
- Det er viktig at det er møteplasser i trygge omgivelser lokalt sånn at kvinner som har vært og er utsatt for vold og overgrep i krig og konflikt eller i nære relasjoner kan møtes og få informasjon om hvilke rettigheter de har. Hvor de kan få informasjon og hvor de kan henvende seg når de trenger hjelp.
- Mange er utsatt for dette, men er ikke bevisst på hva som er et overgrep og vold fordi de ikke kjenner sine egne menneskerettigheter og på grunn av myter og kulturelle oppfatninger om kvinners rolle og plass.
- Det trengs en større mobilisering for å komme nærmere kvinnene på grasrotplan og jobbe mer lokalt.
- Helsefagarbeidere og sykepleiere med minoritetsbakgrunn blir også utsatt for vold og overgrep og rasisme i hjemmetjenesten, og har også ikke steder å gå til. De er redde for å miste jobben og pårørende har lite forståelse. Kvinner som bruker hijab kan oppleve å bli trakassert og avvist.

Sunn aldring

- Levekårsundersøkelsen til SSB viser at innvandrerkvinner rapporterer veldig mye dårligere helse med økende alder sammenlignet med den øvrige befolkningen, så det er et stort potensial for å forebygge dårlig helse i alderdommen hos innvandrerkvinner.
- Tilpassede tiltak rettet mot innvandrerkvinner som tar hensyn til helsekompetanse er viktig.
- Alle ressursene som bor i oss alle, må få lov til å tas i bruk mye mer.
- Demens og innvandrere er et område hvor det finnes en del kunnskap, men det er først nå i årene som kommer med en mye større andel eldre innvandrere at det blir viktig å utvikle tiltak og tjenester som møter ulike behov.

### ***Videre arbeid, tiltak og løsninger***

#### Deltakelse

Kvinner, uansett bakgrunn, må få delta i samfunnet, bli anerkjent for sin kompetanse og få benytte sine ressurser. Det å bli diskriminert og holdt utenfor arbeidslivet gir dårlig selvbilde og psykiske problemer, og kan påvirke barn og familieforhold. Dette kan medføre uhelse på lang sikt og at veien inn i arbeidsliv blir veldig vanskelig. For en del kvinner som er hjemmeværende må det legges bedre til rette for at de kan delta og bidra på ulike arenaer i lokalsamfunnet gjennom tilbud både i offentlig og frivillig regi.

#### Dialog

Dialog er avgjørende, både den individuelle og kollektive dialogen. Mange opplever for eksempel dialogen med helsepersonell som vanskelig, på grunn av både språkbarrierer og ulik forståelse og kunnskap. I helsefremmende og forebyggende arbeid er god dialog viktig og en forutsetning for å kunne ta opp vanskelige problemstillinger. I tillegg må det legges bedre til rette for dialog og felleskap på ulike arenaer og nivåer i samfunnet, lokalt, regionalt og nasjonalt.

#### Representasjon

Representasjon i ulike nettverk, organisasjoner og fora er viktig. Ressurssterke innvandrerkvinner kan være viktige rollemodeller og ressurser for andre innvandrerkvinner, og kan bidra til økt "empowerment" og egenmestring. Det må legges bedre til rette for at innvandrerkvinner får delta og får posisjoner og verv på viktige samfunnsområder. I tillegg må representasjon gjennom brukermedvirkning sikres både på individ-, tjeneste-, og systemnivå i helse- og omsorgstjenestene og også i helseforskning.

#### Arbeid

Arbeid gir god helse. Det å ikke få bruke sin kompetanse i arbeidslivet kan ha store negative konsekvenser. Arbeid kan være særlig viktig for kvinner som lever med vold i nære relasjoner når det gjelder mulighetene for å bryte ut og leve et selvstendig liv.

#### Helsekompetanse

De fleste som kommer til Norge, har minimalt med kunnskap om hvordan det norske helsesystemet fungerer. Mange mangler også grunnleggende kunnskap om helse og sykdom. De har ofte ikke bevissthet om og begreper for å forklare fastlegen eller annet helsepersonell hva det gjelder. I kombinasjon med språkbarrierer blir dette veldig utfordrende. I tillegg kjenner de ikke til sine rettigheter eller hvordan de kan finne informasjon om helsetilbud.

Det trengs en målrettet satsing på økt kunnskap og bevissthet om helse og gode levevaner for innvandrerkvinner. Det offentlige må komme mer på banen og være mer oppsøkende. Alt ansvar kan ikke legges på frivillige organisasjoner som har begrensede midler. Det bør imidlertid være et samarbeid da frivillige organisasjoner, særlig innvandrerorganisasjoner, har nettverk og kunnskap om målgruppen.

#### Kompetanse i tjenestene

Mange av organisasjonene i NIFS peker på manglende kompetanse og forståelse hos helsepersonell som et problem. Dette kan føre til at de ikke ser eller forstår helseproblemer hos innvandrerkvinner, og at de vegrer seg for å ta det opp fordi de ikke vet hvordan de skal forholde seg til det. Det er behov for mer kunnskap blant helsepersonell og andre aktuelle fagpersoner om migrasjonsrelaterte

utfordringer hos innvandrerkvinner, deriblant krigstraumer, familiegjenforening, vold og overgrep i nære relasjoner og psykisk uhelse.

**Litteratur og ressurser:**

[Helse i innvandrerbefolkningen](#) (FHI, 2018)

[Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere](#) 2016 (FHI, 2019)

[Eldre i et ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens](#) (NAKMI, 2016)

[Innvandrere og brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene](#) (Senter for omsorgsforskning, 2020)

[Rasisme, diskriminering og tilhørighet blant utenlandsadopterte i Norge](#) (NIBR, 2021)

[Habitus mismatch and suffering experienced by Polish migrants working below their qualification level in Norway](#) (Central and Eastern European Migration Review, 2020)

[TORTURERT OG GLEMT? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge](#) (Røde Kors, 2020)

[Torturutsatte i den norske asylprosessen. En utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis](#) (Fafo, 2021)

[Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#) (Helsedirektoratet, 2020)

<https://www.fhi.no/hn/migrasjonshelse/>

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/innvandrere-asylsokere-og-flyktninger>

<https://flyktning.net/>

**Deltakere i møtet var:**

Susana Biamon, Norsk folkehjelp Oasen

Tayyab Choudri, Internasjonal Helse- og Sosial Gruppe (IHSG)

Amina Selimovic, Hikmah-huset

Agatha Joyce Nyachwo, Gaper Association Norway

Leoul Mekonen, Rådet for Kulturkompetanse i Forebyggende arbeid (RFK)

Ragnhild Storstein Spilker, enhet for migrasjonshelse

Bernadette Nirmal Kumar, enhet for migrasjonshelse

Lema Hussaini, enhet for migrasjonshelse i Folkehelseinstituttet

Heidi Olsen, Helseetaten i Oslo kommune

Ina Slaveykov, Reform ressurscenter for menn

Betül Cokluk, Diabetesforbundet

Ingvild Refsum, Helseetaten Oslo kommune

Rania al-Nahi, Hikmah-huset

Kari Schätzer-Coll, Primærmedisinsk verksted (PMV) Kirkens bymisjon

Christina Storsve, Adopsjon i endring

Selma Mehmedovic, Oslo Røde Kors

Lamia El Jardani, helsesekretær, deltaker i rådgivende gruppe i Norsk Friluftsliv og frivillig turlleder for facebook gruppe Søstre & Friluft

Zoja Ghimire, Mangfold i arbeidslivet (MiA), prosjektleder Polski Dialog

Innspill på mail fra:

Linn Markussen og Anniken Schwamborn, Norske Kvinners Sanitetsforening