

# Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring

Erfaringer - Samarbeid - Muligheter - Eksempler



Shaista Ayub og Liv Hopen



## Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom

Aker universitetssykehus HF - Trondheimsveien 235, bygg 80, 5. etg. - 0514 Oslo  
Telefon: 230 34 008 - Telefax: 22 89 48 70 - E-post: [mestring@aker-sykehus.no](mailto:mestring@aker-sykehus.no)

# Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring

- Erfaringer
- Samarbeid
- Muligheter
- Eksempler



**Shaista Ayub og Liv Hopen**

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom

Oslo, mars 2008

Layout S. Johan Stenseth

# Innhold

<b>1. Bakgrunn .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Opplæring ved langvarig sykdom – uansett kulturbakgrunn.....</b>	<b>7</b>
<b>3. LMS metoden - brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd .....</b>	<b>8</b>
<b>4. Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring – erfaringer .....</b>	<b>10</b>
4.1. <i>Om å få tak i kursdeltakerne .....</i>	11
4.2. <i>Språkproblemer .....</i>	13
4.3. <i>Møtested .....</i>	14
4.4. <i>Tidspunkt .....</i>	15
4.5. <i>Ulike vaner.....</i>	16
4.6. <i>Andre basiskunnskaper.....</i>	17
4.7. <i>Praktiske forhold.....</i>	19
4.8. <i>Kursledelse.....</i>	21
4.9. <i>Ressurspersoner.....</i>	22
<b>5. Samarbeid med brukerorganisasjoner/frivillige organisasjoner - "Brunett" .....</b>	<b>23</b>
<b>6. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring – mulighet for bistand.....</b>	<b>25</b>
6.1. <i>Prosjektleders oppgaver .....</i>	25
6.2. <i>Innføringskurset: Ulike kulturer hva så? – Om sykdom mestring og minoriteter .....</i>	26
6.3. <i>Kunnskapsrik og trygg møte med minoritetsspråklige familier.....</i>	27
<b>7. Flere aktuelle samarbeidspartnere .....</b>	<b>29</b>
7.1. <i>Innvandrerorganisasjoner.....</i>	29
7.2. <i>Enhet for mangfold og integrering (EMI).....</i>	30
7.3. <i>Moskeen - et religiøst møtested .....</i>	31
7.4. <i>Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) .....</i>	32
7.5. <i>Mangfoldskilden .....</i>	33
<b>8. Hvordan finne skriftlig materiell på minoritetsspråk? .....</b>	<b>34</b>
<b>9. Litteratur vi har henvist til i heftet .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg 1: Et eksempel på invitasjon til kurset "Ulike kulturer – hva så?" .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg 2: Et eksempel på invitasjon til kurset: "Kunnskapsrik og trygg" .....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 3: Huskeliste - seminarer for minoritetsspråklige familier .....</b>	<b>42</b>
<b>Vedlegg 4: Hvordan tilbud blir laget og utført - kort eksempel fra LMS Ullevål barn.....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 5: Prosjektet "Helse for eldre innvandrere" - LHL .....</b>	<b>44</b>
<b>Vedlegg 6: Livsstilskurs for urdotalende kvinner - Lovisenberg.....</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg 7: Mental Helse Flerkulturell gruppe - Møre og Romsdal .....</b>	<b>47</b>
<b>Vedlegg 8: Tanker omkring de minoritetsspråklige - flerkulturelle og deres muligheter for å bli bedre integrert og skolert for å takle sine liv best mulig .....</b>	<b>48</b>
<b>Vedlegg 9: Flerkulturelle kvinne- og foreldregrupper - Nasjonalforeningen for folkehelsen .....</b>	<b>49</b>

## Forord

I 2007 bestod innvandrerbefolkningen i Norge av 415 000 personer. Dette utgjør 8,9 prosent av befolkningen. Om lag 54 000 personer kom fra andre nordiske land, 51 000 fra resten av Vest-Europa og Nord-Amerika, 80 000 fra Øst-Europa og 230 000 fra Tyrkia og land i Asia, Afrika og Sør-Amerika. Denne økningen av minoritetspråklige innbyggere i Norge gir nye utfordringer.

Prinsipielt er det liten forskjell på nordmenn og innvandrere, knyttet til mestring av sykdom. Det som hjelper den ene hjelper gjerne også den andre. Men av og til har man ulike måter å forstå sykdom på, og det kan være visse utfordringer som er større for noen grupper enn for andre.

"Alle mennesker bosatt i Norge skal tilbys likeverdige helsetjenester, uavhengig av blant annet etnisk, kulturell eller religiøs tilhørighet."

Sitatet er hentet fra Stortingsmelding 49, 2003-2004. "Mangfold gjennom inkludering og deltakelse". Kravet om likeverdige helsetilbud gjelder ikke minst pasient og pårørende opplæring ved langvarig sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

Uansett hvor pasient eller pårørende kommer fra, må vi som helsearbeidere bestrebe oss på å se hele personen, og ikke gå ut fra at han har noen spesielle egenskaper fordi han er fra Norge eller et annet land. Hvis en behandlingsform lykkes for to personer fra India, er det ikke sikkert den egner seg for neste person fra India. Det er flere faktorer som kan spille rolle som alder, utdanning, familieforhold, opphav fra by/landsby osv som kan spille inn. Mennesker er forskjellige uavhengig av minoritetsbakgrunn eller ikke.

Studier om pasienttilfredshet viser bl.a. følgende: "Sykdommen eller det syke organ får fullgod oppmerksomhet, mens mennesket som bærer sykdommen ofte blir oversett. Den enkelte pasients hverdag og liv tas ofte for lite med i den vurderingen og behandling som gis". Studiene viser også at informasjon ofte er mangelfull, lite tilrettelagt og lite tilgjengelig for pasienten. (NOU 1997:2, Pasienten først).

Mye av det som blir presentert i dette heftet er basert på brukererfaringer og opplevelser fra ulike personer med minoritetsbakgrunn. Heftet er en førsteutgave. Planen er å ajourføre heftet etter hvert, og i særlig grad supplere med brukernes stemmer direkte, der personer med minoritetspråklig bakgrunn kan fortelle om hvordan de opplever å motta og delta i læringstilbud.

Pr. mars 2008 er det etablert 44 Lærings- og mestringssentre (LMS) og i tillegg er det etablert 16 LMS som prosjekter rundt i landet. Vi håper heftet kan bidra med nyttig informasjon, tips og råd for at LMSene og andre interesserte skal kunne bidra til egnede aktiviteter og tilbud for minoritetspråklige.



Anne Margrete Fletner  
Leder



Shaista Ayub  
Prosjektleder minoritetshelse

Oslo, 25.mars 2008

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS)  
Aker universitetssykehus HF - 0514 Oslo

# 1. Bakgrunn

Innvandrere, som har kommet til Norge som flyktninger, som arbeidsinnvandrere eller gjennom familierelasjoner til andre innvandrere eller nordmenn, har til nå utgjort en liten gruppe i den norske befolkningen.

Den høyeste andelen finner vi i hovedstadsområdet. I store landsrepresentative helseundersøkelser har innvandrere derfor til nå utgjort relativt liten prosentandel. De er dessuten underrepresentert i forhold til sin faktiske andel av befolkningen. Spesielt gjelder det innvandrere med ikke vestlig bakgrunn. Språkvansker og andre strukturelle barrierer er sannsynlige forklaringer på dette (Blom 1998).

Den norske helseundersøkelsen som omfatter størst andel av innvandrere er HUBRO, en kartlegging av befolkningens helseprofil i Oslo. Gjennomføringen av denne er basert på et samarbeid mellom Oslo Kommune, Universitetet i Oslo og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Alle bydelene er inkludert. Undersøkelsen ble gjennomført i årene 2000-2001.

18770 personer deltok. Av disse var 17,4 prosent innvandrere. Det tilsvarer 2950 personer. Den største enkeltgruppen var deltakere fra Vest-Europa (890 personer), men HUBRO omfatter også store grupper fra Det indiske subkontinentet (605 personer), fra Midtøsten (318 personer), Sørøst Asia (223 personer) og Afrika sør for Sahara (209 personer) (Dalgard 2005:30).

Etter at hovedundersøkelsen var gjennomført, ble det etablert et eget "innvandrerrutvalg" bestående av 3726 personer fra fem ulike innvandrergupper (kalt "innvandrere - HUBRO - undersøkelsen"). Undersøkelsen inkluderer personer fra Sri Lanka, Tyrkia, Iran, Pakistan og Vietnam.

De endelige resultater fra Innvandrere - HUBRO - undersøkelsen foreligger ikke ennå, men noen av resultatene basert på utvalget av personer med innvandrerbakgrunn i den opprinnelige HUBRO undersøkelsen er publisert (Syed og Vangen, 2003). Resultatene gjelder aldersgruppen 30-60 år.

Det generelle inntrykket av helseprofilen i denne gruppen er i følge rapporten fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), at innvandrere med ikke vestlig bakgrunn har dårligere selvrappportert helse enn etniske nordmenn.

Blant de mest utbredte sykdommene i gruppen ikke vestlige innvandrere er muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2, hjerte-karsykdommer og mentale lidelser.

Det er i forhold til de tre sistnevnte gruppene at personer med minoritetsbakgrunn skiller seg mest fra majoritetsbefolkningen (Ingebretsen og Nergård 2007:40-45).

En annen stor levestuds studie av ikke vestlige innvandrere ble gjort i 1996 (Blom 1998). En liten del av den handler om helseundersøkelsen og viser bl.a. at sykkeligheten blant ikke vestlige innvandrere tiltar mer med alderen enn den gjør for etniske nordmenn. Resultatene viser også at alder ved ankomst til landet er viktig for hvor syke innvandrere er; jo eldre man er når man ankommer Norge, desto sykere.

Videre viser undersøkelsene at forskjellen mellom menns og kvinners sykkelighet er større i gruppen ikke vestlige innvandrere enn den er for etniske norske.

Det er også nokså klare forskjeller i sykkelighet avhengig av hvilket land innvandrerne kommer fra. Dette skyldes i liten grad at det er aldersforskjeller mellom gruppene.

For øvrig er et av funnene at innvandrere vurderer sykdom som mer alvorlig enn majoritetsbefolkningen gjør.

Det kan muligens føre til at opplevde helseproblemer kan få større konsekvenser for tilknytning til arbeidslivet, enn det gjør for etnisk norske med tilsvarende helseprofil. (Blom 1998: 54).

Studier, blant annet fra Sverige, viser at innvandrerstatus i seg selv innebærer økt risiko for å bli rammet av hjerte- og karsykdom (Gadd 2006, Sundquist og Li 2006).

Noen grupper anses å være mer utsatt enn andre. Innvandrere fra sørøstasiatiske land som India, Pakistan og Sri Lanka har betydelig høyere diabetesforekomst enn etniske nordmenn og andre vesteuropeere (Jenum 2005).

Tre store helseundersøkelser i Oslo i perioden år 2000 til 2003 (Jenum, Holme, Graff-Iversen og Birkeland 2005), viste at fedme, diabetes type 2 og inaktivitet forekommer spesielt hyppig blant innvandrere fra det indiske subkontinent. Sykdommene er hyppigere hos kvinner enn hos menn, og rammer så mange som én av fire innvandrerkvinner fra India, Pakistan og Sri Lanka.

Dette kan, i tillegg til arvelige faktorer, settes i sammenheng med at de har større tendens til overvekt og mindre fysisk aktivitet i Norge enn de ville hatt i sine hjemland (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2005). Utfordringene er store også når det gjelder kvinner fra enkelte afrikanske land, for eksempel Somalia.

Forskning har vist at det er mye å hente med livsstils tiltak for å forebygge diabetesutvikling (Jenum 2005), og dermed også forebygge hjerte- og karsykdom.

Andre studier setter fokus på at det forebyggende arbeidet må starte tidlig og ha fokus på kvinner i alle aldre. CARRDIP studien (Khoury 2007), gjennomført av forsker og spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp ved Rikshospitalet, Janette Khoury antyder i en nypublisert doktoravhandling at mødre som spiser sunt gjennom svangerskapet, føder barn med mulig lavere risiko for utvikling av hjerte- og karsykdommer.

En levekårsundersøkelse utført av Norges Blindforbund i 2006 blant Oslos blinde og svaksynte innvandrere viste at under 50 % hadde fått norskopplæring, 80 % av kvinnene hadde ingen kontakt utenfor husets fire vegger og 90 % stod uten arbeid. Dette er dystre tall for Norges 6000 blinde og svaksynte innvandrere.

Det er ingen grunn til å tro at det står noe bedre til blant innvandrere med andre funksjonsnedsettelse eller sykdommer. Vi står ovenfor en stor gruppe mennesker med et enormt behov for hjelp og oppfølging, i tillegg til det er det behov for mer forskning på området.

Levekårsundersøkelsen gjort av forskningsstiftelsen FAFO i februar 2007 viser blant annet at pakistanske og somaliske kvinner sliter mest. De har høyest ledighet, dårligst helse og er mest isolert. Disse utgjør en stadig voksende underklasse. Dette berører også flere tusen barn som lever i minoritetsfamilier.

Det fremgår at mange av disse kvinnene har bodd lenge i Norge men aldri fått lov av sine menn til å lære seg norsk. De blir isolerte og blir på den måten utestengt fra samfunnet.

Dette medfører at de heller ikke får tilgang på informasjon og nødvendig helseopplysning med påfølgende helseforebyggende tiltak og behandlingstilbud. Dette viser at innvandrere er en målgruppe som står overfor store utfordringer både knyttet til integrering, deltakelse og helse.

Barn fra minoritetsspråklige familier har en høy andel av innleggelser og polikliniske konsultasjoner ved Barneklubben ved Ullevål universitetssykehus. Dette representerer både en utfordring for barnet eller ungdommen, men også for foreldrene som ofte må være sine barns behandlere i hverdagen.

På Ullevål Universitetssykehus har hver femte pasient ikke vestlig bakgrunn, og de representerer over 120 språkgrupper til sammen.



## 2. Opplæring ved langvarig sykdom – uansett kulturbakgrunn

I lov om spesialisthelsetjenesten (§ 3-8), som trådte kraft 01/01/2001, slås følgende fast:

Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver.

Særlig når det gjelder langvarig eller kronisk sykdom, er opplæring et viktig område for sykehus. Om lag en firedel av den norske befolkningen har en alvorlig kronisk lidelse, og av disse har noen *flere* kroniske sykdommer.

Mennesker med kronisk sykdom må leve med den resten av livet. Stadig flere mennesker får sykdommer som ikke kan helbredes eller fjernes. De må til daglig ta kvalifiserte og til dels livsviktige vurderinger og avgjørelser om egen tilstand og behandling.

Mangel på opplæring er like alvorlig som mangel på medisiner og gode behandlingsformer. Opplæring er en forutsetning for å mestre hverdagen med langvarig sykdom, og for muligens hindre forverring av sykdommen og utvikling av alvorlige komplikasjoner.

Mennesker er forskjellige og pasientene reagerer ulikt på oss som personer og helsearbeidere på de aktiviteter vi setter i gang og måten vi møter dem på. Pasienten er ikke bare en diagnose, men en person med håp og drømmer, som kan være redd for noe, som prøver å unngå noe eller ønsker å oppnå noe.

Å møte pasienter er utfordrende. Hvis pasienten i tillegg har en annen kulturbakgrunn og ikke snakker samme språk som helsearbeideren, er utfordringene enda større, ikke minst for pasienten.



### 3. LMS metoden - brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NK LMS) har en stor oppgave med å bygge opp og støtte et nettverk av Lærings- og mestringssentere (LMS) i hele landet, som skal bidra til at sykehusene kan ivareta sine lovpålagte oppgaver knyttet til pasientopplæring.

Et lærings- og mestringssenter (LMS) har fire hovedfunksjoner:

Tilgjengelig møteplass. Samarbeidsverksted.	Senter for kursvirksomhet for brukere (pasienter og pårørende).	Bidrag til at helsepersonell kan bli bedre til å lære fra seg.	Aktivt informasjonssenter. Tilgang til internett.
--	---	--	--

Læringsmodellen ved LMS bygger på at ”planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbud skal skje i likeverdig samarbeid mellom fagpersonell og erfarne brukere”. Erfarne brukere, det vil si pasienter og pårørende som vet hvordan det er å mestre sykdommen i hverdagen, sitter inne med kunnskaper som er viktige bidrag til læring og mestring for andre som senere har kommet i samme situasjon.

Ved å likestille brukere og fagpersoner i planleggingen av et læringstilbud kan resultatet påvirke *både* organiseringen (for eksempel valg av tid og sted) samt innholdet i tilbudet.

Hvis det for eksempel skal arrangeres et diabeteskurs for pakistanske kvinner, må kurset planlegges sammen med pakistanske kvinner som har erfaring med å mestre sin diabetes, eller som er nær pårørende til en som har diabetes.

Planlegging av læringstilbudet gjøres ved at fagpersoner og erfarne brukere møtes til et planleggingsmøte. Møtestedet bør ikke ha sterkt sykehuspreg men være et nøytralt sted der ingen føler seg underlegen.

I starten av planleggingsmøtet gis det stor oppmerksomhet til hva de som selv har erfaring med å mestre sykdommen i hverdagen har å si om følgende:

- Hva har brukerne hatt behov for å lære?
- Hva bør vektlegges?
- Hvordan mener brukerne at opplegget bør være for at de skal ha nytte av det?

Deretter er det viktig å ha en åpen idédugnad der både fagfolkene og brukerne sammen oppmuntres til å komme med innspill om hva som kan være hensiktsmessig for at opplegget skal møte det behovet brukerne har beskrevet.

Det er viktig å tenke nytt og utradisjonelt! Det er altfor lett å ty til gamle undervisningsformer, selv om disse ikke tidligere har ført til læring.

Læringstilbudet blir rutinemessig evaluert etter gjennomføringen. Dette må avtales i planleggingsgruppen. Både skriftlig og muntlig evaluering kan være aktuelt.

Den anonyme skriftlige evalueringen har vært noe vanskeligere å få til blant minoritetsspråklige, fordi det er mange som ikke kan skrive. Det har vært behov for hjelp til å fylle ut spørreskjemaet.

Både den muntlige og den skriftlige evalueringen har enkle spørsmål. Kursdeltakerne svarer blant annet på dette:

- Hva var viktigst for deg i kurset?
- Har du fått bruk for noe av det du lærte? I tilfelle hva?
- Hva bør gjøres annerledes?

Neste læringstilbud planlegges av den samme sammensatte gruppen, med utgangspunkt i resultatene av evalueringen. På den måten blir en kontinuerlig kvalitetsforbedring mulig.

Tilbakemeldingen viser at de faglige innleggene med fordel kan være svært korte, nærmest bare *innspill til samtale*.

Kursdeltakerne har stort utbytte av å få rikelig tid til å dele erfaringer med hverandre rundt faginnlegg. Mens fagpersonene er til stede kan de komme med korrigerende innspill. Deltakerne lærer mye av at de andre stiller spørsmål til fagpersonene.

Helsepersonell har ofte gitt tilbakemelding om at det har vært lærerikt for dem selv å samarbeide med brukere om planlegging og gjennomføring av læringstilbud. Brukernes innspill har gitt dem en innsikt og forståelse som de også har kunnet dra nytte av i sin øvrige praksis med pasienter. Dette gjelder ikke minst erfaringer fra kurs for minoritetsspråklige.

## 4. Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring – erfaringer

Det er mange forhold som kan gjøre det vanskelig for minoritetsspråklige brukere å delta på de ulike planlagte læringstilbud eller kurs.

*Minoritetsspråklige brukere har selv gitt følgende uttrykk for forhold som ofte hindrer dem:*



- Vi ønsker ikke å snakke om sykdommen vår, men vil holde den skjult. Opplysning om sykdom kan føre til vansker med å bli gift.
- Mange jobber fra tidlig til sent, og det er ikke tid til kurs på hverdagen. Vi ønsker i stedet kurs på lørdag og/eller søndag.
- Kvinner er avhengige av sine menn for å delta.
- Vi forstår lite norsk.
- Vi har andre prioriteringer.
- Kulturen i Norge er annerledes enn vår. Vi er ikke vant til opplæring om sykdom, vi forstår ikke betydningen av å få denne type opplæring.
- Vi kan ikke reise langt for å delta på tilbud. Dette bandt annet fordi vi har lite kjennskap til kollektive transportmuligheter, og synes det blir for dyrt.
- Vi har ingen til å passe barna våre når vi er på kurs. Det må derfor være tilbud om barnevakt.

## 4.1. Om å få tak i kursdeltakerne

På grunnlag av egne erfaringer gir Shaista Ayub ved NK LMS her noen eksempler på måter som har ført fram i forsøket på å få tak i kursdeltakere med minoritetsspråklig bakgrunn:

### **Brev, telefon på morsmål**

Det sendes brev om læringstilbudet på morsmålet til brukeren, med norsk oversettelse.

I tillegg ringes det i etterkant. Det har vært forskjellig hvem som har ringt, men det er klart en fordel hvis den som ringer kan snakke det samme språket.

Andre ganger er det kun brev eller muntlig henvendelse via en som kan språket.

### **Personlig fremmøte**

Informasjon om et tilbud annonseres av ressursperson eller den som har fått delegert ansvaret i en moské eller et annet møtested der personer med minoritetsbakgrunn pleier å møtes.

### **Innvandrer butikker**

Det er også effektivt å legge ut informasjon eller henge opp plakater i innvandrerbutikker.

### **Lege/imam/kvinner eller andre som man ser ”opp til” i miljøet forteller om tilbudet**

Å få læringstilbudet annonsert i moskeen etter fredagsbønnen har vært særlig vellykket.

Andre ganger er leger blitt oppfordret til å motivere pasienten til å delta på læringstilbudet. Det at legen gir informasjon muntlig, i tillegg til skriftlig informasjon, har stor betydning. Mange ”ser opp til” disse autoritetspersonene.

Har man tilgang til helsepersonell som behersker det aktuelle språket, bør man bruke denne ressursen og samarbeide med dem.

### **Andre brukere (”jungeltelegrafene”)**

”Munn til munn metoden” mellom personer i vennekrets, nettverk eller familie er den beste og mest aktive måten.

### **Andre samarbeidspartnere**

Nedenfor er det listet opp andre aktuelle steder som det kan være lurt å samarbeide med for å få spredd informasjon på egnet måte:

- Religiøse møtesteder
- Innvandrerorganisasjoner
- Andre møteplasser som har tilbud for minoritetsspråklige
- Andre etater, organisasjoner som jobber med samme målgruppe
- Ressurspersoner

For å nå deltakere og spre informasjon er det viktig å lete etter naturlige samarbeidspartnere, og samarbeide tett med dem.

### **Radiosendinger**

Det finnes noen radiosendinger på andre språk som man bør benytte seg av, enten ved at man ber dem opplyse om læringstilbudet, eller at man spør om man selv kan snakke "på lufta".

### **Minoritetsaviser**

Noen aviser trykker informasjon om helsetilbud eller helsestoff gratis, eller man kan forhandle seg til å få det trykket ved å betale et mindre beløp.

### **Bydelsaviser**

For å nå ut til aktuelle kursdeltakere kan det være lurt å samarbeide med lokalaviser/ bydelsaviser i bydeler der det bor mange innvandrere.

## 4.2. Språkproblemer

Mange eldre mennesker og kvinner har dårlige språkkunnskaper og dårlig kjennskap til det norske samfunnet, noe som gjør dem avhengige av sine barn, barnebarn og ektefellers barn med hensyn til informasjon og praktisk hjelp i møtet med majoritetssamfunnet.



### Er det nødvendig å oversette invitasjonen til andre språk?

Det anbefales å ha norsk tekst på den ene siden og det andre språket på den andre siden. Vi har også hatt to språk i tillegg til norsk på en side.

### Trengs det tolk?

Når hensikten er å ha en sosial samling der hverdagslige ting diskuteres, kan det gå greit hvis en fra minoritetsgruppen, som kan snakke godt norsk, kan fungere som oversetter.

Det med bruk av tolk har vært praktisert ulikt avhengig av hva planleggingsgruppen har kommet fram til.

Noen ganger er det nødvendig med en kvalifisert og godkjent tolk, for eksempel hvis det skal diskuteres sykdom eller fag. I slike tilfelle skal aldri familiemedlemmer eller barn bli brukt som tolker.

Det kan være lurt å snakke med tolken på forhånd slik at tolken blir forberedt på hvem som vil være der og hva som er tema. Vi har positiv erfaring med å sende presentasjoner til tolken på forhånd slik at vedkommende kan forberede seg.

Bruk av tolk kan også ha hatt økonomiske begrensninger. Betaling av tolk har vært ulikt praktisert. Hvis sykehuset har hatt inntekt av kurset, har avdelingen betalt. Hvis det er en brukerorganisasjon som har stått for arrangementet, så har de betalt. Kursdeltakerne har aldri blitt belastet for utgifter til tolk.

For mer informasjon om bruk av tolketjeneste vises til en god bok som tar opp temaet grundig: "Tolk og tolkebruker" av Kirsti Jareg og Zarin Pettersen (2006).

### Bør overheads være på flere språk?

Ved bruk av visuelle hjelpemidler er det tegninger/bilder som er viktig og ikke tekst

For eksempel tegning av ambulans med riktig telefonnummer. Eller bilder av matvarene som anbefales, eller av hvordan vi ser ut inne i kroppen (enkelt). I følge brukerne har det ikke avgjørende betydning om det benyttes overheads på aktuelt språk. Det viktigste er at den muntlige informasjonen er enkel og at budskapet når fram.

De fleste foretrekker muntlig informasjon fordi de verken kan skrive eller lese brukbart.

### Hva med skriftlig materiell (norsk eller morsmål) for utdeling?

Det er mange som ønsker seg skriftlig materiell i tillegg. Selv om det er mange som ikke kan lese eller skrive selv, tar de det med hjem for at noen andre skal lese det for dem. Det som er viktig når helsepersonell deler det ut, er at det ikke blir erstatning for det muntlige.

### 4.3. Møtested

Hvis læringstilbudet gjennomføres på et sted som brukeren mener er vanskelig å finne frem til, selv om det er sentralt, går det an å gjøre en avtale om å møte kursdeltakerne på et bestemt sted, og følge dem til den riktige plassen.

Som eksempel kan nevnes at da urdu-/punjabitalende kvinner skulle delta på diabeteskurs på LMS på Aker universitetssykehus HF, ble det på forhånd avtalt å møtes på venterommet i fødeavdelingen ved sykehuset. Fødeavdelingen var kjent for de fleste. Kvinnene ble hentet og fulgt derfra til LMS de første gangene.

Vi har ved flere anledninger hatt aktiviteter i innvandrersorganisasjonens lokaler, moskeer osv. Helsepersonell måtte dra dit og ha undervisning istedenfor at brukere skulle komme seg til nytt sted. Siden stedet var kjent for kursdeltakerne, ble det fullt hus.

Erfaringer tilsier at det beste møtestedet er det brukerne kjenner godt til fra før og der det er enklest å komme til.

For mange mødre erfarer vi at det er en fordel med gangavstand til møtestedet, for eksempel helsestasjoner eller åpen barnehage.

Helsearbeidere må være forberedt på å være mobile og tenke utradisjonelt. Hvis tilbudet legges slik at deltakerne blir avhengig av transport, er det mange som ikke kan delta. Spesielt mange voksne (eldre) kvinner er avhengige av å bli fulgt av sine nærmeste.

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2005) viser at det er store forskjeller i inntektsnivå, inntektens sammensetning og inntektsfordeling blant de med innvandrerbakgrunn i Norge. Vestlige innvandrere har ofte et inntektsnivå på linje med det generelle inntektsnivået i befolkningen, mens ikke vestlige innvandrere langt oftere har lavere inntekter, hovedsakelig på grunn av større vanskeligheter med å komme inn på arbeidsmarkedet.

Dette gir konsekvenser for behandling og opplæring. Det er faktisk noen som ikke kan prioritere penger til fysioterapeut eller betale trikkepenger for å gå på kurs. Det er få som forteller dette så ærlig fordi de synes det er flaut, men det er faktisk en realitet for mange mennesker i Norge.



## 4.4. Tidspunkt

Kvinner ønsker oftest tilbudene lagt til dagtid, før barna kommer tilbake fra skolen. Andre har ønsket å ha temadager i helgen, for da kan fedrene passe barna.

Mødre kan ønske dagtid, men har behov for at det da er organisert barnevakt som kan se etter barna mens de er på samlingen. Noen familier ønsker familiesamling lagt til en helg slik at alle kan delta.

Det er viktig at tidspunkt for kurset drøftes i planleggingsgruppen, slik at aktuelle brukere som kjenner situasjonen på kroppen, kan bidra med viktige synspunkter.

Hvis man ønsker å få til større arrangementer, har det ofte vært et ønske fra brukere om å bruke helgene. Dette fordi de fleste har fri da. Mange jobber fra tidlig til sent og kan ikke prioritere læringstilbud på hverdagen. Men det har også vært arrangert tilbud for menn på hverdagen som har fungert godt.

Mange foreldre er ikke kjent med at de kan få sykemelding for opplæring (kurset må vare minimum 4 timer) som dekkes av trygdekontoret og ikke belaster arbeidsgiver.



## 4.5. Ulike vaner

Når det gjelder den praktiske organiseringen av læringstilbudet er det viktig å tenke på hvem som er målgruppen for læringstilbudet (kvinner, menn, familier, ungdom eller blandet).

Erfaringer tilsier at muslimer oftest ønsker atskilte grupper for menn og for kvinner men vi har også erfaring med å ha blandede grupper (menn og kvinner) som har fungert, for eksempel når tema har vært knyttet til barn som har kronisk sykdom. Det avgjørende er hvilke tema som skal tas opp. Det er ikke alle temaer som diskuteres åpent, for eksempel kan det være vanskelig å snakke om samliv og reproduktiv helse i blandede grupper. Det er viktig å snakke sammen om dette i planleggingsgruppen.

NK LMS har vært med på å arrangere større arrangement med både muslimske menn og kvinner. Også foreldregrupper har vært blandet.

Det viser seg at jo mer fortrolige pasienter og pårørende er med måten læringen skjer på og med språket som brukes, desto lettere lærer de.

En læringsprosess som bærer preg av helse og sosialarbeidernes fagkultur, blir gjerne opplevd som fremmed for pasientene. Det blir brudd med deres kultur og dermed et hinder for læring.

Hvis den som skal lære, føler seg fremmed ovenfor prosessen, hjelper det ikke at innholdet kan ha stor verdi i seg selv.

Ved planlegging av diabeteskurs for pakistanske kvinner ønsket brukerne å ha minst to timer uten program i starten på kurset. Dette kan virke unaturlig for mange etnisk norske, men ifølge kvinnene var det noe av det viktigste for å føle seg trygg i gruppen.

## 4.6. Andre basiskunnskaper

Undersøkelser viser at det ofte er de ressurssterke pasientene som får informasjon, til tross for at helsearbeidere selv opplever at de bruker mye tid på å gi alle pasienter informasjon. Pasientene opplever at de ikke får vite noe hvis de ikke spør selv.

Erfaring tilsier at mye basiskunnskap om det meste mangler hos en del med minoritetsspråklig bakgrunn.

En erfaring knyttet til dette er at kunnskap som sikrer handlingsberedskap er viktig:



- Hva gjør jeg når situasjonen blir verre?
- Hvor ringer jeg? Hva sier jeg?
- Når skal fastlegen kontaktes?
- Når må jeg kontakte legevakt/ambulanse? Grunnen til denne refleksjonen er et tilfelle der to barn som døde fordi de familiene deres ikke visste hvordan de skulle tilkalle ambulanse.

I et kursopplegg er det viktig å ikke begynne med altfor mange åpne spørsmål, for kursdeltakerne vet ikke hva de kan spørre om.

For minoritetsspråklige kan det være vanskelig;

- Å vite hva de skal spørre om.
- Å formulere spørsmålene.

Mange ganger vil det være hensiktsmessig om brukererfaringer kommer før faglige innlegg i et kurs, temamøte eller liknende. Det er flere fordeler med en slik rekkefølge:

- De som holder brukerinnleggene, signaliserer at dette går det an å snakke åpent om.
- De som sier noe først, legger også normen for hva slags språk som skal brukes.

Hvis fagpersonell slipper til først, vil det ganske sikkert bli brukt flere faguttrykk. De fleste deltakerne vil da prøve å bruke de samme faguttrykkene, enten de forstår dem eller ikke.

Det har ellers vært brukt en del visuelle hjelpemidler som film, bilder og brosjyrer som gruppen har gjennomgått sammen og som også har vært utgangspunkt for diskusjoner.

Det er viktig å signalisere at ingen spørsmål eller uttalelser er "dumme".

Siden læringstilbudet gjennomføres av planleggingsgruppen, innebærer det at brukernes hverdags erfaringer med å ha sykdommen spiller en viktig rolle i opplegget sammen med

fagpersonellets kunnskaper. Deltakerne kan på denne måten få vite hva andre i samme situasjon gjør, og hvis disse andre mestrer situasjonen, kan de bli rollemodeller som deltakerne vil lære av.

Det bør legges vekt på at deltakerne selv er aktive i læringsprosessen.

De fleste lærer best når de kan bruke sine erfaringer i samspill med andre; det gir en bekreftelse, korreksjon og ny innsikt.

Det må legges til rette for refleksjon.

Det er avgjørende å oppmuntre til selvstendigjøring slik at den som har en kronisk sykdom, får tro på og tillit til egne erfaringer som nyttige.

I opplegg med flere deltakere kan man dele kursdeltakerne i mindre grupper, som blir bedt om å kartlegge hva gruppen allerede vet om emnet.

- Dette kan være en god fremgangsmåte for å vekke nysgjerrighet og aktiv deltagelse på. Når de enkelte gruppene får i oppgave å formulere spørsmål til det de ikke vet, vil deltakerne på en helt annen måte bli aktive, samtidig som man sikrer at undervisningen fyller faktiske kunnskapshull hos deltakerne.
- Det er dessuten langt mindre truende for deltakerne å stille spørsmål på vegne av en gruppe enn som enkeltperson.

## 4.7. Praktiske forhold

Det er viktig at planleggingsgruppen gjennomgår praktiske forhold i forkant av kurset.

### Hvor mange kan delta på arrangementet?

Vil man ha dialog, er det ofte lurt å ikke ha flere enn 12 deltakere. Det bør heller ikke være mindre enn 5 i en gruppe.

Hvis hensikten fortrinnsvis er å nå ut med informasjon, har vi hatt opp til 100 mennesker samlet samtidig. Det har likevel vært mulig å stille spørsmål og utveksle erfaringer.

### Kan pårørende være med?

Storfamilien har en viktig plass i mange andre kulturer. I mange muslimske miljøer er familien selve fundamentet for samfunnets funksjon, man oppfatter seg selv som en gruppe, og det er stor gjensidig avhengighet innen familien og gruppen.

Det finnes ofte ressurssterke pårørende som det kan være nyttig å ha med i læringstilbud, og det bør være åpent for dette.

### Hva med barnepass?

Barnepass bør ordnes ved behov. Spesielt hvis man vil nå kvinner, må man snakke om dette med brukere i planleggingsfasen og tilrettelegge for gode ordninger. Det kan være viktig at barnepasserer snakker barnas språk.

### Skal tilbudet være åpent eller bindende?

Påmelding har fungert for noen, men ikke for alle. Mange unnlater å ta kontakt selv om de er gjort oppmerksom på at den som svarer dem i telefonen vil snakke samme språk som dem. Hvis det er en liten gruppe man gjerne vil nå, kan det være lurt å ringe selv.

Ved store arrangementer må man jobbe mye med markedsføring og la tilbudet være åpent for alle som vil komme.

### Er det nødvendig med skriftlig invitasjon?

Dette må planleggingsgruppen avgjøre. Ved de fleste tilbud NK LMS har vært med på, har vi utarbeidet skriftlig invitasjon, slik at de som kan lese kan få det.

Hvordan invitasjonen skal se ut, og hvilke opplysninger den skal inneholde, er det planleggingsgruppen som bestemmer. De blir også enige om hvordan den skal sendes ut eller deles ut.

De gangene det ikke har vært noen skriftlig invitasjon har det vært ved faste treff, eller ekstra undervisningsdager som kursdeltakerne har fått vite om underveis.

### Hvordan skal man sitte?

Om man skal sitte rundt et felles bord, rundt småbord, eller som klasseromsoppsett, er avhengig av hva man ønsker å oppnå, og om det ønskes dialog i gruppen.

Før kurset starter blir planleggingsgruppen sammen enige om hvordan deltakerne skal sitte.

### **Skal det være bevertning på arrangementet?**

Mat og drikke skaper en sosial situasjon. Det er blitt brukt i de fleste tilfeller, og brukerne har vært med på å bestemme hva som skal serveres.

I noen tilfeller har brukere selv laget maten, andre ganger har bevertning blitt bestilt. Man kan også sette fram brød, pålegg, frukt, nøtter, mandler eller kjeks.

### **Bør arrangementet koste noe?**

Det må være opp til planleggingsgruppen å avgjøre dette. På Startkurs i diabetes, som gjennomføres i samarbeid med Medisinske poliklinikker, betaler kursdeltaker en egenandel som føres opp på egenandelskortet.

Tilrettelagte tilbud som krever tolking eller ressurspersoner fra miljøet, kan koste penger. Det gjelder for planleggingsgruppen å finne ut hvor man kan søke om midler til dette.

Det er viktig at ikke tilbudene koster mye for kursdeltakerne!

### **Hvem har ansvaret for hva? (Brev utsending, telefon kontakt osv.)**

Det er viktig å sette frister og delegere oppgaver seg i mellom i planleggingsgruppen.

Hvis man er enige om å ha telefonkontakt med brukere, kan det være en fordel at en person som snakker samme språk, og som vil delta på hele kurset, snakker med brukerne. Dette gir trygghet.

*Obs! Vær tydelige på taushetsplikten!*

<p>I noen miljøer er muntlige avtaler det som fungerer best, og hvis kursdeltakerne vet at den samme personen vil møte dem på kurset,</p>
---

## 4.8. Kursledelse

### Hvem bør være kursledere? (Etnisk norske eller noen med samme språk og minoritetsbakgrunn?)

Noen ganger har man ikke stort valg og må bruke det man har av fagpersonale. Andre ganger har det vist seg at avdelinger har andre ressurspersoner som de med fordel kan bruke.

Erfaring viser at ved samarbeid med helsepersonell med samme minoritetsbakgrunn så har "atmosfæren" vært lettere, det har vært mer diskusjon, og kursdeltakerne har vist mer åpenhet og stilt direkte spørsmål.

Etnisk norsk helsepersonell med tolk har også fungert bra.



### Bør tverrfaglig helsepersonell (eksempel ernæringsfysiolog, sykepleier, lege, fysioterapeut) være med, eventuelt hvem?

I utgangspunktet skal en planleggingsgruppe være tverrfaglig. Det må være opp til planleggingsgruppen å bestemme hvem som skal bidra i gjennomføringen av læringstilbudet.

Erfaringer viser at leger "trekker" brukere ved læringstilbud, spesielt hvis det er leger med samme minoritetsbakgrunn som kursdeltakerne selv føler de seg mer forpliktet til å møte opp.



## 4.9. Ressurspersoner

For å få kontakt med erfarne brukere som kan bidra med planlegging av læringstilbud, har NK LMS tatt kontakt med følgende steder:

### Undervisningssteder i norsk (kvinneundervisning)

Mange undervisningssteder som driver norskundervisning kan være behjelpelige med å fortelle om det er noen i klassene som har lyst og som kan bidra som erfarne brukere. Mange skoler blir også med i samarbeidet og markedsfører tilbudet.

I noen bydeler i Oslo med introduksjonskurs/skoler har man spesielt fokus mot helse.

### Innvandrerorganisasjoner

Det finnes oversikt over alle innvandrerorganisasjoner på [www.mestring.no](http://www.mestring.no) under Minoritetshelse -> lenker.

Erfaring viser at det fra noen av innvandrerorganisasjonene kan være vanskelig å få svar på en skriftlig henvendelse. Det kan derfor være lurt å ringe når man tar kontakt, eventuelt møte opp og få kontakt på denne måten.

### Andre møteplasser for minoritetsspråklige

Det kan alltid være lurt å henvende seg til møteplasser der minoritetsspråklige samles.

### Helsepersonell

Helsepersonell er de som møter pasientene i behandlingssituasjonen. Det kan være lurt å spørre blant kollegaer på sykehuset, på helsestasjon eller i bydel/kommune om det er noen de anbefaler som kan bidra som brukere med erfaring.

Taushetsplikten må ivaretas slik at helsepersonell avklarer med den enkelte at det er greit å ta kontakt.

### Andre nettverk

Det kan være lurt å kontakte både de som jobber med personer med minoritetsbakgrunn og ressurspersoner fra andre land.

Det finnes en del ressurspersoner i de ulike miljøer, men dessverre blir de brukt så mye (nesten misbrukt) at de ikke orker å jobbe frivillig i lengden.

### ”Jungeltelegrafan”

En kan for eksempel spørre en fra det tyrkiske miljøet og be vedkommende undersøke i miljøet sitt og komme med tilbakemelding. Dette går vanligvis ganske raskt og gir ofte positive resultater.

### Brukerorganisasjoner/frivillige organisasjoner

Selv om de færreste brukerorganisasjoner har noe system som gjør det mulig å finne ut hvilke land deres medlemmer er fra, anbefales det å ta kontakt med dem. Dette fordi flere av brukerorganisasjonene/ de frivillige organisasjonene har ulike prosjekter gående med fokus på minoritetsspråklige og helse.



## 5. Samarbeid med brukerorganisasjoner/frivillige organisasjoner - "Brunett"

Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn har hittil i liten grad nyttiggjort seg helsetjenestens forebyggingsinformasjon eller læringstilbud om mestring av kronisk sykdom. Erfaringsmessig gir det gode resultater å involvere minoritetenes egne organisasjoner og nettverk.

Det finnes kontaktpersoner fra hver av brukerorganisasjonene om man lurer på noe. Listen kan lastes ned fra [www.mestring.no](http://www.mestring.no).

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) etablerte i april 2005 et nettverk for minoritetshelse blant pasientorganisasjonene. "Brunett" fikk sitt navn i 2007, og er i dag et aktivt og engasjert brukerorganisasjonsnettverk innen minoritetshelse, med tilslutning fra 14 bruker- og frivillige organisasjoner inkludert Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO).

Nettverkets arbeid har resultert i at brukerorganisasjonene i større grad prøver å nå minoritetsmiljøer, og setter fokus på de spesielle utfordringer som ofte knytter seg til å nå frem til disse gruppene. Det har også ført til økt samarbeid mellom brukerorganisasjonene, både ved at de deler erfaringer og at de ser mulighet for å samarbeide om tiltak. Noen av organisasjonene som er med i Brunett har ulike prosjekter på gang for å nå nedenstående mål. Hvor langt de forskjellige har kommet er imidlertid ulikt. Det er behov for å videreutvikle og styrke arbeidet til Brunett, og det arbeides med å søke økonomiske midler til å videreutvikle dette arbeidet.



### Brunetts hovedmål:

- Bidra til at personer med minoritetsbakgrunn får god tilgang til arenaer som sikrer god tilgjengelighet på helseopplysning.
- Bidra til at informasjon og tiltak blir tilpasset ulike gruppers spesielle behov.
- Bidra til at det finnes informasjon om de ulike brukerorganisasjoner og hvor henvendelse kan skje.
- Bidra til at brukerorganisasjonene tilegner seg kunnskap og metoder for hvordan man best mulig inkluderer og når personer med minoritetsbakgrunn.
- Sikre at syke og deres pårørende lærer om forebyggende tiltak og får tilbud/ informasjon om veien til et sunnere liv.

### **Følgende deltakere er med i Brunett per i dag:**

- Landsforeningen for hjerte og lungesyke.
- ADHD foreningen Oslo.
- Norges Astma og Allergiforbund.
- Nasjonalforeningen for Folkehelsen.
- Norges Blindforbund.
- Norges Diabetesforbund.
- Kreftforeningen.
- Hørselshemmedes Landsforbund.
- Norsk Revmatikerforbund Oslo.
- Funksjonshemmedes Studieforbund.
- Mental Helse, Akershus Fylkeslag.
- Norges Diabetesforbund Oslo.
- Norsk Epilepsiforbund.
- Norges Handikapforbund Oslo.
- SAFO.
- FFO Øst.
- Oslo Røde Kors.



## 6. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring – mulighet for bistand

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NK LMS) ble etablert ved Aker universitetssykehus HF i desember 2000.

*NK LMS har ansatt en egen prosjektleder som jobber med temaet minoritetshelse:*

**Shaista Ayub**

Tlf. 22 89 42 67 - Mobil: 97 54 95 37 - E-post: [shaista.ayub@aker-sykehus.no](mailto:shaista.ayub@aker-sykehus.no)

### 6.1. Prosjektleders oppgaver

- Bidra til å opprette lærings- og mestringstilbud for minoritetsspråklige over hele landet som har en kronisk sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne, i samarbeid med brukeorganisasjoner, ulike LMS og andre engasjerte ressurspersoner.
- Koordinere nye og eksisterende tiltak som finnes for målgruppen, og spre informasjon om disse.
- Drive brobygging og nettverksformidling til interesserte og mulige interesserte.
- Samarbeide med brukerorganisasjoner, innvandrersorganisasjoner, frivillige organisasjoner, andre kompetansesentre, moskeer, templer, etniske radiostasjoner, Sosial og helsedirektoratet, andre prosjekter osv.
- Ivareta rådgivende funksjon mot LMS ansatte og andre som jobber i tilknytning til målgruppen.
- Drive informasjonsarbeid og foredragsvirksomhet for å synliggjøre fagfeltet og opplyse om de tilbud som finnes, samt for å synliggjøre LMS metoden i denne sammenheng.
- Samarbeide med Nasjonal kompetansenhet for minoritetshelse (NAKMI) for å fremme fagfeltet.

En egen ressursgruppe som representerer personer fra ulike brukerorganisasjoner og aktuelle fagfelt, samt personer med minoritetsbakgrunn, skal arbeide aktivt for å skape samhandling og samarbeid mellom brukere/brukerorganisasjoner og fagfolk fra ulike nivåer i behandlingsapparatet, samt sikre god utveksling av kunnskap i forhold til andre aktuelle samarbeidspartnere.

En viktig oppgave for ressursgruppens medlemmer er å bidra med erfaringer og kunnskap relatert til egen bakgrunn, og komme med innspill og ideer vedrørende arbeidet med personer med minoritetsspråklig bakgrunn. Ressursgruppen skal mobilisere tilgjengelig kompetanse og bidra til utvikling.



## 6.2. Innføringskurset: Ulike kulturer hva så? – Om sykdom mestring og minoriteter

NK LMS og Nasjonal kompetanseenhet for minoritets helse (NAKMI) gjennomfører i fellesskap et generelt innføringskurs der ulike temaer innen minoriteter og helse blir belyst.

Gjennom seminaret ønsker vi å øke bevisstheten om hvordan vi bruker vår medisinske kunnskap i arbeid med folk fra andre kulturer og at ulike måter å forstå sykdom på ikke nødvendigvis utelukker hverandre. Og selv om det ikke finnes fasitsvar på de problemene en står overfor er det likevel utviklet ganske mye nyttig kunnskap.

Likeledes vil vi sette søkelys på konsultasjonens begrensninger og gi eksempler på andre arbeidsformer som kan være vel så hensiktsmessige og effektive for at innvandrerpasienten skal kunne få tilgang til en likeverdig helsetjeneste.

Kurset har seks bolker som hver består av en presentasjon (20 minutter) og deretter kommentarer (25 minutter) til det som presenteres.

Panelet består av innvandrere som selv har helsefaglig bakgrunn og/eller etnisk norske som har erfaring med målgruppen, og som således kan bidra både til økt innsikt og at flere perspektiver gjøres relevante.

Kurset er godkjent for tellende timer innen flere fagfelt.

Kurset har vært arrangert i samarbeid med de lokale LMS i de ulike helseregioner og andre samarbeidspartnere.

Vi har til nå hatt kurs i alle helseregioner bortsett fra Nord som vil avvente noe.

*I 2007 har vi hatt kurs følgende steder:*

- Helseregion Øst: Aker universitetssykehus HF.
- Helseregion Øst: Drammen, 2 ganger i samarbeid med Imente helse og mestring.
- Helseregion Vest: Stavanger.
- Helseregion Midt: Trondheim.
- Helseregion Sør: Telemark.
- Helseregion Midt: Molde.

Hvis det er LMS eller andre som kunne tenke seg å ha et slikt kurs i sin helseregion kan de kontakte NK LMS eller NAKMI, så kan vi se hvordan vi kan tilrettelegge det sammen.

*Se vedlegg 1.*



## 6.3. Kunnskapsrik og trygg møte med minoritetsspråklige familier

Fagfolk uttrykker at de ofte føler seg usikre og at de vet for lite om hva som er riktig å si eller gjøre i samhandling med minoritetsspråklige familier. I regi av Familieprosjektet/NK LMS, og i samarbeid med fagpersoner fra første- og andrelinjetjenesten i helsevesenet, brukerrepresentanter med minoritetsspråklig bakgrunn, representanter fra LMS Barn ved Ullevål universitetssykehus HF og Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger, har det blitt laget et læringstilbud som tar sikte på å trygge fagfolk som jobber sammen med familier som har minoritetsspråklig tilknytning. Likeverdighet, trygghet og ansvarlighet er kursets bærende verdier.

Bibi T. Musavi ble ansatt fra 20.08.07 og jobbet ut året som prosjektmedarbeider i Familieprosjektet i 20 % stilling, og var den som holdt i trådene under utviklingen av kurset.

### Målgruppe

Fagpersoner som arbeider sammen med minoritetsspråklige familier med barn som har nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom.

### Ønsket resultat

Å skape refleksjon hos deltakerne i forhold til "hvordan er jeg i møte med andre".

### Tre målområder

- Bistå med grunnleggende teoretisk og praktisk kunnskap om ulike måter å forstå sykdom og behandling på
- Få frem gode erfaringer som foreldre med minoritetsspråklig bakgrunn har gjort seg i møte med fagpersoner.
- Bidra til å etablere nettverk mellom fagpersoner som jobber med familier med minoritetsspråklig bakgrunn.

### Kompetansemål for læringstilbudet for deltakerne

- Finne felles plattformer å møtes på eller gjennom.
- Bryte ned opplevelsen av forskjell mellom "meg og de andre".
- Bryte ned myter.
- Finne måter å drive "god kommunikasjon" på.
- Bevisstgjøre egne holdninger som kommer i spill under møter med personer med minoritetsspråklig bakgrunn.
- Få innblikk i ulike måter å forstå sykdom på blant mennesker fra andre kulturer, og hvordan personer med minoritetsspråklig bakgrunn kan se på norsk helsevesen og fagpersoner.
- Utvikle arena for nettverksdannelse, kunnskapsformidling, undrende dialog, utveksling av ressurser og kompetanse, mulighet for deling av praktiske verktøy (til fordel for deltakere, bidragsytere og arrangører).

### Kursets formelle godkjenninger

Kurset er godkjent som gjeldende i utdanning for leger innen allmenntidmedisin, og innen valgfri videre- og etterutdanning, samt psykiatri, og barnesykdommer.

Det er tellende i program for klinisk fagstige for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, og for spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapi. Det er tellende for fysioterapeuter som tar spesialistutdanning, og teller som del av spesialkurs eller vedlikeholdsaktivitet for psykologer. Kurset er også tellende for godkjenning av klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

### **Hva må til for å få i gang et kurs**

- En koordinator, samt en liten gruppe samarbeidspartnere ved ditt arbeidssted/din institusjon eller ditt fagmiljø (fagfolk og brukerrepresentanter), en representant fra NK LMS. Gruppas oppgave er å tilpasse kursets rammer til de behov og ressurser som finnes i deres fagmiljø.
- Ressurspersoner med bakgrunn og kompetanse er ønskelig for å kunne bidra til gjennomføringen av kurset.
- Egnede lokaler.

### **Rammer for gjennomføring**

*Verdier: Likeverdighet, trygghet og ansvarlighet.*

Kursets lengde; 2 temadager. (Enten etter hverandre, eller delt opp).

Det er et poeng at deltakerne skal få mulighet til å delta aktivt i dialog og refleksjon med hverandre og foredragsholdere gjennom hele kurset.

Foreslått inndeling på temadagene;

- Dag 1: Rammer/kulturell kontekst, begreper og sykdomsforståelse.
- Dag 2: Kommunikasjon og tolkebruk.

### **Kunstnerisk innslag ved Nordic Black Theatre (NBT)**

Det har blitt utviklet 2 x 15 minutter skuespill med utgangspunkt i konkrete situasjoner som fagfolk og foreldre med minoritetsspråklig bakgrunn har meldt inn. NBT har stått for den kunstneriske utviklingen, med tilbakemeldinger fra ressursgruppens medlemmer.

Utgifter ved bruk av skuespillerne: kr. 2000,- per skuespiller (totalt 2-3 skuespillere) per dag, i tillegg kommer reise (t/r Oslo) og opphold (om det er påkrevd).

### **Planer fremover**

Det har blitt fokusert på å utvikle rammer for kursets verdigrunnlag og innhold, og da i tråd med LMS arbeidsmåte. Andre kan benytte av dette for å kjøre det "samme" kurset med bakgrunn i sine ressurser. Kurset ble holdt på Frambu den 20. og 21. Februar 2008 og på Ullevål universitetssykehus HF 12. og 26. Mars, samme år. Etter dette vil kursets innhold og form evalueres, bearbeides, og tilbys til andre interessenter. Det er allerede kommet henvendelser fra Drammen med ønsker om å holde kurset der.

*Se vedlegg 2.*

## 7. Flere aktuelle samarbeidspartnere

Samarbeidet med brukerorganisasjonene er tidligere beskrevet i kapittel 5. Vi har også nevnt undervisningssteder for norskundervisning og helsevesenet. Bydel/kommune og skoler er også aktuelle samarbeidspartnere. Her vil vi si mer om flere av samarbeidspartnerne som vi har god erfaring med eller som vi kjenner til:

### 7.1. Innvandrersorganisasjoner

På nettsiden til NK LMS kan man finne informasjon om innvandrersorganisasjoner:  
[www.mestring.no](http://www.mestring.no).

Når en skal invitere innvandrersorganisasjoner til samarbeid er vår erfaring at skriftlige henvendelser ikke har vært så vellykket. Det kan ta tid før en får svar og noen ganger får en ikke svar. Dette fordi mange jobber frivillig og det hender også at kontaktinformasjonen ikke stemmer.

Det som har vært mer vellykket er å ta personlig kontakt ved å ringe og møte kontaktpersoner. Deretter har disse kontaktpersonene mobilisert sin organisasjon og man har fått med brukere.



#### **Innvandernes Landsorganisasjon (INLO):**

Innvandernes Landsorganisasjon (INLO) i Norge er en sammenslutning av innvandrersorganisasjoner i Norge. INLO arbeider for likestilling mellom innvandrere og nordmenn, og blant innvandrergupper, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion, seksuell legning eller politisk overbevisning.

På deres nettside kan man også finne oversikt over deres medlemsorganisasjoner fra Telemark, Aust-Agder, Buskerud, Hedmark, Hordaland, Sør-Trøndelag og Vestfold.

Internettside: [www.inlo.no](http://www.inlo.no).

## 7.2. Enhet for mangfold og integrering (EMI)

For de som bor i helseregion Sør-Øst er det mulig å henvende seg til Enhet for mangfold og integrering (EMI) som har tett kontakt og oppfølging av innvandrersorganisasjonene i Oslo. For mer informasjon, se deres nettside:

[www.bydel-grunerlokka.oslo.kommune.no/enhet\\_for\\_mangfold\\_og\\_integrering/](http://www.bydel-grunerlokka.oslo.kommune.no/enhet_for_mangfold_og_integrering/)

Byrådets hovedmål med mangfolds- og integreringsarbeidet i Oslo er å styrke kulturelle og språklige minoriteters forståelse av norsk språk og samfunnsliv, samt løfte frem byens mangfold som en positiv ressurs.

Innbyggerne med minoritetsbakgrunn skal delta i samfunnsliv, utdanning og arbeid på lik linje med etniske nordmenn. Mangfoldsarbeidet skal forebygge og redusere diskriminering.

Enhet for mangfold og integrering (EMI) i bydel Grünerløkka skal drive byomfattende mangfolds- og integreringsarbeid og følge opp og implementere overordnede planer og politiske vedtak.

Opgavene omfatter OXLO arbeidet, kontakt med og veiledning av nettverk og organisasjoner i minoritetsmiljøene, forvaltning av tilskuddmidlene, samt formidling av erfaringer og kunnskap om mangfolds- og integreringsarbeid gjennom bl.a. nettverksarbeid.

### Kontakt

#### Besøksadresse:

Enhet for mangfold og integrering (EMI)  
Markveien 57 (inngang Korsgt.)  
0550 Oslo

#### Telefon:

234 227 30  
02180



### 7.3. Moskeen - et religiøst møtested

Når det gjelder religiøse møtesteder, har vi mest erfaring med samarbeidet med ulike moskeer. Disse er derfor vektlagt her.

Ordet moské kommer fra en fransk omskriving av det arabiske masjid som betyr "et sted hvor man bøyer seg ned". En masjid er et sted hvor den rituelle bønningen (salah) utføres fem ganger i døgnet og hvor fredagsbønningen (salatu l-jum'a) med fredagstalen (khutba) holdes.

Moskeen er også et sted for mange andre typer aktiviteter, som alle har det mål for øye å feire Gud og å tilbe Ham. En moské har også etter hvert fått en funksjon som et viktig møtested for medlemmene av minoritetsgrupper. Flere moskeer driver og ulike former for sosialt arbeid.

I flere moskeer er også kvinnene til stede, men adskilt fra mennene.

I moskeer har vi pleid å benytte oss av fredagen til å informere om det tilbud som finnes eller som skal arrangeres. Det har også hendt at selve læringstilbudet har funnet sted på fredagen etter fredagsbønningen. Dette fordi fredag er "helligdagen" i uken som gjør at mange drar til moskeen for å be.



En oversikt over moskeer i hele Norge finnes på [www.islam.no](http://www.islam.no).

Vi har som oftest brukt å ta kontakt med styrer eller imam. Etter avtale har vi møtt dem personlig og fortalt om formålet. Etter tillatelse har vi hengt opp plakater og delt ut brosjyrer.

Andre ganger har styret vært behjelpelig med å ha arrangementet i moskeen når det passet brukerne og opplyst om dette etter fredagsbønningen.

Ellers vil vi også nevne at moskeen er åpen for alle slags gjester. Det kommer stadig grupper på besøk for å se hva en moské er og for å stille spørsmål og diskutere en del ting. Moskeen ønsker alle disse velkommen, tar seg av dem, viser dem rundt og svarer på deres spørsmål.

## 7.4. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

NAKMI arbeider for et best mulig helsetilbud til minoritetsgrupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn gjennom å:

- Fremskaffe, samordne og formidle tverrfaglig kunnskap og kompetanse.
- Legge til rette for utveksling av kunnskap og erfaring mellom forskere, klinikere og brukere.

NAKMIs virksomhet skal konsentrere seg om innvandreres og flyktnings helse og omsorg, både psykisk og somatisk. Den tilgjengelige kunnskap på dette feltet er i dag spredt på ulike fagdisipliner, flere mindre miljøer og enkeltpersoner.

NAKMIs mål er å bli et samlingspunkt for landets kompetanse, der forskning og utvikling, nettverksbygging og formidling står sentralt. Målgrupper for deres arbeid er i første rekke helsepersonell, forskere og andre som arbeider med minoritetshelse.

En av oppgavene til NAKMI er å kartlegge og innhente litteratur om minoritetshelse med sikte på å samle og gjøre det tilgjengelig på ett sted.

De ønsker også å kunne tilby muligheter for å hospitere i miljøet over kortere perioder.

Opprettelsen av en nasjonal enhet er forankret i et mål om å tilby likeverdig medisinsk behandling til hele befolkningen.

NAKMIs arbeid vil gjennomgående være konsentrert om fler- og tverrfaglige problemstillinger og krysskulturell kommunikasjon.

Gjennom NAKMIs samlede aktivitet søkes det å oppnå økt kunnskap om minoritetshelse, og på sikt er målsetningen at møtet mellom helsevesenet og utsatte minoritetspasienter og deres pårørende skal skje på en mest mulig hensiktsmessig og kultursensitiv måte.

### For kontakt:

NAKMI

Bygg 2 (Søsterhjemmet), Ullevål universitetssykehus HF, 0407 Oslo

Tlf: 23 01 60 60

Fax: 23 01 60 61

[www.nakmi.no](http://www.nakmi.no)

[post@nakmi.no](mailto:post@nakmi.no)

NAKMI er en statlig enhet initiert av Helsedepartementet.

Det er nedsatt et fagråd som skal gi innspill til planer og prioriteringer for vår virksomhet. Rådet representerer et bredt spekter av fagfelt.

## 7.5. Mangfoldskilden

Mangfoldskilden ([www.mangfoldskilden.no](http://www.mangfoldskilden.no)) er en CV basert database over personer med etnisk minoritetsbakgrunn og personer med kompetanse på minoritetsspørsmål. Her kan du søke etter personer som ønsker å ta verv, sitte i styrer, utvalg eller referansegrupper, gi uttalelser eller intervju, og holde kurs, foredrag og lignende.

Alle som mener de har noe å bidra med, oppfordres til å registrere seg her.

Mangfoldskilden er ikke et redskap for arbeidsformidling og den har derfor ikke som mål å skaffe ordinært arbeid til dem som registrerer seg i databasen. Mangfoldskilden skal i stedet legge til rette for økt samfunnsdeltakelse gjennom å gjøre de registrerte ressurspersonenes ekspertise og kompetanse tilgjengelig for offentlige og private aktører.

- IMDi eier og drifter databasen, men personene som er registrert i basen er ikke ansatt i IMDI.
- IMDi sørger for at det ikke står noe ulovlig, injurierende eller krenkende i databasen.
- IMDi står ikke ansvarlig for at de innlagte opplysningene er korrekte.

Ansvar for å sjekke innlagte CVer ligger hos brukerne av databasen. All kontakt mellom ressurspersoner og brukere skjer på brukernes initiativ og etter gjensidige avtaler mellom brukerne og ressurspersonene.



## 8. Hvordan finne skriftlig materiell på minoritetsspråk?

NK LMS samarbeider med NAKMI om å ha en felles oversikt over de brosjyrer om helse som finnes på andre språk. Nettsiden er: [www.nakmi.no](http://www.nakmi.no). Der kan du finne det som finnes av informasjonsmateriell på andre språk. (Har du tips eller vet om noe skriftlig materiell så tips oss eller NAKMI slik at vi kan oppdatere nettsidene våre.)

Andre sider som kan ha informasjons materiell om helse er:

- Sosial og Helsedirektoratet: <http://www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter>.
- Bazar: <http://bazar.deichman.no/>.

Bazar er en skreddersydd tjeneste for språklige minoriteter i Norge. Bazar er tilgjengelig på 14 språk og er en unik mulighet til å nå frem til språklige minoriteter på deres egne språk og premisser. Bazar samler inn nettsider fra hele verden. Her finner du blant annet informasjon om:

- Arbeidsmarkedet.
- Boligmarkedet.
- Norskopplæringskurs.
- Familiegjenforening.
- Integrering.
- Introduksjonsordningen.
- Mattradisjoner.
- Norsk historie.
- Helseinformasjon.
- Aviser og tidsskrifter fra hele verden.

Bazar er utviklet og blir vedlikeholdt av Det flerspråklige bibliotek, ved Deichmanske bibliotek. Tjenesten har fått midler av ABM utvikling, Fritt Ord og Deichmanske bibliotek til å utvikle nettstedet.

Andre lenker som kan være nyttige å vite om når man arbeider med minoritetshelse er listet nedenunder. Du kan finne flere lenker på: [www.mestring.no](http://www.mestring.no).

- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring: [www.mestring.no](http://www.mestring.no).
- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse: [www.nakmi.no](http://www.nakmi.no).
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet: [www.imdi.no](http://www.imdi.no).
- Barnas og ungdommens innvandringsportal: [www.bip.no](http://www.bip.no).
- Møteplass for det flerkulturelle Norge: <http://www.flerkulturelt.com>.
- Selvhjelp for innvandrere og flyktninger: [www.seif.no](http://www.seif.no).
- Ny i Norge: [www.nyinorge.no](http://www.nyinorge.no).
- Helseforum for kvinner: [www.helseforumforkvinner.no](http://www.helseforumforkvinner.no).
- Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon: [www.landinfo.no](http://www.landinfo.no).
- Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring (NAFO)

- Internasjonal migrasjon og etniske relasjoner (IMER) [www.forskningsradet.no/imer](http://www.forskningsradet.no/imer).
- Mangfoldsåret 2008 [www.kultureltmangfold.no](http://www.kultureltmangfold.no).
- Nasjonalt tolkeregister: [www.tolkeportalen.no](http://www.tolkeportalen.no).
- Samarbeidsrådet for integrering: [www.sarfi.org](http://www.sarfi.org)
- Aid sine sider om [www.innvandring.no](http://www.innvandring.no) og [www.integrering.no](http://www.integrering.no).
- Likestillings- og diskrimineringsombudet: [www.ldo.no](http://www.ldo.no).
- Antirasistisk senter: [www.antirasistisk-senter.no/](http://www.antirasistisk-senter.no/).
- Utlendingsdirektoratet: [www.udi.no](http://www.udi.no).
- International Organization for Migration: [www.iom.no](http://www.iom.no).
- Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene: [www.kim.no](http://www.kim.no).
- Norges første flerkulturelle avis: Utrop avisen: [www.utrop.no](http://www.utrop.no).
- Innvandrerstatisikk: [www.ssb.no/innvandring](http://www.ssb.no/innvandring).
- VOX Læring for arbeidslivet: [www.vox.no](http://www.vox.no).
- Utlendingsnemnda: [www.une.no](http://www.une.no).
- Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS): [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no).
- Ressurssenter for innvandrere- og flyktningkvinner: [www.mirasenteret.no](http://www.mirasenteret.no).
- Internasjonal Helse og Sosialgruppe: [www.ihsg.no](http://www.ihsg.no).
- Tolkenett: [www.tolkenett.no](http://www.tolkenett.no).
- Mangfold i Akademia: [www.hio.no/prosjekter/maia](http://www.hio.no/prosjekter/maia)

## 9. Litteratur vi har henvist til i heftet

Ahlberg, A. Aambø og Gihle, I. (red); *"Utfordringer innen helse og omsorg for minoriteter"*. NAKMIs skriftserie nr 1, 25-32.

Blom, S. (1998) *"Levekår blant ikke vestlige innvandrere i Norge"*. Statistisk Sentralbyrå. Rapport 98/16.

Dalgard, O.S. (2005) *"Psykisk helse blant innvandrere i Oslo"*. Resultater fra befolkningsundersøkelser i Norge.

Gadd M. (2006) *"Cardiovascular diseases in immigrants in Sweden"*. Karolinska instituttet. Avhandling.

Hansen H. J. m.fl.: *"Flerkulturelt barnevern"*. En kunnskapsoversikt. NIBR-rapport 2007:10.

Ingebretsen, R. og Nergård T.B (2007); *"Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie og omsorgstilbudet"*. NOVA Rapport 13/2007.

Jareg K. og Pettersen Z. (2006): *"Tolk og tolkebruker - to sider av samme sak"*. NAKMI og Fagbokforlaget.

Jenum A. K. (2005): *"Promoting physical activity in a low in-come multi-ethnic district: behavioural, psychological and biological effects of a pseudo-experimental community intervention study to reduce risk factors for diabetes and cardiovascular disease"*. Avhandling.

Jenum A. K, Holme I., Graff-Iversen, S. Birkeland K. (2005): "Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society": Implications for prevention. In *Diabetologia*.

Khoury J. (2007): *"Effects of a cholesterol-lowering diet in pregnancy"*: The CARRDIP study. Avhandling.

Moen B. (2002): *"Eldresenter på ukjent vei"*. Flerkulturelle møter mellom eldre mennesker. Nova Rapport 16/02.

NOU 1997:2, *"Pasienten først"*.

Stortingsmelding 49, 2003-2004. *"Mangfold gjennom inkludering og deltakelse"*.

Sundquist K., Li X. (2006): "Coronary heart disease risks in first- and second generation immigrants in Sweden": A follow up study. In *J Intern. Med*.

Syed, H. og Vangen S. (2003); *"Health and Migration"*: A review. I. Ahlberg, Nora (red) : NAKMIs småskriftserie, papers 2.

Vifladt E. H. og Hopen L. (2003): *"Helsepedagogikk - Samhandling om læring og mestring"*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

# Vedlegg 1: Et eksempel på invitasjon til kurset "Ulike kulturer – hva så?"

## INVITASJON

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NK LMS) ,  
Aker Universitetssykehus og Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)  
i samarbeid med LMS ved Sykehuset Telemark HF, Høgskolen i Telemark,  
Flyktningtjenesten i Skien, flerkulturelt utvalg i Skien og LMS ved PIV HF

**Ulike kulturer , hva så? Om sykdom, mestring og minoriteter.**

**Tirsdag 17. april 2006 - Kl. 9.30 - 16.30**

Høgskolen Telemark (HIT), avd. Porsgrunn - Auditorium L-109

Gjennom seminaret ønsker vi å øke bevisstheten om hvordan vi bruker vår medisinske kunnskap i arbeid med mennesker fra andre kulturer.

*Ulike måter å forstå sykdom på utelukker ikke hverandre. Selv om det ikke er fasitsvar på utfordringene helsepersonell står overfor finnes det mye nyttig kunnskap og erfaring som vi kan dele. Selve konsultasjonen har sine begrensninger og gjennom seminaret vil vi gi eksempler på andre arbeidsformer som kan være vel så hensiktsmessige og effektive. Målet er at minoritetsspråklige skal kunne få tilgang til en likeverdig helsetjeneste.*

Seminaret gir grunnleggende informasjon og berører mange relevante temaer, men går ikke i dybden på alt. Seminaret vil ha seks bolker. Hver bolke blir kommentert av et panel som selv har helsefaglig eller pedagogisk bakgrunn og erfaring, innvandrere og norske. På denne måten vil panelet bidra både til økt innsikt og at flere perspektiver kommer frem.

*Faglig godkjenning for gjennomført kurs:*

- Den norske lægeforening: 6 poeng som valgfritt kurs til videre- og etterutdanning i allmennmedisin.
- Den norske Tannlegeforening: 6 timer etterutdanning.
- Kliniske ernæringsfysiologers forening: 5 timer etterutdanning.
- Norsk Ergoterapeutforening: Ergoterapeut spesialist innen alle spesialistområder 7 timer.
- Norsk Fysioterapeutforbund: Uttelling vil bli vurdert avhengig av spesialistområde. Kursbevis legges ved søknad om godkjenning.
- Norsk Psykologforening: Spesialkurs 6 timer, vedlikeholdsaktivitet 6 timer.
- Norsk Sykepleieforbund: Klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie: 7 timer.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NK LMS) skal bl.a. stimulere og bidra til kompetanseutvikling på feltet læring og mestring av kronisk sykdom og bidra til at helsepersonell tilegner seg forståelse, kunnskaper og erfaring på dette feltet, som også omfatter minoritetshelse. Internettside: [www.mestring.no](http://www.mestring.no)

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) er et kompetansesenter som gjennom forskning, formidling og utviklingsprosjekter skal bidra til kunnskap om forhold som gjelder innvandrere og andre etniske minoriteters fysiske og psykiske helse og omsorg. Internettside: [www.nakmi.no](http://www.nakmi.no)

Lærings- og mestringssenteret ved Sykehuset Telemark (LMS Telemark) er lokal arrangør. Det er nå i ordinær drift etter avslutta prosjektperiode, og holder til i bygg 70 (bygget til den første hjelpemiddelsentralen i Norge), på sykehuset i Skien. Innhold: Kurs laga i et samarbeid mellom fagfolk og brukere, for pasienter, pårørende og helsepersonell. Det er også et infosenter og en møteplass for erfaringskunnskap og fagkunnskap. Internettside: [www.sthf.no/lms](http://www.sthf.no/lms)

### Kurskomité

Lokalt: Vigdis Bringsværd og Anne Marte Evenstad v/LMS Sykehuset Telemark, Ketil Eide v/Høgskolen i Telemark, Aase Donald og Tor Anton Svanes v/ Flyktningtjenesten - Introduksjonsprogrammet i Skien kommune, Geir Arild Tønnesen fra Flerkulturelt Utvalg i Skien, og Bettina Dudas v/LMS PIV HF. Fra NK LMS: Shaista Ayub og fra NAKMI: Ingunn Gihle.

### Panel deltakere

Daha Abdi Mohamed, tospråklig lærer, Skien kommune - Shaista Ayub, Fagkonsulent, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring - Ketil Eide, 1.amanuensis ved Høgskolen i Telemark, Porsgrunn, -Tor Anton Svanes, helsekoordinator Flyktningtjenesten Skien kommune.

### Praktisk informasjon

Sted: Høgskolen i Telemark, avdeling Porsgrunn, Kjølnes (se kart).  
Dato: Tirsdag 17. april 2007.  
Kursavgift: 500 kroner (får tilsendt betalingsgiro fra Ullevål Universitetssykehus i etterkant).

Du kan melde deg på ved å sende e-post til: [vigdis.bringsvard@sthf.no](mailto:vigdis.bringsvard@sthf.no) eller ringe LMS tlf. 35 00 43 44/ 97415112. Mailen må inneholde: navn, yrke, arbeidssted, fakturaadresse og e-post adresse

**Påmeldingsfrist: 10. april 2006. Bindende påmelding.**

### Program:

09.00 – 09.30	Registrering Kaffe/ te
09.30 – 10.00	<b>Velkommen og presentasjon av Høgskolen i Telemark</b> ved <i>Ketil Eide, HIT</i> <b>Presentasjon av NK-LMS</b> ved adm. leder <i>Grethe Støa Birketvedt</i> <b>Presentasjon av NAKMI</b> ved leder <i>Arild Aambø</i> <b>Innvandrerbefolkningen – hvem er de og hvor syke er de?</b> ved <i>lege Arild Aambø</i>



10.00 – 11.15	<b>Sykdom og behandling i et flerkulturelt perspektiv</b> - Kultur, sykdom og forholdet mellom egen og andres kunnskap, <i>Lege Arild Aambø</i>
11.15 – 11.30	<b>Pause m kaffe, te og frukt</b>
11.30 – 12.15	<b>Grunnleggende prinsipper for god kommunikasjon: Hva snakker en om? Hvordan? Involvering</b> - <i>Lege Reidun Brunvatne, skrevet bl.a. boka: "Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten."</i>
12.15 – 13.15	Lunsj
13.15 – 14.00	Flergenerasjonsperspektivet: Ulike måter å oppfatte/forstå familien på. Hvordan gjøre bruk av familiens egne ressurser? - <i>Barnevernspedagog v/Introduksjonsenheten i Skien kommune: Urszula Bieniek</i>
14.00 – 14.15	<b>Pause med kaffe og te</b>
14.15 – 15.00	<b>Dilemmaer og utfordringer i arbeid med tolk</b> - <i>Tolk Weli Mohamed Sheikh</i>
15.00 – 15.15	Pause m kaffe, te og frukt
15.15 – 16.15	<b>Møteplasser utenfor den kliniske konsultasjonen.</b> - <i>Innspill fra fagkonsulent Shaista Ayub, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom , Aker Universitetssykehus HF</i> - <i>Erfaringer fra Flyktningtjenesten i Skien v/helsekoordinator Tor Anton Svanes</i>
16.15 – 16.30	<b>Evaluering, avslutning</b>

## Vedlegg 2: Et eksempel på invitasjon til kurset: "Kunnskapsrik og trygg"

### KUNNSKAPSRIK OG TRYGG I MØTE MED MINORITETSSPRÅKLIGE FAMILIER

Velkommen til et innholdsrikt seminar som strekker seg over to 'halve dager'.

Sted: Auditorium RØDT i lab. bygget ved Ullevål universitetssykehus.

Tid: 12. og 26. mars 2008 kl. 11.30 – 15.30

Påmelding til Hilde Berge, [hibe@uus.no](mailto:hibe@uus.no) innen 1. mars 2008

#### DAG 1:

- Kl. 11.30 – 11.45: Registrering og kaffe/te.
- Kl. 11.45 – 12.00: Nordic Black Theatre.
- Kl. 12.00 – 12.15: Jens Grøgaard ønsker velkommen  
Klinikk sjef ved Barneklubben UUS HF.
- Kl. 12.15 – 12.25: Innledning ved LMS Barn.
- Kl. 12.25 – 12.40: Fra en fars synsvinkel ved Arshad Jamil.
- Kl. 12.40 – 13.20: "Hvorfor gjør de ikke som jeg sier?"  
"Hvordan legge til rette for læring – helsepedagogikk  
ved Liv-Grethe Kristoffersen barnesykepleier/spesialkonsulent.
- Kl. 13.20 – 13.35: Pause m/kaffe og frukt.
- Kl. 13.35 – 13.55: Fra en mors synsvinkel ved Faridah Shakoor.
- Kl. 13.55 – 14.35: Bruk av tolk: "Hvem – hva – hvorfor"  
ved Nenad Pavlovic brukerkonsulent, Oslo kommune.
- Kl. 14.35 – 14.40: 5 minutters strekk.
- Kl. 14.40 – 15.25: "Hva vil det si å være integrert?"  
ved Thomas Hylland Eriksen Professor i sosialantropologi ved UiO.
- Kl. 15.25 – 15.30: Avslutning, LMS Barn.

#### DAG 2:

- Kl. 11.30 – 11.45: Registrering og kaffe/te.
- Kl. 11.45 – 12.00: Åpning ved LMS Barn.
- Kl. 12.00 – 12.15: Nordic Black Theatre.

- Kl. 12.15 – 13.00: Sykdomsforståelse og sykdomsadferd”  
ved Ingrid Hanssen 1. amanuensis ved Lovisenberg Diakonale Høgskole.
- Kl. 13.00 – 13.15: Utfordringer i møte med minoritetsspråklige familier  
ved Anne Karin Måløy Klinisk sykepleier ved UUS.
- Kl. 13.15 – 13.35: Pause m/kaffe og frukt.
- Kl. 13.35 – 14.00 Brukerinnlegg: ”ungdomsstemme”.
- Kl. 14.00 – 15.00: Konsten att lyfta fram framgångar, resurser och kompetenser”  
ved Mia Børjesson Sosionom og fil.mag. i sosialt arbeid, Sverige.
- Kl. 15.00 – 15.15: Avslutning/oppsummering, LMS Barn.
- Kl. 15.15 – 15.30: Utdeling av kursbevis.



## Vedlegg 3: Huskeliste - seminarer for minoritetsspråklige familier

Skrevet av Hilde Berge, LMS barn, Ullevål universitetssykehus, Oslo

Lærings- og mestringssenteret på Ullevål barn arbeider for at familier med barn som har funksjonshemming eller kronisk sykdom skal tilegne seg kunnskaper som gjør at de får krefter til å møte utfordringer i hverdagen. Her satses det mye på å jobbe med minoritetsspråklige familier.

De har utarbeidet en huskeliste som kan være god ha når man tenker å arrangere seminar eller tilbud for denne gruppen:

- Unngå seminar ved høytider, som for eksempel Ramadan (skifter tidspunkt hvert år).
- Hvor skal seminaret holdes? Vær OBS! Alle lokaler er ikke like nøytrale.
- Unngå kjøttmat, mange muslimer stoler ikke på at de får servert halal kjøtt.
- Unngå usunn mat og drikke (som boller og brus). Rundstykker, frukt, nøtter, vann, Farris duger.
- Bruk alltid tolk (helst via tolkenett.no) og finn ut om tolkens kjønn er avgjørende (for å få deltagere).
- Der det trengs barnepass, bruk helst en som snakker gjeldende språk (da små barn ofte snakker kun morsmål).
- Hvis det kommer barn, må det tilrettelegges, for eksempel ha video (og filmer) tilgjengelig, tegnepapir og farger og/eller eventuelt andre leker.
- Lag invitasjon på målgruppens morsmål, men NB: Norsk versjon på baksiden, så arbeidsgiver forstår innholdet (og gir vedkommende fri)
- Finn ut når på dagen som passer best for aktuelle seminardeltagere. Dette vet som regel "bruker" (som er med på planleggingen).
- Pass på at de av deltagerne som er yrkesaktiv får dekket tapt arbeidsfortjeneste (gjelder foreldre til barn som er tilknyttet UUS) (sende skjema i forkant?)
- Finn ut om det er andre nære familiemedlemmer som kan ha nytte av aktuelt seminar.
- Bruk en ressursperson som drahjelp, ved distribuering av invitasjoner, samt en ringerunde om mulig.
- Vær OBS! Hvem er seminaret først og fremst tiltenkt? Bør vi for eksempel invitere kun kvinner? Noen ganger kan dette være et poeng, for å få kvinnene i tale.
- Undersøk om det trengs et "bønnerom", for eksempel et tomt kontor.
- Eventuelle evalueringsskjema bør være så enkle som mulig, slik at flest mulig kan klare å svare. Bruk helst kryssvar eller ja/nei svar. Om skjemaet oversettes til aktuelt språk, må det være på norsk i tillegg, slik at vi kan lese svarene.
- Skriv det gjerne på invitasjonen, hvis det er GRATIS!
- Trå varsomt! Lytt til "bruker"! Vis sosial musikalitet!

For mer informasjon kan Ullevål LMS barn kontaktes på telefon 23 01 57 57.

## Vedlegg 4: Hvordan tilbud blir laget og utført - kort eksempel fra LMS Ullevål barn

Skrevet av Shaista Ayub

- ADHD foreningen i Oslo mottok midler for å spre informasjon om ADHD til minoritetsspråklige.
- Det var helt naturlig at Lærings- og mestringssenteret ved Barneklubben på Ullevål universitetssykehus HF, som har som mål å spesielt få til læringstilbud for familier med barn med en kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne samarbeidet med dem.
- Det ble innkalt til et planleggingsmøte der tyrkiske brukere gjennom nettverket ble invitert i tillegg til helsepersonell og et kompetansesenter i Oslo som hadde et prosjekt om ADHD og tyrkiske barn i Oslo.
- Gruppen planla og ble enige om program, det praktiske rundt dagen, foredragsholdere, brukerinlegg, brosjyrer på tyrkisk osv. Det ble enighet om å ha seminar for tyrkiske foreldre på en lørdag. Det ble også delegert arbeidsoppgaver internt i gruppen der brukerne tok mye av ansvaret med å markedsføre tilbudet. De hang opp plakater og delte ut brosjyrer de aktuelle stedene.
- Selve gjennomføringen gikk bra med tolk der det trengtes. ADHD foreningen Oslo og LMS Ullevål ordnet det praktiske med enkel bevertning og lokale mens brukerne hadde jobbet mer med markedsføring av seminar.
- Etter et vellykket seminar møttes gruppen igjen og hadde evaluering og ble enige om videre arbeid.

# Vedlegg 5: Prosjektet "Helse for eldre innvandrere" - LHL

Hentet fra Sluttrapporten (med tillatelse fra prosjektet).

Prosjektet ble gjennomført fra starten av 2006 til utgangen av 2007. Det har hatt tilholdssted ved Grønland eldresenter, men har også hatt aktiviteter ute i naturen og på reiser.

Prosjektet var et samarbeid mellom Pakistansk-norsk eldreforening (PNEF), Flerkulturelt eldresenter (FES) og Multi Cultural Health Care (MCHC). Prosjektet ble realisert takket være midler fra Stiftelsen helse og rehabilitering.

Det var stor interesse for tiltakene som ble gjennomført. Deltakerne var stort sett eldre innvandrere fra Pakistan, hovedsakelig menn.

På de første samlingene deltok ca 30 – 35 mennesker. Mens på slutten, når prosjektet var blitt godt kjent, kom over 100 deltakere til samlingene. Dette skulle tyde på at det gikk gode rykter om dette flotte tiltaket for en gruppe som ellers ikke får mye oppmerksomhet og tilrettelegging.

Planen var å gjennomføre prosjektet innen disse rammer:

1. Styret i PNEF vil opprettholde nåværende åpningstider fra mandag til fredag fra kl 16:00 til 21:00.
2. Medlemmene vil hjelpe med arrangementsarbeid og ordne med servering.
3. Sekretær i styret (Faiz Ahmad) vil administrere prosjektet og være prosjektleder.
4. Vi skal ha to samlinger hver måned. Det skal være både utflukter og turer, seminarer om lunge-, hjerte- og karsykdommer, informasjon om sunt kosthold og helsefremmende tiltak.
5. Bygge opp sosialt nettverk.
6. Bruke norsk natur og skog. Arrangere felles turer i bynære områder.
7. Informasjon om pasienters rettigheter til lovfestet fritt valg av sykehus samt øvrige pasientrettigheter.
8. Både primær-, sekundær- og tertiærforebygging av lunge-, hjerte- og karsykdommer.
9. Gi tilbud om jevnlig trim og fysiske aktiviteter.
10. Foredrag om samfunnskunnskap; forståelse av norske normer og kunnskap om uskrevne regler som har relasjon til helse og alder.
11. Lage fellesarrangement mellom norske og pakistanske etniske lunge- og hjertesyke og de som jobber i LHL.

Noen fenomener erfarte vi som nok er særpreget for kulturen blant innvandrergrupper fra Pakistan:

1. Det var problemer å få kvinnene til å komme. Reglene i den pakistanske kulturen er slik at dersom det er andre og fremmede menn til stede i en forsamling, tillater ikke mannen at konen deltar. Men noen få kom likevel.

2. For å rekruttere deltakere til møter og aktiviteter, er det nødvendig å ringe og skrive brev til hver enkelt. En må også følge opp med mange invitasjoner. Dette er tidkrevende.
3. I Norge har vi akademisk kvarter. Men i den pakistanske kulturen er dette "kvarteret" en halv time. Man startet derfor alltid møtene 30 minutter før programmet startet opp med for eksempel foredrag eller underholdning.
4. Deltakerne forstår ikke behovet for å stenge av mobiltelefonen. Det gir nok status å få telefonoppringinger under møter og foredrag. Dette var forstyrrende, men man fokuserte mye på nødvendigheten av å skru av telefonen.

Selv om prosjektleder kjenner godt til den norsk-pakistanske kulturen, har dette prosjektet gitt mye ny kunnskap om det å skape trivsel og aktiviteter for denne målgruppen. Det er nå etablert et viktig nettverk. Ved et senere prosjekt vil det være mye lettere å finne interesserte deltakere. Det blir raskere å sette i gang tiltak. Nå er gruppen interessert i å fortsette med slike og lignende tiltak.

Det er i fortsettelsen etterspurt flere tiltak med fysisk aktivitet og med ulike reiseopplevelser.

# Vedlegg 6: Livsstilskurs for urdotalende kvinner - Lovisenberg

Skrevet av Chanden Dhirad, Lovisenberg Diakonale Sykehus.

## **Bakgrunn:**

Lovisenberg Diakonale Sykehus har i mange år hatt livsstilsgrupper og diabetesgrupper for urdotalende kvinner og menn (separat). Nytt av året er at vi blander livsstils relaterte diagnoser i samme gruppe.

## **Vårens opplegg:**

Deltagerne har fått tilsendt et invitasjonsbrev på urdu og norsk, og de har fått muntlig informasjon og motivasjon per telefon. Det kommer mellom 5-7 deltager hver uke. De kan lite om helse og anatomi. Norsk kunnskapene varierer. Vi bruker urdu-/punjabitalende kursledere og tolk for at alle deltagerne skal være aktivt med på samtalen.

**Varighet:** 3 timer per uke i 4 mnd.

**Kurshefte:** Mat og diabetes.

## **Program**

1. Yoga ca 1 ½ t. Kvinner liker å gjøre yoga og synes det virker.
2. Felles lunsj. Alle deltagerne hjelper til med å lage felles brødmåltid, og en av kvinnene tar med hjemmelaget chutney (går på rundgang). Vi bruker Tallerkenmodellen for å lære dem hvordan de skal forsyne seg.
3. Helsetema: Vi involverer fagpersoner i forhold til behovet.
4. Eventuelt felles gå tur.

Noen av deltagerne har langvarig depresjon. De trenger tid og trygghet for å åpne seg. Mange av dem lider av sorg. På grunn av dårlig helse og mangel på kunnskap om det norske samfunnet, klarer de ikke nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes.



# Vedlegg 7: Mental Helse Flerkulturell gruppe - Møre og Romsdal

Skrevet av Maria T. Greger - Leder

Mental Helse Flerkulturell gruppe i Møre og Romsdal har i lengre tid i samarbeid med flere aktører for å få i gang tiltak innen forebyggende arbeid.

I vår region er det mange innvandrere som har dårlige kunnskaper i norsk. Dette fører til at de ikke har mulighet til å tilegne seg nødvendig informasjon for å finne ut hvordan det norske samfunnet fungerer. Manglende kunnskap kan føre til isolasjon, fysiske og psykiske plager og forsinket integrasjon.

Vi har som mål å ivareta helsen til den enkelte, dermed har gruppen jobbet tett sammen for å få i gang flere tiltak som kan være til hjelp for å dra i gang aktivitetene.

Flerkulturelt forum - Informasjonsmøter

Kurs pasientrettigheter. Pasientombudet ble kontaktet med ønske om å informere på ulike språk om pasientrettigheter. Pasientombud Astrid Mollan informerte på Norsk, under forelesningene brukte vi tolker fra ulike nasjoner slik at de fikk opplysning på eget språk.

På første samling med pasientombudet deltok 10 kvinner. Flere av disse har fått opplæring i International Child Development Program (ICDP), fikk opplæring fra helsestasjon i Kristiansund kommune.

Jeg selv fikk i oppdrag av pasientombudet å oversette pasientrettigheter på engelsk.

Kurs avholdt våren 2007 i forbindelse med opplæring i pasientrettigheter for gruppe fra de følgende gruppene:

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 12. februar 2007: | Foreldre veiledere fra International Child Development Program (ICDP) - et foreldreveilednings program. Det er et arrangert program av Barne- og ungdomsdirektoratet. |
| 17. april 2007:   | Russland, Ukraina.  |
| 20. april 2007:   | Kurdistan, Somalia, Irak.   |
| 27. april 2007:   | Thailand, Filippinene, Latin Amerika.   |

Det ble også planlagt et informasjonsmøte til neste gruppa fra Burma og de nyankommende innvandrere.

Vi har som formål å jobbe målrettet for bedre integrering og inkludering av innvandrere/ minoriteter i etablerte organisasjoner men samtidig ivareta behovet for informasjon, veiledning og opplysning på egne premisser.

Vi ønsker ikke å være en konkurrent til eksisterende tiltak, men et supplement hvor brukernes erfaringer, innspill og ideer vekstlegges for å bedre tilbudet til innvandre og minoriteter.

Gruppen sitter med kunnskap, erfaringer som kan være viktig for å oppnå flerkulturell forståelse og nye tankemåter for arbeidet med minoritetshelse.

## Vedlegg 8: Tanker omkring de minoritetspråklige - flerkulturelle og deres muligheter for å bli bedre integrert og skolert for å takle sine liv best mulig

Skrevet av Eva Thomanek, Mental Helse Skien

Klima, maten, arbeidsvaner, livsanskuelser, mosjonsvaner, kultur, familiekonstellasjoner krever enorm tilpassingsdyktighet i et annet land. Vi mennesker er ikke skapt å være alene med det store "intet", vi har behov som er anerkjent i Maslows pyramide.

Vi trenger hverandre, anerkjennelse, ros og oppbakking i spesielle perioder og i hverdagen. Lange perioder der slike behov ikke er dekket, kan føre til uførhet, sykdom og til og med død.

Det er en kjensgjerning at det må gå lang tid før man som utlending vil organisere seg. Ulike grunner for det kan være: - Uvitenhet, lite interesse, manglende forståelse for situasjoner, lite egenverd, beskjedenhet, følelse av å være annerledes i møte med vanlige nordmenn og kvinner.

Min flerkulturelle gruppe foretrekker å være sammen på vanlig dagtid. De snakker ofte i munnen på hverandre på sitt språk. Det blir gitt enkel veiledning i håndarbeid og noen strikker. Alle liker sammenkomster med fest og moro, noen selger noe, vi hadde fellesaktiviteter som toving av dompaper og lefsebaking, som var svært vellykket.

Ellers er jeg bare såkalt kontakt i samarbeid med frivillige medarbeidere. Ville gjerne ha med meg noen til revy, men det krever overskudd og språkforståelse for å være vellykket. Bokkafedrift er en annen aktivitet som kunne være noe for de flerkulturelle å være med på. Service og matlaging vil kunne danne utgangspunkt for delaktighet i miljøet, men egeninnsats står ikke i forhold til inntjening og begrenser derfor tiltaket.

Vesentlig er at menneske er fornøyd og blir tatt med der noe foregår. Kurs med innfallsvinkel fysisk eller psykisk sykdom kan være en bra måte å bringe lærdom og mestring også til de flerkulturelle. Selv om de ikke har kultur for det, så vil dette bringe gevinst i forhold til bedre livskvalitet og integrering. Jeg sikter her spesielt til yngre og eldre brukere i et kvinnelig perspektiv, som kan gi ringvirkninger til barnas oppvekst.

Barna søker til sine venner, noe som kan bli belastende i familiesammenheng, når de blir mobbet, diskriminert eller på annen måte satt utenfor. Familier bør kunne snakke med hverandre, både nordmenn og flerkulturelle. De bør luften sine problemer og bekymringer til hverandre som voksne. Barnegrupper kunne være parallell tilbud.

En dør inn i systemet hvor alle kan henvende seg, er også viktig for å motarbeide økende problemstillinger i forhold til livssituasjon eller sykdom.

Kort og godt: Vi er åpen for våre flerkulturelle og minoritetspråklige medborgere:

	Toleranse	
	Opplysning	
	Læring	T O L M O D
og Åpenhet		
	Mestring	
	Organisering	
	Deltakelse	

# Vedlegg 9: Flerkulturelle kvinne- og foreldregrupper - Nasjonalforeningen for folkehelsen

Skrevet av Kristine Aune Skaar

## Innledning

Nasjonalforeningen for folkehelsen søkte i 2007, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BufDir) og fikk innvilget med 100 000 kroner fra BufDir til å opprette kvinne- og foreldregrupper.

## Bakgrunn for prosjektet

Hjerte og karsykdom rammer alle grupper i samfunnet, men forskning viser at det er enkelte grupper som er mer utsatt enn andre. Prosjektet ønsket derfor å finne frem til modeller for hvordan vi best kan arbeide forebyggende knyttet til denne gruppen kvinner.

Foreldrerollen er utfordrende for alle, men spesielt utfordrende kan det være å kombinere det å være foreldre i Norge med kunnskaper og erfaringer fra en kultur som er svært forskjellig fra den norske.

## Organisering

Prosjektet er ledet fra Nasjonalforeningen for folkehelsens sekretariat i Oslo.

Prosjektet er gjennomført som fire tiltak, to i regi av lokale helselag på henholdsvis Gol og i Randaberg, et i regi av Grünerløkka Seniorsenter og et som et samarbeid mellom Nasjonalforeningen for folkehelsen sentralt, Stor & Sterk ved Ullevål Universitetssykehus og bydel Alna.

## Måloppnåelse, gjennomføring og erfaringer

En viktig oppgave i prosjektet var å tilrettelegge for kvinnegrupper og foreldregrupper gjennom å opprette eller tilrettelegge for informasjon om hjertehelse og foreldrerollen.

Målet var fire grupper, noe som er oppnådd:

1. **Onsdagstreffet i Randaberg, et flerkulturelt møtested for kvinner.**

*Gruppen er åpen for alle kvinner.*

Ansvarlig for tiltaket har vært Elsa Vistnes, fylkesleder i Rogaland og medlem i Randaberg helselag. Det ble gjennomført 7 treff i løpet av høsten, med variert program og enkel servering. Programmet for 2008 er diskutert og bestemt av kvinnene som har deltatt, og vil oversettes til flere språk. Programmet skal henges opp på steder i tilknytning til introduksjonsprogrammet.

2. **Torsdagstreffet på Gol, et flerkulturelt møtested for kvinner.**

*Gruppen er åpen for alle kvinner.*

Ansvarlig for tiltaket er Gunhild Sørum i Gol helselag. Det ble gjennomført 5 treff høsten 2007, med varierte temaer knyttet til helse og kultur. Ansvar for mat og servering går på omgang, og for våren 2008 er det bestemt at kvinner fra to og to land skal gå sammen om å lage mat, og at det legges opp til et kulturelt innslag fra samme land. Det er nedsatt en arrangementskomité for 2008.

### 3. Helsegruppe for kvinner med tyrkisk bakgrunn

*I regi av Grünerløkka Seniorsenter.*

Gruppen er et tilbud til kvinner med tyrkisk bakgrunn i Oslo. Nasjonalforeningens Eldresenter på Grünerløkka er allerede et flerkulturelt senter, og har i 10 år vært opptatt av å inkludere personer med fremmedkulturell bakgrunn, og har de senere årene drevet flere typer grupper, blant annet en pakistansk mannsgruppe og en pakistansk kvinnegruppe. De ønsket med utgangspunkt i befolkningssammensettingen i bydelen å starte opp en helsegruppe for kvinner med tyrkisk bakgrunn.

Det ble gjennomført 5 samlinger høsten 2007 med ulike helsetemaer. Programmet ble over oversatt til tyrkisk. Informasjon om tiltaket ble lagt ut på legekontor, i moskeen og andre relevante samlingssteder i nærområdet. Også på bydelens sider, i lokalavisen og på tyrkisk radio ble det informert om tiltaket.

Erfaringen med tiltaket var at behovet for tilrettelagt helseopplysning i denne målgruppen var stort. De trengte ikke et samlingssted, det hadde de fra før.

Problemstillinger knyttet til kost, og da igjen spesielt i forhold til barn, var et av de temaene som skapte størst engasjement. Men også kvinner og hjerte- og karsykdom og kvinnesykdommer engasjerte. (Det har vært til sammen 21 kvinner innom, og gjennomsnittlig har det vært 12 på hvert møte).

Tiltaket vil opprettholdes i 2008, da med samlinger en gang per mnd. Dette med bakgrunn i tilbakemeldinger fra kvinnene at mange ikke bodde i nærheten og at det derfor ble langt å reise hver uke. I tillegg ut fra tilbakemeldingen om at det kun er helseinformasjon de ønsker, og at det er for krevende å klare å innhente gode innleder hver uke.

### 4. Foreldregruppe for foreldre til overvektige barn i Alna bydel

*Et samarbeid med Stor & Sterk ved Ullevål Universitetssykehus.*

Gruppen er et tilbud til alle foreldre som har barn som er med i Stor & Sterk (eller står på venteliste) i bydel Alna. Både mødre og fedre med ulik kulturell bakgrunn har deltatt.

Ansvarlig for tiltaket har vært prosjektleder og en helsesøster ved Tveita skole og Haugerud helsestasjon. I tillegg har prosjektleder for Stor & Sterk og to ansatte ernæringsfysiologer vært sterkt inne.

Å rekruttere til denne gruppen var en møysommelig prosess, ettersom det var snakk om pasienter ved et sykehus. Prosjektledelsen ringte derfor de aktuelle foreldrene og spurte om de ønsket en henvendelse fra oss angående deltakelse i en foreldregruppe. Deretter ble foreldrene ringt opp, og de fikk en skriftlig invitasjon.

Til første møte kom 8 foreldre til 9 barn. Til sammen 13 foreldre til 12 barn har vært innom gruppen, og det kommer gjennomsnittlig ti foreldre hver gang. Det vil si at gruppen er forholdsvis stor.

Det er helsesøster som har hatt gruppelederansvaret.

## Videreføring

Alle gruppene har vært vellykkede, og tre vil helt sikkert fortsette i lokal regi. Foreldregruppen vil det søkes om eksterne midler til å videreføre.





## Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom

Aker universitetssykehus HF - Trondheimsveien 235, bygg 80, 5. etg. - 0514 Oslo  
Telefon: 230 34 008 - Telefax: 22 89 48 70 - E-post: [mestring@aker-sykehus.no](mailto:mestring@aker-sykehus.no)

