

Referat

Møte om: Fagråd for innvandrerhelse

Møteleder: Hege Linnestad

Dato: 15.05.2024

Referent: Gro Saltnes Lopez

Saksnr: 24/14102-1

Til stede: Fagrådet: Bushra Ishaq, Jon Rogstad, Danilla
Tømmerås, Zoja Ghimire, Warsame Ali, Jila
Hassanpour, Anders Løkkeberg, Linda Charlotte
Grunnreis, Mariette Lobo og Mehdi Farshbaf

Helsedirektoratet: Øyvind Giæver, Berge Andreas
Jenvin-Steinsvåg og Kristin Skogsholt

Referat fra møte i fagråd for innvandrerhelse 6.mars 2024

1.Velkommen og nytt siden sist ved fagrådsleder

2.Orienteringssaker ved Helsedirektoratet

Se vedlagt presentasjon:

- Helsedirektoratet har hatt en omorganisering og migrasjonshelsefeltet, inkludert fagrådssekretariatet, er flyttet fra avdeling levekår i folkehelsedivisjonen til avdeling samfunnshelse i avdeling kommunale tjenester og beredskap. En del av helsekompetansefeltet er også flyttet til avdeling samfunnshelse, i tillegg til samisk helse. Det er fortsatt et miljø i avdeling levekår som jobber med sosial ulikhet i helse, kommunikasjon og kampanjer rettet mot mangfoldig befolkning og helsekompetanse i befolkningen. Det tas sikte på videre samarbeid og tett samhandling mellom avdelingene.
- Kontaktmøte på direktørnivå mellom Hdir og UDI avholdes 11.april. En av sakene på dagsorden er aldersundersøkelser av yngre asylsøkere. Hdir har hatt dialog med UDI om denne saken i flere år. Brev fra Hdir fra 2023 er videresendt til fagrådet til orientering.
- Hdir anbefaler tidlig helsekartlegging av alle flyktninger og asylsøkere, jf. veileder om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente. Hdir deltar i møter med statsforvaltere og kommuner og UDI hvor også helsekartlegging og helseundersøkelser har vært tema.
- Hdir fikk i oppdrag fra HOD høsten 2023 å kartlegge behandlingstilbudet til kjønnslemlestedede jenter/kvinner. Kartlegging ble gjennomført før jul og resultatene er nå under bearbeidelse. Rapport skal sendes til HOD før sommeren.

- Nytt oppdrag fra HOD om innspill til ny handlingsplan fra 2025 om æresrelatert vold og negativ sosial kontroll, inkl. kjønnslemlestelse. Innspill til utfordringsbildet og forslag til tiltak.
- Kompetanseteamet mot æresrelatert vold og negativ sosial kontroll skal styrkes med en 100% stilling fra Hdir. Representanten skal veilede tjenester i saker og bidra med kompetanseheving i tjenestene om æresrelatert vold, negativ sosial kontroll og kjønnslemlestelse. Hdir lyser ut stilling fortløpende.
- Nasjonal helse- og samhandlingsplan er lansert. Mye fokus på helsekompetanse som også ble nevnt under lanseringen.
- Ny nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen er lansert. Tolk og helsekompetanse omtales.
- Bekymring er meldt til Hdir fra habiliteringstjenesten i Østfold om stor økning i autismespekteret blant barn med innvandrerbakgrunn. Lang ventetid for utredning, utfordringer med tilgang på tolketjenester og utredningsverktøy som ikke er kulturelt eller språklig tilpasset mangfoldig befolkning.
- Webinar 18.mars i regi av Hdir: [Vold i nære relasjoner, overgrep, utnyttelse og menneskehandel - Helsedirektoratet](#)
- Charlott Elise Gyllenhammar Nordstrøm har begynt i Hdir og har tatt med seg "innvandrernettverkene" fra FHI. Det er nettverk for innvandervennlige kommuner (NIK), nettverk for migrantvennlige sykehus (NONEMI) og nettverk for innvandrerhelse i frivillig sektor (NIFS). Det er en prosess på gang for å revurdere mandat etc. for nettverkene. Hdir arrangerer digitalt møte om helsesystemet i Ukraina senere i mars, for deltakerne i nettverkene.

Innspill fra fagrådet til orienteringssak om æresrelatert vold og negativ sosial kontroll:

Fagrådet pekte på begrepsbruk og hva som omtales som partnervold, vold i nære relasjoner og æresvold. Fagrådet mener det handler om maktstrukturer og at det er politisk. Fagrådet påpekte at Hdir kan bidra på direktoratsnivå med å forholde seg nyansert og litt kritisk til begrepsbruken når det er snakk om innvandrerbefolkningen. Det ble påpekt at trippeldrapet i Nes ble omtalt som en "familietragedie" der en etnisk norsk mann begikk drap. Fagrådet advarte mot å lage nye problemområder når det er snakk om innvandrere.

Strukturell kompetanse, som er en videreutvikling av kulturell kompetanse i fagmiljøet, er viktig. Her er en opptatt av stigma og tillit.

3. Presentasjon av pårørendeundersøkelse i innvandrerbefolkningen, ved Ellisiv Bergheim, Lykke Bjørnøy og Lene Dieserud, Opinion AS

Se vedlagte presentasjon.

Merk at rapporten fortsatt er unntatt offentlighet og ikke publisert enda.

Det ble gjort 27 dybdeintervjuer av 1-2 timers varighet. Informanter ble rekruttert gjennom ulike kanaler. Norstat befolkningspanel ble invitert inn og det var oppsøkende virksomhet. Facebook, eget panel, samarbeid med bydel Alna, trossamfunn, eldredag, Romsås eldrekafe, Røde Kors Manglerud, kafeer og skjønnhetssalonger. Det er et mangfold av bakgrunner og erfaringer i informantutvalget. Opinion har vært opptatt av å rekruttere menn (7).

"De eldre er yngre" dvs fra 60 år og eldre, og de pårørende er fra 25 år og eldre. Opinion har valgt å utelate flyktninger fra Ukraina fordi de er nye i landet.

Det er ikke automatikk i at det er den eldste av barna som stiller opp som pårørende. De fordeler oppgaver seg imellom.

Hjelpetiltak – det er lite snakk om religion som barriere for å ta imot hjelp.

Hvem er den pårørende? Ektefelle – barn - andre.

- Skiller seg lite fra øvrige befolkning – peker på samme utfordringer
- 26-46 år – barn – stort sett 2. generasjon i Norge. Første eldre de må forholde seg til her i Norge, ergo lite kjennskap til hva det innebærer og hva de trenger.
- En del eldre har hatt et hardt liv
- Pårørende til eldre foreldre (fra 62 år og oppover)
- Andre: svigerbarn

Det er ulike kategorier eldre i utvalget:

En pårørende i takknemlighetsgjeld: som har kommet hit i ung alder/født her; kommet for å skape et bedre liv for seg og familien. Ofret mye, reist fra familie/hjemland, harde yrker. Hjulpet til med å passe barn.

Pårørende som er sin egen lykkessmed: Kom hit først – støttet foreldre hjemme, og hentet de hit etter hvert. Oftest fra Øst-Europa.

En pårørende som alltid har bistått – noen har bistått fra de er 6 år – for eksempel som tolk i møte med NAV hvor de har måttet forklare ting.

Det er en ressurssterk gruppe Opinion har snakket med.

Flere av de eldre bor mentalt i hjemlandet.

Øst-europeere har ikke samme hjemreisetrang pga kortere botid og ikke så langt hjemmefra.

Pårørendeoppgaver: hva hjelper de sine eldre med? Praktiske oppgaver som husarbeid, fikse ting, hygiene/dusj, mange hjemmetjenesteoppgaver. Det er status at pårørende gjør det, samtidig som det innebærer sosialt samvær. Derfor vil de at barna skal gjøre det. Uaktuelt at ukjent skal komme inn og rydde/vaske. Lite bruk av hjemmetjeneste. Hjemmetjeneste bistår med medisiner – eller tidsbegrenset etter sykehusopphold.

Ikke rekruttert de som skulle ha tjenester. Veldig glad for at de hjemme hadde fast hjemmesykepleier og at de er fleksible på hvor personen er. Tjenesten følger personen.

Bo trygt hjemme reformen: Teknisk bistand: fjernkontroll, brev fra NAV. Innkjøp og mat: mange ønsker mat fra spesielle butikker, handle sammen er sosialt og gir tid sammen. Transport: Den med bil får den oppgaven. Flere får avslag på TT-kort. Dyr parkering. Det er ikke kjent hva som er bakgrunnen for avslag på TT-kort.

Sosialt – den pårørendes oppgave er å sørge for at den eldre har et sosialt liv. Det er en viktig dimensjon blant en del innvandrere.

Tolk: det er manglende tillit til tolk blant flere av informantene.

Migrasjonsaspekter ved de pårørende og deres eldre:

Familien er det naturlige valget, familien står sterkt og oppgaver skal løses i familien. Det er et uttrykk for kjærlighet og å vise omsorg. Litt lavere tillit til offentlige tjenester. Noen har valgt bort barnehage og bruker besteforeldre som barnepassere.

Psykisk helse: i utvalget fremkommer det at noen har bakgrunn der de ikke er kjent med psykisk helse/uhelse og psykisk helsehjelp.

Diskriminering og rasisme: den pårørende er den eldres nærmeste støttespiller. Det kan se ut som at personer med innvandrerbakgrunn med *etniske markører* som tradisjonell klesdrakt e.l. kan skape avstand til hjelpeapparatet, og da er pårørende med som støtte.

Det er stor bekymring for sykehjem blant noen av informantene. Det er uaktuelt å «kaste ut» den eldre. Det kan ha sammenheng med språklige barrierer, mat og det sosiale. Sykehus er greit, for da kommer man hjem igjen. Dagsenter er også ok, men det å flytte den eldre ut er sårbart. Det er bare "med mindre mor ikke lenger kjenner meg igjen".

Fastlege; en god fastlege er alfa og omega. Det er gjerne et ønske at *fastlegen skal fikse alt*. Informantene gir uttrykk for at de eldre stoler på sykehus.

Oppsummering/Implikasjoner:

Det er identifisert forbedringsområder på alle 4 satsningsområder i Eldrereformen. Botilbud: de ser for seg å bo hjemme. Utfordring: pårørende som bor i kommunale boliger får ikke ha ekstra person boende hjemme hos seg.

Kompetente medarbeidere – det er lite kunnskap om denne målgruppa – det er viktig å ta hensyn til språkkunnskaper/barrierer og skape tillit og aksept for at dette (hjemmetjenester etc.) er noe de (eldre innvandrere og deres pårørende) kan søke hjelp til.

Innspill/kommentarer fra fagrådet:

- Takk for empatisk presentasjon med viktige funn. Det ble henvist til Bushra Ishaq sitt forskningsfelt og systematisk forskjell blant innvandrere. Det har vært nedleggelse av sykehjem i bydeler med mange innvandrere, fordi det ikke blir brukt. Men da svikter det i opparbeiding av andre tilbud.
- Flere pårørende; helsekompetanse hos pårørende må øke. Levealder på de eldre, livet til pårørende. Eldre innvandrere i 60-årene; sosial versus biologisk alder er en viktig dimensjon. Oppgaver for hjemmetjenesten. Se systematisk kunnskapsoppsummering om hvorfor pårørende ender opp som pleiemedhjelpere. Shrestha, S., Arora, S., Hunter, A., & Debesay, J. (2023). *Changing dynamics of caregiving: a meta-ethnography study of informal caregivers' experiences with older immigrant family members in Europe*. *BMC Health Services Research*, 23(1), 43–43. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09023-4>)
- I henhold til religion er det viktig å gi tilbake til foreldre. Viktig med tilpasset informasjon om hva som finnes av tilbud der ute. Det tilbys ikke nok av kulturtilpassede helsetjenester. Må kunne legge til rette for bønn etc.

- Terskel for TT-kort. Fastlegen har blitt veldig streng. Sosialt liv er viktig for denne målgruppen, også for den enkeltes mentale helse.
- Diskriminering – krever en del språkkompetanse å rapportere om diskriminering.
- Fastleger; noen har overdreven tiltro til hva fastlegen kan gjøre.
- Krev litt tiltak fra sektoren; dette er viktige funn som må følges opp!
- Hvordan hadde resultatene vært om informantene ikke kunne norsk?
- Hvordan blir dette når man på sikt skal bosette seg i hele landet?
- Tilbud om hjemmetjeneste, men takker nei; får de noe tilbake fra det offentlige? Nei, og mange har heller ikke fått tilbud om hjemmetjeneste.

4. Sansemestring i innvandrerbefolkningen, ved seniorrådgiver Kristin Skogeng og prosjektleder Berge Andreas Jenvin-Steinsvåg, avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
Se vedlagte presentasjon.

Sansemestring er et stemoderlig behandlet tema over lang tid.

- Nordmenn som har hørselstap: 1.000 000
- Synstap: 500.000. Aldersårsak.

Finnes noen tjenester, men brukere finner ikke frem til disse tiltakene/tjenestene. Det gjelder både innen syn og hørsel. Jobbe med syn/hørsel i ett, men det er ikke det samme.

Rammeverk:

- Hørselshemmet
- Synshemmet
- Tegnspråklig – minoritetsspråk, og egen kultur. Har egen norsk grammatikk – eget tegnspråketeater – MANU, egen kirke, egne kulturfestivaler. 25.000 er tegnspråklige.
 - o Kultur
 - o Funksjonshemmet
- Kombinert syns- og hørselshemmet – Født eller blitt. 80 % bruker tegnspråk – Taktilt tegnspråk (estimert 1200)
- Aldersrelatert syn og hørsel kombinert: Vi blir eldre og ser og hører dårligere. Hører du dårlig er du også mer disponert for demens (hvis du er predisponert). Vi må jobbe gjennom allmenne grupper
- Utviklingshemmet – står lite om disse i faglitteratur – av 65.000 utviklingshemmede i Norge, har 12.000 syn/hørselshemming. De vil i stor grad bruke alternativ/ supplerende kommunikasjon. Lærte tegn i samarbeid med hjelperne sine.

Klyngeovergripende:

- Høyere risiko for psykiske helseproblemer. Avhengighet for rus, demens, vanskelig for å komme i arbeid, utsettes for vold/overgrep, vanskelig for å få informasjon, bruk av digitale hjelpemidler, isolasjon.
- Følsomme temaer – de fleste vil klare seg selv.
- Flerkultur (grunn til å tro at aldersrelatert sansehemming vil vise seg stadig mer blant ikke norske. Vil bruke helsetjenester i større grad og ervervet språk (norsk) forsvinner
- Interseksjonalitet – samisk befolkning, LHBTIQ, nevropsykologiske tema
- Beredskapstema; flyktningkrise i 2015 og krigen i Ukraina; flyktninger blir her. De med syn/hørselstap kommer gjerne litt senere enn andre og det er utfordrende.

- Under pandemien meldte flere at de ikke kunne lese testresultater.
- Aids-epidemien; disse ble oftere smittet og døde.

Hdir ønsker å gjøre et gevinstarbeid, gjøre arbeidet på bedre måte, øke livskvalitet og fremme bærekraft i samfunnet. Flere kan være i jobb og bo hjemme. Helseteknologi er på vei inn. Det er dialog om det skal opp som et EU-prosjekt.

"Vi må laste supertankeren riktig": Noen grupper/tema vi har glemt?

Innvandrerfamilier – håndteres først og fremst innad i familien. Beskyttelse av den som har funksjonsnedsettelse og får derfor ikke muligheter og hjelp de kunne hatt.

Innspill fra fagrådet:

- Bekrefter at nærmeste pårørende til hørselshemmede/blinde blir de som følger opp og som får en kjempe belastning der mor/pårørende ikke kommer seg ut. Trygt for den syns/hørselshemmede.
- Viktig å vite om at det finnes et tilbud. Vil man kunne være trygg på at kultur og tradisjon, matvaner blir ivaretatt? Tilbudet må ivareta personens kultur og identitet på mange nivåer.
- Familieperspektivet er bra, og det må tas med at det å ha en syns/hørselshemmede i en familie kan være en belastning for familien. Hvis familien ikke er kjent med mulighetene, kan de bli holdt tilbake. Familien kan også være redd for manglende omsorg i tråd med deres verdier (for eksempel mat) og kan også være redd for at den syns/hørselshemmende blir utsatt for overgrep.
- Mange vet ikke om muligheter som finnes. Kommer fra land der muligheten er begrenset.
- Representasjon av innvandrerfamilier er lav i brukerorganisasjoner. Lav i Hørselshemmedes landsforbund. Blindeforbundet er mer internasjonalt og har flere medlemmer med innvandrerbakgrunn. Det finnes en egen gruppe for muslimske døve – nytt tegn for muslim. Legger rammer og tar plass.
- Hvordan fange opp nyankomne flyktninger/asylsøkere?
- Hvordan fange opp ikke bare nyankomne, men også de som bor lenge på mottak.

En del leser på munnen, kan fange opp kun 30 % - og desto vanskeligere for de med norsk som andre språk.

Prosjektet er for alle 1,5 millioner, men flerkulturelle skal ivaretas særskilt.

Det teknologiske: trenger flere tolker til stede for at de skal forstå alt. Kan robot være en fremtid? Det vil kunne hjelpe på følelse om at man ikke står i gjeld til mange. *De varme og de klamme hendene*. Omsorg eller plikt. Eldre og demens – hørsel – det er et spor som må forfølges.

Få syn/hørsel-tematikk inn i grunnutdanninger

Helsedirektoratet rigger seg for et prosjekt som til vare lenge.

5. Presentasjon av studie om innvandrerkvinner bruk av DPS, ved Melanie Straiton, FHI

Se vedlagte presentasjon.

Straiton har sett på innvandrerkvinner bruk av DPS sammenliknet med øvrige kvinner og risikofaktorer for psykiske lidelser. Konklusjon: Skjev fordeling av hvem som får tilgang til DPS. Ressurssterke innvandrerkvinner bruker DPS mer, mens blant kvinner i den øvrige befolkningen er det omvendt.

Metode:

Registerstudie KUHR-data: kontakt med alle helsepersonell som krever helserefusjoner. Kontakt med fastlege og DPS.

Utvalg: personer som har vært innom DPS minst en gang over en femårsperiode.

- 60 % lavere for kvinnelige etterkommere
- Ca. 50 % lavere for innvandrerkvinner

Stor variasjon med hensyn til ulike landbakgrunner. Alt under 1 er signifikant lavere. Særlig lavt fra EU og Øst-Europa, men her er det også mange som drar hjem jevnlig og som kan bruke helsetjenester i hjemlandet. Det er også en del lavere blant kvinner fra Sør-Øst Asia. Vet ikke om det kommer av barrierer for tilgang eller om det er lavere andel med psykiske helseplager.

Hvem som har vært på DPS etter å ha vært hos fastlegen.

- 14,1 % migranter
- 13,4 % av befolkningen for øvrig.

Spørsmål/innspill fra fagrådet:

- Er det noen diagnoser/henvisningsårsak som er mer fremtredende blant innvandrere? Svar: Det er det ikke sett på.
- Innsats bør rettes mot de som har lavere utdanning, lav inntekt og som er utenfor arbeidslivet
- Hva er forskningsspørsmålet: DPS bruk som helseutfall? Hva med Healthy Migrant Effect? Her er det viktig å bruke selvrapporterte data; levekårsundersøkelse. Hvorfor bruke DPS-variabel? **Svar:** Stor seleksjonsbias i undersøkelser. Her ønsket en innsikt på nasjonalt nivå. For å komme inn i DPS trenger du en vedvarende psykisk lidelse/akutt psykiske vansker som krever litt mer enn å gå til legen for å få antidepressiva. En studie som kan brukes til å finne ut hvem som bruker og ikke bruker helsetjenester, innen psykisk helse. Gjenspeiler bruk av helsetjenester.
- Hva med akutt innleggelse og bruk av tvang? **Svar:** Det kommer i neste studie.
- Sannsynligvis vil det bli mer lik bruk av DPS mellom innvandrerkvinner og øvrige kvinner over tid.
- Har dere sett på kulturelle aspekter som barrierer for bruk av DPS? Det er mange innvandrerkvinner som sliter og som ikke oppsøker hjelp, av frykt for barnevernet.
- I flere kvalitative studier er stigma og kulturelle forståelser av psykiske lidelser og å kunne gjenkjenne symptomer et stort tema. Bruk av tolketjenester kan utgjøre en barriere for de som opplever at de må bruke tolk i psykisk helsevern. Det kan oppleves som en barriere for å ta imot helsehjelpen, for de vil ikke ha tredjeperson til stede, de vil helst ha en fagperson med eget morsmål. Mange bruker psykolog på

nett/online som snakker den enkeltes språk. Dette gjelder kanskje særlig i de mest teknisk utviklede landene.

- Angående psykisk helse og arbeidslivet. Det er kvalitative studier om polske innvandrere med høyere utdanning som ikke kunne bruke sin utdanning i Norge, som viser at det slår ut negativt på psykisk helse.
- Det er mye psykisk uhelse blant innvandrere. Hvor ofte fattes tvangsvedtak? Erfaringer tilsier at det skjer ganske ofte og at dette er syke pasienter som blir veldig dårlige. Bruk av tvang er derfor et viktig parameter. Bruk av tvang blant innvandrere er høyere enn i majoritetsbefolkningen, men det snakkes lite om det.
- Det er mange som faller mellom to stoler og som ikke får god nok psykisk helsehjelp. Det er behov for god dokumentasjon for å overtale myndighetene om dette.
- Hvilke mål/ønsker har vi? Er det at innvandrere skal ha samme bruk av DPS som øvrige? Eller har de mindre prevalens. Vi kommuniserer at de må ta kontakt ved behov – men systemet er ikke tilpasset så en kan få god hjelp når behov oppstår. Vi vil alminneliggjøre psykisk helse – men hvor god er egentlig hjelpen som gis?
- Det er viktig å kjenne systemet. Får avslag hos fastlegen som sier de ikke er syk nok. Kjenner fastlegen til førstelinjetilbud?
- Henvise til Helsenorge.no – der er det gode sider om psykisk helse.

6. Et lite innblikk i Bushra sin avhandling *Determinants of health among Muslims in Norway. Muslim religiosity and perceived discrimination among Muslims in Norway – impact on health and health behaviour.*

Se vedlagte presentasjon.

Kulturelle forklaringer på uhelse. Det er tydeliggjort at kultur og religion ikke kan skilles helt fra hverandre og fra andre faktorer som spiller inn på helse. Det er ikke mulig å se på en faktor alene, men Bushra har prøvd likevel.

Avhandlingen er tilknyttet UiO, Menighetsfakultetet har finansiert stillingen.

Samarbeid med Lars Østby i SSB var til god hjelp. Bushra har sett på:

- 1) Sammenheng mellom religiøsitet og helse og atferd blant muslimer i Norge
- 2) Opplevd diskriminering assosiert med dårligere helse blant muslimer

Muslimsk religiøsitet hadde en negativ sammenheng med høy tillit til politikere, og til mediene. Fant ingen sammenheng mellom muslimsk religiøsitet og generell tillit til det norske samfunnet, tillit til monarkiet og politiske myndigheter. Men muslimsk religiøsitet var positivt assosiert med tilhørighet til det norske samfunnet.

Refleksivitet i kvantitativ forskning er rapportert. Bushra har fulgt STOBEL guidelines. Likevel kan forskerens egen innvandrerbakgrunn problematiseres. Det er imidlertid ikke tilfellet for etnisk norske selv om de fleste som for eksempel forsker på kristne selv har kristen bakgrunn.

Funn:

Det handler ikke om å "skrive ut religiøsitet på resept", men å se om helse har noen sammenheng med religion. Grad av religion hadde en sammenheng med god helse.

Religiøsitet – bekreftet muslim.

Stilte spørsmål om *Hvor viktig er religion for deg fra 0-10?* De som svarte *viktig for meg* hadde større odds for å melde om god helse. Om religion er viktig, er oddsen for forekomsten av mentale helseproblemer, søvnproblemer, røyking og alkoholforbruk mindre. Fant ikke sammenheng med diabetes og hjerte-karsykdommer.

Stilte spørsmål om *Hvor ofte deltar du i religiøse samlinger?* De som deltar ofte, rapporterer i mindre grad rygg/nakke, søvnproblemer, mentale helseproblemer, alkoholforbruk, hjertekar-problemer og generell god selvvardert helse. Vi kan ikke si noe her om årsaker grunnet tversnittstudiedesign.

Det er den første kvantitative studien i Europa som viser at det er en sammenheng mellom helse og diskriminering blant muslimer (45% høyere). Opplevd diskriminering og mental helse.

Måler grad av religiøsitet med flere variabler for religiøsitet: faste, besøk i moske, antall bønner per uke. Grad av religiøsitet hadde ikke noen sammenheng med generell tillit til samfunnet. Tillit kan måles vertikalt (institusjoner) og horisontalt (samfunnet). Graden av muslimsk religiøsitet hadde ingen sammenheng med tillit til kongehuset eller tillit til politiske myndigheter. Men, graden av muslimsk religiøsitet hadde en negativ sammenheng med tillit til politisk makt og tillit til mediene. En positiv sammenheng mellom graden av muslimsk religiøsitet og tilhørighet til det norske samfunnet ble funnet.

Kan religiøsitet bidra til uhelse? Ingen funn tilsier det. Men det kan muligens bidra til god helse for de som tilhører denne religionen. Bushra argumenterer for at religiøsitet bør anerkjennes som en sosial helsedeterminant.

Opponent under disputasen var Finn Didriksen fra universitetet i København. Han er etablert innenfor sosiale helsedeterminanter og har etablert de store modellene for sosial ulikhet i WHO.

Religion er ikke så ekstremt viktig for helse, selv om det kan ha betydning. Andre faktorer har mer å si for helse og tillit enn religiøsitet, som det å være i arbeid.

For helsemyndigheter indikerer funnene at man bør være forsiktig med å samarbeide med politikere og mediene for å nå ut til muslimer gitt den negative sammenhengen mellom muslimsk religiøsitet og tillit til politikere og mediene. Men samtidig er det viktig å ta med seg at de deskriptive dataene viser at det er generelt høy tillit til samfunnet og majoriteten av samfunnsinstitusjonene, også blant muslimer.

Tillit til folk er erfaringsbasert, gitt forventning om at den andre vil gjøre deg godt.

Muslimsk religiøs bakgrunn – hvordan de blir omtalt/møtt har betydning – nesten halvparten av muslimer rapporterer om diskriminering. Muslimer som er født i Norge har 13 % høyere rapportering om diskriminering enn muslimske innvandrere.

Vi må se på religiøse samfunn som *Health-enabling-communities* - ref. AIDS/HIV-enabling communities. Diskriminering som determinant for ulikhet i helse. Anti-diskrimineringsarbeid og policy må styrkes.

Motarbeide kulturelle forklaringer av ulikhet i helse, selv om vi kan ta epidemiologiske modeller som ikke forklarer ulikhet. En slik tilnærming kan legge lokk på de strukturelle årsakene, og som også har potensiale til å øke ulikheter ved å fremme stigmatisering.

Ressurser for å håndtere diskriminering: Diskusjon med FHI om longitudinell studie om helseeffekt av opplevd diskriminering.

Migrasjonsforskning er en stebror i forskningssammenheng.

Bushra har mange artikler å dele, avhandlingen sendes til alle i rådet. For hver av artiklene har Bushra utført systematisk litteratursøk så det er også en nyttig kunnskapsoppsummering.

Spørsmål fra fagrådet:

Sider ved religion hvor det er beskyttelsesfaktorer – og når bikker det over til noe som ikke er helsefremmende i form av skyldfølelse og skam etc.? Eksempelvis: Tro på ånder kan føre til forsinkelse i å søke psykisk helsehjelp.

Svar: Selve religiøsiteten og dens praksis har ikke sammenheng med uhelse. Religionspsykologer er opptatt av hvordan religiøsitet forholder seg til helse, og at det påvirkes av hvordan storsamfunnet tilnærmer seg religion.

Bushra fikk positiv tilbakemelding fra opponent for at hun skilte mellom norskfødte med innvandrerbakgrunn og de som selv har innvandret. Mange gjør ikke det.

Å delta i religiøse aktiviteter er lettere i Oslo/større byer.

Hvilke strategier har vi selv for å håndtere diskriminering? Helsemessige konsekvenser. Internasjonale studier peker på helsemessige konsekvenser av diskriminering, blant annet høyt blodtrykk og andre sykdomstyper. I Bushras forskning, var det kun to utfall: mental helse og generell helse. Effekt av diskriminering på helse, lav fødselsvekt, dårligere komplikasjoner etter fødsel, høyt blodtrykk, hjerte kar, overvekt er vist.

Det finnes ikke et godt system for å rapportere om diskriminering. Eks. fra boligmarkedet om diskriminering av muslimer. Det er behov for et system for å rapportere på rasisme og diskriminering, samlet på ett sted.

7. Runde med medlemmene om aktuelle saker/problemstillinger

«Rasisme er overalt» Tilhørighet til storsamfunnet, opplevelse av at mørke/muslimske liv ikke teller (Gaza-krigen). Jf. Drammen – vedtak om kun ukrainske flyktninger og Lørenskog – bosetting – du er ikke ukrainsk – blir ikke selvbosatt.

Mydighetene og politikere har gjort tydelig diskriminering av innvandrere.

Hva er folkemord – hvem bestemmer det? Dette med hykleri i voksenverden fanger ungdommer opp. Det har betydning for helse. Gjelder ikke bare unge, men også voksne.

Det kommer hele tiden spørsmål til ukrainere; vi må sikre informasjon, men hva med andre som ikke er ukrainere. Vi har ansvar for alle!

Sosiale medier – eksponere ungdom for død – ufiltrert. Ingen å debriefe med. Avmaktsfølelse.

Forskjellsbehandling overfor Ukraina kan snu, de er ikke fredet.

Mulig oppfølging: Fagrådet kan vurdere å skrive en kronikk.

Jila fra NOAS refererte til mangel på konkret og lett forståelig og tilgjengelig informasjon ifm endringene som skjedde i praksisen rundt søknadssted i familieinnvandringssaker for familier til personer fra Gaza. Dette har ført til misforståelser blant flere der de trodde de samme reglene gjaldt søknad om besøksvisum. Et konkret eksempel var en familie som tok kontakt med NOAS der de hadde søkt om besøksvisum for til sammen 4 personer (to foreldrepar), betalt gebyr osv., men fått avslag der UDI bl.a. argumenterte med sannsynlighetsovervekten for at de ikke skulle returnere tilbake etter endt visumsperiode (de ønsket i utgangspunktet ikke å bli boende i Norge og ville derfor ikke søke om familieinnvandring heller). Merknad: UDI skriver på sin nettside om den aktuelle praksisendringen: "Grunnet sikkerhetssituasjonen i Gaza og at det er vanskelig å reise ut av Gaza nå, vil det midlertidig være mulig for et familiemedlem i Norge (referansepersonen) å fremme søknad om familieinnvandring på vegne av et familiemedlem som oppholder seg i Gaza."

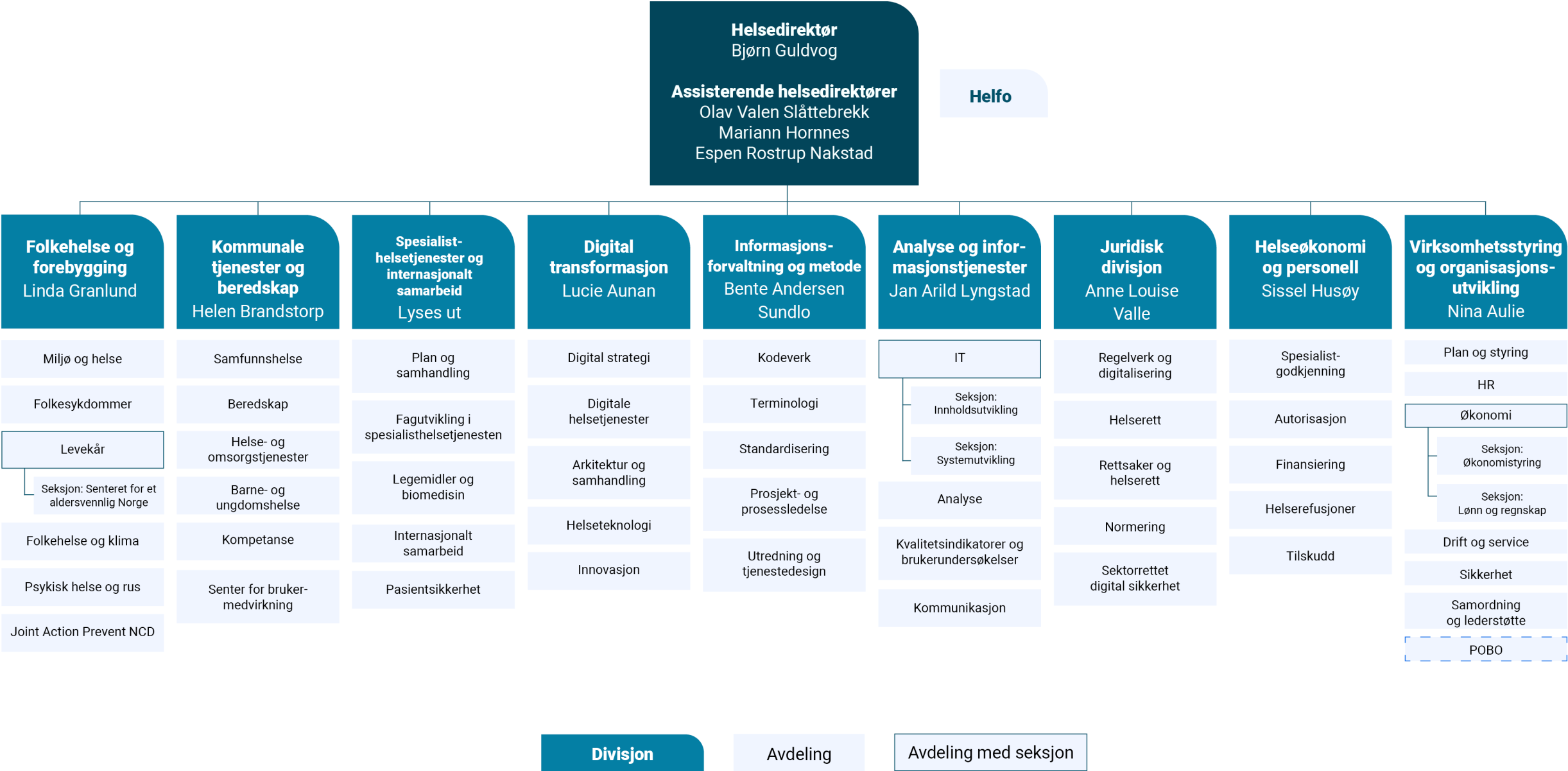
8. Mulige saker til neste møte

- Kort orientering om tidlig helsekartlegging/smittevern nyankomne flyktninger.
- Kort orientering om avdeling samfunnshelse
- Resultater fra kartleggingen av behandlingstilbudet til kjønnslemlestedede jenter/kvinner.

Orienteringssaker

Møte i fagråd for innvandrerhelse 6.mars 2024

Organisasjonskart for Helsedirektoratet 1. april 2024



- Møte med UDI på direktørnivå 11.april (aldersundersøkelser asylsøkere, helsekartlegging og helseundersøkelser i ankomst- og mottaksfasen)
 - Helsehjelp/helsetjenester i ankomstfasen/mottak (dialog med SF, UDI og kommuner)
 - Resultater fra Hdir sin kartlegging av behandlingstilbudet til kjønnslemlestedede
 - Nytt oppdrag fra HOD om innspill til ny handlingsplan fra 2025 om æresrelatert vold og negativ sosial kontroll, inkl. kjønnslemlestelse: Utfordringsbilde og forslag til tiltak (RVTS og NKVTS) frist i mai
 - **Nasjonal helse og samhandlingsplan** lansert 1.mars [Meld. St. 9 \(2023–2024\) \(regjeringen.no\)](#)
- 2.2.3 Likeverdig tilgang til helsetjenester
- 3.2.1 Øke helsekompetansen i befolkningen
- 3.4 Kvinnehelse
- 3.4.3 Tiltak mot vold og overgrep (kjønnslemlestelse etc.)
- 5.4.3 Kompetanseutvikling i vår felles helsetjeneste (tolketjenester)
- 7.3.1 Likeverdige helsetjenester til gravide med minoritetsbakgrunn

- Nasjonal faglig retningslinje [Fødselsomsorgen – Helsedirektoratet](#) lansert 4.mars
«Gravide født utenfor Norge»: tolk og helsekompetanse, Prinsipper for fødselsomsorgen; kulturtilpasset
- Bekymring knyttet til betydelig økning i autisme blant barn med innvandrerbakgrunn, utredning og oppfølging av barn og foreldre (HABU Østfold)
- Digitalt møte med «innvandrernettverkene» (tidligere FHI) om helsesystemet i Ukraina 13.mars
- Webinar om vold og utnyttelse 18.mars [Vold i nære relasjoner, overgrep, utnyttelse og menneskehandel - Helsedirektoratet](#)
- Høring AID: Forslag til endringer i integreringsloven, folketrygdloven og tannhelsetjenesteloven (innstramminger) Forslagene skal bidra til å redusere ankomstene av fordrevne fra Ukraina til Norge. Frist 11.mars
- Innspill til nasjonal livskvalitetsstrategi [Tekstdokument \(regjeringen.no\)](#) frist 15.april

Webbasert innsamlingsmetode. Livskvalitetsundersøkelsene har et høyere frafall enn undersøkelsene som gjennomføres som telefonintervju.

Frafallet er særlig høyt blant dem med lav utdanning og blant dem som er over 80 år.

Det er også betydelig høyere blant personer med innvandrerbakgrunn.



Opinion:

PÅRØRENDE- UNDERSØKELSEN 2023

Pårørende til eldre
hjemmeboende med
hjelpebehov

Innvandrerperspektiv

Gjennomført av Opinion for
Helsedirektoratet // Desember 2023



Metode og gjennomføring

Opinion har totalt gjennomført 27 dybdeintervju, 8 av disse er gjennomført som fysiske intervju på skjermet område på arbeidsssteder/dagsenter/kafé og 19 er gjennomført digitalt via Whereby eller på telefon. Samtlige intervju er gjennomført på norsk uten tolk. Intervjuene varer i snitt 1,5-2 timer.

Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet september til november 2023.



Rekruttering via Norstat

Norstat har rekruttert via Norstatspanelet, Facebook-annonsering og tips basert på utvalgsriterier utarbeidet av Opinion. Totalt 15 respondenter ble rekruttert via Norstat.



Personlig rekruttering

Opinion har rekruttert respondenter via en rekke kanaler, blant annet Furuset Seniorsenter, Romsås Frivillighetssentral, Eldredagen i moské på Grønland, Røde Kors Kvinnekafé på Manglerud, samt snøballrekruttering via disse kanalene. Totalt 12 respondenter ble rekruttert via personlig rekruttering.

HVEM HAR JOBBET MED INNVANDRERDELEN AV PÅRØRENDEUNDERSØKELSEN 2023?



Lene Dieserud
lene@opinion.no

Prosjektleder og
Senioranalytiker



Ellisiv Bergheim
ellisiv@opinion.no

Seniorrådgiver og
leder for kvalitativ
avdeling



Lykke Bjørnøy
lykke@opinion.no

Senioranalytiker og
fagsjef for kvalitative
metoder

Dybdeintervjuer med pårørende: Hvem har vi snakket med?

Kjønn



7

menn



21

kvinner*

Alder på respondent



26-86 år

Landbakgrunn

Polen/Litauen

Bosnia

Russland

Iran

Irak

Tyrkia

Somalia

Pakistan

India

Sri-Lanka

Vietnam

Filippinene

Marokko

Colombia

Relasjon til den de er pårørende til



Voksne barn: 17*

Voksne svigerbarn: 2

Ektefelle: 3*

Niese/søsken/barnebarn: 3

Familievenn: 1

Nøkkelperson (hjelper mange): 1

*) Et intervju var dyade med datter og ektefelle

Bosted



I all hovedsak
Oslo og Viken

Agder: 1

Målgruppe

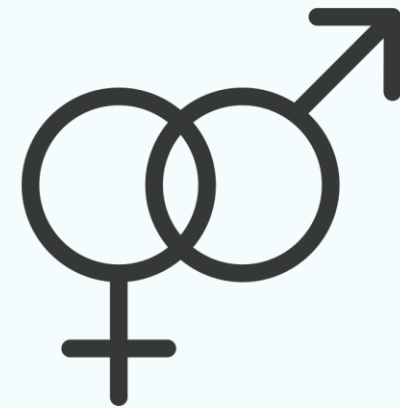
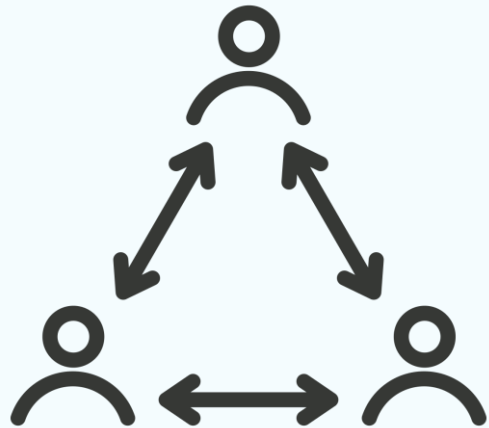


Pårørende til eldre med
innvandrerbakgrunn som
er 60 år+

Majoriteten er voksne
barn av den eldre, der
den eldre kom til Norge
som arbeidsinnvandrer
eller flykning i perioden
1970-2015



VIKTIGE FAKTA OM UTVALGET



HVEM ER DEN PÅRØRENDE?



EKTEFELLER



VOKSNE BARN



ANDRE



En pårørende i
takknemlighetsgjeld



En pårørende
**som er sin egen
lykkessmed**



En pårørende
som alltid har bistått ...



Pårørenderollen er sammensatt

AKSEPT

GLEDE

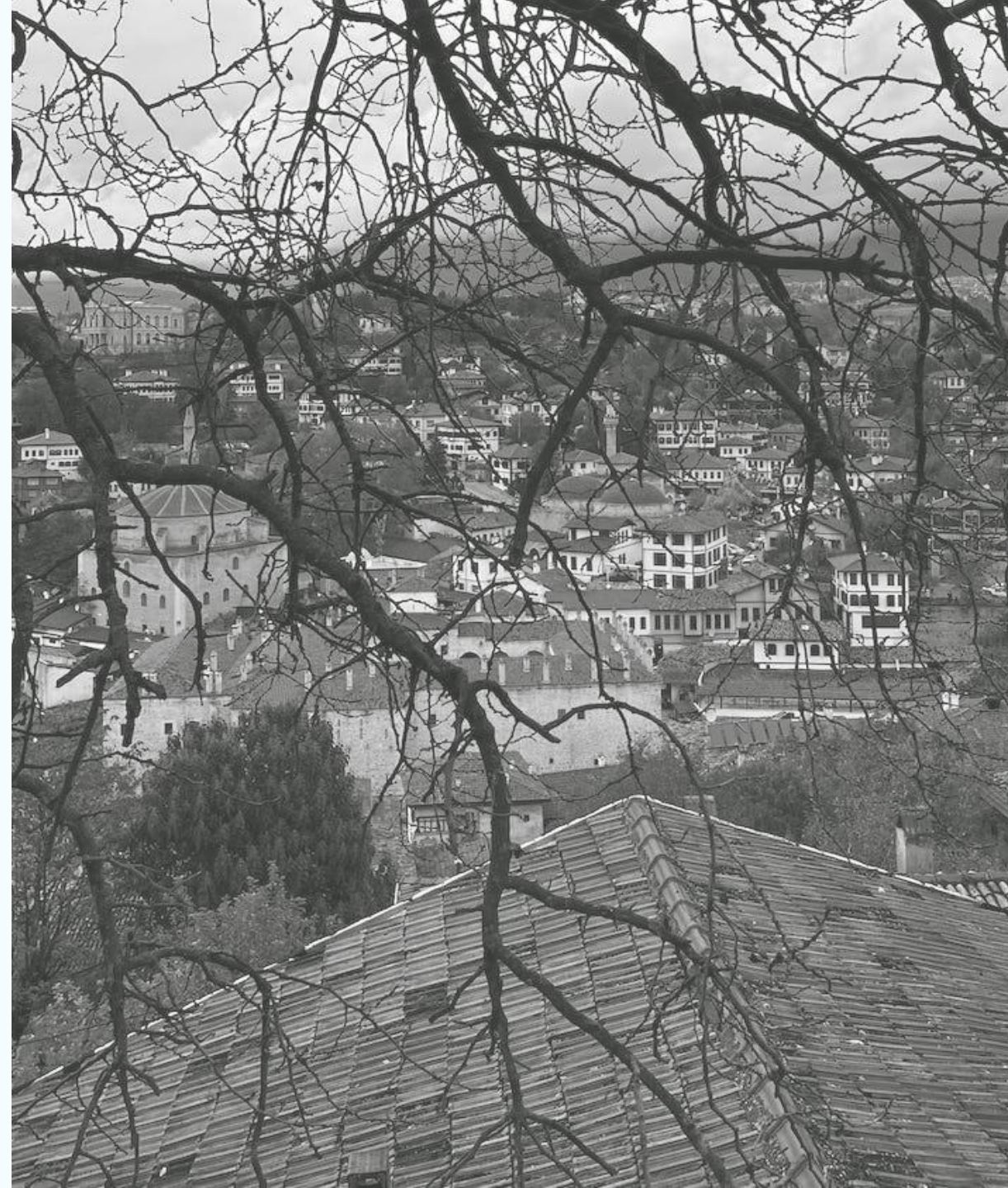
BELASTNING



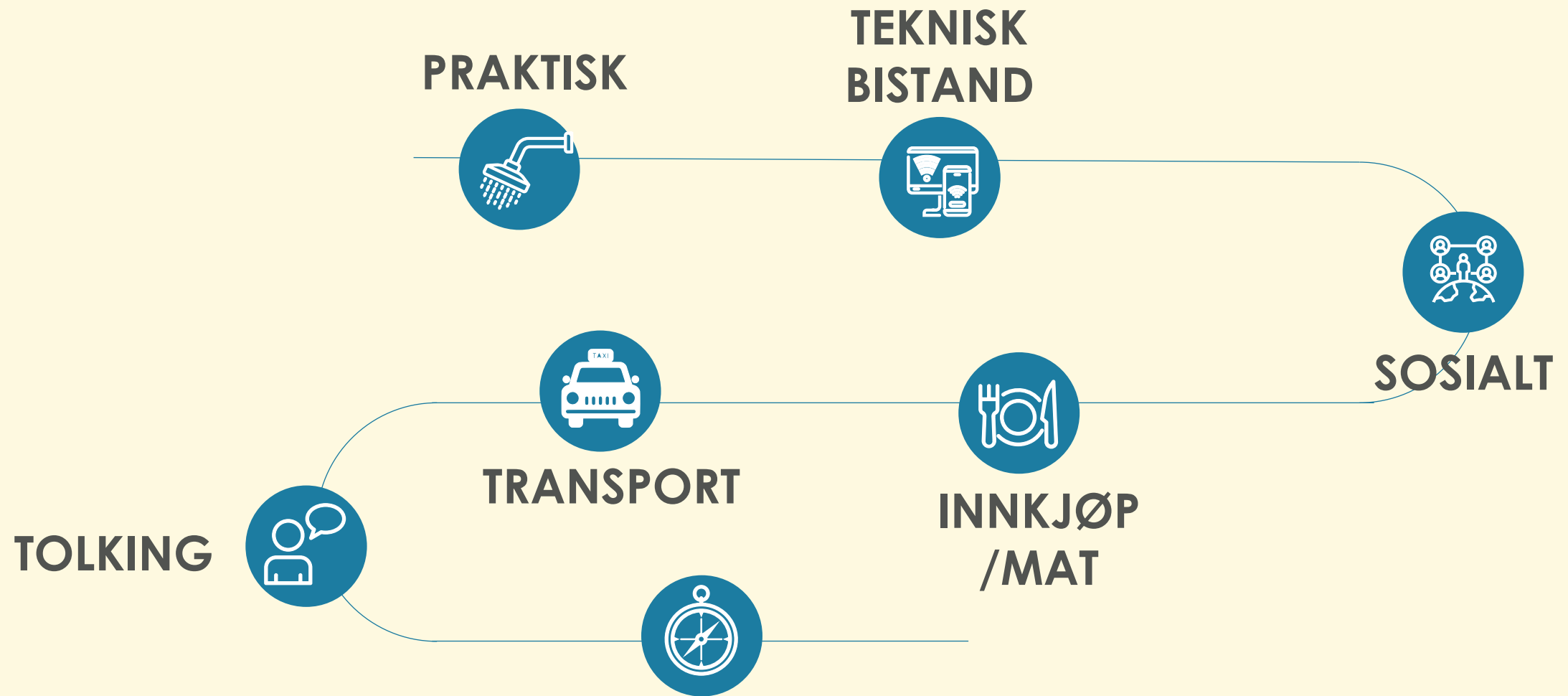
OMSORG OG PLEIEOPPGAVER



Flere eldre
bor mentalt i
hjemlandet



Pårørendeoppgavene er mangfoldige med ulik belastning



EN NAVIGATØR I DET NORSKE SAMFUNNET



Praktiske oppgaver



Teknisk bistand



Innkjøp og mat



Transport



Sosialt



Tolk



MIGRASJONSASPEKTER VED DE PÅRØRENDE OG DERES ELDRE



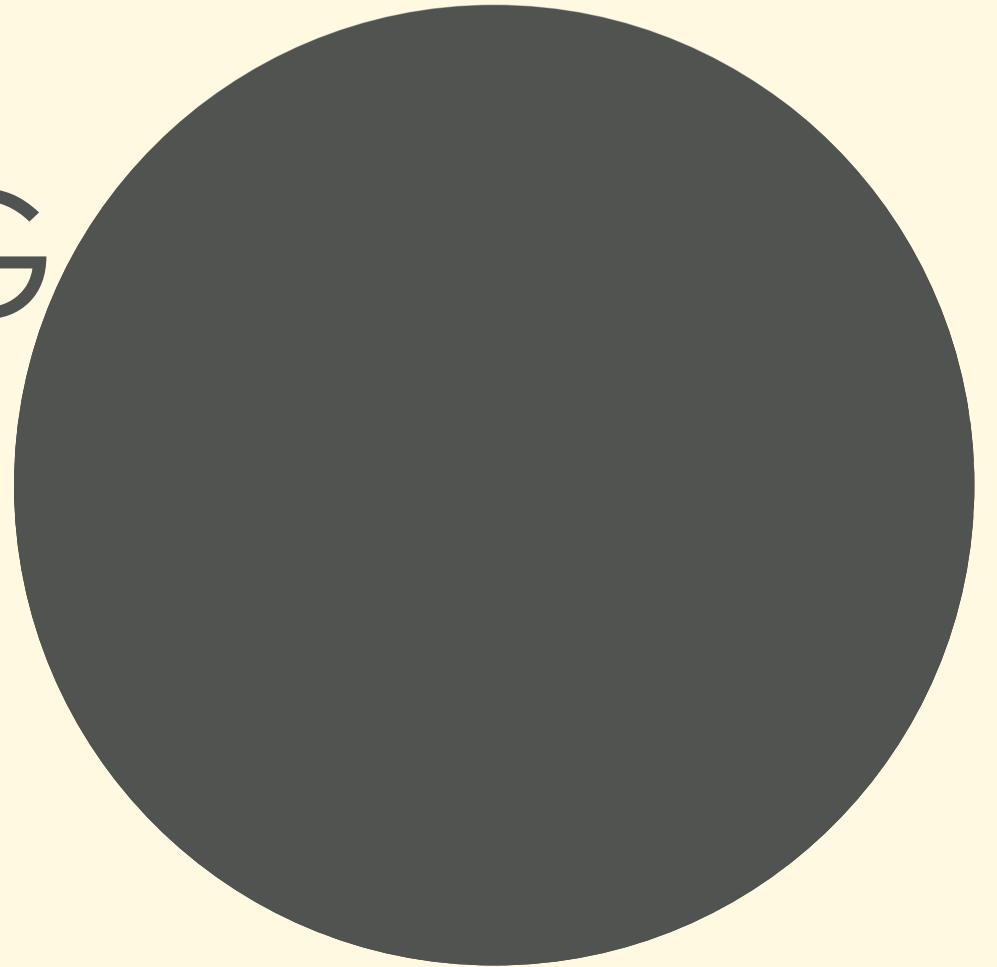
FAMILIEN ER DET NATURLIGE VALGET



PSYKISK UHELSE



DISKRIMINERING OG RASISME



BEKYMRING FOR SYKEHJEM



FRYKT FOR SYSTEMET



STOLER PÅ SYKEHUS OG FASTLEGER



OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER



Det er klare
forbedringspotensial
på alle fire
satsingsområdene i
«Bo trygt hjemme-
reformen».

LEVENDE LOKALSAMFUNN

TILPASSEDE BOTILBUD

Det er klare
forbedringspotensial
på alle fire
satsingsområdene i
«Bo trygt hjemme-
reformen».

KOMPETENTE MEDARBEIDERE

***TRYGGHET FOR ELDRE BRUKERE
SOM BOR HJEMME.***

VIKTIGSTE FUNN

fra undersøkelsen

1

Et tett samarbeid mellom hjemmet og offentlig tjenester i den siste fasen av livet er ukjent/uvant for mange pårørende. Omsorgsoppgavene oppleves som et privat anliggende. Hjelp fra det offentlige skal være et supplement til omsorgen og ivareta medisinske oppgaver de pårørende ikke har kompetanse til selv å gjennomføre.



2

Pårørende er den eldres informasjonskanal og viktigste bidragsyter. I dag får ikke den pårørende tilstrekkelig informasjon om sykdomsforløp, behandling og omsorgsoppgaver slik at de kan ivareta den eldre hjemme lengst mulig. Den pårørende etterlyser et kunnskaps- og kompetanseløft for at omsorgen for den eldre skal bli best mulig.



3

Alderdom, svekkede kognitive evner og mindre sosial kontakt utover familien gjør at mange eldre blir dårligere til å snakke og forstå norsk. I likhet med andre eldre kan en mangel på fremtid øke fokuset på fortiden og tidligere opplevelser. For personer med andre landbakgrunner kan det bety at de mentalt sett "flytter hjem". Det gjør at i en hjelpesituasjon blir empatiske og gode kommunikative evner spesielt viktig for denne gruppen.



4

Manglende sosialt nettverk for den eldre oppleves som en belastning for den pårørende, og tiltak som innebærer sosialt samvær for den eldre vil være en god avlastning. En isolering av den eldre er ikke ønskelig, men pårørende er i liten grad kjent med sosiale tilbud i nærmiljøet og/eller den eldre føler seg utrygg grunnet manglende norskkunnskaper og dermed uteblir fra sosiale aktiviteter.



5

Et godt samarbeid mellom pårørende og hjemmetjenesten kan i flere tilfeller være løsningen for siste del av livet til mange i denne målgruppen. Pårørende kan få hjelp til tunge omsorgsoppgaver og medisinsk stell. En tjeneste som kan avlaste den pårørende og muliggjør at den eldre kan bo hjemme lengre. Tjenesten fra hjemmetjenesten er mindre synlig for omverdenen, og den eldre beholder sin ære og stolthet igjennom alderdommen.





Pårørende opplever at arbeidsplassen tilrettelegger lite for pårørendearbeid i dag. Ettersom de pårørende er yngre og har selv et familieliv, er de avhengige av arbeidsgivere som tilrettelegger for store pårørende- og omsorgsoppgaver når de er relativt unge arbeidstakere.



Sansemestring

Oversikt og rammeverk for videre arbeid

Syn, hørsel, tegnspråk, kombinert, aldersrelatert og utviklingshemming

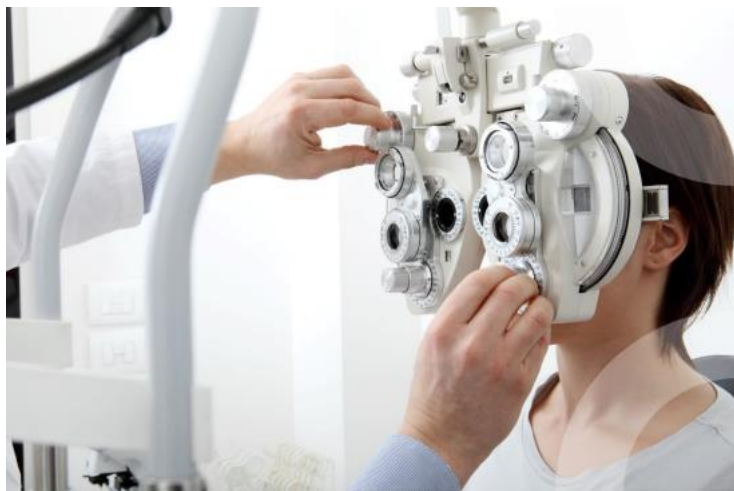


Rådet for innvandrerhelse

- 1.000.000 nordmenn med hørselstap
- 500.000 nordmenn med synstap
- Økning på 40% i 2030, aldersrelatert hørselstap.
 - Økningen fortsetter.
 - Ukjent på syn
- Syn og hørsel: ulike grupper, men noe felles løsninger?
- Kort gjennomgang av klynger

Utredninger

Utredning av tilbud til
hørselshemmede,
Helsedirektoratet 2020



Kunnskapsgrunnlag om synshemmede i
Norge: Pasientgrupper, aktører og
muligheter for å styrke tjenestetilbudet.
Oslo Economics på oppdrag fra
Helsedirektoratet, 2021



Og mer....

- Oppdragstekster syn og hørsel
- Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Rammever



Hørselhemmet

Synshemmet

Tegnspråklig

Utviklingshemning

Kombinert syn og hørselshemmet

Aldersrelatert syn og hørsel, kombinert

Vi må laste supertankeren riktig

Wikipedia



Spørsmål, innvandrerhelse

- Noen grupper eller tema vi har glemt?
- Vi har innspill som tyder på at personer med syn- og hørselsutfordringer i innvandrerfamilier først og fremst forholder seg til familien sin. Det kan være fordeler og ulemper med dette. Det kan også en slags beskyttelse av den som har funksjonshindring, men også en begrensning. Hva er ditt inntrykk? Er dette noe vi bør gå videre på?

Bruk av DPS blant kvinner med innvandrerbakgrunn

Møte i fagråd for innvandrerhelse 6. mars

MELS@fhi.no



Støttet av
Forskningsrådet

Hensikten med prosjektet

- Oversikt over bruk av distrikt psykiatrisesentere (DPS) blant kvinner med innvandrerbakgrunn sammenlignet med kvinner for øvrig
- Risikofaktorer for psykiske lidelser – er det forskjeller for kvinner med innvandrerbakgrunn og kvinner uten innvandrerbakgrunn?
- Konsekvenser: hvordan klarer kvinner med innvandrerbakgrunn seg når de har (hatt) en psykisk lidelse sammenlignet med kvinner uten innvandrerbakgrunn?

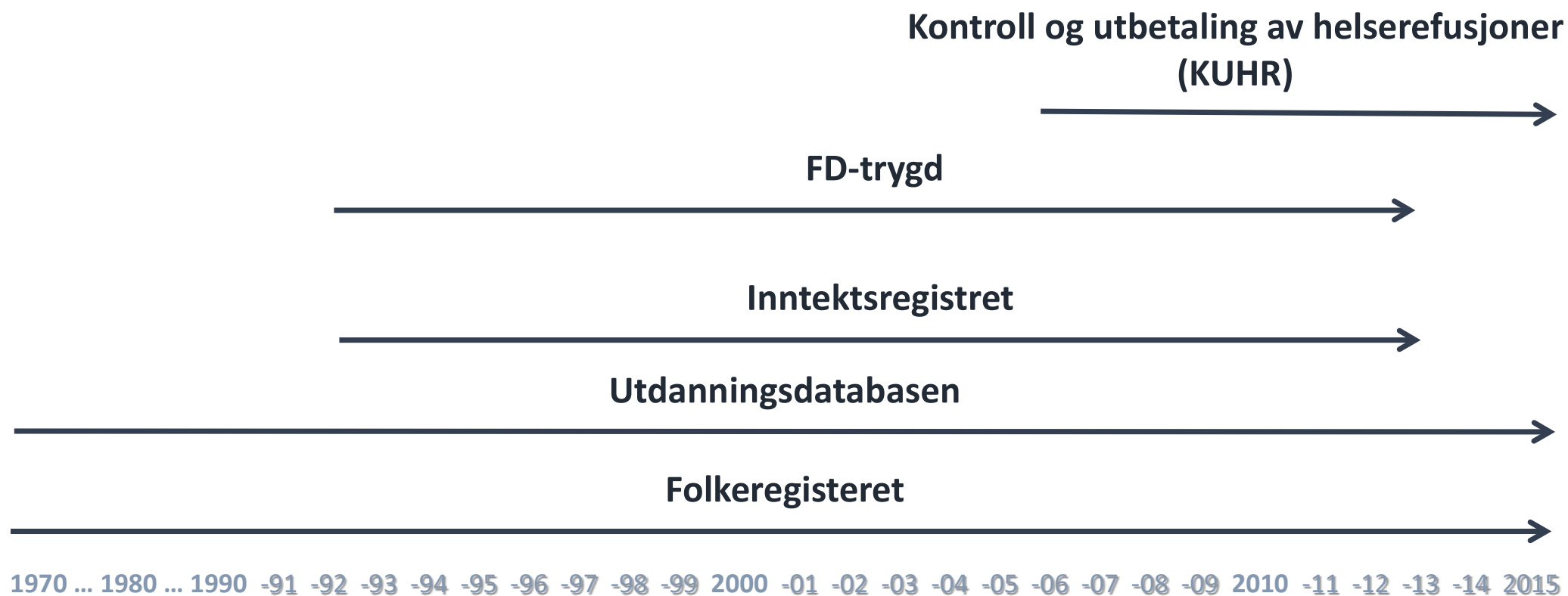




Konklusjon

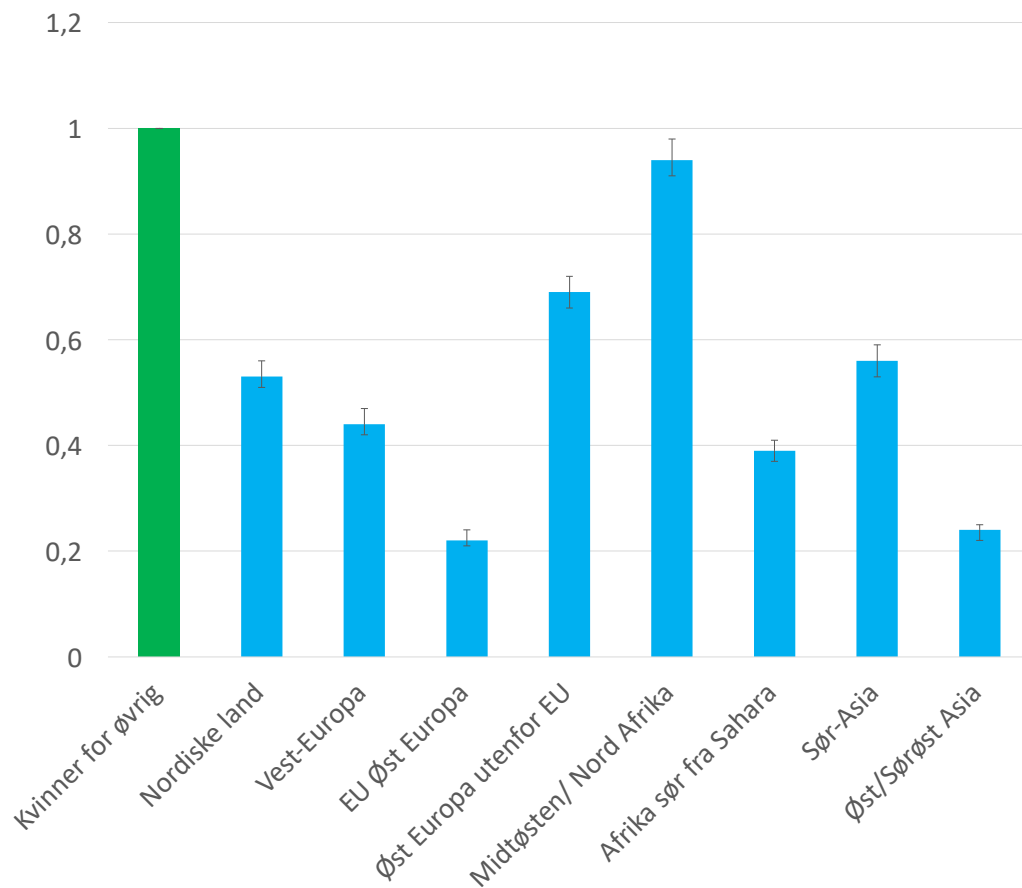
- Skeiv fordeling i hvem som bruker (eller får tilgang) til DPS
- Innvandrerkvinner som ansees som ressurssterke bruker DPS til større grad enn mindre ressurssterke
 - Motsatt blant befolkningen for øvrige
- Vei å gå for å oppnå likeverdige helsetjenester?

Registre

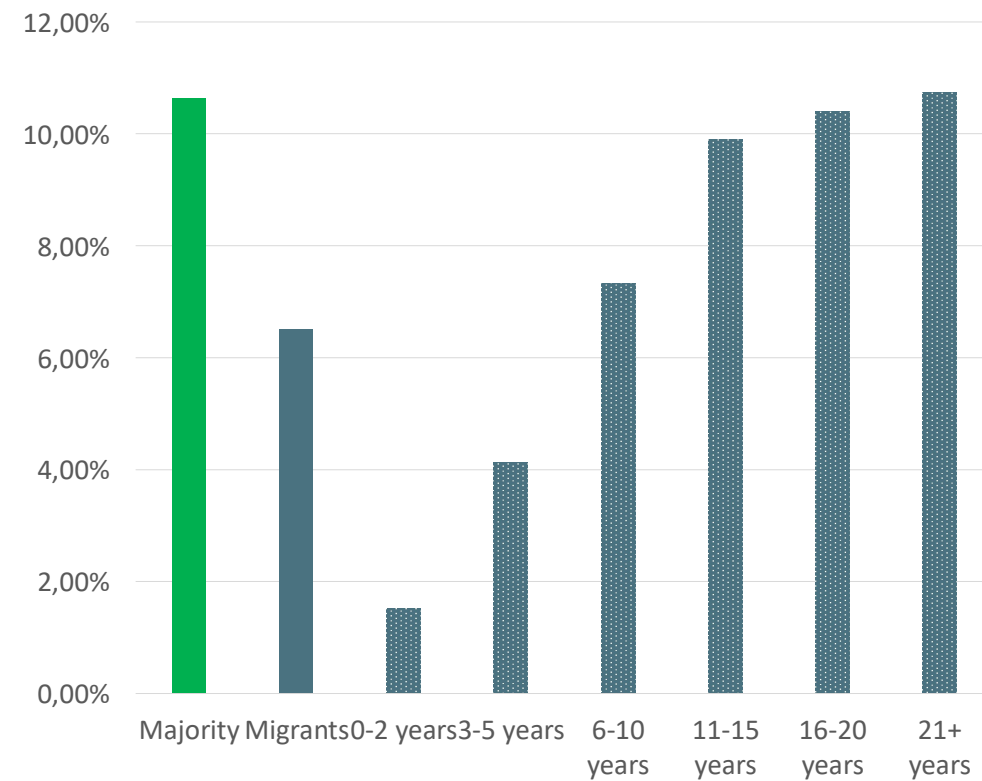


Straiton, M. L., Corbett, K., Hollander, A.-C., & Hauge, L. J. (2019). Outpatient mental healthcare service use among women with migrant background in Norway: a national register study. *BMC Health Services Research*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4788-4
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4788-4>

- Så på hvem hadde brukt DPS minst en gang over en fem års periode
- Justert for alder og inntekt var odds av å bruke DPS sammenlignet med kvinner uten innvandrerbakgrunn:
 - Ca 60% lavere for kvinnelig etterkommere
 - Ca 50% lavere for innvandrerkvinner



Odds av DPS bruk ved landbakgrunn



Andel som brukte DPS minst en gang ved botid

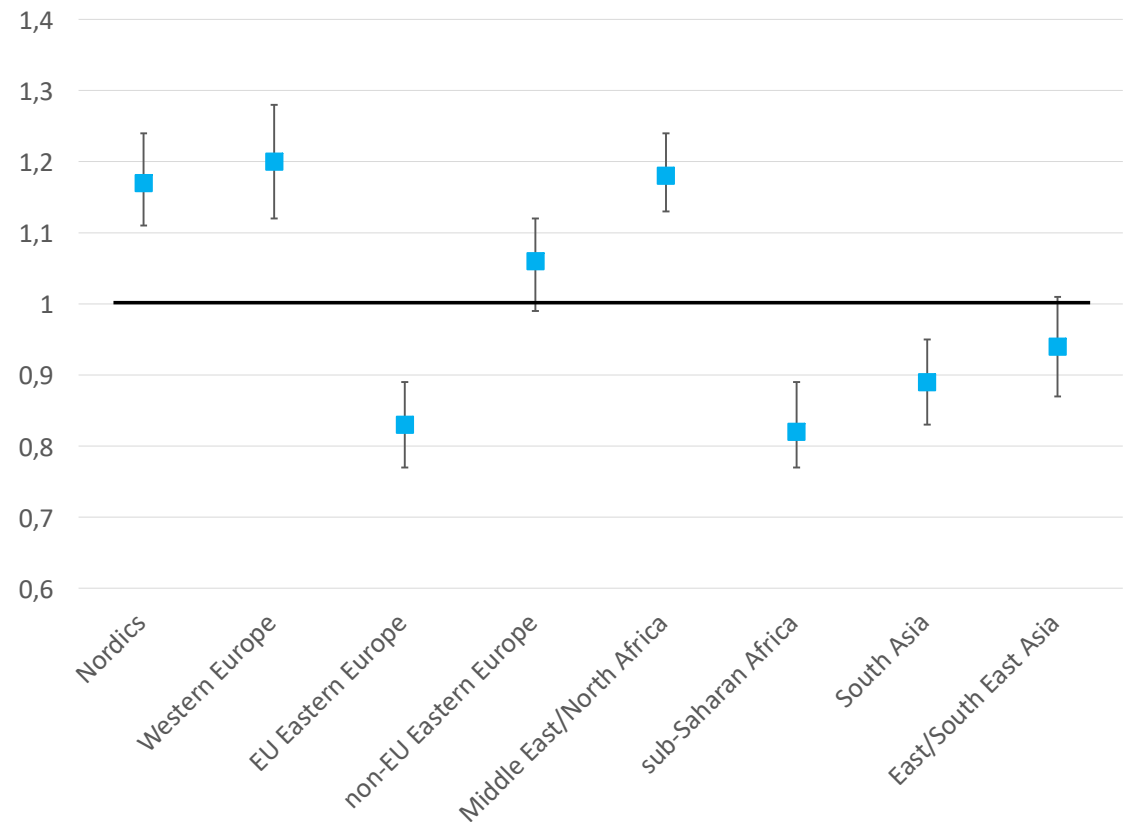
Straiton, M. L., Liefbroer, A. C., Hollander, A.-C., & Hauge, L. J. (2022). Outpatient mental health service use following contact with primary health care among migrants in Norway: A national register study. *Social science & medicine*, 114725. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114725
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622000284?via%3Dihub>



Blant de som har vært hos fastlegen

Blant de som har vært hos fastlegen

- Kontakt med DPS i oppfølgingsperiode:
 - 14.1% migranter
 - 13.4% av befolkningen for øvrig
- Største forskjeller på primærhelsetjeneste nivå
 - Er det her at de største barrierene ligger?
- Variasjon tvers landbakgrunn
 - men forskjellene er mindre enn når vi kun se på DPS bruk



Hazard ratio for DPS kontakt innen to år av en P-diagnose hos fastlegen ved landbakgrunn

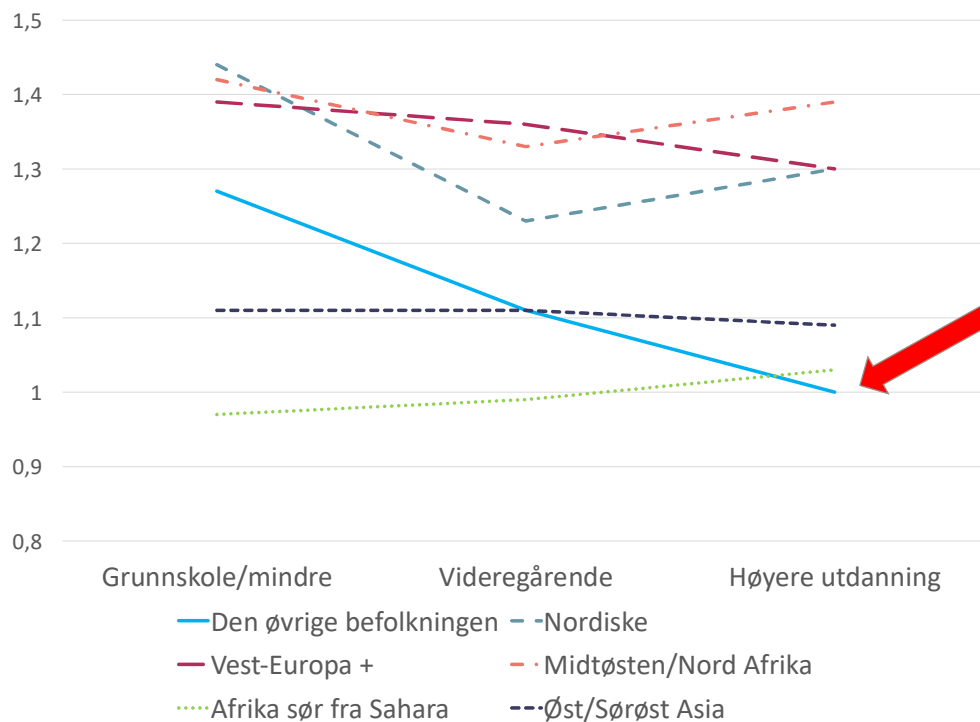


Skeiv fordeling i bruk av DPS?

Utdanning



Utdanning



- Negativ assosiasjon mellom utdanning og kontakt med DPS blant den øvrige befolkningen som har besøkt fastlegen
- Svakere for flere innvandrergupper
- Høyere utdanning som muliggjørende faktor?
 - Skeiv fordeling av hvem klarer å få tilgang til DPS

Hazard ratio for kontakt med DPS ved utdanning og verdensdel

FHI - 09.05.2024

Straiton et al (2022).

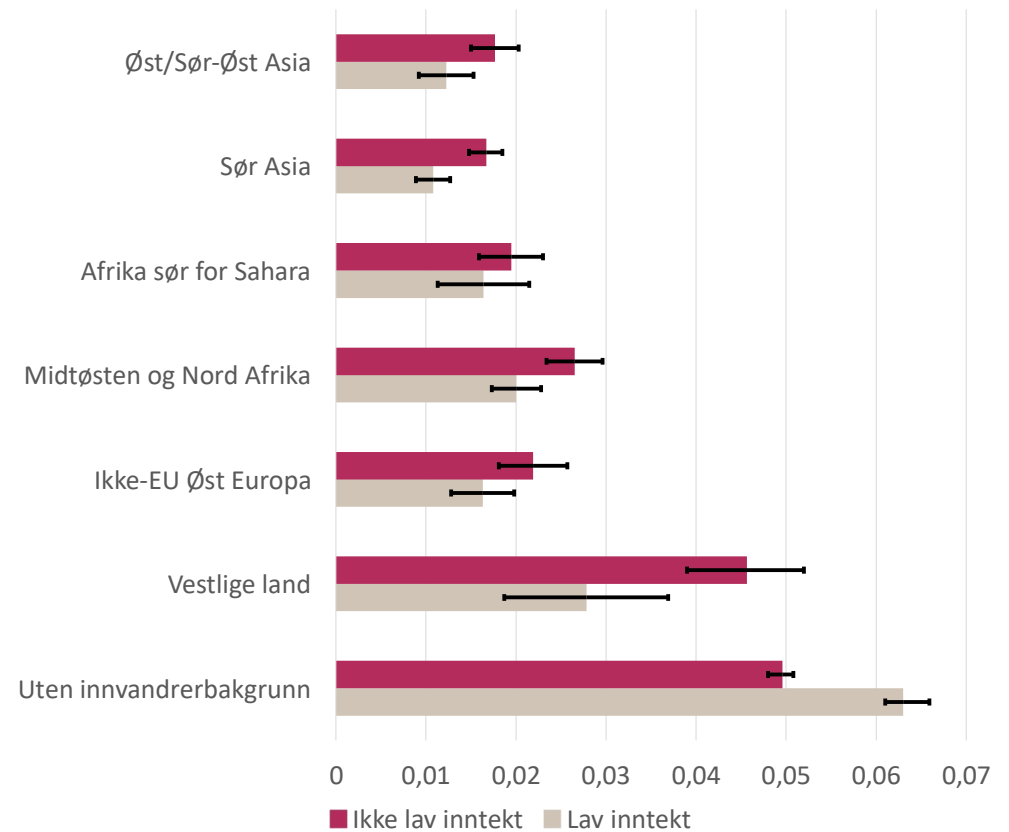


Hynek, K.A., Abebe, D.S., Hollander, A.C., Liefbroer, A.C., Hauge, L.J. & Straiton, M.L. (2022). The association between persistent low parental income during preschool age and mental disorder in adolescence and early adulthood: a Norwegian register-based study of migrants and non-migrants. *BMC Psychiatry*. 22:206.

<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03859-6>

Vedvarende lav inntekt øker risikoen for DPS bruk senere i livet

- Men kun for personer uten innvandrerbakgrunn
- Assosiasjonen var motsatt for innvandrere
 - De med høyere inntekt hadde noe høyere sannsynlighet for å bruke DPS
- Ressurssterke innvandrerfamilier oppsøker DPS, bedre psykisk helse blant innvandrere, barrierer for å oppsøke psykisk helsehjelp?



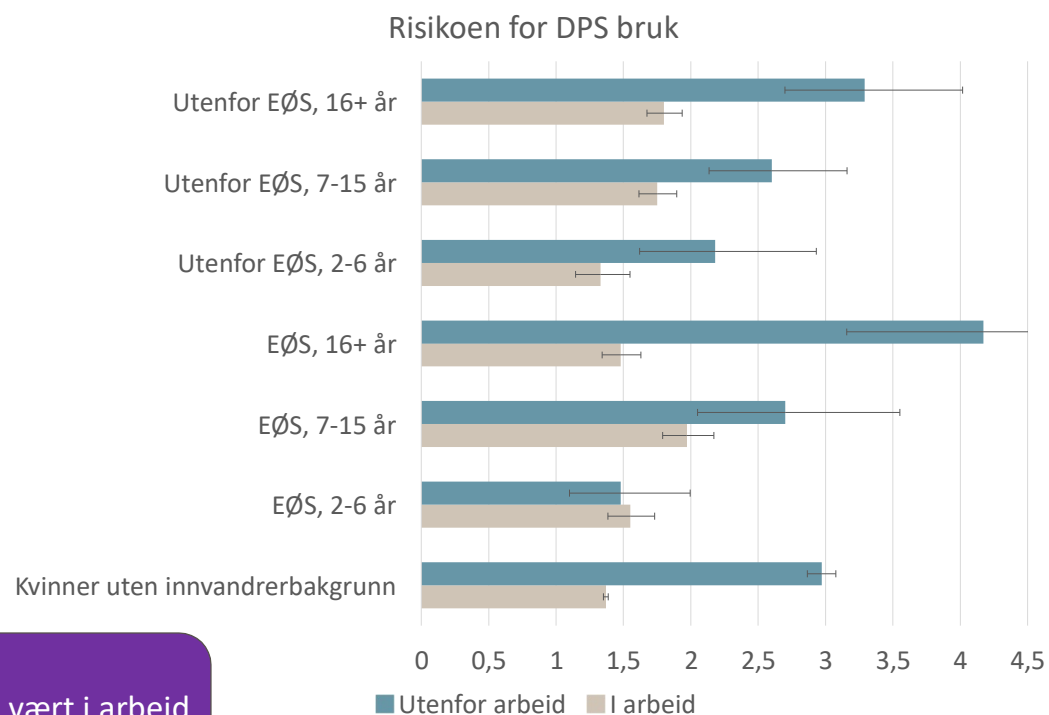
A woman with dark hair, wearing a white button-down shirt, is in the foreground, gesturing with her right hand while holding a tablet in her left. She is smiling and looking towards the camera. In the background, two other people are visible: a man with a beard and a woman with glasses, both in business attire, standing near a large screen. The setting appears to be a modern office or meeting room.

Straiton, M.L. Hynek, K.A. & Corbett, K. (2022). The risk of outpatient mental health care service use following departure from work: a cohort register study of migrant and non-migrant women. *BMC Health Services Research*. 22:706.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08113-z>

Straiton, M.L., Hollander, A.C., Hynek, K.A., Liefbroer, A.C. & Hauge, L.H. (2022). The relationship between motherhood and use of mental health care services among married migrant and non-migrant women: a national register study. *BMC Psychiatry* 22:211
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03848-9>

Å falle utenfor arbeidslivet øker risikoen for DPS bruk

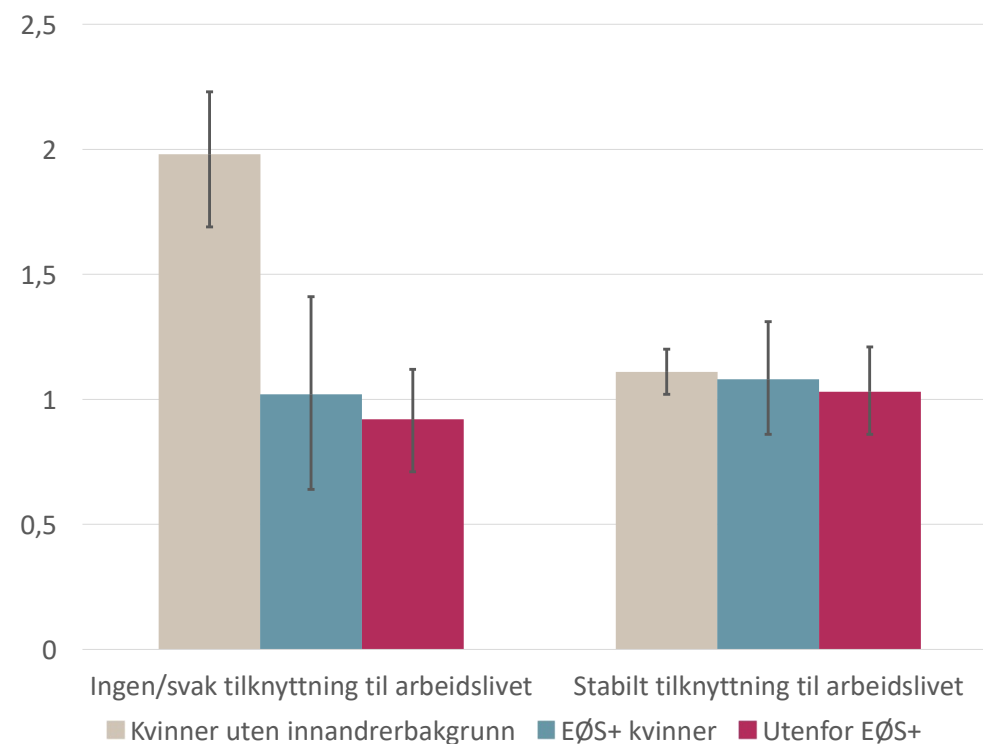
- Økt risiko for DPS bruk blant kvinner uten innvandrerbakgrunn og kvinner fra utenfor EØS-området som falt ut av arbeidslivet
- Innvandrerkvinner (med unntak av EØS 2-6 år) har ikke lavere risiko for DPS bruk enn kvinner for øvrig
 - Deltakelse i arbeidslivet legger til rette for å søke helsehjelp ved behov?



Alle hadde vært i arbeid i minst to år

Arbeidsdeltakelse assosiert med lavere sannsynlighet for DPS bruk blant mødre

- Men kun blant mødre uten innvandrerbakgrunn
- Ingen effekt av arbeidsdeltakelse på sannsynligheten for DPS bruk blant mødre med innvandrerbakgrunn
 - *Har ikke arbeidsdeltakelse den samme effekten på psykisk helse for alle?*
 - *Mindre helseseleksjon utenfor arbeidslivet*
 - *Eller jobb som «hjelpemiddel» for å søke hjelp??*



Oppsummering

- Innvandrerkvinner har lavere risiko for DPS bruk – mer motstandsdyktighet eller barrierer?
- Men forskjellen mindre for de som har vært hos fastlegen
 - Og de som er i jobb og de som vokser opp uten vedvarende lav inntekt



Implikasjoner



- Kvinner med lavere utdanning, inntekt og som ikke deltar i arbeidslivet er dårligere stilt til å bruke DPS ved behov
 - Strategier for likeverdige helsetjenester må fokusere på slike grupper
 - Promotering av utdanning og økt arbeidsdeltakelse av innvandrerkvinner kan muligens øke helsetjenestebruk ved behov
- Trenger studier som kan se på forskjellen i behov for og bruk av helsetjenester for psykiske vansker

**Takk for
oppmerksomhet!**



Artikler som inngår i prosjektet

Straiton, M.L., Liefbroer, A.C., Hollander, A.C. & Hauge, L.J. (2023) Sickness absence around contact with outpatient mental health care services – differences between migrants and non-migrants: a Norwegian register study. *BMC Psychiatry*, 23: 428. 8 <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04874-x>

Straiton., M.L. Hynek, K.A. & Corbett, K. (2022). The risk of outpatient mental health care service use following departure from work: a cohort register study of migrant and non-migrant women. *BMC Health Services Research*. 22:706.

<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08113-z>

Hynek, K.A., Abebe, D.S., Hollander, A.C., Liefbroer, A.C., Hauge, L.J. & Straiton, M.L. (2022). The association between persistent low parental income during preschool age and mental disorder in adolescence and early adulthood: a Norwegian register-based study of migrants and non-migrants. *BMC Psychiatry*. 22:206.

<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03859-6>

Straiton, M.L., Hollander, A.C., Hynek, K.A., Liefbroer, A.C. & Hauge, L.H. (2022). The relationship between motherhood and use of mental health care services among married migrant and non-migrant women: a national register study. *BMC Psychiatry* 22:211

<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03848-9>

Hynek, K. A., Hollander, A.-C., Liefbroer, A. C., Hauge, L. J., & Straiton, M. L. (2022). Change in Work-Related Income Following the Uptake of Treatment for Mental Disorders Among Young Migrant and Non-migrant Women in Norway: A National Register Study. *Frontiers in Public Health*, 9(736624). doi:10.3389/fpubh.2021.736624

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.736624/full>

Hynek, K.A., Abebe, D.S., Liefbroer, A.C., Hauge, L.J. & Straiton, M.L. (2022). The association between early marriage and mental disorder among young migrant and non-migrant women: a Norwegian register-based study. *BMC Women's Health*. 22:258.

<https://doi.org/10.1186/s12905-022-01836-5>

Straiton, M. L., Liefbroer, A. C., Hollander, A.-C., & Hauge, L. J. (2022). Outpatient mental health service use following contact with primary health care among migrants in Norway: A national register study. *Social science & medicine*, 114725. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114725

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622000284?via%3Dihub>

Straiton, M. L., Hynek, K. A., Reneflot, A., & Hauge, L. J. (2022). Mental disorder and first-time marriage formation among non-Western migrant women: A national register study. *SSM - Population Health*, 17, 101022. doi:10.1016/j.ssmph.2022.101022

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827322000015>

Straiton, M.L., Reneflot, A.C., Hynek, K.A., Liefbroer, A.C. & Hauge, L.J. (2022). Mental disorder and subsequent marital separation among migrant and non-migrant women. *Health Care for Women International*. DOI: 10.1080/07399332.2021.2007926 . Full article: [Mental disorder and subsequent marital separation among migrant and non-migrant women \(tandfonline.com\)](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2021.2007926)

Hynek, K. A., Straiton, M. L., Hauge, L. J., Corbett, K., & Abebe, D. S. (2020). Use of outpatient mental healthcare services and upper-secondary school completion in young women with migrant background – A population-based study. *SSM - Population Health*, 17(100631). doi:10.1016/j.ssmph.2020.100631

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827320302688>

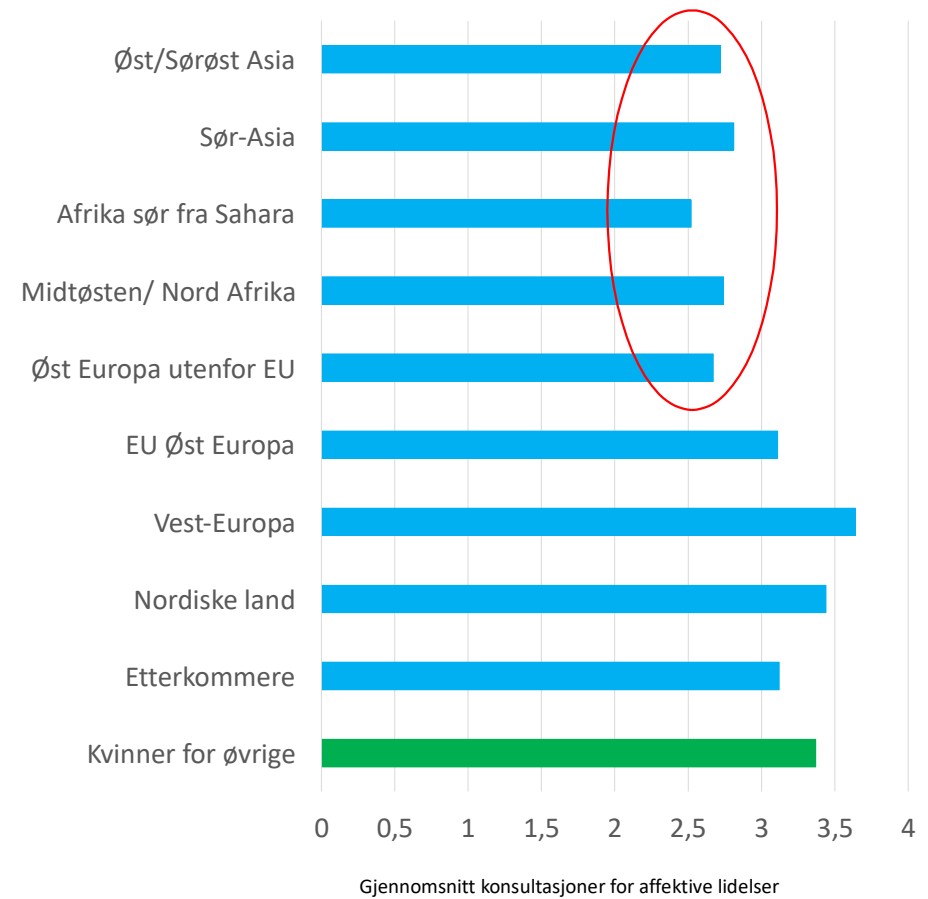
Straiton, M. L., Corbett, K., Hollander, A.-C., & Hauge, L. J. (2019). Outpatient mental healthcare service use among women with migrant background in Norway: a national register study. *BMC Health Services Research*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4788-4

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4788-4>

Straiton, M.L., Abebe, D.S. & Hauge, L.H. (under review): Age of migration and common mental health disorders among migrants in early adulthood. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

Hvor mye bruker de DPS?

- Ikke kun barrierer til å få tilgang men også for å opprettholde tilgangen?



FHI - 09.05.2024

Straiton, M. L., Corbett, K., Hollander, A.-C., & Hauge, L. J. (2019).

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4788-4>