

Referat

Møte om: fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 17.01.2025

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saksnr: 24/14102-11

Til stede: Fra fagrådet: Mariette Lobo, Jon Rogstad, Mehdi Farshbaf, Bushra Ishaq, Danilla Tømmeraas, Zoja Ghimire, Jila Hassanpour, Linda Charlotte Grunnreis, Niels Fredrik Skarre, Tahmina Ansari og Thea Steen Skogheim
Fra Hdir: Ingrid Køhler Knutsen, avdeling levekår, Therese Opsahl Holte, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester og Ingebjørg Skrindo, avdeling samfunnshelse.

Referat fra møte i fagråd for innvandrerhelse 28.november

1.Orienteringssaker fra Helsedirektoratet, ved Gro S. Lopez

Se vedlagte presentasjon.

Det ble vist til aktuelle oppdrag i Tildelingsbrev til Hdir fra HOD. Hdir følger opp og kommer tilbake til oppdragene i neste møte/periode.

Det kom opp spørsmål om hvordan Kunstig intelligens (KI) er innrettet i forhold til eller har betydning for innvandrerhelsefeltet. Innen tolk/oversettelser er det et stort potensial, men det kan bli "fagkamp" med etablerte miljøer på tolkefeltet. En kan møte på dilemma; innen noe tolking fungerer KI veldig bra. På andre områder kan det hende KI ikke fungerer så godt. Viktig med kvalitetssikring. Gevinstrealisering/kostnadseffektivitet, hvordan vil dette bli fremover? *Hva mener fagrådet om tolking og oversettelser og KI. Dette kan fagrådet evt. følge opp i neste møte/periode.*

IMDi har foreløpig ikke tatt stilling til hva de mener om bruk av KI innen tolking, men de har gitt et oppdrag til SINTEF der dette skal belyses. Resultater kommer om ca. 1,5 år.
Det ble stilt spørsmål om Hdir kan legge til rette for etikkvurdering av KI, tilsvarende det som finnes på forskning med Regional etisk komite (REK).

Oppdatering av tolkeveileder – utkast til oppdatert veileder til lov og forskrift (Tolkeloven) med faglige anbefalinger om bruk av tolk sendes til arbeidsgruppen før jul.

Tolkekampanje; rettet mot helse/omsorgspersonell og ledere. Kampanje i uke 45-51. På skjerm (hvilepuls) på legekontorer roterer budskapet om at pasient med begrensede norskkunnskaper har rett på tolk, og det er helsepersonells ansvar å legge til rette for god kommunikasjon. Det har vært god respons på kampanjen.

Innspill fra fagrådet til tolking:

Tilgang på tolk kan være en utfordring. Det ble delt eksempel fra sykehus med kreftpasienter som skal kunne ringe inn midt på natta dersom pasient blir dårlig – feber etc.

Tilsvarende asylmottak; de har noen der som hjelper frem til kl. 17:00, men etterpå, er det ingen. Usikker på deres tolkeavtaler.

En ekstra takk fra Hdir til alle som har bistått i kvalitetssikring av oversettelser av de nye Kostrådene.

Annet

Nettverksmøte med SSB – om spørreskjema til leveårsundersøkelsen blant innvandrere i 2026.

Helsedirektoratet er invitert av UDI til befaringsreise på ankomstsenteret på Råde.

Fagrådet neste periode. Det ble etterspurt innspill til brukerrepresentant fra en innvandrersamfunnsorganisasjon e.l.

Diskusjonspunkt som kom opp i møtet, var navnet på fagrådet: «Fagråd for innvandrerhelse» Norge har relativt kort innvandrerhistorie og en snakker ikke lenger bare om innvandrere, men også om norskfødte med innvandrerforeldre. SSB har gått litt langt i sin definisjon, man er kun innvandrere i 2 generasjoner. Men nå blir det flere også i 3. generasjon. Noe som bør hensyntas? *Fagråd for individer med innvandrerbakgrunn* er lansert som forslag (Bushra). Videre drøfting og endelig beslutning av navn på fagrådet tas i møte i mars 2025.

2. Bo trygt hjemme (for eldre) Om Bu trygt heime-reforma - Helsedirektoratet

ved seniorrådgiver Ingrid Kjøhler Knutsen, avdeling levekår

Se vedlagte presentasjon.

Reformen «Leve hele livet» ble lansert under Solbergregjeringen. Nå er det en ny reform, som følger opp den foregående; *Bo trygt hjemme*.

Bakteppe med aldrende befolkning, forsterket av dårlig kommuneøkonomi. Det gir økt press på helse- og omsorgstjenestene. Reformen favner vidt; hverdagsliv og lokalsamfunn og har også en tverrsektoriell tilnærming. Linket til en rekke andre stortingsmeldinger.

Mål:

4 innsatsområder i meldingen:

- Levende lokalsamfunn; hvordan legge til rette for å kunne bo godt hjemme lenger
- Botilpasning/planlegging – Eldreboligprogrammet
- Kompetente og myndiggjorte medarbeidere: Om personell som skal yte tjenester til eldre.

- Trygghet for brukere og støtte til pårørende – om å støtte / nå ut til de eldre og deres pårørende; hva skal til for at de følger trygghet i tjenesten og at de får de tjenester de trenger. Hvordan kan hjemmetjenesten innrettes annerledes/bedre.

I tillegg:

- Digitale tjenester – kan «lette litt på trykket».
- Kommunikasjon og innbyggerdialog – hvordan skal vi/kommuner innrette seg for at personer skal kunne nå ut med info. Kampanjer, hvordan få innbyggere til å ta gode valg, for helse og bolig.
- Analyse og styringsdata – at kommuner selv kan følge med
- Setter i gang ekstern evaluering av hele arbeidet.

Planperiode 2024-2028. Det er levert en gjennomføringsplan 1. juni 2024. 7 departement er involvert i arbeidet.

Innspill/spørsmål fra Fagrådet:

Det ble spurt om det følger midler med planen. Det følger ikke med midler.

Senter for aldersvennlige samfunn driftes på eget budsjett, har ekstra øremerkede midler til programposter.

Viktig tema og aktuell problemstilling. Det er et kjent underforbruk av helsetjenester (pleie- og omsorgstjenester) blant innvandrerbefolkningen (ref. Lauvstad, innlegg ved Akershus universitetssykehus 11.10.2022), med unntak av spesialisthelsetjenester. En erfarer nedbygging av tilbud i Oslo kommune, særlig i østlige bydeler. Bydel Alna har hatt en kartlegging som har gitt viktig innsikt. Biljana Lauvstad kan evt. spørres vedrørende kartleggingen. Det snakkes åpent om denne tematikken i innvandremiljøer. Det er ikke lenger slik at mange bor i storhusholdning. Det er et ideal for noen, men ikke lenger fakta. Noen bor fortsatt i generasjonsboliger, men andre har nå skjønt at det ikke går og kjøper bolig til svigerforeldre i nærheten.

Det er viktig å gå i direkte dialog med de eldre, ref. erfaringer fra pandemien. Inntekstulikhet og sosial ulikhet er også viktige faktorer. Personer med innvandrerbakgrunn kan oppleve etisk dilemma der eldre med innvandrerbakgrunn ikke bruker sykehjemsplass. Gjelder f.eks. de som har hatt lite inntekt, pårørende har ikke råd til å betale sykehjemsplass (koster det noe/mye?) Pårørendesamarbeid; Det jobbes med en etisk kunnskapsoppsummering om omsorgspersoner som blant annet ser på rent sosiale utfordringer, der noen ikke får gitt nok omsorg til egne barn, fordi de må ta ansvar for sine eldre.

Retten til likeverdige helsetjenester uansett hvor du bor – i Norge. Det er interessant i denne sammenheng.

Eksempel fra Bodø med dement mor, der barna har laget en vaktordning for å følge opp sin mor. Eldrebølgen har kommet lenger i nord enn i sør.

Det ble vist til Rima Iraki som tok kontakt med jødisk sykehjem i Oslo, da hun erfarte behov/ ønske om tilsvarende sykehjem for muslimer. Det kan være et dilemma med egne institusjoner, men samtidig er det viktig å trekke frem behov for tilpassede eldreomsorgstjenester, der man kan ta kulturelle hensyn, og ivareta det spirituelle/tro/religion. Mange søker seg til gammel barnetro.

Andre innspill/forslag:

- Burde man hatt øremerkede satsningsområder inn i Bu trygt heime-reformen som har særlig fokus på innvandrere?
 - Tilrettelagte tilbud til eldre innvandrere – treffpunkt (Furuset), Groruddalen Bollywood demenskor.
 - Aktiviteter på de eldres premisser.
- Gjøre tiltak som Almas hus (Oslo) bedre kjent blant innvandrere: [Visningssenter for velferdsteknologi og hjelpemidler i hjemmet \(Almas hus\) - Senter for fagutvikling og forskning - Oslo kommune](#)
- Rådet for aldersvennlig Norge – ser veldig etnisk norsk ut. (utpekt av sentrale organisasjoner/virksomheter som har sluttet seg til visjonen om aldersvennlig Norge). [Rådet for et aldersvennlig Norge - Aldersvennlig](#)

3.Veileder om begrensning av livsforlengende behandling; dialog om hva som er gode anbefalinger til tjenestene når det gjelder kultursensitiv kommunikasjon om behandling ved begrenset forventet levetid, ved seniorrådgiver Therese Opsahl Holte, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester.
Se vedlagte presentasjon.

St.meld. 25: «Lindrende behandling og omsorg»

Utfordringer: Det er generelt lite åpenhet om døden, og lindrende behandling eller omsorg. Det er ønskelig med en modell der palliasjon skal komme inn tidligere i forløpet. Det er aktuelt i ulike forløp; akutt død, kreft, andre organsvikt/sykdommer, skrøpelighet (aldringsprosessen). Det er en risiko for overbehandling, fordi palliasjon kommer for sent i gang. Innen *kreft* trenger man helhetlig tankegang. Det er vanskelig å være den legen som avslutter behandling og tar håp fra pasient. Demens: mangel på kompetanse gjør at det blir en del unødvendige sykehusinnleggelses og overbehandling. Man erfarer også at eldre med skrøpelighet (hjemmeboende) kan bli "kasteballer" den siste tiden.

Den tidligere veilederen var mest rettet mot intensiv. Nå utvides det til flere målgrupper, blant tjenestene og for pasienten. Målet er å komme inn tidligere og gjøre behandlingsavklaringer: hva skal vi gjøre/ikke gjøre. Hva ønsker pasienten og hva tenker legen er nyttig behandling for pasienten. Det kommer et eget kapittel i revidert veileder om henholdsvis etikk og kommunikasjon.

Hdir ønsket innspill til formulering i utkast: "Tilpasning til kultur- og språkbakgrunn".

Innspill fra fagrådet:

Fint å trekke inn helsekompetanse også. Vi kan vurdere å ta av «kulturbrillene» litt, og tenke helsekompetanse i bred forstand. Alder, språk og kultur virker inn på nivå av helsekompetanse. Ta med informasjon/prosess tilpasset pasientens helsekompetanse. Noen innvandrere kan ha urealistiske forventninger til hva som er mulig. F.eks. ved svært syke barn. Man kan fort tenke at "vi bor i verdens rikeste land og her er alt mulig". Men slik er det ikke. Det kan bli veldig emosjonelt preget.

Klinisk etiske komiteer rapporterer om problemer der helsepersonell og pårørende er uenige med tanke på å avslutte behandling. Kommunikasjon er viktig for å forstå pasient- og pårørendeperspektivet. «Ikke gi informasjon til pasient om dødelig diagnose» er en overbevisning blant noen innvandrere. Dårlig informasjon/nyheter håpet fra pasienten. Vektlegge etikk-kompetanse/bioetisk kompetanse. – Bruke SME-modellen ([SME-modellen - Institutt for helse og samfunn](#)).

Relevante samarbeidspartnere er prest og samtaletjenester. Vi bør utvide «horisonten» med tanke på hvem som skal komme. Tjenesten trenger et mangfold av tradisjoner representert. Sykehusimam ved OUS har forklart at det er viktig at helsepersonell tar ansvar for endelig beslutning der noe annet ville brutt med muslimsk tro/tradisjon. Det tar en byrde fra pårørendes skuldre å slippe å ta valget.

Det handler mye om kommunikasjon; kanskje er det behov for forventningsavklaring. Det ble vist til et eksempel i Klinisk etisk komité der voksne barn ikke vil gi slipp på kreftsyk mor. Underliggende årsak var at når mor er død, mistet barna siste forbindelsen til morens hjemland, og det var en stor sorg. Legge opp til ettersamtale.

Noen ganger er det vanskelig å vite når kultur er relevant og ikke. Det er mye allmennmenneskelig i det hele. Mange innvandrere er ikke vant til brukermedvirkning eller samvalg, de har tiltro til legens kompetanse. Det handler om respektfull kommunikasjon. Man trenger gruppekunnskap, men det er ikke alltid veien, det er enkeltindividet i bunn og grunn.

Viktig å legge til punkt om tro/livssyn under kulepunkt to: «Vær bevisst kulturelle forskjeller i forståelse av sykdom, funksjonshemming og død. Kartlegg også med pasienten hvordan hen ønsker siste tiden og med hvem.

I forhåndssamtaler kan elementer fra [Kulturformuleringsintervjuet](#) hentes inn. Videre er det trender nå der man går fra å vektlegge kulturkompetanse til strukturkompetanse. Helsepersonell har informasjonsplikt, men spør hva pasienten vil vite, eller hvem pasienten vil skal få informasjon og eventuelt om hva. Sjekk med helsejuristene; Jus er for å hjelpe helsepersonell. Må informasjonsplikten tolkes annerledes?

Det ble vist til STL sin veileder om samhandling fra 2013. Den er nå under revisjon. Tidligere utgave ligger her: [Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn - Samarbeidsrådet for tros og livssynssamfunn](#)

Andre innspill:

- Endre: Vurder behovet for tolketjeneste og bestill tolk ved behov → endre til «Vurder behov for tolk og bestill kvalifisert tolk ved behov» (s. 8).
- Legge til tro/livssyn også i kulepunkt 1.
- Påminnelse: Helsepersonell bør ta en bør av pårørendes skuldre – si at det er helsepersonell sitt ansvar å «koble fra»/ta den endelige beslutningen. ref. historie om prematur jente med muslimske foreldre.
- «Vær bevisst på kulturelle forskjeller i forståelse av sykdom, funksjonshemming og død»; kanskje legge til *forståelse for behandling?*
- Kulturkompetanse og kulturforståelse – opplæring til ansatte – møte pasient/pårørendes behov på en respektfull måte.
- Særlig påpasselig med bruk av tolk ved behov – glemmer sist lærte språk i stressede situasjoner/kriser/emosjonelle situasjoner
- Involvere pårørende særlig viktig.
- Dialog med pasient/pårørende – bruke kulturformuleringsintervju – hva er viktig?
 - o Spør – hva/hvordan er en verdig avslutning på livet for deg?
- Sjekk omgivelsene. Hensynsfulle omsorgsmiljøer tilpasset kulturelle behov/ønsker, hvis mulig, med særlig vekt på hva som tilbys av mat som er kulturelt akseptert/ønsket. Tilrettelegg for bønn og ritualer/tro-livssyn.
- Til neste høringsrunde, utvide listen over høringsinstanser til å inkludere innvandrersorganisasjoner/ (Helseforum for kvinner/Mira-Senteret/ Innvandrerråd i kommuner)
- Etterspørre ved innleggelse /innkomstsamtale ad tro/livssyn.

4.Rasisme og diskriminering; status ved arbeidsgruppen

Aktuelle saker:

- NRK-sak om arbeidslivsdiskriminering basert på navn. Og om diskriminering i arbeidslivet på religiøst grunnlag: [Sendte ut nesten 3000 falske jobbsøknader: Svarene var slående – Stor-Oslo](#)
- Et annet område som fagrådet har tatt opp tidligere er forskjellsbehandling av flyktninggrupper (Ukrainere vs andre)
- Ungdoms oppfatning – dersom det oppleves at det er forskjellsbehandling så gjør det noe med deres syn på samfunnet. I Oslo sliter de med at noen unge med minoritetsbakgrunn velger uheldig karrierevei som leder inn i kriminalitet.
- Også i krig er det forskjell på folk. Drap på noen er noe vi fordømmer – drap på andre kan vi leve med. Hvordan ser vi på det?
- Verden er alltid urettferdig, men når barn integrerer dette som en del av seg selv, skaper det mye problemer for oss i fremtiden.
- Dehumaniseringen setter seg veldig i kroppen.
- Pasienter møter forskjellsbehandling pasienter møter, indirekte ved at tjenestene ikke tilrettelegges og ved direkte diskriminering
- Gjennom forskning (Lovisenberg/LDS?), ser på hvordan helsepersonell møter oss – blikk, kommunikasjon. Otherness som fenomen. Når helsepersonell møter pasient, får noen en

følelse av at de er annenrangs borgere. Får vi etablert tillit som er nødvendig for at de skal følge opp behandling? Legge til rette for samvalg.

- Helsesektoren er den sektoren i Norge som har best representasjon av personell med minoritetsbakgrunn. Men hvordan er rangstigen innad i helsesystemet, opp og inn i ledende stillinger?
- Kunnskap og forskning; i USA har de siden 1993 vedtak om at alle offentlige studier skal ha representasjon av kvinner og minoriteter. Det er mange nivåer av forskjellsbehandling.
 - o Er dette spørsmål som fagrådet kan spille inn til HOD (via Hdir)?
- Vi trenger personer med minoritetsbakgrunn i ledende stillinger som kan være rollemodeller.
- Vi har aldri hatt en mer kompetent/utdannet befolkning – og aldri har forakten vært større.
- Det ble vist til henvendelse fra Holmestrand mottak, en meldt krise med to dødsfall, relatert til helse og manglende oppfølging (en med psykisk helse), en sultestreik.
- Sitat fra intervju med gutt med innvandrerbakgrunn: «Hvorfor skal jeg ta lang utdanning når jeg likevel ender opp med å kjøre taxi?». Vi må ha oppmerksomhet mot forventet diskriminering. Gutter er mer utsatt enn jenter. Kjønnsperspektivet må inn. Maskulinitetsfokus, som også har minoritetskomponent.
- Diskriminering er definert som sosial determinant for helse
- Betydningen av å kunne være den man er. Når en muslimsk kvinne slutter med hijab, blir hun møtt på en ny måte, får nye oppgaver/mer ansvar.
- Vi har mange handlingsplaner, inkludert om rasisme og diskriminering, herunder 4 tiltak som HOD har ansvar for. Hdir har ikke mottatt noen oppdrag fra HOD enda.
- Sjekke Folkehelsemeldingen og det som står om rasisme/diskriminering der. Se hva som skjer, etterspør resultater.

Hva kan/skal fagrådet gjøre?

- Kronikk? – f.eks. med perspektiv barn og unge, med muslimsk bakgrunn; hvordan påvirker dette deg?
- Legge vekt på diskriminering som et **folkehelseproblem**; Vi har snakket om helsemessige konsekvenser av rasisme og diskriminering. Neste fagråd kan jobbe for å få frem ny kunnskap på dette området.

5. Runde med medlemmene om aktuelle problemstillinger/temaer på innvandrerhelsefeltet.

- Mehdi: Trygghetshus (til 18 år) – hva skal være profilering rundt det? Er det egentlig et slags fengsel i et hus? (barnevern, psykisk helse, ...). 32 ungdommer under 16 år (7 jenter) begår 90% av kriminaliteten i Oslo, hovedsakelig i Groruddalen (tall fra Oslo Politiet), 200 er gjengangere. 70 % er ungdom med minoritetsbakgrunn. De fleste har lav sosioøkonomisk status og dårlig psykisk helse. Aleneforsørgere; 7/10 bor alene med mor, far er fraværende.

- Thea (FHI) refererte til pågående forskning ved FHI:
- Studie om utenlandsfødte kvinners svangerskaps- og barselomsorg: Utenlandskfødte starter senere med svangerskapsoppfølging. De fleste kvinnene med innvandrerbakgrunn benytter seg av tjenester i svangerskapet på samme nivå som norske kvinner når man først har oppsøkt helsetjenester.
- Ny runde med spørreundersøkelse i løpet av våren 2025 om helse, helsetjenestebruk og informasjon om helsetjenester blant ukrainske flyktninger. Gjorde en lignende spørreundersøkelse blant ukrainske flyktninger i 2022.
- Registerstudie om faktisk bruk av primær/spesialisthelsetjenester blant flyktninger. Har nettopp fått data, skal se på det i løpet av våren
- Studie om innvandreres bruk av akuttmedisinske tjenester: Innvandrere var overrepresentert i bruk av akutt fastlege og legevakt. Og mindre bruk av akutt spesialisthelsetjeneste (akuttmottak på sykehus).
- Zoja viste til at det er en mer avslappet holdning/tilnærming til spontanabort i Norge sammenlignet med i Polen hvor kvinner følges mer opp i etterkant. Det er tettere oppfølging av gynekolog under svangerskap i Polen. Det kan derfor bli noe mismatch i forhold til polske gravide i møte med den norske svangerskapsomsorgen.
- Niels Fredrik (STL):
- Veileder om barnevern, religion og oppdragelse: [BRO – En veileder om barnevern, religion og oppdragelse - Samarbeidsrådet for tros og livssynssamfunn](#)
- Kompetansehevingskurs for barnevernsansatte og workshop for barnevern og religiøse grupper, med mål om at de skal lære å kjenne hverandre.
- Chaplaincy-konferanse i mai 2025, sammen med UiO og samtaletjenesten.
- Høytidshefte; en utvidet kalender som beskriver inntil 4 høytider per religion + ny høytidskalender for 2025. Rettet mot ledere.
- Tahmina (Skeiv verden):
- Skeiv Verden jobber med hatkrim overfor sin målgruppe. Etter 25/6 er politiet mer involvert i skeive organisasjoner. Ikke bare mot skeive minoriteter, men skeive generelt.
- Jobber tett med ulike asylmottak, og deres særlige målgruppe; i denne populasjonen er det mange som har flyktet fra de som de ender opp på asylmottak sammen med. Det er vanskelig; De hadde håp/tro om at de kunne være seg selv, men det viser seg å ikke stemme.
- Mange mottak er veldig geografisk isolert, vanskelig å etablere nettverk med andre skeive.
- Tolkene er biased, det oversettes ikke riktig, de har fordommer mot de skeive. Får ikke riktig hjelp.

- Mariette (LDO):
 - Henviste til Hanne Skaaden (OsloMet), om tolkelovens overgangsperiode til 2026; det er ikke satt av ekstra penger over statsbudsjettet til å utdanne nok kvalifiserte tolker. Kan fagrådet spille inn behov for nok tolker?

6. Vaksiner; informasjonstiltak og kommunikasjon med innvandrerbefolkningen, ved Ingebjørg Skrindo, Helsedirektoratet
Se vedlagte presentasjon.

«Husker Hdir på innvandrerbefolkningen i sin kommunikasjon til befolkningen på smittevernområdet?» Det korte svaret er "ja, hele tiden". Det er en del av punktene vi har med oss når vi svarer ut oppdrag, men gjør vi det godt nok? Tja.

Vaksiner: FHI holder tak i informasjon til befolkningen, gir råd om hvilke vaksiner som bør tas når. Hdir samarbeider med FHI om influensavaksinering. Mål om 75% dekning blant helsepersonell og risikogrupper. Anslagsvis er resultatet blant helsepersonell: 39%. Det er forskjell på andel vaksinerte i ulike deler av landet; det er høyere dekning i spesialisthelsetjenesten, den er høyere i sør enn i nord, og blant de med høyere utdanning.

Hver høst arrangerer Hdir/FHI presse møte i forbindelse med influensavaksine. I år ble det gjort på Bryn legesenter, med lege med innvandrerbakgrunn. I år var det ikke en lang presentasjon om hvorfor man skal vaksineres, men vinklingen var at det ble satt vaksine på dette legekontoet.

Når Hdir alle helsepersonell og personer i risikogruppen? Nei, Hdir når ikke målet. Hva er tilrettelagt for innvandrere på vaksineområdet? Barnevaksinasjonsprogrammet og hvorfor er det viktig å vaksinere er oversatt til en rekke språk. Informasjon om influensavaksine er oversatt til noen språk. Mye informasjon går til befolkningen via fastleger/kommuner, og noen nasjonale kampanjer.

Innspill fra fagrådet:

Det er lite informasjonsmateriell i tjenesten/kommunen som er oversatt som er tilgjengelig for helsepersonell og som kan deles ut videre. Det er lavere vaksinedekning, særlig i kommunehelsetjenesten. Burde man være mer fleksible med vaksinetidspunkt, per nå er det mest på dagtid – i arbeidstiden, på gitte steder, kanskje ikke i nærheten av der du jobber (innen kommunale helsetjenester f.eks.). Tilgjengelighet er bedre for ansatte i de større sykehusene. Kostnad? Risikogrupper må betale egenandel for influensavaksine, mens helsepersonell skal få gratis tilbud om vaksine for å beskytte seg selv og pasientene.

I informasjon til kommunen står det at man skal legge til rette for at helsepersonell skal kunne få vaksine i arbeidstiden.

Vaksineskepsis i mange miljøer har økt etter pandemien.

- Komme tilbake til tematikken i møtet i mars med FHI, med konkrete innspill til målrettet innsats overfor både helsepersonell og befolkningen generelt.

Informasjon til befolkningen under kriser

Hdir jobber med å hente erfaringer inn i nye planverk. Informasjon til befolkningen under kriser er viktig, for Hdir skal nå mange ulike grupper.

Innspill fra fagrådet:

Viktigste målgruppene: Kna ordlyden litt i forhold til hvem en skal nå. Å henvise til majoritetsbefolkningen klinger ikke så godt. Finne formuleringer som ikke er støtende, og en vinkling som ikke går på person, men peker i retning av generelle utfordringer. Avsnittet sendes på mail, så kan fagrådet komme med konkrete forslag/innspill.

Nasjonal helseberedskapsplan kommer snart på nasjonal høring (HOD). Sjekke kommunikasjonskapitlet.