



Delprosjekt Migrasjonshelse

Rapport

Migrasjonshelse

Referanse.:

Dato: 26.9.2012

Versjon:

Ansvarlig: Bjørg Torill Madsen,
delprosjektleder

Endelig (19)

Innhold

INNHold	2
SAMMENDRAG OG ANBEFALING	4
1. BAKGRUNN	5
1.1 BEGREPSAVKLARING	6
2 HVORFOR SÆRLIGE TILTAK KNYTTET TIL MIGRASJONSHELSE?	6
2.1 HVA MANGLER I DAG?	8
3 MANDAT	10
4 AVGRENSING AV MANDATET OG TIL ANDRE PROSJEKTER/AKTIVITETER	10
4.1 PROSJEKT HELSETJENESTER FOR MINORITETSBEFOLKNING I HOVEDSTADSOMRÅDET”	11
4.2 TOLKETJENESTER – ET UNDERPROSJEKT AV STYRKING AV LIKEVERDIG OG INTEGRERENDE HELSETJENESTER	11
4.3 LIVSSTILSKAFÈ	11
5 ORGANISERING AV DELPROSJEKTET MIGRASJONSHELSE	12
6 MÅL FOR RESSURSSENTER FOR MIGRASJONSHELSE	13
6.1 HOVEDMÅL FOR RESSURSSENTERET	14
6.2 DELMÅL FOR RESSURSSENTERET	14
7 MÅLGRUPPER FOR RESSURSSENTERET	14
8 HVA BØR ETABLERES I ET RESSURSSENTER FOR MIGRASJONSHELSE	15
8.1 INNHENTE KUNNSKAP OG ERFARING.....	16
8.2 SYSTEMATISERE, EVALUERE OG UTVIKLE NY KUNNSKAP.....	16
8.3 KUNNSKAPSDDELING, SPREDNING OG IMPLEMENTERING	17
8.3.1 Kurssted og kursutvikling.....	18
8.3.2 Informasjonsmateriell	20
8.3.3 Kulturveiledere	21
9 VISNINGSLEILIGHET – ”BOBRA–HUSET” ET TRYGT OG SIKKERT HJEM	22
10 ULIKE ARENAER FOR SAMARBEID OG NATURLIGE SAMARBEIDSPARTNERE	23
10.1 RELASJON TIL LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTER	23
10.2 RELASJON TIL GERIATRISK RESSURSSENTER	24
10.3 REGIONALT RESSURSSENTER OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFOREBYGGING - REGION ØST (RVTS-Ø).....	25
10.4 SAMARBEID MED HØGSKOLE OG UNIVERSITET.....	25
10.5 SAMARBEID MED ENHET FOR MANGFOLD OG INTEGRERING	26
10.6 SAMARBEID MED PASIENTORGANISASJONER OG FORENINGER	26
10.7 SAMARBEID MED LIKESTILLINGS- OG DISKRIMINERINGSOMBUDET (LDO).....	27
10.8 INTERNASJONAL HELSE – OG SOSIALGRUPPE (IHSG)	27
10.9 GRENSEOPPGANG I FORHOLD TIL NAKMI	28
11 UTREDE FINANSIERING, FREMTIDIG ORGANISERING OG RESSURSBEHOV	28

11.1 ORGANISERING	28
11.2 RESSURSBEHOV	29
11.3 FINANSIERINGSMODELL	29
12 VIDERE ARBEID OG FORELØPIG PLAN FOR IMPLEMENTERING	30
REFERANSER	33
VEDLEGG.....	34

Sammendrag og anbefaling

- Det opprettes et Ressurssenter for Migrasjonshelse ved Samhandlingsarena Aker som et 2-årig etableringsprosjekt. Tilbudet evalueres og danner grunnlag for beslutning om eventuell varig drift for senteret fra 1.1.2015. Det inngås forpliktende samarbeidsavtale mellom eierne (sykehusene og Oslo kommune) om drift av prosjektet. Prosjektet administreres av Hovedprosjektet Samhandlingsarena Aker. Det bør også inngås forpliktende samarbeidsavtaler med de viktigste samarbeidspartnerne. Det anbefales at prosjektgruppen videreføres som en referansegruppe i neste prosjektfase for å sikre kontinuitet og forankring i det videre arbeidet.
- Det må jobbes videre med å avklare finansiering av ressurscenteret i prosjektperioden. Det kan være hensiktsmessig med en gradvis opptrapping med ansettelse av prosjektleder i 100 % stilling og utvide med rett kompetanse og ressurs etter plan for prioritering av tiltak (jfr. plan for implementering). Ressurssenteret bør ha en bemanning på minimum 3 årsverk i prosjektperioden dersom en skal få ønskede resultater.
- Målgruppen for ressurscenteret er helsepersonell i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Videre personell i velferdstjenesten (NAV, barnevernstjenesten, ungdomstjenesten og barnehagene etc.), brukerorganisasjoner og beslutningstakere. Bruker- og pasientrettede tiltak er ikke vektlagt i utredningsprosjektet på grunn av at det ikke er i tråd med Oslo kommunes tjenestestruktur der ansvaret ligger til bydelene.
- Prioriterte områder for Ressurssenter for Migrasjonshelse i prosjektfasen er å innhente kunnskap og erfaring, systematisere, evaluere og utvikle ny kunnskap, kunnskapsdeling, spredning og implementering. Være et kurssted, drive kursutvikling og nettverk.
- De planlagte lokaler ressurscenteret er forespeilet i bygg 20, Aker sykehusområde, må ta høyde for at det etableres egnede rom for å avholde møteaktivitet, seminarer og nettverksgrupper. Mer presist estimat av rom og kvadratmeter må gjøres i det videre arbeidet.
- Videre arbeid med å se på Tolkesenter i tilknytning til ressurscenteret avventes til prosjektgruppen leveres sin innstilling til modeller 15. september 2012.
- Etablering av visningsleilighet (BoBra-huset) utredes videre, men det må gjøres en tydelig avklaring av om tilbudet vil bli benyttet av bydelene samt finansieringsmodell før eventuell iverksetting.
- Erfaringer og kunnskap innhentet og høstet fra "Likeverdsprosjektet i hovedstadsområdet" bør overføres til Ressurssenter for Migrasjonshelse på Aker.

1. Bakgrunn

”Samhandlingsarena Aker” er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF for å etablere samhandlingstiltak og nye helsetjenestetilbud til Oslos befolkning i frigjorte lokaler ved Aker sykehus. Tjenestetilbud som opprettes ved ”Samhandlingsarena Aker” skal være byomfattende eller bydelsovergripende. Prosjektet ”Ressurssenter for Migrasjonshelse” inngår som et av flere samarbeidsprosjekter som tar sikte på å utvikle Aker til en samhandlingsarena.

Prosjektet er et utredningsprosjekt som skal vurdere hvilken nytteverdi etablering av et ressurssenter for migrasjonshelse ved Aker kan ha for helse- og sosialtjenesten, og hva som bør være senterets innhold.

Styringsgruppen behandlet i sitt møte 23.9.2011 i sak 2/ 2011; *Visjon og mandat for Samhandlingsarena Aker*. Styringsgruppen ønsker at prosjekt Samhandlingsarena Aker skal utrede migrasjonshelse som et mulig tiltak ved Aker. Notat om migrasjonshelse ble forelagt styringsgruppen 2.12.2011 i sak 12/2011 med vedtak om at styringsgruppen ber om at arbeidet med å etablere et Ressurssenter for Migrasjonshelse videreføres i tråd med anbefalingene i denne saken. Mandat for delprosjektet ble videre forelagt styringsgruppen til behandling 26. januar 2012 og det ble fattet følgende vedtak: ”Styringsgruppen vedtar prosjektmandat for Migrasjonshelse med tillegg av de kommentarer som fremkom i møtet”.

Kunnskap om migrasjonshelse er viktig for Oslos helsetjeneste. Bydelene i Oslo kommune og sykehusene i hovedstadsområdet har gjennom mange år etablert erfaring og utviklet kompetanse i arbeid med innvandrere. Det er i det videre arbeidet av sentral betydning at arbeidet baserer seg på denne kunnskapen, og på de behandlingslinjer og det samarbeid mellom forvaltningsnivåer som allerede er etablert.

Et av temaene i Åpent Forum med bydeler, sykehus, organisasjoner og ansattes representanter i åpent forum 19. oktober 2011 og videre i styringsgruppen var mulighetene for å etablere Ressurssenter for Migrasjonshelse på Aker. Temaet kretset om følgende hovedlinjer:

- bidrar til kunnskapsformidling mot helsetjenesten i Oslo
- bidrar til metodeutvikling og prosjektetablering for å bedre helsetjenesten mot innvandrergrupper
- opplæringstiltak mot helsepersonell i Oslo
- møtested for ressurspersoner innenfor migrasjonshelse i Oslo
- driver av informasjonssentral knyttet til migrasjonshelse i Oslo
- lokalisering av senter for tolketjenester i Oslo
- samarbeidspartner for tilrettelegging av pasienttilbudene på Aker (eks psykisk helse og diabetessenter).

I de videre samtaler med bydeler og sykehus ble det understreket at en på nåværende tidspunkt ikke så behovet for å etablere individrettet behandling til innvandrergrupper ved Aker. Det er viktig at de ordinære tjenestene tilbys denne pasientgruppen med et individuelt fokus på lik linje med alle andre brukere/pasienter. Arbeidet må ta sikte på å heve

kompetansen der ute hvor bruker og pasient er. En egen helsetjeneste vil kunne forsterke forskjeller fremfor å fremme likeverdighet.

Selv om det finnes prosjekter ved noen sykehus og i enkelte kommuner er det i kommunal og sykehusregi utført lite målrettet aktivitet knyttet til innvandreres helseutfordringer. Det erkjennes at det mangler en systematisk bruk av disse på tvers av bydeler og forvaltningsnivå. Det ble skissert muligheter for å etablere et miljø for erfarings og kunnskapsoverføring, dvs. å bygge opp et miljø som sikrer en innsamling av kunnskap og erfaringer, som systematiseres og kan benyttes av tjenesteapparatet. Et samlet kunnskaps- og kompetansemiljø på Aker vil kunne innhente erfaringer både fra egen virksomhet, landet forøvrig og fra andre land, innhente praksiserfaringene og bygge kunnskap om forebyggende og helsefremmende arbeid på individ og gruppenivå.

Et slikt ressursmiljø som er beskrevet bør ha en samlet lokalisering og har en naturlig plassering er på Samhandlingsarena Aker.

1.1 Begrepsavklaring

Migrasjonshelse – må sees i relasjon til benevnelsen migranter som Utlendingsdirektoratet (UDI) omtaler som mennesker som har oppholdt seg mer enn et år utenfor hjemlandet sitt. Migrasjon, innvandring og utvandring, dekker både frivillig og tvungen bevegelse, legale og illegale forflytninger. Studenter, bygningsarbeidere, asylsøkere, direktører i internasjonale selskaper og illegale arbeidsinnvandrere er alle med i det internasjonale migrasjonsbildet (<http://www.udi.no/Sentrale-tema/Internasjonal-migrasjon/#fakta>). International Organization for Migration (IOM) omtaler Migration health som et spesialisert helsefagsområde, som har fokus på individuelle migranternes behov samt et folkehelseperspektiv i vertssamfunnet. (<http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-iom/mission/lang/en>).

Personer med innvandrerbakgrunn – her menes innvandrere som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge og norskfødte med innvandrerforeldre som er født i Norge, men har to foreldre som er innvandrere. (<http://www.ssb.no/innvandring/>).

Bruker – med bruker menes her bruker av tjenestene som er foreslått lagt inn i et Ressurscenter for Migrasjonshelse. Ordet brukere må derfor sees med bakgrunn av målgruppen som er definert i kapittel 7 og som er helsepersonell i kommune og spesialisthelsetjenesten, ansatte i velferdstjenesten, representanter fra brukerorganisasjoner og beslutningstakere.

I noen sammenhenger i rapporten brukes begrepet *pasient og bruker* og hvor *bruker* da er ment å være en person som mottar forskjellige helse – og velferdstilbud i kommune/bydel.

2 Hvorfor særlige tiltak knyttet til migrasjonshelse?

Pasienter med innvandrerbakgrunn er en voksende pasientgruppe i norsk helsevesen generelt og i hovedstadsområdet spesielt. Pr 1.1.2012 er det 547 000 innvandrere i Norge, og 108 000

norskfødte med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse to gruppene 13,1 prosent av befolkningen. Det bor innvandrere i alle landets kommuner. Oslo har den største andelen, med 139 000, 23 prosent av innvandrerbefolkningen. 44 prosent av innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika eller Sør- og Mellom-Amerika (www.ssb.no/innvandring.) Av befolkningen i Oslo med innvandrerbakgrunn har av om lag 40 prosent av disse bodd i Norge i mindre enn fire år.

I 2040 vil nesten halvparten av Oslos befolkning ha innvandrerbakgrunn

SSB har for første gang beregnet hvor mange innvandrere og norskfødte med to innvandrerforeldre det blir i landets fylker og i noen større kommuner fram mot 2040. Særlig i områdene rundt de store byene kan det bli svært rask vekst i årene framover. I Oslo vil nesten halvparten av befolkningen om 30 år være innvandrere eller norskfødte barn av innvandrere, og av dem vil om lag sju av ti ha bakgrunn fra land utenfor EU/EØS-området (<http://www.ssb.no/forskning/artikler/2012/3/1331560369.32.html>, lastet 28.8.2012).

Denne utviklingen gir sterke føringer i utvikling av helse- og velferdstjenester. Det er viktig at man nå igangsetter arbeidet med å forbedre tjenestene til en befolkning som er i endring og hvor vi i årene fremover vil møte en annerledes sammensatt befolkningsgruppe enn den vi har kunnskap om pr i dag.

Det er et mål at tjenestene skal være likeverdige og at pasienter og brukere behandles likeverdig. Man skal sikre at de grupper med særskilte behov mottar tilrettelagt oppfølging for å forstå og gjøre seg forstått og for å være trygg på omgivelsene. Dette forutsetter god håndtering av kulturelle forskjeller for å skape tillit og innsikt i ulike sykdomsforståelse, inkludert subjektiv opplevelse av sykdomstilfellets alvorlighetsgrad. (16).

En rekke studier har vist høyere sykkelighet og dårligere helse i flere av innvandrergruppene (2, 8, 14, 3). Blant store innvandrergrupper ses høyere forekomst av diabetes 2, hjerte-karsykdom, vitamin D-mangel (8, 5), svakere helse med tidlig alderdom, høyere forekomst av psykiske helseproblemer (8) og traumer. Forskning tyder på at vitamin D-mangel kan være en risikofaktor for en rekke alvorlige sykdommer som diabetes, hjerte/karsykdom, kreft, MS, muskel/skjelettlidelser og depresjon. (<http://mighealth.net/no/>) Når det gjelder forekomst av kreft mangler det kunnskap, men erfaringer fra helsetjenesten er at oppmøte til screening blant mange grupper med innvandrerbakgrunn er mye lavere og at kreftsykdommen er langt mer framskreden når innvandrerpasienter kommer i behandling.

Terskelen inn i behandlingstilbudene oppleves å være høy innenfor psykisk helse. Tidlig intervensjon og forebygging av psykiske lidelser må prioriteres og det trengs kunnskap om hvordan gjøre tjenester innen psykisk helsevern tilgjengelige og virkningsfulle. Nakmi (9) peker også på flere forhold som må tas med når man planlegger helsetjenesten til befolkningen og med en økende andel innvandrere som benytter seg av tjenestetilbudet:

- pasient/bruker har opprinnelse i land hvor sykdomsbildet er forskjellig fra det vi finner i Norge
- endring i levevaner, ny bakterieflora og stress knyttet til integreringen i det nye samfunnet kan øke risikoen for sykdommer
- i noen grupper økt risiko for overvekt, fedme, type 2 diabetes og svangerskapsdiabetes,

- kvinner fra noen grupper er mer plaget av muskel – og skjelettlidelser
- økt risiko for psykisk plager, angst og depresjon. Mange har opplevd traumer etter naturkatastrofer og overgrep i forbindelse med krig og indre uro
- i noen grupper høyere forekomst av kroniske infeksjonssykdommer.

God helse et grunnleggende premiss for god integrering og det synes å være en sammenheng mellom helse, levekår og sysselsetting (3). Dårlig helse gir dårlige forutsetninger for deltakelse i arbeidsliv og skole. Dette påvirker igjen språkferdigheter og kunnskaper om det norske samfunnet noe som gjør at likeverdige og tilpassede helsetjenester til innvandrerbefolkningen vil påvirke samfunnet positivt langt utover folkehelseperspektivet.

Oslo kommune står derfor ovenfor betydelige utfordringer med hensyn til å utjevne migrasjonsrelaterte helseforskjeller og må starte arbeidet både med å forbedre tjenestene og forbedre kunnskapen hos personell som arbeider i helsetjenesten, spesialisthelsetjenesten samt personell i velferdstjenesten.

Migrasjonshelse er et relativt nytt fagområde og det mangler kunnskap på vesentlige områder innenfor temaet også i Norge.

I utredningen i dette prosjektet er det vektlagt å peke på følgende

- nytteverdi i å opprette et ressurscenter,
- på hvilken måte kan ressurscenteret bidra til å styrke helsetjenesten.

2.1 Hva mangler i dag?

Det mangler erfaring og kunnskap på ulike felt innenfor migrasjonshelse og det pekes her på områder prosjektgruppen mener er kritiske og hvor det bør iverksettes tiltak:

- kunnskap og erfaring om migrasjonshelse oppleves av mange virksomheter som fragmentert, sårbar og mangelfull. Det er uklart for mange hvor man skal oppsøke og finne kompetanse i sitt arbeid med innvandrere. Man kan heller ikke utelukke at kunnskapen ofte oppleves som fragmentert rett og slett fordi kunnskapen ikke alltid finnes
- personell i helsetjenesten opplever at kunnskapen er lite tilgjengelig og i for stor grad følger enkelte kompetansepersoner
- brukerorganisasjoner og utdanningsinstitusjoner blir ikke i stor nok grad brukt av helsepersonell
- grunnutdanning for leger, psykologer og sykepleiere har mangler innenfor undervisning og pensum relatert til migrasjonshelse
- det mangler arenaer og nettverk for utveksling av erfaringer mellom virksomheter
- det mangler oversikt over prosjekter og tiltak som er benyttet og kunne se på evaluering av disse for å treffe rett tiltak i eget arbeid
- virksomheter/personell mangler oversikt over ny forskning
- det mangler forskning på områder innenfor migrasjonshelse som helsepersonell har behov for

- det mangler tilgang og oversikt på gode kursholdere innenfor fagfeltet migrasjonshelse
- det mangler kurs med et bredt nedslagsfelt lett tilgjengelig for helsepersonell.

Hvorfor lokalisering til Samhandlingsarena Aker

Samhandlingsarena Aker har som formål å etablere samhandlingstiltak og nye helsetjenestetilbud til Oslos befolkning i frigjorte lokaler ved Aker sykehus. Foreslått lokalisering av Ressurssenter for Migrasjonshelse på Aker vil kunne dra nytte av synergier av flere andre foreslåtte tiltak ved Aker som for eksempel Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse NAKMI, Regionalt kompetansesenter for rehabilitering, Livsstilssenter rettet mot kroniske lidelser, og Senter for samhandlingsforskning. I tillegg til allerede lokalisering av Geriatrisk ressurscenter ved Aker.

Virksomhet på Aker skal være byomfattende og bydelsovergrepene. Et Ressurssenter for Migrasjonshelse vil være det og kan utvikles til et kraftsenter som bidrar til å utvikle ny kunnskap og samarbeider tett med andre fagfelt hvor migrasjonshelse bør settes på dagsorden.

Et Ressurssenter for Migrasjonshelse vil med oppgaver og funksjoner bidra til å styrke helse – og velferdspersonell i arbeidet med innvandrerbefolkningen. Det er videre i kapittel 8 og 11 redegjort for hvordan man ser for seg at ressurscenteret kan arbeide og med hvilke tiltak som bør iverksettes og prioriteres i en oppstartsfase.

Risikomomenter

Det er underveis i prosjektperioden samlet innspill lagt i en SWOT analysemodell. (se vedlegg for fullstendig visning)

Nedenfor redegjøres for noen trusler/hindringer eller risikoområder som ressurscenteret kan støte på hvis man forsøker å realisere foreliggende muligheter:

- dersom ressursene ikke står i forhold til behovene kan senteret risikere å bli et ”symbol” på at noe blir gjort og kan undergrave ulike prosjekter som allerede er i gang med å forankre flerkulturell kompetanse som en del av felles kompetanse i helsevesenet
- fare for å utvikle et ”spesialistfelt” som blir isolert
- fare for ett lukket kunnskaps- og forskningsmiljø
- segregert helsetilbud
- overlappende funksjon med allerede etablerte funksjoner i nasjonale kompetansesentra
- blir ikke anerkjent som ressurssted for helsepersonell av beslutningstakere, myndigheter, samarbeidspartnere
- senteret, dersom det ikke får en aktiv rolle ut mot samfunnet, kan isolere og avsondre migrasjonshelse slik at dette feltet ikke oppleves som et felles anliggende både for profesjonsgrupper, det offentlige og myndighetene
- senterfunksjon kan trekke viktig kompetanse ut av etablerte institusjoner
- uklar finansiering og uklare ansvarsforhold for senteret.

Ved etablering av Ressurssenter for Migrasjonshelse og de enkelte tiltak i regi av senteret bør det vurderes om det er behov for å iverksettes tiltak for å redusere disse risikoområdene.

3 Mandat

Prosjektet er et utredningsprosjekt og skal utrede:

- 1 Hvilken nytte kan de samlede helse- og sosialtjenestene ha av at det etableres et Ressurssenter for Migrasjonshelse ved Aker
- 2 Hva bør være ressurscenterets innhold, oppgaver, organisering, og kompetanse? Det leveres forslag til utvikling og implementeringsplan for ressurscenteret som inneholder beskrivelse av ressursbehov.

Det bør vurderes å knytte forskningsmiljøer opp mot prosjektet.

Følgende elementer skal vurderes å inngå i ressurscenteret:

- **Erfaringsutveksling:** Innhente erfaring fra gjennomførte prosjekter i Oslo og bidra til systematisering, kunnskapsoverføring og spredning av disse.
- **Kunnskapsformidling:** Bidra til kunnskapsformidling til helse- og omsorgstjenesten i Oslo, herunder opplæringstiltak for helsepersonell.
- **Kursutvikler:** Utvikling av kurs og kurspakker og bygge kompetanse for kursledere
- **Møteplass for nettverk:** Skape en felles arbeidsplass og være et møtested for ulike innstanser som arbeider med migrasjonshelse
- **Veiledningstilbud:** Tilbud om veiledning om helseopplysning til frivillige organisasjoner og brukergrupper
- **Tolkesenter:** Lokalisering av senter for tolketjenester i Oslo inklusiv telefontolking
- **Lavterskeltilbud**

I tillegg ønskes vurdering av følgende spørsmål:

- 1 Utrede hvordan opplysning om bruk av helsevesenet herunder fastlege kan gjennomføres
- 2 Relasjon til læring og mestringssenter og Geriatrisk ressurscenter utredes
- 3 Samarbeid med videregående skole, høyskole og universitet utredes for utvikling av kompetanse i utdanningsinstitusjonene knyttet til migrasjonshelse.
- 4 Utrede finansiering, fremtidig organisering og ressursbehov
- 5 Utrede etablering av Livsstilskafé
- 6 Andre tiltak som prosjektgruppen utreder som hensiktsmessige

4 Avgrensning av mandatet og til andre prosjekter/aktiviteter

I arbeidet med å besvare mandatet har det vist seg at deler av det har sammenheng med andre aktiviteter og prosjekter som foregår parallelt. Mandatet er også omfattende og preget av en idemyldring som resulterte i ønske om både pasient - og brukerrettede tiltak der hvor det oppleves mangelfullt i dag, samt føringer om at målgruppen primært skal være ”helse og sosialpersonell”. Det er også åpnet for utredning av lavterskeltilbud og andre tiltak som prosjektgruppen utreder som hensiktsmessige.

For å kunne fokusere på å utrede de viktigste tiltakene prosjektgruppen mener kan inngå i et ressurscenter i en oppstart, har man valgt hovedsakelig å utrede tiltak som understøtter helsepersonell i sitt arbeid men også det som kalles sosialpersonell/velferdstjeneste, barnehage. Den endelige anbefalingen bygges på hva som er viktigst å prioritere i første omgang.

4.1 Prosjekt helsetjenester for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet

Innvandrerettheten er størst i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken. På bakgrunn av dette, har Helse Sør-Øst og Oslo kommune ønsket å styrke helsetilbudet til denne gruppen. Det er derfor iverksatt en felles satsning for å tilrettelegge helsetjenestene for denne befolkningsgruppen gjennom prosjektet ”Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet”. Prosjektet gjennomføres i samarbeid mellom sykehusene Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Vestre Viken HF, samt i bydeler fra alle opptaksområdene i Oslo kommune. Sunnaas sykehus ble innlemmet i prosjektet i juni 2012 (14). Prosjektet avsluttes juni 2013 og erfaringene som er høstet bør overføres til ressurscenteret.

4.2 Tolketjenester – et underprosjekt av Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester

Et av delprosjektene har fokus på tolk og tolketjenester. Det ble levert en statusrapport til prosjektgruppen 26. juni 2012, med kartlegging og oppsummeringer fra tolketjenestene. Den viser blant annet at man ved Ahus, OUS og Sunaas har en tolketjeneste basert på en anbudsavtale, hvorav 88 % av tolkeoppdragene i 2011 ble utført av tolker uten tolkeutdanning (dvs. personer uten statsautorisasjon, tolkeutdanning, eller translatører/fagoversettere utdanning). Til sammenligning har Oslo kommune en egen offentlig formidling av tolker, hvorav 44 % faller inn under samme kategori og Lovisenberg med egen tolketjeneste 43 %.

Statusrapporten har medført et nytt mandat til Likeverdsprosjektet fra Oslo kommune og Helse Sør Øst. Der etterspørres en utredning av ulike tolke modeller med fokus på blant annet kvalitet, tilgjengelighet, kapasitet og mulig fremtidig utvikling. Videre etterspørres evt. behov for teknologi og infrastruktur, kostnader, forventet tidsskjema og øvrige tiltak som retter seg mot økt bevisstgjøring for bruk av tolk.

Prosjekt Migrasjonshelse avventer rapporten fra dette prosjektet og ser det ikke som hensiktsmessig å utrede Tolkesenter parallelt med dette. Rapporten er forventet levert 15. september 2012.

4.3 Livsstilskafè

Mandatet ber om en utredning av Livsstilskafè i sammenheng med opprettelse av et Ressurscenter for Migrasjonshelse på Aker. Styringsgruppen for samhandlingsarena Aker har fattet vedtak om utrede opprettelse av en livsstilsklinikk ved Aker. Prosjekt Samhandlingsarena Aker skal ta initiativ til et felles utviklings- og oppstartsmøte i september

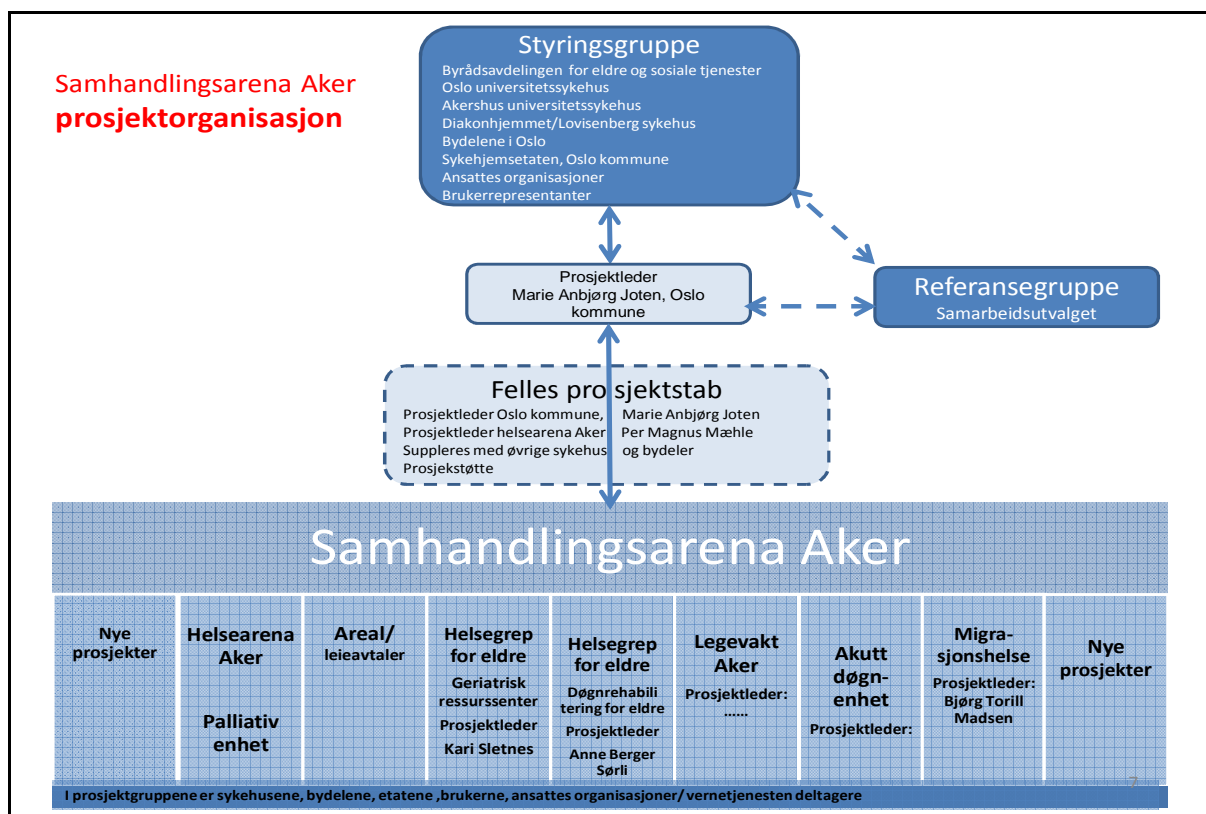
2012, for å sikre et omforent grunnlag for eventuelt å etablere et utredningsprosjekt for Livsstilsklinikk på Aker. En livsstilskafè kan sees som et av flere elementer som kan inngå i en eventuell Livsstilsklinikk.

Prosjekt Migrasjonshelse ser det derfor naturlig at man avventer opprettelse av et prosjekt ”Livsstilsklinikk på Aker” høsten 2012 og utreder ikke Livsstilskafè som en del av dette prosjektet. Det anbefales at man i Prosjekt Livsstilsklinikk belyser migrasjonshelse i relasjon til konseptet Livsstilsklinikk i sin utredning og eventuelt hvordan man kan knytte samarbeid med et Ressurssenter for Migrasjonshelse på Aker.

5 Organisering av delprosjektet Migrasjonshelse

Prosjektet har vært ledet av Bjørg Torill Madsen, avdelingssjef Bydel Alna (tom 31.7.2012) assisterende bydelsdirektør i Bydel Grorud (pt) og har hatt prosjektstøtte ved rådgiver Hilde Bratlie Hjellup fra Akershus universitetssykehus HF, begge i ca. 20 % stilling.

Det har vært avholdt 4 heldagsmøter i delprosjektet samt at gruppen har vært inndelt i arbeidsgrupper og møttes mellom hovedmøter. Gruppens deltakere har kommet med innspill på konkrete temaer, oppgaver samt gitt m til innspill på rapporten. I tillegg har prosjektledelsen hatt egne møter med OUS, NAKMI, Tolketjenesten ved Lovisenberg diakonale sykehus, Høyskolen i Oslo og Akershus, Universitetet i Oslo, Kreftforeningen, Diabetesforeningen og Regionalt ressurscenter for vold, traumer og selvmordsforebygging (RVTS). Referansegruppen ved Samarbeidsutvalget har deltatt ved innspill 13.4.2012. Delprosjektleder har rapportert underveis til hovedprosjektleder for Samhandlingsarena Aker.



Oversikt over deltakere i del prosjektgruppen pr 8. juni 2012

Prosjektleder (Bydel Alna til 31.07 deretter Bydel Grorud)	Bjørg Torill Madsen
Prosjektstøtte Akershus universitetssykehus HF, (Ahus)	Hilde Bratlie Hjellup
Bydel Alna	Zahid Mukhtar
Bydel Gamle Oslo	Inger-Lise Wilhelmsen Vara: Unni Fadum Moen
Bydel Grorud	Siri Seterelv
Bydel Stovner	Johan Torper Vara: Elisabeth Borrebæk
Bydel Søndre Nordstrand	Marit Rognerud Vara: Kjersti Waal
Enhet for mangfold og integrering, Bydel Grünerløkka	Rowena Teodocio
Akershus universitetssykehus HF, (Ahus) Akershus universitetssykehus HF, (Ahus)	Ana Carla Schippert Inger Daae- Qvale
Oslo universitetssykehus HF (OUS) Oslo universitetssykehus HF (OUS)	Hege Linnestad Boris von Hof
Lovisenberg diakonale sykehus	Magne Hustavenes
Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)	Thor Indseth Vara: Ragnhild Magelssen
Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA)	Rosah Malambo
Universitetet i Oslo (UIO)	Jeanette Magnus
Migrasjonshelse, Helseetaten Oslo kommune	Åse Ruth Eggemoen
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (EST)	Turid Glærum
Rådet for innvandrere-organisasjoner (RIO)	Abraham Baba Kankani
Ansattes representant Norsk sykepleierforbund (NSF)	Nils Rise
Ansattes representant Fagforbundet	Helge Sporseim
Velferdsetaten, Tolketjenesten i Oslo	Vesna Pacariz

6 Mål for Ressurscenter for Migrasjonshelse

Det er et mål innenfor all offentlige virksomhet at tjenestene skal være likeverdige for alle brukere. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) beskriver at det skal være:

- Like god kvalitet på tjenestene
- Like god tilgjengelighet til tjenestene
- Like godt resultat for alle brukere.

I utredningen av en mulig opprettelse av et Ressurscenter for Migrasjonshelse på Aker har gruppen jobbet frem mål og delmål for ressurscenteret. Prosjektet anbefaler at man i det

videre arbeid, hvis man beslutter å opprette et ressurscenter, spesifiserer målene ytterligere og setter opp handlingsplan som gir mulighet for en evaluering etter 2 år.

6.1 Hovedmål for ressurscenteret

- Styrke og støtte innsatsen for migrasjonshelse og likeverdige helsetjenester til befolkningen i hovedstadsområdet*

*Ref HSØ styresak 40/2007 "Hovedstadsområdet avgrenses i denne sammenheng til Oslo og Akershus."

6.2 Delmål for ressurscenteret

Kvalitet

Fremme kvalitet gjennom spredning og utvikling av:

- kunnskap og erfaring
- ferdigheter
- kulturforståelse
- holdninger.

Tilgjengelighet

Være synlige og tilgjengelige for helsepersonell, brukerorganisasjoner, ledere, politikere, og beslutningstakere.

Samhandlingsarena

Skape en felles arbeidsplass og være et møtested for ulike innstanser som arbeider med migrasjonshelse

Være en arena for brukermedvirkning innen migrasjonshelse.

Forankring og lobbyvirksomhet

Bidra til at Migrasjonshelse settes på dagsorden og forankres hos beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten i hovedstadsområde og hos utøvere av helsetjenesten.

7 Målgrupper for ressurscenteret

Prosjektledelsen for samhandlingsarena Aker og delprosjektledelsen for dette prosjektet anbefaler at man som målgrupper har

- helsepersonell i kommune og spesialisthelsetjenesten
- velferdstjenesten (NAV, barnevernstjenesten, ungdomstjenesten og barnehagene etc.)
- i tillegg er brukerorganisasjoner og beslutningstakere viktige målgrupper.

Helsepersonell er ansatte som jobber med pasienter og brukere på sykehus og i primærhelsetjenesten.

Velferdstjenesten er ansatte som arbeider innenfor nevnte etater. Med beslutningstakere menes ledere i virksomhetene og politikere.

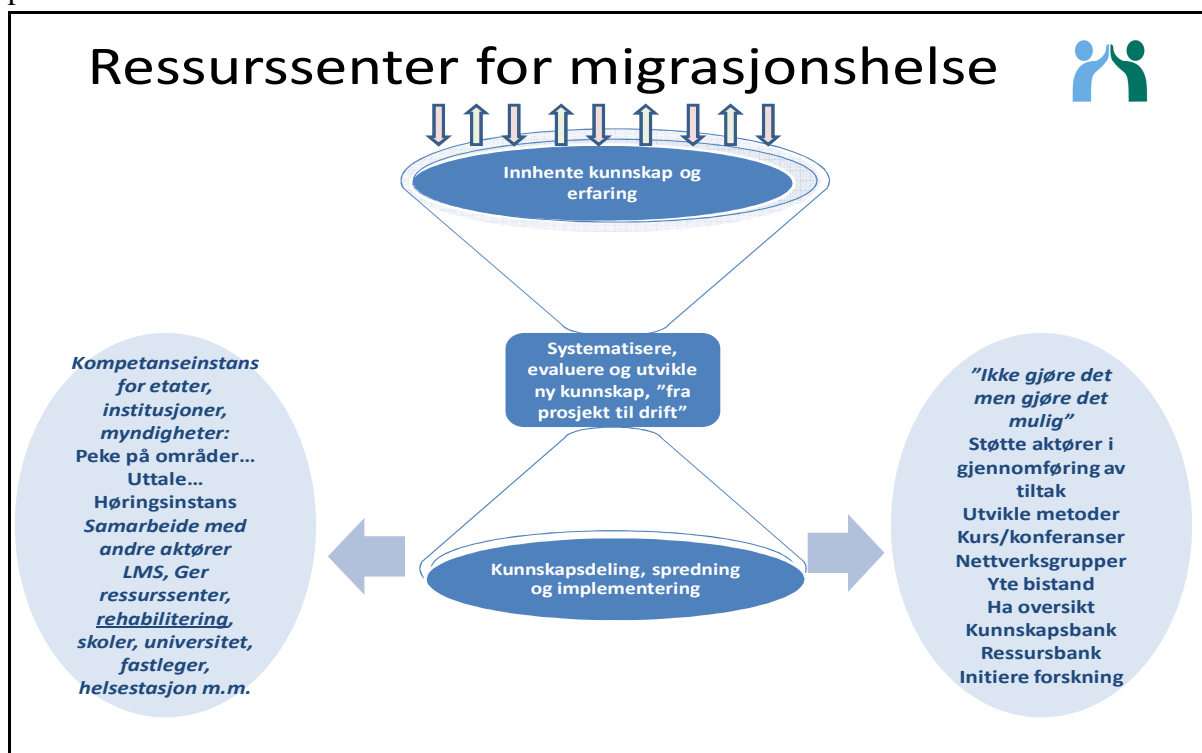
I denne utredningen velger man å ikke vektlegge pasient- og brukerrettede tiltak da det ikke er i tråd med Oslo kommunes tjenestestruktur. Det er bydelene som har ansvar for helsetjenester til befolkningen.

8 Hva bør etableres i et Ressurssenter for Migrasjonshelse

Funksjoner og oppgaver som kan ligge til et ressurscenter kan være:

- etablere en idèbank, - samle tiltak fra virksomhetene og spre informasjon
- ha oversikt over tiltak og erfaring i virksomhetene
- øke kompetanse (verktøy og metode) hos helsepersonell for eksempel relatert til sykdom i innvandrerbefolkningen, møte familier med funksjonshemmede barn på et tidlig tidspunkt, psykisk helsearbeid der norsk ikke er førstespråket og bruk av tolk.
- kilde for informasjon, veiledning og praktiske råd for helsepersonell. Være en arena å hente kunnskap og stimulere til refleksjon. At Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitetet i Oslo deltar i samarbeidet.
- utvikle informasjonsmateriell
- mulighet for synergieffekter gjennom samlokalisering med helse- og samhandlingstiltak ved Samhandlingsarena Aker
- at brukerorganisasjoner trekkes aktivt inn i arbeidet med migrasjonshelse

Modellen under viser en illustrasjon av nytteverdi som ligger til et ressurscenter, hvordan senteret kan arbeide. Det er vektlagt en aktiv rolle utad. Synergien og effekten i dette er å innhente kunnskap og erfaring som kan systematiseres, evalueres og utvikles videre. Målet med alt arbeid er å dele og spre ny kunnskap som understreker betydningen av å være praksisnær.



8.1 Innhente kunnskap og erfaring

Ressurssenteret kan innhente erfaring og kunnskap fra relevante og viktige kilder som

- NAKMI
- Regionalt ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
- Likestillings – og diskrimineringsombudet
- prosjekter og tiltak i helseforetakene og i Oslo kommune (bydelene rapporterer folkehelseiltak til Helseetaten)
- litteratursøk og gjennomgang
- være oppdatert på ny forskning og identifisere områder det mangler forskning
- risiko og sårbarhetsanalyse i forhold til kunnskap om dagens helsetilstand og tilbud
- oppsøkende virksomhet i praksisfeltet
- tett dialog og samarbeid med råd og brukerorganisasjoner (inngå i nettverk med andre som arbeider med migrasjonshelse)
- etablere nettverk i senteret som gir verdifull innsikt i andres erfaringer
- avholde kurs som gir erfaringsutveksling fra praksisfeltet.

Senteret bør være et møtested for ulike instanser som arbeider med migrasjonshelse – en møteplass hvor nettverk etableres og vedlikeholdes.

8.2 Systematisere, evaluere og utvikle ny kunnskap

Det vil være mange fellestrekk for arenaer hvor kunnskap og erfaring innhentes som også er naturlige arenaer og fora for spredning. Systematisering, evaluering og utvikling av ny kunnskap bør ha følgende momenter:

- utvikle kunnskap og kompetanse om metoder både i forhold til kompetanseøking på feltet samt praktiske metoder helsepersonell kan bruke i møte med innvandrere i helsetjenesten
- utvikle kunnskap om hvordan implementere tiltak som virker samt bistå i en implementeringsfase
- evaluere og vurdere nytteverdi av tiltak for å kunne gjøre anbefalinger om tiltak bør implementeres og settes i drift også andre steder, f eks prosjekter i ulike bydeler eller sykehus
- ha oversikt over prosjekter og kontaktpersoner som samles i en idébank på ressurscenterets webside. Oversikten må være oppdatert, relevant og brukervennlig (som tilsvarende for folkehelseiltak)
- foreslå satsningsområder basert på oppsummering av prosjekter, erfaringer og litteraturgjennomgang samt initiere nye prosjekter og tiltak
- jobbe aktivt mot implementering på ledernivå
- fremme brukermedvirkning ved å arrangere brukerkonferanser/dialogkonferanser. Bistå virksomheter som ønsker hjelp til å gjennomføre slike
- etablere nettverksgrupper for helsearbeidere med vekt på deltakernes egne erfaringer og problemstillinger og utvikle dette som en metode
- etablere og drive nettverk for kulturveiledere

- skape og være en møtearena hvor de ulike helsearbeidergrupper, etater, brukerorganisasjoner, foreninger og lignende møtes og utveksler og deler kunnskap og erfaring
- tilgjengeliggjøre "best practice" for helsepersonell
- etablere og utvikle modellen "train the trainers" slik at den kan implementeres i aktuelle tjenester.

Helsepersonell som jobber i førstelinjen i møte med brukere og pasienter har behov for kunnskap og kompetanse men også praktisk handlingsberedskap som har sin bakgrunn i kunnskapsbasert praksis. Informasjon om større prosjekter innenfor migrasjonshelse ivaretas også i dag gjennom presentasjon på møter og samlinger, men kan gjøres mer målrettet og systematisk. Selv om prosjekterfaringer gjøres kjent, er det en utfordring å få andre deler av tjenesteapparatet til å implementere kunnskap, erfaringer og god praksis fra prosjekter i andre virksomheter.

8.3 Kunnskapsdeling, spredning og implementering

Økt kompetanse innen fagfeltet migrasjonshelse helse er ikke primært et spørsmål om pasienters tilfredshet, men et spørsmål om økt pasientsikkerhet, bedre utnyttelse av offentlige ressurser og en friskere befolkning.

Effekten ved å øke helsepersonells kompetanse om ulike sykdomsforekomster og hvordan en bedre tilrettelegger forebyggingstiltak, vil være at helsevesenet bidrar til å bedre innvandrerbefolkningens helse og forhindre behovet for kostbare tiltak. Senteret vil kunne fungere som et viktig bindeledd mellom forskning og praksis. Forskningen på feltet kan bli mer praksisnær og relevant, og den forskningen som utvikles vil kunne overføres og utnyttes av praksisfeltet mer effektivt.

Kunnskapsområdene innen migrasjonshelse det er behov for å styrke hos utøvere av helsetjenester er for eksempel:

- sykdomsmønster
- genetiske forskjeller
- lite kunnskap om norsk helsevesen
- språkutfordringer
- bruk av tolk
- kunnskap om traume og vold
- flerkulturell kompetanse.

Det er behov også behov for å fremme og etablere tiltak for å styrke kunnskap om ikke-diskriminering i tjenesteyting.

Tilgang til relevante kurs som gir kunnskap om innvandrere, kulturelle ulikheter og risikofaktorer relatert til etnisitet og migrasjon oppleves av flere som uoversiktlig eller mangelfullt. Det er andre organisasjoner som ikke nødvendigvis er definert som helse - eller velferdstjeneste som har behov for økt kunnskap, f eks frivillige organisasjoner som

Frelsesarmeen. Det er underveis i prosjektperioden gitt innspill på at man ønsker at også kursene tilbys utover helse og velferd i offentlig regi.

8.3.1 Kurssted og kursutvikling

Ressurssenteret kan ha en todelt funksjon både som kurssted og kursutvikler. Tilgang på relevante og gode kurs er tiltak som er prosjektgruppen mener er for dårlig utviklet i dag. Det er også av betydning at kursene er praksisnære og har som mål å gi økt handlingsberedskap i møte med innvandrerbefolkningen.

Å etablere kurssted og utvikle kurs medfører ulike krav til kompetanse, fysisk beliggenhet og personellressurser.

Ressurssenteret som kurssted

Å være et kurssted innebærer i denne sammenheng at man fasiliteter, organiserer og administrerer kurs for ulike målgrupper. Man må bygge opp en administrasjon som tar ansvar for den logistikk som kreves for å ta imot foredragsholdere og kursdeltakere. Dette innebærer å være vertskap, koordinere, tilrettelegge og vedlikehold av lokaler, bevertning, IKT support, annonsere, være kontaktpunkt for påmelding og korrespondanse mellom senteret og deltakere/eksterne foredragsholdere med mer. Faglig kan senteret selv sette aktuelle tema på dagsorden ved sin kunnskap om feltet, ny forskning, innspill og bruk av nettverk innenfor helse- og velferdstjenesten, i samarbeid med brukerorganisasjoner og andre organisasjoner. Ved en beliggenhet på Samhandlingsarena Aker kan man dra nytte av felles tjenester og administrasjon og det vil gi nytteverdig og mindre behov for personellressurser. Oppgavene man kan ha felles er blant annet fasilitering av større lokaler til undervisning og kurs, telefonkontakt ift påmelding via ekspedisjonsfunksjon, bestilling av kursmaterieell og mat. Lokaler for ressurscenteret må ta høyde for at det etableres egnede rom for å avholde møteaktivitet, seminarer og nettverksgrupper i større og mindre grupper. Mer presist estimat av rom og kvadratmeter må gjøres i det videre arbeidet. Ressurssenteret vil også gjøre seg erfaringer med tidspunkter og former som best rekrutterer til påmelding. For noen vil det best passe med kveldskurs som i minst grad forstyrrer daglig drift.

Ressurssenteret som kursutvikler

I dette ligger det at senteret utvikler kurs som enten holdes i relasjon til ressurscenteret eller på andre arenaer. I tillegg til oppgaver som ligger til å være et kurssted vil dette i større grad forde fagkompetanse innenfor migrasjonshelse. Man kan se for seg at senteret utarbeider og avholder praktisk orienterte basiskurs for helsepersonell og ledere og kursene bør gi en basisinnføring i migrasjonshelse, bruk av tolk (praktisk rettet kurs), kommunikasjon med minoritetsspråklige og betydningen av health literacy¹. Deler av kurset bør organiseres som workshops der deltakerne får anledning til å knytte relevante problemstillinger direkte til deres spesifikke situasjon i egen tjeneste.

¹ Her oversatt til helsefremmende allmenndannelse; den mulighet og evne enkeltpersoner har til å skaffe og erverve seg basal helsekunnskap, til å oppsøke eller motta, diskutere og kritisk vurdere helseinformasjon og helseråd, alt i den hensikt å kunne forbedre sin helse (13).

Ved å ha god fagkunnskap om migrasjonshelse og hvor man finner kompetanse også i form av ressurspersoner og foredragsholdere, kan senteret inneha en koordinerende funksjon ut mot ulike institusjoner, bydeler og ulike fagmiljøer, og på den måten bidra til kvalitetssikring og utvikling av fagkompetanse innen feltet minoritetshelse. Dette vil i større grad bidra til en bedre utnyttelse av eksisterende fagkompetanse og innebære en spredning av kunnskap, både formal og erfaringsbasert.

kunnskap.

En mer brukerrettet modell kjent fra USA er ”train the trainers” der sosiale nettverk styrkes gjennom opplæring av ressurspersoner i innvandrer miljøene som igjen deler av sin kunnskap med ”ringer i vannet effekt” i hele miljøet.

Det er viktig at brukerorganisasjonene er med i utarbeidelsen av kursmodulene for at kursene skal ha et relevant innhold.

Lederforankring og utvikling

Det er spesielt viktig at fagområdet og behov for kunnskap forankres hos ledere på alle nivåer. Kursutvikling bør derfor ha et spesielt fokus mot lederskap, slik at ulike ledere i helse - og velferdstjenesten også får kunnskap og kompetanse til å administrere og forankre kompetanse inne i ulike virksomheter. Senteret kan i denne sammenheng arrangere lederkonferanser slik at ledere og mellomledere i felleskap med fagpersoner kan utvikle gode tilrettelagte rutiner for ulike enheter.

Senteret må som nevnt utvikle kurs ved bruk av egen kompetanse og nettverk av fagkompetanse og vil også kunne dra nytte av et samarbeid med høgskoler og universitet. HiOA har ulike utdanningstilbud på videreutdanningsnivå. Et samarbeid med HiOA kan også bidra til å videreutvikle evt. bachelorprogram eller masterstudier i migrasjonshelse. Det foreligger allerede et studieløp for en profesjonsmaster i flerkulturelt arbeid. Et samarbeid kan videreutvikles til å etablere nye områder for videre- og etterutdanninger. Kursene skal ikke erstatte utdanningsinstitusjonenes oppgave med å sette migrasjonshelse i framsetet, men være et supplement til praksisfeltet. Utdanningsinstitusjonene vil også kunne hente relevant kursinnhold og ekspertise til sin undervisning via ressursenteret.

Ved å bruke et ressursenter som kurssted og kursutvikler peker man på nytteverdi på flere områder:

- vil bidra til å samle og utvikle viktig kompetanse som kan utnyttes til beslektede formål
- kurspakker kan med fordel tilbys ansatte i flere deler av offentlige tjenester, for eksempel NAV, kommunalt barnevern etc.
- bidra til tverrfaglig og tverretatelig samhandling for ulike fag- og ledermiljøer som arbeider med migrasjonshelse, flerkulturell kompetanse og språk/fagutvikling for helsepersonell med utenlandsk utdanning
- systematisk bidra til å øke kompetansen for helsepersonell i migrasjonshelse og bruk av tolk

- være en etterspurt aktør for gode kurs og som bidrar til å gjøre ressurscenteret kjent og brukt av flere.

Det svært viktig at det fra begynnelsen innarbeides gode rutiner for registrering av deltakere slik at en senere kan gjøres evalueringer. Dette er viktig for å kunne justere kursene/tiltakene slik at en på sikt kan være sikker på at kursene dekker målgruppens reelle og viktigste informasjonsbehov. For å sikre god faglig kvalitet må det også avsettes ressurser til evaluering og eventuell justering av kursinnholdet.

Kursutvikling og kursarrangement gir behov for at man har ansatte på senteret med undervisningserfaring og god kjennskap til det norske helsevesenet og fagfeltet migrasjon/integrering.

Antall stillinger eller årsverk avhenger av hvor mange kurs og omfattende virksomheten skal være. Men, det vil være ytterst sårbart hvis ressurscenteret spiller på for få ressurser samt at man trenger komplementære egenskaper og styrker som man vanskelig finner hos en person.

8.3.2 Informasjonsmateriell

Helsesektoren benytter i stor grad én til én kommunikasjon mellom personell og bruker. Studien ”Tilrettelegging av offentlig informasjon for innvandrere, 2011” avdekker at lokale tjenesteytere pålegges et stort ansvar for informasjon til brukere uten at det foreligger planer, retningslinjer, standarder og verktøy for hvordan førstelinjen skal møte de utfordringene de står ovenfor. Betydelig grad av improvisasjon benyttes i arbeidet med å møte behovet og kunnskap og ferdighet til arbeidet ikke samsvarer med oppgaven. Studien gir en rekke anbefalinger blant annet behov for å styrke kunnskapen om kommunikasjon på tvers av kulturer, kulturelle forskjeller og hvordan disse kommer til uttrykk i møte mellom bruker og ansatt.

Ressurscenteret kan bidra til å samle skriftlig eksisterende materiell på feltet, og bidra til en kvalitetssikring av dette gjennom et mer enhetlig informasjonssystem knyttet til innhold og metode. Konkrete forslag til innhold i denne tjenesten er:

- senteret utvikler og avholder en kursmodul for helsepersonell om hvordan man best utarbeider informasjon på lettest norsk, hensikten er å gjøre brev, henvisninger etc. lettere forståelig for pasienter
- senteret utarbeider tilpasset informasjon om helsetjenestene i Oslo-regionen. Informasjonen kan være skriftlig, video/lyd, illustrasjoner, bilder, app'er etc. Materialet distribueres gjennom kommunens – og sykehusenes kanaler eller direkte gjennom Migrasjonshelsesenterets informasjonssentral
- senteret bør også kunne gi råd i forhold til utarbeidelse av materiell og eventuelle oversettelser. Materiell kan også publiseres på helsenorge.no. Senteret bør innhente erfaring fra kursene Difi og språkrådet har utviklet (16).

Senteret vil med dette forslaget fungere som en støtte for helsetjenestene. Sekundært vil det kunne medføre betydelige fordeler for befolkningen generelt, særlig personer med lese- og skrivevansker.

Målgruppen for tiltakene er helsepersonell og rekruttering kan gjøres ved at kursene gjøres obligatoriske for noen grupper av helsepersonell i hovedstadsområdet. For å kunne gjennomføre tiltakene vil det kreve personell med kunnskap og kompetanse innen pedagogikk/undervisning, språkvitenskap og kunnskap om IKT baserte løsninger. Å utvikle og ikke minst holde nettsider oppdatert er ressurskrevende. Dog er det et media som i økende grad blir brukt og av mange foretrukket. Hvis ressurscenteret skal ivareta dette vil det medføre et behov for flere årsverk og med kunnskaper som nevnt over.

8.3.3 Kulturveiledere

I 2009/2010 piloterte Oslo universitetssykehus et prosjekt med utdanning av ansatte i Veiledning i flerkulturelt helsearbeid, i samarbeid med Høgskolen i Oslo (nå Høgskolen i Oslo og Akershus). Basert på erfaringene fra pilotprosjektet, ble dette tiltaket videreført i regi av Samhandlingsprosjektet Likeverdige helsetjenester i Hovedstadsområdet. Nå er dettes studiet etablert som et ordinært tilbud på HiOA. Studiet er utviklet for å møte behov hos yrkesutøvere som arbeider med flerkulturelle spørsmål knyttet til helse, sykdom og behandling i et flerkulturelt helsevesen.

Målet for studiet er at veiledning i flerkulturelt helsearbeid skal fremme kompetanse for profesjonsutøvelse i et flerkulturelt samfunn. Studentene skal skaffe seg innsikt i kulturelle begrepsforskjeller knyttet til helse, sykdom og behandling, bli bevisst på ansvar og roller som yrkesutøver i et flerkulturelt helsevesen og tilegne seg kunnskap om og ferdigheter i veiledning og kommunikasjon i et flerkulturelt fag- og arbeidsmiljø. Veiledning i flerkulturelt helsearbeid er et deltidsstudium over to semestre, og utgjør 15 studiepoeng. I studiet inngår tre samlinger, totalt 11 dager (18).

Det er ca 100 kulturveiledere gjennomgått studiet og er rekruttert fra Oslo kommune, Lovisenberg sykehus, Akershus universitetssykehus, Vestre Viken og OUS.

Erfaring så langt kan tyde på at det er behov for å styrke rollen ved å etablere nettverk som går utover den enkelte institusjon. Ressurscenteret kan således være en egnet sted hvor kulturveiledere møtes og har en faglig forankring ved å opprette en koordinerende instans i ressurscenteret som har følgende oppgaver og rolle:

- ha oversikt over institusjonene og avdelingene som har etablerte kulturveiledere
- ha oversikt over hvilket arbeid som gjøres av veilederne
- regelmessig arrangere kurs, seminarer og samlinger for kulturveiledere for å gi mulighet for utvikling og påfyll i form av for refleksjon og utbytting av erfaringer
- inneha en koordinerende funksjon mellom kulturveiledere, institusjoner og høyskole
- bistå og veilede kulturveiledere på egen arbeidsplass
- arbeide videre med overordnede tiltak som stimulerer til å rekruttere og beholde kulturveiledere.

Ahus ønsker å bidra med ressurser til en koordinerende funksjon for kulturveiledere. Dette må det tas stilling til i det videre arbeidet med en eventuell opprettelse av et ressurscenter.

Modellskisse for koordinator for kulturveiledere i Ressurssenter for Migrasjonshelse



9 Visningsleilighet – ”BoBra-huset” et trygt og sikkert hjem

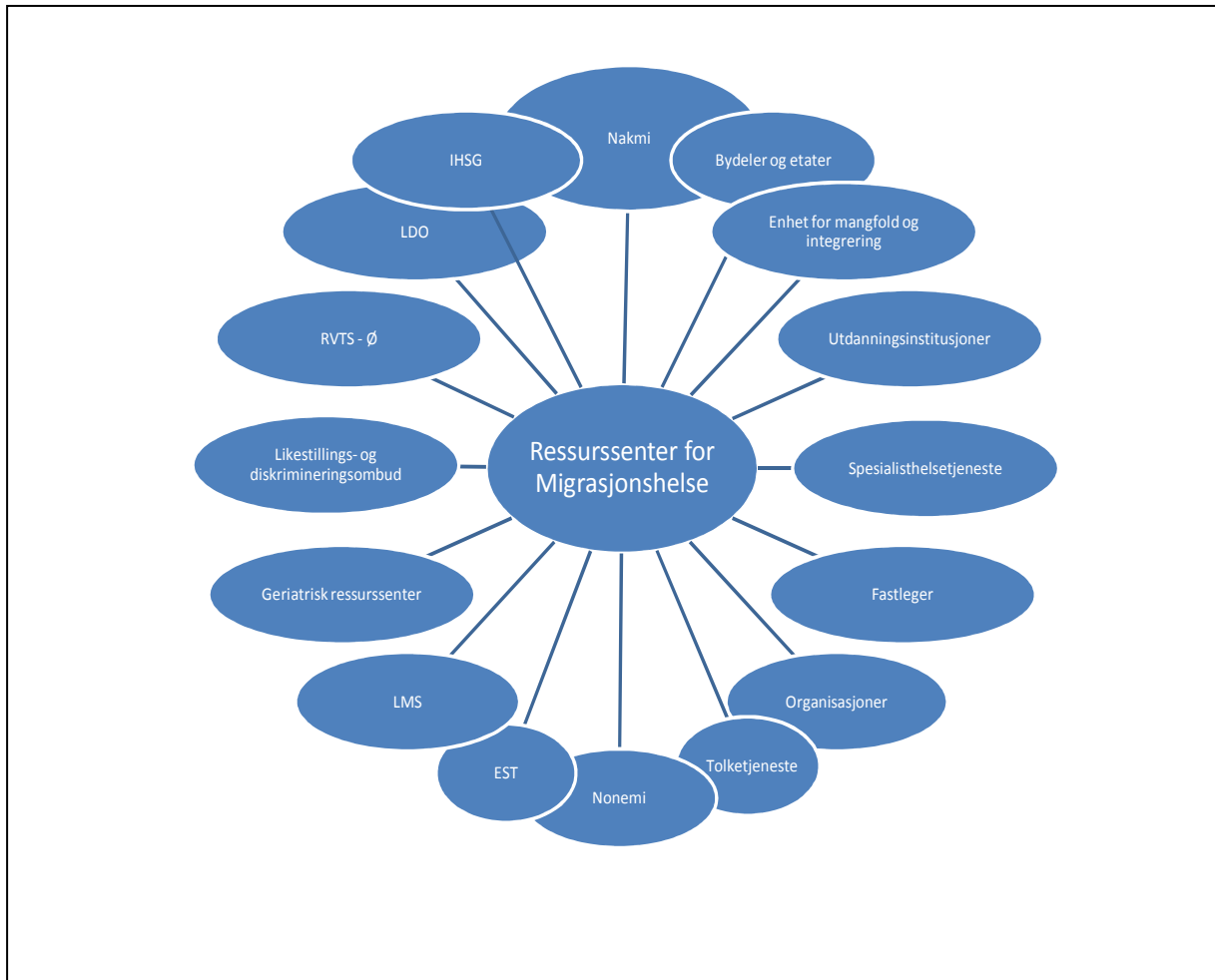
Under lavterskeltilbud og andre tiltak kom det forslag om å utrede et konsept om visningsleilighet. En arbeidsgruppe ble nedsatt og gruppen leverte sin utredning 13. august 2012. Mandat og rapport er vedlagt.

Hensikten med arbeidet var å utrede muligheten for å etablere en visningsleilighet med fokus på forebygging av skader og ulykker, med tilknyttede målrettede tiltak og aktiviteter.

Visningsleiligheten er tenkt å være et interaktivt sted hvor praktiske løsninger rundt bosikkerhet skal stå i fokus. Leiligheten skal kunne benyttes til å holde kurs/andre aktiviteter forbundet med det å bo sikkert og godt. Tilbudene i visningsleiligheten bør være lett tilgjengelige slik at alle med behov kan få mulighet til å se hvordan de med enkle grep kan gjøre sitt hjem til en sikrere sone. Hovedmålet er å formidle på en praksisnær måte ulike aspekter ved forebygging av skader, ulykker og helseproblemer som resultat av konkrete boforhold. Samtidig vil det være et sted hvor ulike grupper kan få trening og opplæring i hva det innebærer å bo på en sikker og god måte i sin egen bolig og som en del av et bomiljø i Norge. Arbeidet med ”BoBra huset” ble presentert i siste møte i prosjektgruppen som anbefalte å utrede tiltaket videre. Så langt i utredningen er det imidlertid uklart om bydelene vil se visningsleiligheten som en hensiktsmessig arena for målgruppen, eller om andre alternativer med større grad av fysisk nærhet til bydelenes brukere og ansatte vil være bedre egnet både faglig og økonomisk. Siden tiltaket vil kreve stor grad av fysisk tilrettelegging samt driftsmidler vil det derfor være en forutsetning å avklare finansiering og ikke minst om

tiltaket vil bli brukt av Oslo kommunes bydeler dersom det skal være hensiktsmessig å etablere og drifte visningsleiligheten.

10 Ulike arenaer for samarbeid og naturlige samarbeidspartnere



Ressursenteret vil ha mange aktuelle samarbeidspartnere og som kan ha en gjensidig nytteverdi. Det er videre gjort rede for noen sentrale samt en modell som viser mange mulige samarbeidsrelasjoner

Ressursenteret skal driftes i en kompleks sammenheng med mange interessenter og må klare å håndtere det. Dette stiller store krav til ledelse av senteret og hvor man er avhengig av en tydelig leder som kan sette klare mål, prioritere og skape gode samarbeidsrelasjoner med alle samarbeidspartnerne.

10.1 Relasjon til lærings- og mestringssenter

Styrets gruppen har bedt om en utredning av relasjon til Lærings- og mestringssenter.

Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en møteplass for helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende. Et LMS arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få

informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. LMS har som mål at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og slippe flest mulig sykehusinnleggelse (11).

Mange trenger støtte og veiledning for å hindre at sykdom utvikler seg. Lærings- og mestringssentrene (LMS) tilbyr dette. Sentrene er internasjonalt kjent, og har til nå bare vært på sykehusene med unntak av tilbud i Sandefjord kommune. I Plan for strategisk utvikling 2009 – 2020, Mål for 2011, skriver Helse Sør øst at Lærings- og mestringssentrene utvikles som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid. Læring og mestring er også en viktig kommunal oppgave og metodikken er i dag innlemmet i mange av Oslos kommunale tjenestetilbud blant annet gjennom flere bydelers etablering av frisklivssentra med ulike tiltak og kurstilbud. Samhandlingsreformen gir også føringer for ytterligere etablering og bruk av lærings- og mestringstiltak og skriver i stortingsmelding 47, 2008-2009:

”Etablering av lærings- og mestringstilbud i kommunene vil kunne sikre mer tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får muligheten til å tilegne seg verktøy til å håndtere hverdagen på en bedre måte. Pasientene er innlagt relativt kort tid på sykehus, og er ofte i en situasjon som gjør læring og mestring vanskelig....” ”Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan kommunene også ivareta en viktig koordinatorfunksjon og søke etter mulige samarbeidspartnere som ikke på samme måte eksisterer i spesialisthelsetjenesten, for eksempel frivillighetssentraler, lokale foreninger etc. Lærings- og mestringssentre kan eksempelvis etableres i kombinasjon med andre tilbud for egenbehandling og rådgivnings- og veiledningstjenester og gjennom dette sikres en helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.”

(17)

Ressurssenteret bør tilegne seg kunnskap om metode og modell for både kommunale tilbud så vel som spesialisthelsetjenestetilbud. Ressurssenter for Migrasjonshelse må bidra til at innvandrernes spesielle behov også blir ivaretatt ved utvikling av Lærings og mestringstiltak i kommunal regi og i spesialisthelsetjenesten.

10.2 Relasjon til Geriatrisk ressurscenter

Innvandrerbefolkningen i Norge er ung sammenlignet med majoritetsbefolkningen, men prognoser for innvandrerbefolkningen på lengre sikt tyder på at andelen eldre vil øke sterkt i årene fremover (4, 2). Kombinert med beregningene som også viser til en sterk økning i innvandrerbefolkningen i Oslo-område er det grunn til å se på hvordan man kan møte den fremtidige utfordringen dette innebærer. Helse og omsorgstjenestene har behov for å se på tilnærminger som åpner for å møte et mangfold av brukere, også eldre innvandrere. Det hersker forestillinger om at de ”drar hjem” eller ikke trenger offentlige omsorgstjenester fordi ”familien tar seg av dem” (12). Dette kan medføre en fare for at vi ikke arbeider med å tilrettelegge tilbudene til eldre slik at et fremtidig økt mangfold ivaretas og at tjenestene ikke

oppleves som likeverdige. Det er behov å sette søkelyset på hva denne gruppen vil ha behov for av helsetjenester, hvordan de best skal utformes for å dekke behov og for ny kunnskap som også har et forebyggende perspektiv (6) peker på flere viktige områder det er behov for kunnskap

- demens og psykisk helse
- livsløp, aldring og generasjon
- forebyggende arbeid og møteplasser.

Det er allerede opprettet et Geriatrisk ressurscenter på Aker som har som samfunns mål at ”Geriatrisk ressurscenter på Aker skal styrke byens eldreomsorg og bidra til kompetanseøkning og bedring av kvaliteten på helsetilbudet til de eldre i Oslo.” Et Ressurscenter for Migrasjonshelse og Geriatrisk ressurscenter bør utvikle tiltak sammen som bidrar til at eldre innvandrere i Oslo-området får et likeverdig tilbud. Ressurscenter for Migrasjonshelse og Geriatrisk ressurscenter kan samarbeide i utviklingen av kurs, seminarer og konferanser. Hensikten er å sikre at ressurscenterenes respektive fagområder: geriatri og migrasjonshelse er god faglig representert i begge ressurscenterenes kurs, seminarer og konferanser. Det er behov for økt forskningsinnsats på området og formidling av kunnskap ut mot alle aktuelle kommunale virksomheter og spesialisthelsetjenesten. På sikt, når ressurscenterets etableringsfase er over, bør Ressurscenter for Migrasjonshelse og Geriatrisk ressurscenter samarbeide i FoU-prosjekter innen fagfeltet geriatri.

10.3 Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Region Øst (RVTS-Ø)

RVTS Øst har som mandat å bidra til relevant kompetanseutvikling for fagpersonell og organisasjoner som arbeider med forebygging av traumelidelser og selvmord. Økt kompetanse skal synliggjøres i endret praksis. RVTS Øst styrker den eksisterende fagkompetansen gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av etater og forvaltningsnivåer. Man jobber først og fremst langsiktig, men kan også ta kortere oppdrag ved anledning. RVTS er interessert i et samarbeid med Ressurscenter for Migrasjonshelse og kan kontaktes for å bidra i undervisningsprogram og nettverk.

10.4 Samarbeid med Høgskole og universitet

HIAK og UIO har deltatt i prosjektet og gitt verdifulle innspill på innhold i et Ressurscenter for Migrasjonshelse. Det er viktig at utdanningsinstitusjonene knytter tett kontakt med ressurscenteret. Videre er det også behov for å styrke de etablerte utdanningsløpene på feltet. Tre undersøkelser har vist at grunnutdannelsen for henholdsvis leger, psykologer og sykepleiere inneholder svært lite undervisning og pensum relatert til migrasjonshelse. Det er derfor et stort hull i helsepersonells basiskompetanse når det gjelder dette emnet (1, 7, 10). Dette kan gjøres ved blant annet:

- utdanningsinstitusjonene bidrar med kunnskap inn i ressurscenteret og videreutvikler kompetanse i egne institusjoner og program

- utdanningsinstitusjonene vil kunne hente relevant kursinnhold og ekspertise til sin undervisning via ressurscenteret
- HiOA har ulike utdanningstilbud på videreutdanningsnivå. Et samarbeid med HiOA kan bidra til å videreutvikle evt. bachelorprogram eller masterstudie i migrasjonshelse.
- videreutvikling av studiet ”Veiledning i flerkulturelt helsearbeid”.

Prosjektet har prioritert samarbeid med universitet og høyskole i utredningen. Det har ikke vært mulig å utrede mandatets forventning om samarbeid med videregående skole.

10.5 Samarbeid med Enhet for mangfold og integrering

Enhet for mangfold og integrering (EMI) driftes av Bydel Grünerløkka og er et byomfattende tiltak underlagt Byrådsavdeling for kultur og næring i Oslo kommune. EMI driver mangfolds- og integreringsarbeid i henhold til byrådets overordnede mål på området. EMI gir informasjon, råd og veiledning til innvandrersorganisasjoner, nettverk, offentlig forvaltning og aktører i mangfolds- og integreringsarbeidet. EMI forvalter tilskuddsmidler til integreringstiltak og koordinerer OXLO-arbeidet i Oslo kommune. EMI har et stort nettverk av innvandrersorganisasjoner i Oslo og fungerer som sekretariat for Rådet for innvandrersorganisasjoner (RIO). Organisasjoner som er registrert hos EMI får delta i RIO (nærmere om RIO i kap.10.5). EMI har flere sammenfallende interesser og arbeidsformer med Ressurscenter for Migrasjonshelse, og et samarbeid kan gi positive synergieffekter. EMI kan blant annet bidra med:

- kontakt med EMI's nettverk av innvandrersorganisasjoner (over 300 stk)
- kompetansehevende kurs, seminar og konferanser om integrering og mangfoldsarbeid
- tilrettelegging av nettverk og møtearenaer
- veiledning i formidling av organisasjoners erfaringer
- erfaringsformidling fra mangfold og integreringsfeltet
- videreformidle/informere om kommende aktiviteter og arrangement på vegne av organisasjoner.

10.6 Samarbeid med pasientorganisasjoner og foreninger

Rådet for innvandrersorganisasjoner (RIO)

Rådet for Innvandrers Organisasjon i Oslo (RIO) er en naturlig samarbeids partner for senteret. RIO representerer 300 organisasjoner og fem kontinenter. Rådet er også høringsorgan i Oslo kommune i saker som omhandler minoritetsbefolkningen i kommunen.

Diabetesforbundet

Diabetesforbundet har etablert rådgiving/ kompetanseheving av tillitsvalgte ift minoriteter, ansatte i diabetesforeningen og helsepolitikere. Ønsker tett dialog videre i prosjektet ift gjensidig nytteverdi når senteret etableres.

Kreftforeningen

Kreftforeningen ønsker et samarbeid med ressurscenteret og ser at senteret kan være nyttig for foreningen ved blant annet å kunne knytte kontakter, dra nytte av andres erfaringer, bl.a. om hvordan nå fram til målgruppen(e), kompetansetilførsel og at ressurscenteret gir mulighet for felles framstøt/samarbeidspartnere med andre organisasjoner eller offentlige virksomheter.

Kreftforeningen kan bidra med

- informasjon om alle sine tilbud
- bidra til økt kompetanse på kreft gjennom kursutvikling/holde kurs
- knytte kontakter mellom kreftkoordinatorer i aktuelle kommuner og ressurscenteret. Disse bør vite om ressurscenteret og ha et samarbeid
- resultater fra Kreftforeningens innvandrersprosjekt
- kunnskaps – og erfaringsutveksling
- være deltager i eventuelle nettverk.

Det er flere brukerorganisasjoner som kan være aktuelle samarbeidspartnere for Ressurscenter for Migrasjonshelse. Styret i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon i Oslo (FFO Oslo) har vist interesse for prosjektet. Ved en etablering anbefales det at det jobbes videre med kontakt med flere organisasjoner både for å informere om senteret men også med tanke på samarbeid og nettverk.

10.7 Samarbeid med Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO)

Likestillings og diskrimineringsombudet (LDO) har tatt initiativ til en kampanje hvor blant annet Oslo kommune er forespurt og er positive til å være foregangskommune. LDO gir veiledning om hvordan man som tjenesteyter kan hindre diskriminering og gi alle likeverdige tjenester. LDO er opptatt av at helsepersonell og andre tjenesteytere skal klare å se utover personens etnisitet, kjønn, alder osv. Dvs at de skal tilpasse tjenestene til at hvert individ er sammensatt av flere kjennetegn eller identiteter.

Ombudet håndhever diskrimineringsforbudene i lovverket, gir veiledning og er en pådriver for likestilling og mangfold.

LDO har allerede avtalt å holde et kurs for fastleger den 4. desember 2012 om likeverdige helsetjenester. Et samarbeid rundt etableringen av Ressurscenter for Migrasjonshelse kan være det andre samarbeidspunktet LDO har med kommunen. Det er relevant at LDO trekkes inn i «Kunnskapsutvikling og kompetansehevede tiltak rettet mot helsepersonell» og at kunnskap om ikke-diskriminering og likeverdige tjenester settes på dagsorden.

(<http://www.ldo.no/no/>)

10.8 Internasjonal helse – og sosialgruppe (IHSG)

IHSG er et nettverk og representerer mange kulturer og arbeider for å skape bred kontakt mellom folk, både nasjonalt og globalt. Det gis lavterskeltilbud og praktiske hjelp, og kontoret

fungerer som møteplass med veiledning/rådgivning. IHSG jobber for å skape en felles arena hvor innvandrere og offentlige myndigheter kan komme i dialog og forstå hverandre. IHSG jobber med menneskerettigheter, rasisme/diskriminering, HIV/AIDS, narkotika, tvangsekteskap/æresdrap, psykisk helse, diabetes og hjertekarsykdommer, eldreomsorg, funksjonshemmede, radikaliserings i ungdomsmiljøer. (www.ihsg.no) Internasjonal helse- og sosialgruppe (IHSG) ønsker å delta i ressurscenteret som samarbeidspartner.

10.9 Grenseoppgang i forhold til NAKMI

Ressurscenteret for Migrasjonshelse på Aker bør være et bindeledd mellom forskning og praksis med oppgave i å drive systematisk kompetanseheving av helsepersonell. Ressurscenteret bør gi grunnleggende innføring i migrasjonshelse og praktisk kunnskap. NAKMI på sin side forsetter sitt virke som tidligere, der hovedtyngden ligger på forskning og kunnskapsoppsummering. NAKMI vil fortsatt drive formidling og holde foredrag. Eventuell kursing av helsepersonell i Osloregionen utført av NAKMIs personell bør gjøres via ressurscenteret. For enkelttemaer der NAKMI innehar spesialkompetanse kan ressurscenteret benytte NAKMIs personell på permanent basis.

11 Utrede finansiering, fremtidig organisering og ressursbehov

11.1 Organisering

Utredningsfasen har vist at det er stort behov for kompetanseheving innenfor migrasjonshelse både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og begge parter kan derfor ha stor nytte av at ressurscenteret etableres. Ressurscenteret kan ha en god funksjon for virksomhetene dersom senteret lykkes i å være praksisnære, aktive og utadrettede med et tilbud som virksomhetene opplever at de har behov for. Dersom virksomhetene i tillegg setter migrasjonshelse på dagsorden i sine strategier, mål, planer, prioriteringer og krav til resultater kan Ressurscenter for Migrasjonshelse være et svært effektivt virkemiddel.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er målgruppe for tilbudet og det er derfor viktig at begge parter gjensidig forplikter seg og fremstår som likeverdige parter ift etablering og drift av ressurscenteret. Ved en slik bred forankring vil senteret også fremstå som mer faglig og økonomisk robust. For å skape et felles eierforhold til ressurscenteret anbefales det å derfor å utarbeide gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler om etablering og drift av mellom eierne; Oslo kommune og sykehusene. På samme måte bør det inngås avtale med de viktigste interessentene for eksempel NAKMI, RVTS, UIO, HIOA, LDO og aktuelle brukerorganisasjoner. Det kan vurderes om samarbeidsavtalene kan være underavtaler til inngåtte avtalestruktur ifm samhandlingsreformen og/eller om det skal lages separate avtaler/avtalestruktur. I avtalene bør det, foruten en beskrivelse av hva senteret skal levere, fremgå hva den enkelte virksomhet forplikter seg til å bidra med i avtaleperioden samt hvordan senteret skal styres av eierne. Utredningsprosjektet Migrasjonshelse driftes av Oslo

kommune ved prosjekt Samhandlingsarena Aker, og det er naturlig at kommunen på vegne av partene viderefører driftsansvaret også i neste fase når senteret etableres.

11.2 Ressursbehov

I utredningsfasen har det primært vært mål om å beskrive nytte og innhold i ressurscenteret. Utredningen har vist at dette er et fagfelt med store behov og mange ønsker og kreativitet for å imøtekomme behovene. Imidlertid har det på et så tidlig stadium ikke vært mulig å tydeliggjøre hva de enkelte interessenter eventuelt kan legge inn av ressurser i senteret. Høstens budsjettarbeid i virksomhetene vil være en viktig premissleverandør i så måte. Ressursbehov i senteret vil avhenge av hvilke tiltak som skal iverksettes. På samme måte kan det sies at hvilke tiltak som skal iverksettes vil avhenge av ressursene eierne vil legge inn i senteret. Med utgangspunkt i målgruppe og mål for ressurscenteret er det imidlertid vanskelig å tenke seg et slagkraftig senter med færre enn 3 årsverk. Imidlertid er det mulig å tenke seg en gradvis oppbygging av senteret. At man starter med ledelse og deretter bemanner opp i tråd med prioriteringer og de rammene senteret får. Det er derfor behov for å prioritere strengt hvilke tiltak senteret skal iverksette i forhold til de ressurser interessentene er villig til å legge inn. Nærmere om prioriteringene og videre arbeid og plan for implementering i kap 12.

11.3 Finansieringsmodell

Det flere komponenter en kan vurdere inn i en finansierings-/ressursmodell for Ressurscenter for Migrasjonshelse.

- Rammefinansiering fra sentralt hold i Oslo kommune og Helse sørøst til drift og stillinger. Gjerne i en prosjektperiode som for eksempel etablerings og evalueringsfasen
- Oslo kommune og sykehusene bidrar med midler til drift og stillinger.
 - Virksomhetene bidrar inn med lønnet personale. Bidraget kan være i form av hele eller deler av stillinger i avtalte tidsrom og/eller knyttet til konkrete prosjekter/tiltak.
- Virksomhetene avgir ressurspersoner på fagområdet; bidrar inn med ulønnet personale med særskilt kompetanse. Gir en faglig tilførsel til ressurscenteret som kommer interessentene til gode, men gir ingen økonomisk gevinst
- Stipendiater
 - Universitet og høyskoler vurderer stipendiatstillinger som tildeles studenter i f eks et doktorgradsarbeid og som er knyttet til ressurscenteret. Stipendiaten kan rekrutteres med en konkret forskningsoppgave utlyst av universitetet eller høyskolen.
- Prosjektmidler
 - Prosjektbasert arbeid kan være effektivt. Men det er ressurskrevende å følge opp søknader og rapporteringer og utfordringer mht å gå fra prosjekt til linje
- Utrede inntektsmuligheter
 - En kan tenke seg at det settes deltakeravgift på kurser, at en kan selge kurspakker til andre aktører som for eksempel NAV, UDI og større firmaer/arbeidsgivere med høy andel innvandrere

- Avklare hva kan brukerorganisasjoner/interesseorganisasjoner kan bidra med

Den enkelte virksomhets bidrag forpliktes gjennom de nevnte samarbeidsavtaler for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i ressurscenterets arbeid.

12 Videre arbeid og foreløpig plan for implementering

Det anbefales at oppstarten av senteret etableres som et 2-årig prosjekt der senteret igangsettes og evalueres før man eventuelt det overføres til ordinær drift. Et fortsatt prosjekt gir grunnlag for å prøve ut modellen samt utrede grunnlag og omfang av varig drift. Det gir også muligheter for å utvikle konseptet med etablering av ressurser både fra sykehusene og kommunen, samt evaluering av dette. Det anbefales at prosjektgruppen videreføres som en referansegruppe i neste prosjektfase for å sikre kontinuitet og forankring.



Etableringsfasen bør ha følgende hovedelementer:

1. Avklare finansiering

Tiden fra rapporten leveres frem til oppstart av etableringsprosjektet benyttes til avklaring av finansiering av etableringsprosjektet

2. Ansette prosjektleder med rett kompetanse

Så snart finansiering er avklart bør det ansettes prosjektleder i 100 % stilling.

I rekruttering av prosjektleder bør det fokuseres på kompetanse som er viktig for å lykkes i prosjektfasen. Personen bør fremstå med faglig integritet, ha god kjennskap til og engasjement for fagfeltet migrasjonshelse. For å lykkes med å håndtere de mange samarbeidsrelasjonene som skal ivaretas må vedkommende ha svært gode samarbeids- og kommunikasjonsevner, evne til å utarbeide og følge samarbeidsavtaler og inneha stor forståelse for å etablere et utadrettet og praksisnært senter. I tillegg er det viktig at vedkommende har evne til å prioritere i et felt med store behov, mange ønsker og ideer og opplevelse av knappe ressurser.

3. Etablering i lokaler Aker

Senteret etableres i lokalene (bygg 20) på Aker når prosjektleder tiltrer. Det må lages en detaljert plan for bruk av lokalene der det tas høyde for at det etableres egnede rom for å avholde møteaktivitet, seminarer og nettverksgrupper.

4. Utarbeide forpliktende samarbeidsavtaler

Forpliktende samarbeidsavtaler utformes ifm prosjektetablering. En forpliktende samarbeidsavtale der eierne, dvs. Oslo kommune og sykehusene, nedtegner forhold av betydning for etablering og drift av ressurscenteret; hva ressurscenteret skal tilby og hva eierne skal bidra med i prosjektperioden. Eierne anses som likeverdige parter. Videre utformes samarbeidsavtaler med de viktigste samarbeidspartnerne (jfr kap 10)

5. Prioritere og iverksette de viktigste tiltakene

Det er behov for å innhente og lage en oversikt over det som skjer av relevante prosjekter og tiltak på fagområdet i praksis feltet, systematisere det slik at det kan inngå i en idèbank. Videre identifisere hovedutfordringer, tydeliggjøre målene (praksisnære) og utvikle strategier for driften. Deretter starte kurs, nettverk og utforme informasjonsmateriell. Det blir viktig å skape og synliggjøre noen raske resultater. Tiltak som er klare for iverksetting som for eksempel kulturveiledernetttverk kan iverksettes raskt

6. Plan for og iverksetting av flere tiltak

Det lages en opptrappingsplan for senteret i prosjektperioden. Ressurscenteret bemannes opp i henhold til økonomiske rammer og ressurs- og kompetansebehov ved valg av tiltak jfr. pkt. 5

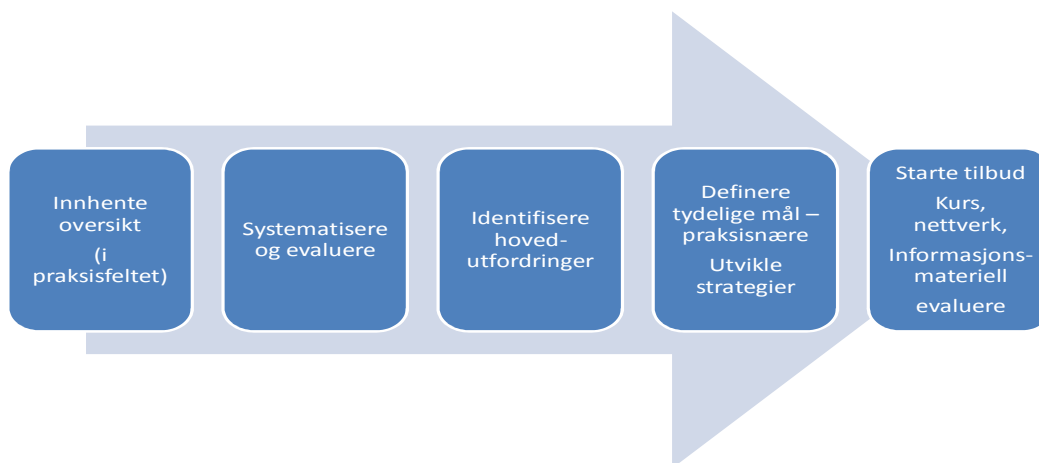
7. Etablere system for evaluering og gjennomføre evalueringen

Man er helt avhengig av å begrense oppgaver i en oppstart, men ha et klart mål om hva senteret skal utvikle seg til jfr. pkt. 5. Innen utgangen av prosjektperioden anbefales det at det gjennomføres en evaluering i forhold til målene med senteret og det enkelte tiltak. Det må utformes evalueringskriterier og avklares hvordan denne evalueringen skal gjennomføres. Risikomomentene i swotanalysen jfr. kapittel 2.1 bør vurderes og inngå som deler av evalueringskriteriene

8. Fra prosjekt til drift

Prosjektet avsluttes med at eierne beslutter om tilbudet skal settes i ordinær drift, herunder avklare varig organisering og finansieringsmodell. Evalueringen vil legge grunnlag for beslutningen om videre drift av ressurscenteret.

Oppsummert prioritert rekkefølge



Referanser

1. Berre, I., Dæhli, T. W., & Nordløyken, A. (2010). Hva lærer fremtidige leger om migrasjon og helse? – En kartlegging av medisinstudiet i Oslo.
2. Blom og Henriksen (red.) 2008. *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, SSB Rapport 2008/5
3. Blom, S. 2010. Sosiale forskjeller i innvandreres helse, *Rapporter 47/2010*
4. Brunborg, H, Texmon, I. 2006. *Hvor stor blir innvandrerbefolkningen framover?* Samfunnsspeilet, 20(4), 6-16
5. Holvik K, Meyer HE, Haug E, Brunvand L. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway. The Oslo Immigrant Health Study. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 57-63
6. Ingebretsen, R. *Omsorg for eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 15/2010
7. Kale, E. og Holt, T. 2011. Hva lærer psykologistudentene om kultur- og migrasjonspsykologi?, publisert på www.nakmi.no
8. Kumar et. al. 2008. The Oslo Immigrant Health Profile, Norwegian Institute of Public Health
9. Kumar, B. 2011. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten. Møte 11.4.2011 Arkivnr.: 2011/115. Presentasjon saksfremlegg 25/11.
10. Magelssen, R. 2012. Arbeidstitel: Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon og helse? En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst NAKMI-rapport (under utarbeidelse)
11. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring; http://www.mestring.no/om_lms
12. Nova rapport 15/2010
13. Pettersen S. Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: Bungum B, Jorde D (red.) *Naturfagdidaktikk. Perspektiver - Forskning - Utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 273-88.
14. Pottie et. al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees, *CMAJ* 2011 Sep 6;183(12):E824-925.
15. Samhandlingsprosjekt "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet" 2011
16. Språkrådet, "Klart språk i staten": www.sprakradet.no/klarsprak/.
17. St.meld. nr. 47 (2008-2009)- Samhandlingsreformen- pkt 6.6 Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-7/6.html?id=567255>)
18. Studieplan for Veiledning i flerkulturelt helsearbeid 2012-2013

Nettsider:

Likestillings – og diskrimineringsombudet, Ldo (<http://www.ldo.no/no/>)

Internasjonal helse- og sosialgruppe (Nettverk IHSG), Ihsg www.ihsg.no

Mighealthnet http://mighealth.net/no/index.php/Vitamin_D-mangel) Kristin Holvik









Utlendingsdirektoratet <http://www.udi.no/Sentrale-tema/Internasjonal-migrasjon/#fakta>

International Organization for Migration <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-iom/mission/lang/en>

Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/innvandring/> lastet 19. juni 2012)

Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no/forskning/artikler/2012/3/1331560369.32.html>, lastet 28.8.2012

Vedlegg

Mandat delprosjekt Migrasjonshelse	 Prosjektmandat migrasjonshelse.pdf
Prosjektbeskrivelse Likeverdige tjenester Rapport Ikke lenger ”en tjeneste av ukjent kvalitet” Mandat for videre arbeid med tolketjenester Prosjekt likeverdige helsetjenester	 Prosjektbeskrivelse_Likeverd_i_Hovedsta  Ikke lenger En tjeneste av ukjent kv  Mandat for videre arbeid med tolketjene
Visningsleilighet	 2012_5_29 Mandat  Utredning av  Vedlegg
SWOT analyse	 2012_5_15 SWOT analyse.pptx