



Likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten – hvordan ivaretas det for hjemmeboende eldre innvandrere fra Pakistan i Oslo kommune?

Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap

Emnekode: HO-HOP4100

Kandidatnr.: 1518

Måned/årstall: Mai 2014

Antall ord: 7754

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Oppgavens inndeling | 2 |
| 1.2 | Likhet vs. likeverd i primærhelsetjenesten | 2 |
| 1.3 | Sosial ulikhet i helse | 2 |
| 1.4 | Alle samfunnssektorer må ta ansvar | 3 |
| 1.5 | Begrepsavklaring | 3 |
| 2 | Teorigrunnlag | 5 |
| 2.1 | Lovmessig forankring | 5 |
| 2.2 | Planprosessen..... | 5 |
| 2.3 | Likeverdige helsetjenester som tema i planprosessen | 6 |
| 2.4 | Empowerment..... | 7 |
| 2.5 | Kultursensitivitet..... | 8 |
| 2.6 | Oslo kommune og bydeler | 9 |
| 3 | Problemstilling og avgrensning | 12 |
| 3.1 | Valg av problemstilling | 12 |
| 3.2 | Avgrensning av oppgaven | 12 |
| 4 | Metode..... | 13 |
| 4.1 | Intervju..... | 13 |
| 4.2 | Litteratursøk..... | 14 |
| 4.3 | Dokumentanalyse..... | 14 |
| 4.4 | Utvalget..... | 15 |
| 4.5 | Feilkilder | 16 |
| 4.6 | Etiske overveielser | 16 |
| 5 | Resultater..... | 17 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1 | Informasjon | 17 |
| 5.2 | Samarbeid mellom bruker og hjemmetjenesten..... | 18 |
| 5.3 | Kommunikasjon..... | 20 |
| 5.4 | Tolk..... | 21 |
| 5.5 | Opplæring i kulturforståelse | 22 |
| 6 | Kommunikativ planlegging | 24 |
| 6.1.1 | «Den som har skoen på vet best hvor den trykker»..... | 24 |
| 7 | Planarbeid i Oslo kommune | 26 |
| 8 | Konklusjon | 27 |
| 9 | Litteraturliste | 29 |

| | |
|----------|--|
| Vedlegg: | Intervjuguide |
| | Samtykkeerklæring |
| | Informasjon til informant |
| | Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste |

1 Innledning

Kommunene har gjennom samhandlingsreformen (Helse–og omsorgsdepartementet, 2009) og ny lov om folkehelse (Helse–og omsorgsdepartementet, 2010) fått et tydelig ansvar for å rette innsatsen mot faktorer som påvirker risiko for helse i befolkningen. Samt legge til rette for en samfunnsutvikling som reduserer de sosiale forskjellene i levekår og helse. Samhandlingsreformen (Helse–og omsorgsdepartementet, 2009) legger opp til en forskyvning fra spesialisthelsetjenester mot primærhelsetjenester, der pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest mulig der de bor.

I offentlige dokumenter blir det understreket at fremtidens brukere av omsorgstjenestene vil representere et større kulturelt mangfold enn i dag og at det vil stilles nye krav til omsorgstjenestene (Ingebretsen, 2010). Mangel på informasjon om tjenestene og problemer med kommunikasjon på grunn av språk og ulikheter i kultur og verdisyn er utfordringer. I samhandlingsreformen er det et eget kapittel om særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen. Et viktig spørsmål er hvordan hjelpeapparatet er i stand til å møte disse utfordringene, særlig nevnes utfordringen ved demens (Ingebretsen, 2010). Eldre innvandrere som har lært seg norsk, kan ved demenssykdom miste andrespråket eller få problemer med å skille morsmål og norsk fra hverandre (Helse–og omsorgsdepartementet, 2013).

Norge opplever en endring i befolkningens sammensetning. Gjennom globalisering og innvandring fra ulike deler av verden, blir det norske samfunnet og den norske befolkningen mer mangfoldig. På ti år frem til 2013 er antallet innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre mer enn fordoblet (SBB, 2013). Ved årsskiftet var det 593 300 innvandrere og 117 100 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge (SSB, 2013).

Innvandrerens første møte med det norske helsevesenet er i primærhelsetjenesten (Goth, 2014). Fastlegen representerer brukerens viktigste og oftest første kontakt med norsk helsevesen. Fastlegen har kontakt med mange hjelpeinstanser og har derfor en viktig rolle som veiviser i helsetjenesten.

Hovedbegrunnelsen for valg av problemstilling er at jeg ønsker å få mer kunnskap om likeverdige primærhelsetjenester, spesielt med tanke på folkehelsearbeidet.

1.1 Oppgavens inndeling

Oppgaven er strukturert med en innledning hvor jeg har beskrevet mitt teoretiske ståsted. Videre kommer en presentasjon av problemstilling, deretter en begrepsavklaring. Så følger teoridelen og så metoddelen. I resultatdelen beskriver jeg både aktuelle funn knyttet til oppgavens forskningsspørsmål og drøfter resultatene med teori, før konklusjonen.

1.2 Likhet vs. likeverd i primærhelsetjenesten

Likeverd er den grunnleggende likhetsverdien for innbyggere i norske kommuner. Det sentrale er ikke at alle behandles likt, men at tjenesteytingen gjennomføres på en måte som ivaretar grunnleggende behov for anerkjennelse og at resultatet fører til likeverdige og gode liv. Likeverd uttrykker et krav om at offentlige tjenester skal ytes innenfor en ramme som gjør det mulig å tilpasse dem til individuelle behov på en måte som ivaretar verdighet (Hagen, Hauklién, Møller, Rudningen & Vike 2011).

Organiseringen av det norske helsevesenet er bygget på prinsipp om at alle skal ha lik tilgang til helsetjenestene uansett sosioøkonomisk posisjon og geografisk bosted (Olsen, 2011). Helse- og omsorgstjenestene skal ikke bare være like, men også være likeverdige med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat (Olsen, 2011).

1.3 Sosial ulikhet i helse

Helsetilstanden i den norske befolkningen er generelt god, men helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Det er ikke kun de absolutt fattigste som skiller seg ut med dårlig helse. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, som igjen har litt bedre helse enn de tredje rikeste og så videre. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Sosial ulikheter i helse utgjør en sosial gradient (Marmot, 2004).

Inntekt, utdanning og yrke henger ofte sammen. De tre kriteriene kan kombineres til mål for generell sosioøkonomisk status (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Ofte gir inntekt, utdanning eller yrkesgruppe hver for seg en antydning om hvilken sosioøkonomisk gruppe en person tilhører (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Innenfor alle grupper er det store individuelle variasjoner, også innad i innvandrergupper.

1.4 Alle samfunnssektorer må ta ansvar

Befolkningens helse påvirkes først og fremst av forhold som ligger utenfor helsesektoren. En velfungerende primærhelsetjeneste er en viktig forutsetning for en god folkehelse. Det betyr at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til primærhelsetjenesten, men til kommunen. Den lokale folkehelsepolitikken skal forankres i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008), og Prop.90L (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Prinsippet skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorene. Det innebærer for eksempel at utdanningssektoren, samferdselssektoren og kultursektoren har ansvar for å vurdere å ta hensyn til hvilke konsekvenser endringer i politikken kan ha for helsen i befolkning. Dersom det skal settes mål om å redusere sosiale helseforskjeller, betyr dette også krav til sektorer som skole, kultur, næring, sosial og helse om å utvikle mål og strategier for å redusere slike forskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

1.5 Begrepsavklaring

I oppgaven brukes begrepet «eldre innvandrere». Med «eldre» menes i denne oppgaven personer over 60 år. Jeg velger å bruke begrepet «eldre innvandrere» fordi det betegner personer som har det til felles at de blir eldre i et annet land enn der de ble født eller utvandret fra. Det å eldes i et annet land medfører større risiko for helseproblemer, språkvansker, sosial isolasjon og ensomhet (Ingebretsen & Nergård, 2007).

Innvandrere: Tidligere ble «innvandrerbefolkningen» ofte brukt som samlebetegnelse på innvandrere som selv er født i utlandet og barn av innvandrere født i Norge med to utenlands fødte foreldre. Det er viktig å skille mellom disse gruppene (Ingebretsen, 2010). I nyere statistikk (SSB) skilles det mellom disse to gruppene. Det betyr at barn av innvandrere enten selv kan være innvandrere eller norskfødte barn av innvandrere.

Likeverdige primærhelsetjenester: Primærhelsetjenesten er den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene. Den består av allmennpraktiserende leger, legevakt, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og av institusjoner som sykehjem og bo- servicesentre (Olsen, 2011).

Likeverdige helsetjenester forutsetter likhet i tilgang, kvalitet og resultat. Ved at helsevesenet legger til rette for den enkelte bruker, oppfylles kravene om likeverdig tilgang til omsorg og behandling. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

2 Teorigrunnlag

2.1 Lovmessig forankring

Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) regulerer kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.

Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) pålegger kommunen et ansvar for å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer befolkningens helse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011, § 4 og § 5). Kommunen har ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og bruke denne oversikten i planarbeid etter plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008). For så å iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale folkehelseutfordringer (Folkehelseloven, 2011, § 6).

Gjennom arbeidet med oversikt og i planprosessene får kommunene et helhetlig bilde av utfordringene. Den lokale folkehelsepolitikken skal forankres i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008), og Prop.90L (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal bidra til å identifisere ressurser og folkehelse utfordringer som kan brukes som grunnlag for å planlegge å utforme tiltak (Folkehelseloven, 2011, § 7).

2.2 Planprosessen

Plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008), regulerer kommunalt planarbeid. Loven pålegger kommunene å utarbeide planstrategier som en del av arbeidet med langsiktige kommuneplaner. Den kommunale planstrategien skal danne grunnlag for kommunens strategiske valg knyttet til utviklingstrekk og utfordringer lokalsamfunnet står overfor.

Kommunens samfunns- og arealplanlegging er et viktig sektorovergripende verktøy. Målet med planlegging etter plan- og bygningsloven (Kommunal- og

moderniseringsdepartementet, 2008), er å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale, estetiske og kulturelle utviklingen i kommunen. Kommuneplanarbeidet er en hovedarena for prioritering i kommunene som helhet, og i den enkelte sektor og virksomhet. Videre skal loven blant annet fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til forebygging av kriminalitet.

Kommuneplanens samfunnsdel angir mål for den langsiktige utviklingen i kommunen og danner rammene for den enkelte sektors virksomhet.

Planperspektiver i samhandlingsreformen (Helse–og omsorgsdepartementet, 2009) har både et folkehelseperspektiv og tjenesteperspektiv. I folkehelseperspektivet er det fokus på innsats mot faktorer som påvirker helsen i befolkningen. Folkehelseloven (Helse–og omsorgsdepartementet, 2010) regulerer planarbeidet gjennom å pålegge kommunene en plikt til å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og bruke denne oversikten i planarbeidet. Tjenesteperspektivet i samhandlingsreformen er forankret i Helse–og omsorgsloven (Helse-og omsorgsdepartementet, 2011), som forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler. Dette er med på å sikre nødvendig samarbeid med kommuner og sykehus, slik at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og at det er alltid klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Pasient–og brukerrettighetsloven (Helse–og omsorgsdepartementet, 2001) har som formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Videre står det i loven at informasjon som gis bruker/pasient skal tilpasses etter alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

2.3 Likeverdige helsetjenester som tema i planprosessen

Et sentralt spørsmål er hvordan kunnskap om likeverdige primærhelsetjenester kan settes på dagsorden som en del av arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel. I den nye plan- og bygningsloven fra 2008 (Kommunal–og moderniseringsdepartementet, 2008), kan en finne argumenter for hvorfor likeverdige primærhelsetjenester bør settes på dagsorden som en viktig del av folkehelsearbeidet. Loven skal «fremme en bærekraftig utvikling for den

enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner» (Pbl.§1-1). I § 3-1, punkt f står det at kommuneplanen skal bidra til «å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet». Det er tydelige forbindelser mellom Plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008) og Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) som skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller.

For å motvirke sosiale helseforskjeller, er politisk ansvar og engasjement viktig. Det politiske ansvaret sikres ved at arbeidet har en tydelig forankring i kommuneplanarbeidet. Plan- og bygningsloven fra 2008 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008) er tydelig på at samfunnsplanlegging skal være en politisk styrt prosess. Det er også nedfelt i loven at «det er kommunestyret selv som har ledelsen av den kommunale planleggingen». Planarbeidet er dermed gitt en tydelig politisk forankring (Aarsæther, 2012).

Det skal utarbeides en statusbeskrivelse på viktige områder, i oppstarten av planstrategien og arbeidet med samfunnsdelen. Statusbeskrivelsen skal danne grunnlag for at de folkevalgte kan treffe beslutninger om målsettinger og strategier. I følge Aarsæther bør denne ikke ta politiske hensyn, men gi en mest mulig objektiv beskrivelse av kommunens utfordringer og muligheter og være basert på tverrfaglige og flerfaglige vurderinger. Lokale helsemyndigheter kan her bruke sin rolle som pådriver i folkehelsearbeidet til å sette forebygging og helsefremmende behov på dagsorden.

2.4 Empowerment

Empowerment er en læringsprosess for å fremme deltakerkompetanse og kritisk refleksjon, for å oppnå en bevissthet om hvordan man kan ivareta egne og/eller samfunnets behov best mulig (Stang, 2003).

Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med de livsbetingelsene menneskene lever under. Det betyr at medvirkning kan stimuleres gjennom å styrke sosiale ressurser og bedre materielle levekår. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Empowerment fordrer at fagutøveren eller ekspertene er villig til å sette den hjelpetregendes meninger, ønsker og beslutninger over sine egne. Det betyr at fagutøveren må respektere den enkeltes valg og beslutninger og at den hjelpetregende er «herre i eget hus». Konsekvensen blir at den enkeltes kompetanse om seg selv må tillegges stor vekt når tiltak planlegges og avgjørelser tas, til tross for at brukere flest mangler den kompetansen de søker hos hjelper. For å få til dette kreves det i mange tilfeller at fagutøveren overfører eller gir makt, for eksempel i form av informasjon (Stang, 2003).

Empowerment innebærer ikke ekskludering av fag og faginteresser, men at menneskene som mottar hjelp og tjenester, settes i fokus fremfor faget og fagpersonene. Hensikten med bemyndigelse er å sikre den enkelte bruker eller mottaker av tjenester mulighet for innflytelse i saker som angår vedkommende og dens liv.

2.5 Kultursensitivitet

Å være kultursensitiv innebærer å anerkjenne forskjeller uten å fordømme (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). Kultursensitiv kommunikasjon stiller krav om gjensidig deltakelse i en prosess der alle parter åpner seg, føler, ser og lytter etter likheter i forskjellene (Kumar & Viken, 2010). For å bli sensitiv overfor forskjeller og respektere andres verdier og holdninger, må helsearbeideren granske sine egne holdninger og bli bevisst egen kultur, og hvordan dette virker inn på helsetilbudet som blir gitt (Kumar & Viken, 2010).

Å forstå andre ut fra ens egne premisser er allmennmenneskelig, både for etniske nordmenn og innvandrere (Magelssen, 2011). Når en ønsker å komme i kontakt med mennesker med en annen kulturell bakgrunn, er det en fordel om en prøver å fjerne seg fra ens egen virkelighetsoppfatning. Når en prøver å forstå den andre, gjenspeiler det en holdning der en respekterer den andre (Magelssen, 2011). En kan se forskjellig på en sak, men anerkjenne at det ikke bare er en som har tenkt igjennom saken og har gode argumenter. I en sensitiv dialog kan en formidle til den andre en følelse av at han eller hun blir forstått, tatt på alvor og respektert (Magelssen, 2011). I den sensitive dialogen kan en også stadfeste den andres subjektive opplevelse og gi den gyldighet, uten at en nødvendigvis behøver å være enig (Magelssen, 2011). Dette betyr å være villig til å tenke

litt utenfor sin egen virkelighet. Da kan en bidra til en dialog der en snakker med hverandre og ikke bare til den andre. Da kan dialogen bidra til en atmosfære av trygghet og respekt og til at vi er i stand til å se likhetene i til dels store forskjeller (Magelssen, 2011).

2.6 Oslo kommune og bydeler

Oslo kommune er delt inn i 15 bydeler. Hver bydel styres politisk av et bydelsutvalg på 15 medlemmer. Bydelenes oppgaver er i hovedsak knyttet til omsorgstjenester i hjem, institusjon, barnehager, barnevern, forebyggende helsetjenester og en del nærmiljøtiltak (Oslo kommune, 2008).

I kommuneplanens samfunnsdelen (Oslo kommune, 2008) blir det beskrevet at Oslo kommunen har et stort mangfold og at andelen innvandrere vil øke; «Målene for integrering og mangfold nås hovedsakelig gjennom det generelle kommunale tjenestetilbudet. De viktigste integreringstiltakene er innrettet mot språk og kvalifikasjoner, samt nettverk og relasjoner på bosted, i arbeidslivet og utdanning og andre samfunnsområder. Eldre ikke-vestlige innvandrere gis mulighet til å bli kjent med det norske samfunnet gjennom tilbud om aktiviteter på lokale møtesteder» (Oslo kommune, 2008).

Samfunnsdelen er bygget på fem mål og med strategier for å nå disse målene. To av målene retter seg mot likeverdige helsetjenester, slik jeg ser det. «Oslo skal være en trygg by med god livskvalitet for innbyggerne og Oslo kommune skal tilby brukertilpassede tjenester av høy kvalitet» (Oslo kommune, 2008).

Strategiene:

- Bedre helsetilstanden ved å redusere helseforskjeller i befolkningen
- Styrke minoritetsbefolkningens deltakelse i samfunnet
- Sikre samsvar mellom befolkningens behov for tjenester og kommunens tjenestetilbud

De tre bydelene Stovner, Alna og Søndre Nordstrand har en strategisk plan, som er forankret i kommunens samfunnsplan (Oslo kommune, 2008).

Bydel Stovner har en sammensatt befolkning preget av kulturell og etnisk mangfold. Bydelen ønsker et inkluderende samarbeid med bydelens innbyggere, organisasjoner,

borettslag, næringsliv og andre offentlige etater og institusjoner for å styrke Groruddalens identitet og bydel Stovners stolthet (Oslo kommune, 2010). Den strategiske planen (Oslo kommune, 2010) har hovedfokus rettet mot tre områder:

- Levekår
- Deltakelse – godt omdømme - ”*Stolte Stovner*”
- Pleie- og omsorgstjenester som gir trygghet

Den eldrebefolkningen i bydelen vil øke de nærmeste årene, noe som betyr at antallet eldre med demens og antall eldre med innvandrerbakgrunn også vil øke. Foreløpig er det for få eldre innvandrere innskrevet i tjenestene, og flere blir ivaretatt innen familien i henhold til tradisjoner (Oslo kommune, 2010).

I den strategiske planen til Søndre Nordstrand bydel (Oslo kommune, 2012) er rehabilitering og omsorg et av satsningsområdene og med hovedmål om; «Når personer trenger hjelp er det brukernes muligheter, ressurser og mål som fokuseres. Bydelen skal gjennom tjenesteapparatet bidra til at hver enkelt bruker får utnyttet og videreutviklet sitt potensial til å bli/være mest mulig selvhjulpent. Det skal utvikles metoder som sikrer brukerens medvirkning og bidrar til egenomsorg» (Oslo kommune, 2012).

Bydel Alna skal legge til rette for alle brukergrupper uavhengig av funksjonsnivå. Etnisitet og religion skal være med ved utforming av tjenester og aktiviteter. Bydelen skal være en foregangsbydel når det gjelder integrerings-, inkluderings- og mangfolds arbeid; i tjenester, som arbeidsgiver og i lokalsamfunnene (Oslo kommune, 2013). Eldre innvandrere vil øke frem til 2015. Befolkningsutviklingen vil medføre ulike behov for pleie- og omsorgstjenester. Disse må i perioden avklares og målrettede tiltak utvikles. Videre står det i den strategiske plan til bydelen skal (Oslo kommune, 2013):

- være i aktiv dialog med ulike målgrupper om forventninger, rammer og løsninger
- være oppmerksom på at de som er i minoriteter blant befolkningen kan ha andre behov enn majoriteten/flertallet
- aktivt benytte ressursene til brukerne, befolkningen og organisasjonene i bydelen

- utvikle tjenestene i takt med endrede brukerbehov, samfunnsforhold og ramme

Folkehelseplan for Oslo 2013-2016 (Oslo kommune, 2013) er en overordnet strategisk plan for folkehelse som gjelder alle kommunens aktivitet og alle kommunens virksomheter. Det dreier seg om «helse i alt man gjør», det vil si at konsekvenser av egen aktivitet for folkehelsen skal tas med som en betraktning i beslutninger og i det daglige arbeidet. Videre dreier planen seg om å peke på måter å arbeide på, å fremheve enkelte områder der man mener en ekstra innsats kan gi gode resultater, og å gi overordnede prioriteringer, som i denne planperioden er prioritering av tiltak for barn og unge (Oslo kommune, 2013). For å sikre og ivareta en god folkehelsepolitikk i Oslo skal det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet baseres på fem tversgående prinsipper:

- alle innbyggere skal ha mulighet til god helse og et godt liv
- kommunen samarbeider på tvers av alle nivåer og forvaltningsområder
- innbyggernes helse og livskvalitet er et felles ansvar
- kommunen skal være ledende på folkehelsearbeid
- folkehelsearbeidet skal bygge på kunnskap og metoder som er erfarings - og forskningsbasert.

Basert på målsetninger i kommuneplanens samfunnsdel til Oslo kommune, har jeg valgt å fordype meg i temaet likeverdige helsetjenester som er et av hovedmålene i folkehelsearbeid.

3 Problemstilling og avgrensning

3.1 Valg av problemstilling

Den nye loven om folkehelsearbeid (Helse–og omsorgsdepartementet, 2013) har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. I samfunnsplanleggingen er det viktig å se på både sosiale, samfunnsmessige og strukturelle faktorer som er av betydning for helsetilstanden i befolkningen.

På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

«Likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten – hvordan ivaretas det for hjemmeboende eldre innvandrere fra Pakistan i Oslo kommune?»

Jeg ønsker å se nærmere på følgende hovedområder:

- skaffe meg kunnskap om likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten, hvordan er tjenestetilbudet for eldre hjemmeboende innvandrere i Oslo kommune?
- skaffe meg kunnskap om hvilke utfordringer Oslo kommune møter ved å tilby likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten til eldre hjemmeboende innvandrere
- se på om likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten ligger i kommunens planarbeid

3.2 Avgrensning av oppgaven

Temaet likeverdige primærhelsetjenester for innvandrere er stort og omfattende, og jeg har derfor vært nødt til å gjøre flere avgrensninger i denne oppgaven. Jeg har valgt og ikke rette fokuset på faktorer som bidrar til ulikhet i helse blant eldre innvandrere fra Pakistan. Jeg ønsker å fokusere på hvordan helsetjenester i hjemmetjenesten blir ivaretatt for hjemmeboende eldre pakistanske innvandrere og hvordan sikre at informasjonen blir oppfattet riktig av brukere. Videre er jeg opptatt av hvordan kommunen utvikler tjenestene for at de skal bli likeverdige.

4 Metode

Oppgaven har til hensikt å kartlegge og gi økt innsikt og forståelse om likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming ved og har gjennomført 3 personlige intervjuer med nøkkelpersoner basert på en semi-strukturert intervjuguide, et strategisk litteratursøk og dokument analyse. Gjennom disse tre ulike tilnærmingene gjennomfører jeg en metodeverifisering (Patton, 2002).

Målet med å bruke kvalitativ metode i denne oppgaven er for å få utfyllende og beskrivende informasjon om hvordan arbeidet med likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten er. Ved å bruke kvalitativ metode vil intervjueren kunne få et godt innblikk i helsearbeiderens egne erfaringer, tanker og følelser (Thagaard, 2003). Kvalitativ metode brukes da formålet med oppgaven er å se på hvilke tiltak som er satt i gang for å gi likeverdige helsetjenester, og opplevelsen av tjenesten med brukerperspektiv.

4.1 Intervju

”Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?”
”(Kvale & Brinkmann, 2009, side 9).

Jeg har begrenset erfaring og kunnskap om likeverdige primærhelsetjenester, da jeg valgte tema for oppgaven. Derfor tenker jeg at intervju med helsearbeidere med minoritetsbakgrunn og som jobber med brukere med bakgrunn fra Pakistan vil gi meg et mer nyansert bilde av utfordringene med likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten, enn om jeg bare hadde forholdt meg til litteraturen.

Feltet og problemstillingen er ny og ukjent for meg. Noen ser det som en fordel med distanse, at forskeren kommer utenfra. Argumentene er at en da er fri for bindinger og hensyn til det feltet som skal undersøkes, og at forskeren vil møte feltet med «friske» øyne (Dalland, 2012). Som motargument til dette sier Patton at distanse ikke garanterer objektivitet, det garanterer bare avstand (2002).

Ved å bruke en kvalitativ metode vil jeg kunne få frem betydning av helsearbeidernes erfaringer og forstå utfordringene i målet om likeverdige helsetjenester. Det blir en nyansert beskrivelse av ulike situasjoner og sammen litteratur jeg kan få en dypere forståelse rundt utfordringene knyttet til likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten. Jeg hadde både åpne og lukkede spørsmål. Dette fordi jeg hadde lite kunnskap om temaet og ville sikre meg at jeg ikke mistet viktig informasjon. Spørsmålsguiden styrte samtalen, og samtidig enklere å analysere intervjuet i etterkant. Det er viktig, da jeg har liten erfaring med bruk av kvalitativ metode.

To av intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassene til nøkkelinformantene og arbeidsgiver hadde godkjent det. Det ene intervjuet ble gjennomført hjemme hos nøkkelinformanten på grunn av familiesituasjon og arbeidsgiver var informert. Intervjuet ble gjennomført med lydopptak og transkribert. Alle lydopptakene ble slettet etter transkripsjonen. Hvert intervju tok 45-60 minutter og jeg har intervjuet en sykepleier og to helsefagarbeidere.

4.2 Litteratursøk

Jeg startet med å søke etter litteratur om minoritethelse og likeverdige helsetjenester i ulike databaser og bibliotek. Så spisset jeg søkeordene til «eldre innvandrere», «likeverdige helsetjenester» og «utfordringer i helsetjenesten». Det medførte en rekke funn, også i både stortingsmeldinger og NOU-er. Jeg har brukt referanselister og litteraturlister flittig og oppdaget etter hvert at enkelte referanser gikk igjen. Disse har jeg viet ekstra oppmerksomhet, men også andre bøker, artikler og rapporter er lest og funnet interessante. Mange av disse er ikke referert i denne oppgaven, men har like fullt bidratt til å gi meg kunnskap jeg ikke hadde fra før.

4.3 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse er en kvalitativ innholdsanalyse, der forskeren samler inn forskjellige data som skal analyseres for å finne viktige sammenhenger (Grønmo 2004). Skal man benytte seg av dokumentanalyse må faglitteraturen vurderes ut fra den konteksten de settes i (Thagaard 2003). Under innsamling av tekster er det også viktig å undersøke tekstenes relevans, da dette vil kunne styrke dens troverdighet (Grønmo 2004). I min oppgave har

jeg brukt offentlige utredninger stort sett utstedt fra Helse-og Omsorgsdepartementet, samt plandokumenter fra Oslo kommune.

4.4 Utvalget

Kvalitative studier baserer seg ofte på strategisk utvalg, de vil si at informantene velges etter deres egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2003). Jeg har gjort et strategisk utvalg av informanter og valgte 3 nøkkelinformanter. Av disse tre informantene er én født og oppvokst i Norge. De to andre kom hit for over 15 år siden. Alle tre har jobbet i hjemmetjenesten i mer enn 10 år. Det er én sykepleier og to helsefagarbeidere. Jeg har valgt informanter med bakgrunn fra Pakistan fordi de kjenner det norske helsevesenet og den pakistanske kulturen og vet hvilke utfordringer som kan oppstå for en bruker i hjemmetjenesten med pakistansk bakgrunn. De har kunnskap og erfaring med hvilke hindre som eksisterer for at alle tilbys likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten.

Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men det er klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo kommune, 29,6 % (SSB, 2013). I enkelte bydeler i kommunen er andelen av innvandrere 50 % (SSB, 2013). Den største innvandrergruppen kommer fra Pakistan. 67 % av de pakistanske innvandrerne bor i Oslo kommune (SSB, 2013). De første innvandrerne fra Pakistan kom til Norge i slutten av 1960-årene og har bodd i landet mer enn 20 år (Khan, 2009). Med økt botid ser det ut til at innvandrere etter hvert deltar i samfunnslivet på lik linje med befolkningen ellers og det kan føre til redusert familieomsorg. Det betyr at eldre innvandrere i økende grad kan komme til å etterspørre offentlige omsorgstjenester (Ingebretsen, 2010). Hjemmetjeneste er den helsetjenesten personer med innvandrerbakgrunn etterspør oftest (Ingebretsen, 2010).

Ledere i hjemmetjenesten i bydelene Søndre Nordstrand, Stovner, Alna og Grorud i Oslo, ble kontaktet. I alle tre bydelen er andelen innvandrere 50 % (SSB, 2013). Lederen spurte aktuelle informanter, slik at informant skulle få anledning til å tenke seg om og var friere til å si nei, enn om jeg tok direkte kontakt. Når informant sa ja til intervju, sendte jeg informasjon om oppgaven og samtykkeerklæring på mail i forkant av intervjuet.

4.5 Feilkilder

Kvalitative undersøkelser er ute etter et representativt utvalg og det er derfor nødvendig å prøve å finne ut om undersøkelsesenheterne er representative for kategorien de representerer (Sander, 2004). Målet med oppgaven er å finne ut om det gis likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten og det er viktig å vite om helsepersonell jobber med dette. Gjør informantene det, er de representative og det foreligger ingen utvalgsfeil. Sander skriver at «feilkilden ved de kvalitative undersøkelsene ligger først og fremst i valg av problemstilling og hos selve intervjueren». Oppgaven bygger hovedsakelig på funnene på kommunikasjonen i intervjuene. Potensielle feilkilder kan være kommunikasjon, budskapet og reaksjonene. Jeg opplevde at de ikke oppstod noen problemer i kommunikasjonene.

4.6 Ethiske overveielser

Det første arbeidet med oppgaven var å melde det til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å få det godkjent. Dersom det under arbeidet med forskningsprosjektet skal samles inn og registreres personopplysninger ved bruk av datamaskin eller at datamaterialet inneholder sensitive opplysninger, må prosjektet meldes (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2012).

NSD godkjente samtykkeerklæringen og intervjuguiden med nummer 36164. Oppgaven vil bli fremlagt for NSD.

5 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere fire sentrale temaer som gikk igjen i intervjuene, samt knytte teorien til resultatene jeg fant. Resultater fra litteratursøket vil danne teorien.

5.1 Informasjon

Alle informantene var tydelige på at om hjemmetjenesten skal bli mer likeverdig for eldre innvandrere, er informasjon viktig. Informasjon om hva hjemmetjeneste er og hvordan helsevesenet er organisert må gis både på norsk og urdu, slik sitatet under viser.

«Informasjon om hva hjemmetjeneste er. Mange tror det fungerer som personlig assistent og ringer oss hele døgnet og skal ha hjelp til alt. De har ikke forstått at vi i hjemmetjenesten bidrar med noe hjelp og så må de selv ta ansvaret for resten. Det er også viktig å avklare hvilke forventninger brukere har til hjemmetjenesten og motsatt. Det er viktig at all informasjonen må oversettes til urdu».

Informant 1, født i Norge, 40 år

Den yngste informanten tror det vil bli en endring om noen år:

«Jeg tror det vil bli en endring de kommende årene. Andre og tredje generasjon innvandrere tar høyere utdanning, får mer kunnskap og innretter seg i det norske samfunnet. De betyr at de blir mer beviste på sine rettigheter og plikter og kommer til å stille krav om gode helsetjenester. De forventer at tjenestene er likeverdige».

Informant 3, født i Pakistan, 39 år

Gjennom intervjuene kommer det frem at noen første generasjonsinnvandrere kan ha manglende kunnskap om organisering av helse- og omsorgstjenestene og hvilke rettigheter en har. Denne kunnskapen er en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg tilbudene som finnes. I hvilken grad individer har evne og mulighet til å tilegne seg, forstå og benytte seg av grunnleggende helseinformasjon som er nødvendig for å kunne ta gode beslutninger om egen helse, kalles på engelsk «health literacy» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Enkelte første generasjonsinnvandrere har lavere «health literacy» enn befolkningen for øvrig.

Muligheten til å medvirke begrenses ved at mange brukere har dårlige norsk kunnskaper, noe som uttrykkes av en av informantene: «Alle får hjelp, bare de spør om det!».

5.2 Samarbeid mellom bruker og hjemmetjenesten

I hjemmetjenesten er samarbeid mellom familie og ansatte viktig for å lette situasjonen for den enkelte bruker. Når det gjelder eldre innvandrere, blir ansatte ofte ekstra avhengige av pårørende som formidlere av den enkeltes ønsker (Ingebretsen, 2011). Familien vil i mange tilfeller stå frem som et alternativ til det offentlige hjelpeapparatet.

«Familieomsorgen står høyest og ønsker ingen innblanding av det offentlige hjelpeapparatet», Informant 2, født i Pakistan, 43 år.

Familienettverket kan også på ulike måter representere en utfordring i forhold til hjelpeapparatet.

«Mangel på kunnskap, familieomsorgen står høyt og redselen for at det pakistanske miljøet skal få vite at familien får hjelp av det offentlige, er grunner til at de pakistanske familiene er skeptiske til å ta imot hjelp fra det offentlige helsevesenet i Norge», informant 1, født i Norge, 40 år.

I muslimske familier er det ofte skam og ikke makte omsorgen for eldre (Ingebretsen, 2011). Det er gjennomgående for alle informantene at familieomsorgen står sterkt og utfordrer den norske hjemmetjenesten.

«Utfordringen er jeg ikke får stelle og hjelpe bruker alene og bli kjent. Alltid når jeg kommer, er familien der. Ofte ligger bruker i senga i stua. Hele familien samles rundt når bruker skal stelles. Jeg får ikke får gjort jobben ordentlig, blir ikke kjent med bruker. Det blir lite arbeidsro og bruker blir blottlagt for hele familien sin. Jeg gjør jobben min med faglig begrunnelse, mens familien har en annen oppfatning».

Informant 2, født i Pakistan, 43 år

Et viktig og vanskelig moment gjelder avklaringer av forventninger.

«Utfordringen er samarbeid med familien. Familien tror hjemmetjenesten kan stille opp med alt. De forstår ikke hva et vedtak er», informant 1, født i Norge, 40 år.

Det kan bli et gap mellom brukers forventninger og til vedtaket som er fattet av hjemmetjenesten. Mangelfull informasjon og språkproblemer kan bidra til en konflikt rundt hjemmetjenesten. *«Mange ganger føler jeg at jeg går over mine etiske grenser, det er ingen god følelse. Alle er hjemme når vi kommer. Av og til blir det litt for mye. De tenker ikke at barn og barnebarn går rundt når vi steller. Jeg vil ha egen tid med bruker, vanskelig når familien er der hele tiden», informant 1, født i Norge, 40 år.*

Det er gjennomgående for alle informantene at familieomsorgen står sterkt og utfordrer den norske hjemmetjenesten.

«Utfordringen er jeg ikke får stelle og hjelpe bruker alene og bli kjent. Alltid når jeg kommer, er familien der. Ofte ligger bruker i senga i stua. Hele familien samles rundt når bruker skal stelles. Jeg får ikke får gjort jobben ordentlig, blir ikke kjent med bruker. Det blir lite arbeidsro og bruker blir blottlagt for hele familien sin. Jeg gjør jobben min med faglig begrunnelse, mens familien har en annen oppfatning».

Informant 2, født i Pakistan, 43 år

Utfordringene kan også variere innad blant eldre innvandrere, slik informant 1 illustrerer det.

«Det er store kulturforskjeller innen gruppen av pakistaner. Noen familier er åpne, ønsker hjelp, vil samarbeide og ønsker råd. Andre familier er helt stengt. Mange familier tror vi kan hjelpe til med alt, de har ikke forstått at vi har konkrete oppgaver vi skal gjøre i hjemmet. Barna mener noe annet enn bruker selv eller ektefelle. Tabu med offentlig hjelp, familien vil orden opp selv».

Informant 1, født i Norge, 40 år

Medvirkning fra brukere skaper en bedre primærhelsetjeneste for alle. De er eksperter på sin egen situasjon. Brukere som mangler språk blir mer av avhengig av tilrettelegging i helsevesenet. Det vil påvirke deres muligheter til og samspille. Innvandrernes ønsker og behov i helsevesenet kommer ikke frem. Helsearbeiderne gir tilbakemeldinger på brukers vegne og de former en praksis når det gjelder å tilrettelegge tjenestene. Resultatet blir at brukerne reguleres av helsearbeiderne og de gjeldene lover og praksis som allerede eksisterer i helsevesenet og brukere får begrensede muligheter for å påvirke strukturene i helsevesenet (Olsen, 2011). Selv om helsepersonell bruker sin kunnskap og virkelighetsforståelse i beste hensikt for å hjelpe bruker, er det ikke til å komme bort fra at profesjonsstatusen og den kunnskapen den forutsetter, gir helsepersonell makt i relasjonen helsepersonell og bruker (Magelssen, 2011).

Mine funn indikerer at det bør legges stor vekt på likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten for eldre innvandrere fra Pakistan i noen bydeler i Oslo kommune, i tråd med samhandlingsreformen (Helse–og omsorgsdepartementet, 2009) og Folkehelseloven (Helse–og omsorgsdepartementet, 2010). Likeverdige primærhelsetjenester er et

selvfølgelig begrep for en som jobber i helsevesenet. Det å tilrettelegge for brukere som har behov for det, er også en selvfølgelighet. Ved å tilrettelegge for brukere fra første generasjon innvandrere vil deres behov anerkjennes, og de oppnår en omfordeling av godet helse.

5.3 Kommunikasjon

Språkproblemer er et gjennomgående tema i intervjuene. Språkproblemene kan gjøre at helsepersonell føler seg hjelpeløse og «kunnskapsfattige». «*Kroppsspråk går bra, men da går de bare inn til bruker, gjør jobben, går ut igjen. Det er ingen dialog*», informant 3, født i Pakistan, 39 år.

Helsepersonell med bakgrunn fra Pakistan kan lettere bidra til å lette kommunikasjonen og kulturforståelse. Et hovedinntrykk fra informantene er at en i hjemmetjenesten i stor grad bruker familien til hjelp med tolking der det er mulig, ellers er en avhengig av hvordan personalet kan forstå og gjøre seg forstått.

Utfordringene kom tydelig frem på spørsmål ” Hvor mange av brukerne du hjelper snakker ikke norsk?”.

«De fleste forstår norsk, men kan ikke uttrykke seg på norsk. 10 % snakker kun urdu. De eldste brukerne forstår og snakker minst norsk. Yngre brukere snakker litt norsk og forstår det meste. Kommuniserer oftest på urdu, som er et ønske fra bruker. Det er ikke alltid at alle familiemedlemmer snakker norsk og kan tolke. Siden jeg er fra Pakistan vil de snakke urdu, men de tenker ikke på første gang vi møtes at jeg er fra Pakistan».

Informant 2, født i Pakistan, 43 år

Det viste seg at disse språkutfordringer ble forsøkt eliminert ved bruk av familiemedlemmer som tolk. Dette ble illustrert i sitat fra informant 2.

«Ikke alle brukerne snakker norsk, men flere familiemedlemmer snakker norsk. Opplever at brukere som blir demente mister norskspråket og snakker bare morsmål. Sjelden at jeg snakker urdu med brukerne».

Informant 2, født i Pakistan, 43 år

Majoritetsspråket gir makt og undertrykker minoritetsspråket. Å beherske det språket majoriteten snakker, gir selvtillit og et psykologisk overtak over dem som snakker minoritetsspråket (Magelssen, 2013). Som en av informantene sa så henger språk og

samarbeid sammen. Det er ofte det må tilrettelegges ved bruk av et enkelt språk og hele kvalitetssikringen av arbeidet til helsepersonell kommer i fare. Informantene sier det er viktig å bruke tolk, men samtidig kommer det frem at de aldri bruker tolk. Planer og strategier fokuserer på en utbedring av tolketjenesten, men det foreligger få klare retningslinjer i forhold til når det skal brukes tolk (Olsen, 2011). Rett til tolk i helse- og omsorgstjenestene fremgår ikke eksplisitt av lovverket. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001) har alle innvandrere rett til språklig tilrettelegging. Helsepersonell har plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp etter helsepersonelloven § 4, hvilket noen ganger ikke vil være mulig uten å benytte tolk. Det er for øvrig tjenestens ansvar å ha rutiner og prosedyrer som sikrer at helsepersonell blir i stand til å overholde sine plikter.

Er det for store barrierer knyttet til språk, vil ikke bruker bli forstått eller tatt seriøst. Det er tegn på at bruker ikke anerkjennes. Misforståelser knyttet til språk og andre måter å forklare ting på kan være medvirkende til at bruker ikke anerkjennes. En realisering av like muligheter til samfunnsdeltakelse forutsetter at aktørene i samfunnet blir anerkjente som likeverdige deltakere. Manglende anerkjennelse kan føre til større ulikheter når det gjelder hvem som deltar og hvem som påvirker strukturene. (Olsen, 2011).

5.4 Tolk

Svarene fra informantene tyder på at bruke av tolk er fraværende. «*Vi bruker aldri tolk fra tolkefirma*», informant 3, født i Norge, 40 år. Det kan etableres en praksis der «det ikke er vanlig å bruke tolk» og ofte benyttes familiemedlemmer som «*tolkingshjelpere*». Til tross for at helsearbeideren snakker samme morsmål, er det sjelden det brukes i kommunikasjonen: «*Jeg er i mot familieoversetting. Det er sjelden at familien spør om jeg kan snakke urdu*», informant 2, født i Pakistan, 43 år.

Informantene kommenterer at kommunikasjonen går stort sett går greit, «*I de 12 årene jeg har jobbet her, har vi kanskje brukt tolk 2-3 ganger. Det går med kroppsspråk og ja/nei spørsmål. Familien tolker fordi de er der hele tiden*», informant 1, født i Norge, 40 år. Helsearbeiderne bruker mye kroppsspråk for å kunne kommunisere og misforståelser oppstår, som sitatet under viser.

«Jeg bruker mye tegn og kroppsspråk når jeg skal snakke med brukere. Ofte så kommer bruker med lyder, jeg forstår ikke så mye av det og gjetter på hva det kan bety. Oppstår ofte misforståelser, som å trekke for gardinene. Ta tror jeg at bruker mener at jeg skal flytte stolen. Rutinearbeidet som stell, opp av sengen, skifte bleie, går bra uten at vi kommuniserer. Men, det blir ikke noe «ekstra-prat»».

Informant 2, født i Pakistan, 43 år

Tolkebruk kan ses på en måte som at det ikke er bruker som trenger tolk for at det skal gis likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten, men helsepersonellet. Dette for å ivareta pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001) og for at helsepersonell kan forsikres om at bruker har forstått budskapet.

En av informantene tolket i situasjoner med noen av brukerne og pårørende der kommunikasjonen var utfordrende. Det blir dermed en forskjellsbehandling av brukere, der noen får tilpasset behandling når det gjelder språk, mens andre ikke får det.

Alle informantene erfarte at familiemedlemmer ofte fungert som tolk og som en av informantene uttrykte det: «Jeg er imot familieoversetting. De kan bruke meg som tolk, jeg er en nøytral person». «Familietolking» strider imot retningslinjer og anbefalinger fra Helsedirektoratet (Le, 2013). Helsepersonells overvurdering av pasientens norskkunnskaper, spesielt når pasienten snakker «litt norsk», fører ofte til at tolk ikke benyttes. Samtidig slår brukere fast at å snakke «litt norsk» er ikke tilstrekkelig til å kunne kommunisere med helsevesenet uten tolk (Le, 2013).

For at tolkingen skal fungere godt, trenger en både kvalifiserte tolker og helsepersonell som kan kommunisere via tolk. Å bruke tolk på en effektiv og trygg måte er en ferdighet som erverves (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Tolken er ingen samtalepartner, men en viktig samarbeidspartner.

5.5 Opplæring i kulturforståelse

Kulturkompetanse kan være en forutsetning for andre viktige virkemidler som informasjon om tjenestene og tilrettelegge tilbud og tjenester. Svarene fra informantene tyder på et stort kursbehov for ansatte i hjemmetjenesten. Samtidig synes det å være lite undervisnings- og opplæringstilbud for ansatte på dette området.

«Nei, det har vi aldri hatt. Det er aldri noen tema om minoriteter og deres behov for hjelp. Egentlig burde vi hatt mer fokus på det, fordi det vil bli flere brukere med minoritetsbakgrunn om noen få år».

Informant 1, født i Pakistan, 40 år

«Det er aldri fokus på kulturforståelse på jobben».

Informant 3, født i Norge, 39 år

I utdanningen av helsepersonell har temaene minoriteter og det flerkulturelle vært en liten del av utdanningen. Høyskolen i Oslo og Akershus sammen med Oslo Universitetssykehus har satt i gang utdanning av kulturveiledere. Dette er et konkret tiltak i arbeidet med å fremme likeverdige primærhelsetjenester. Brukerne vil ha en fordel av at helsepersonell får større kunnskap og de vil få større forståelse og anerkjennelse i helsevesenet. Brukere fra første generasjon innvandrere tilfører et nytt behov for omstrukturering av strukturene også i utdannelsen av helsepersonell (Olsen, 2011). Det er en forutsetning for anerkjennelsen av innvandrerbrukere at helsepersonell har kunnskap og kompetanse til å møte deres behov og at det tilrettelegges for å sikre likeverdige primærhelsetjenester.

6 Kommunikativ planlegging

Jeg har merket meg at gjennom pensumlitteraturen argumenteres det særlig sterkt for kommunikativ eller samarbeidende planlegging som et alternativ og motstykke til den tradisjonelle instrumentelle planleggingen. Prosessen fram mot planen skal bygge aksept, legitimitet og kapasitet til å håndtere nye utfordringer ved at brede interessegrupper deltar i planprosessen, er ideen i kommunikativ planlegging. Dersom en greier å gjennomføre en planprosess på denne måten, kan det bidra til å bygge bro over fag – og interesseområder og gjøre at planprosessen får preg av læring og utvikling for alle parter. Amdam (2011), Amdam & Veggeland (2011) og Aarsæther (2012) står for dette.

6.1.1 «Den som har skoen på vet best hvor den trykker»

I forhold til min problemstilling vil det være viktig å involvere og engasjere brukere med innvandrerbakgrunn fra Pakistan og deres pårørende. Her ville kommunen kunne få viktig og nødvendig kunnskap og erfaring om hva som skal til for å nå målet om likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten for eldre innvandrere fra Pakistan. For å sikre brukermedvirkning på et tidlig tidspunkt som mulig, vil jeg se på hvordan de kan involveres i selve planprosessen. «Den sterke vektlegginga av samarbeid er i praksis ei oppmoding til å etablere arenaer for samfunnskontakt og medverknad på eit tidleg stadium i arbeidet med kommuneplanen sin samfunnsdel» (Aarsæther, 2012).

Kravet til innsyn og medvirkning står sentralt i plan – og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008). Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001) har også konkrete bestemmelser om brukes rett på informasjon og medbestemmelse, § 3.

Den brede deltakelsen er et essensielt element i kommunikativ planlegging. Alle som er interessert i å påvirke arbeidet eller som berøres av planarbeidet skal få anledning til å delta i prosessen. Dette vil fange opp nye og sammensatte utfordringer i samfunnet og bidra til å gi kommunale planer legitimitet og aksept. Muligheten til å delta i og påvirke prosesser som er av betydning for folks liv, vil kunne oppleves som en kilde til makt og på den måten vil den kommunikative planprosessen også bidra til å myndiggjøre de som er

interessert. I teorien om empowerment vises det at makt og kontroll er faktorer som har betydning for helse. Empowerment bygger på et positivt syn på mennesket som et aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt eget beste om forholdene legges til rette for det.

I det kommunikatoren idealet ligger det en føring om at partene er likeverdige deltakere og at en skal diskutere seg fram til de beste løsningene (Amdam, 2011). I en slik prosess er det profesjonelle parter og representanter fra forvaltningen som sitter med den største makten. Selv i en situasjon der alle er enige om å få frem målgruppens kunnskap og erfaring, vil det være en maktubalanse. Målgruppen kan være deltakere som snakker lite eller dårlig norsk, liten kjennskap til medvirkning og det norske offentlige hjelpetilbudet. Det vil være stor risiko for at denne gruppen ikke vil ha samme trening i å uttrykke sin kunnskap i de verbale og logiske rammene fagpersoner og andre resurssterke deltakere har. Empowerment forutsetter at de profesjonelle gir fra seg makt og styring (Stang, 2003). Den profesjonelle må erkjenne at maktubalansen eksisterer og være bevisst på hvordan en bruker den makten en har, slik at den ikke den andre parten opplever avmakt. I praksis kan det være større sannsynlighet for at de mest ressursvake interessentene etter endt prosess, får forsterket erfaring med mangel på kontroll, medvirkning og mestring enn det motsatte.

7 Planarbeid i Oslo kommune

Oslo kommune må ha kunnskap om innbyggere med innvandrerbakgrunn for å kunne gi riktig tilbud når det meldes. «*Utvikle tjenestene i takt med endrede brukerbehov, samfunnsforhold og ramme*» (Oslo kommune, 2013). Det står ingenting om kartlegging av hvilke grupper som bosetter seg i kommunen i fremtiden, for så å lage en plan etter det. Folkehelseloven (Helse–og omsorgsdepartementet, 2010) pålegger kommunen et ansvar for å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer befolkningens helse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011, § 4 og § 5). Strategiene i Oslo kommune gjenspeiler dette: «Innbyggernes helse og livskvalitet er et felles ansvar» (Oslo kommune, 2013). Strategiene viser at Oslo kommune er opptatt av brukermedvirkning, «det skal utvikles metoder som sikrer brukerens medvirkning og bidrar til egenomsorg» (Oslo kommune, 2012).

Slik jeg tolker strategiene i folkehelsearbeidet i Oslo kommune, så er etniske minoriteter tatt opp i kommunens folkehelseplan og bydelens viser til en klar struktur for planarbeid. Men, det vises til mer generelle retningslinjer. Det er et overordnet prinsipp om å imøtekomme «alle». Folkehelsearbeidet i kommunen er bevisst minoriteters situasjon, uten å vektlegge «noe spesielt». Dette kan ha en sammenheng med at omsorgstjenesten ikke alltid er førsteprioritet når det gjelder oppgaver på dette feltet, til tross for at det står «...folkehelse som gjelder alle kommunens aktivitet og alle kommunens virksomheter (Oslo kommune, 2013). Det dreier seg om «helse i alt man gjør», det vil si at konsekvenser av egen aktivitet for folkehelsen skal tas med som en betraktning i beslutninger og i det daglige arbeidet (Oslo kommune, 2013).

8 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg redegjort for hvordan likeverdige helsetjenester i hjemmetjenesten er ivaretatt for eldre hjemmeboende innvandrere fra Pakistan i Oslo kommune. Økt innvandring og større mangfold i samfunnet fører til at helsevesenet står overfor en rekke utfordringer. Funnene mine viser at det er ikke er likeverdige primærhelsetjenester i enkelte bydeler i Oslo. De eldre innvandrerne opplever ikke lik behandling og like forutsetninger for god helse som majoritetsbefolkningen.

Et mål med samhandlingsreformen (Helse–og omsorgsdepartementet, 2009) er at alle innbyggere skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud med høy kvalitet som er tilpasset den enkeltes behov og Folkehelseoven (Helse–og omsorgsdepartementet, 2010) har som formål å utjevne sosiale ulikheter. Neglisjering kan ses som positiv likebehandling der det ikke gis spesielle tilpasninger til brukere etter deres kulturelle eller religiøse bakgrunn (Olsen, 2011). Universelle tilbud tar ikke hensyn til slike hensyn. Likebehandling av mennesker med ulike forutsetninger gir sjelden likt resultat, og tjenestene må derfor tilrettelegges for den enkelte (Oslo Universitetssykehus, 2011).

Tilretteleggingen er med på å fremme likeverdig behandling ved å gi brukere med dårligere forutsetninger de samme mulighetene som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Samtidig kan tilrettelegging ses som at enkelte brukere får en type særbehandling og de skilles dermed fra majoritetsbefolkningen ved at de ekskluderes fra de universelle tilbudene. Tilrettelegging av tjenestene for enkelte brukere opprettholder forskjellene mellom minoritetene og majoritetene i samfunnet.

Innvandrerbrukeres nye behov danner grunnlaget for endringer i helsevesenet. Samtidig er det et overordnet mål og gi alle brukere en likeverdig primærhelsetjeneste. For å anerkjenne deres behov og gi de en likeverdig primærhelsetjeneste, er det nødvendig å tilrettelegge helsetjenester for brukere med minoritetsbakgrunn. Dette bryter samtidig likhetsprinsippet. Helsevesenet fremmer en forskjellsbehandling av disse brukerne ved å tilrettelegge, selv om det er ment som en positiv forskjellsbehandling. Velferdsstaten tilrettelegger tjenestene for minoritetene for å gi de en mulighet til å komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder velferd og helse. Ved å gi særtilbud kan

samtidig motsatt effekt inntre (Olsen, 2011). En allerede marginalisert gruppe i samfunnet skilles ytterligere fra majoritetsbefolkningen når de mottar egne tjenester.

9 Litteraturliste

Amdam, R. (2011). *Planning in Health Promotion Work*. London: Routledge Studies in Public Health

Amdam, J. & Veggeland, N. (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget

Barne-og likestillingsdepartementet. (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet*. (NOU 2009:8). Hentet 28.februar 2014 fra www.regjeringen.no

Barne-og likestillings, -og inkluderingsdepartementet. (2012). *Frihet og likeverd*. (St.meld. nr. 45 (2012-2013)). Hentet 1.mars 2014 fra www.regjeringen.no

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* Oslo: Gyldendal Akademisk

Goth, U.S. (2014). Toleranse, kultursensitivitet og akkulturasjon: Interkulturelle utfordringer for primærhelsetjenesten og nyankomne innvandrere i Norge. *Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice*.(1) 1-19.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hagen, A.L., Hauklién, H., Møller, G., Rudningen, L. G. og Vike, H. (2011). *Frihet til likeverd*. Telemark: Telemarksforskning

Helsedirektoratet. (2009). *Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse* Utjevning av helseforskjeller del 1. Hentet 28.februar 2014 fra www.helsedirektoratet.no

Helse-og omsorgsdepartementet. (2005). *Mestring, muligheter og mening-Framtidens omsorgsutfordringer* (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Hentet 10.mars 2014 fra www.regjeringen.no

Helse – og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal strategi for å jevne ut sosiale ulikheter*. (St.meld. nr. 20 (2006-2007)). Hentet 10.mars 2014 fra www.regjeringen.no

Helse-og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling -på rett sted-til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet 10.mars 2014 fra www.regjeringen.no

Helse-og omsorgsdepartementet. (2010). *Folkehelseloven*. (Proposisjon 90L (2010-2011)). Hentet 1.mars 2014 fra www.regjeringen.no

Helse–og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. (St.meld. nr.16 (2011-2015)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Khan, M. (2009). *Tilbakeblikk- da pakistanerne kom til Norge*. Oslo: Pax forlag AS

Helse-og omsorgsdepartementet. (2012). *Folkehelsemeldingen. God helse-felles ansvar*. (St.meld. nr. 34 (2012-2013)). Hentet 1.mars 2014 fra www.regjeringen.no

Helse-og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester-god helse for alle*. (Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013-2017)). Hentet 28.februar 2014 fra www.regjeringen.no

Ingebretsen, R. & Negård, T.B. (2007). *Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

Ingebretsen, R. (2010). *Omsorg til eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova nr.15/10)

Ingebretsen, R. (2011). *Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn. En kartlegging i norske kommuner*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova nr. 28/11)

Justis- og beredskapsdepartementet. (2005). *Likeverd og tilgjengelighet*. (NOU 2005:8). Hentet 28.februar 2014 fra www.regjeringen.no

Kumar, B.N. & Viken, B. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2.utg

Le, C. (2013). *Når er «litt norsk» for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkbruk i helsetjenesten*. (Masteroppgave) Hentet 20.mars 2014 fra www.nakmi.no

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2001). LOV-1999-07-02-63. Hentet 20.januar 2014 fra www.regjeringen.no

Lov om planlegging- og byggesaksbehandling. (2008). LOV 2008-06-27 nr. 71. Hentet 20.januar 2014 fra www.regjeringen.no

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). LOV 2011-06-24 nr. 30. Hentet 20.januar 2014 fra www.regjeringen.no

Magelssen, R. (2011). *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i ulikhetene*. Oslo: Akribe.

Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London: Bloomsbury Publishing Plc

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (2012). Hentet 1.mars 2014 fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>

Olsen, C.R. (2010). *Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning. En kvalitativ studie* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo

Oslo kommune.(2008). *Oslo mot 2025- Kommuneplan 2008*. Hentet 28.februar 2014 fra http://www.plan-og-bygningsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/plan-%20og%20bygningsetaten%20%28PBE%29/Internett%20%28PBE%29/Dokumenter/overordnet%20plan/planer/Kommuneplan%20vedtatt_2008_uten%20kart.pdf

Oslo kommune. (2010). *Strategisk plan for bydel Stovner 2010-2013*. Hentet 8.mars 2014 fra <http://www.bydel-stovner.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20stovner%20%28BSR%29/Internett%20%28BSR%29/Dokumenter/Strategisk%20plan%202010-2013.pdf>

Oslo kommune. (2011) *Strategi plan for eldreomsorgen i bydel Stovner 2012-2015*. Hentet 8.mars 2014 fra [http://www.bydel-stovner.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20stovner%20\(BSR\)/Intranett%20\(BSR\)/Dokumenter/Strategiplan%20for%20pleie-%20og%20omsorgsplan%20-%20eldrebefolkningen-endelig.pdf](http://www.bydel-stovner.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20stovner%20(BSR)/Intranett%20(BSR)/Dokumenter/Strategiplan%20for%20pleie-%20og%20omsorgsplan%20-%20eldrebefolkningen-endelig.pdf)

Oslo kommune. (2012). *Sammen er vi best. Strategisk plan for bydel Søndre Nordstrand 2012-2015*. Hentet 8.mars 2014 fra <http://www.bydel-sondre-nordstrand.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20s%C3%B8ndre%20nordstrand%20%28BSN%29/Internett%20%28BSN%29/Dokumenter/STRATEGISK%20PLAN%202012-2015%20-%20BSN.pdf>

Oslo kommune. (2013). *Mangfold, muligheter og glede. Strategisk plan 2013-2016 for bydel Alna*. Hentet 8.mars 2014 fra http://www.bydel-alna.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20alna%20%28BAL%29/Internett%20%28BAL%29/Dokumenter%20Bydel%20Alna/Strategisk_plan_2013_2016%281%29.pdf

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage

Sander, K. (2004). *Potensielle feilkilder ved kvalitative undersøkelser*. Hentet 2.mars 2014 fra www.kunnskapssenteret.no

Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse*. Hentet 1.mars 2014 fra www.regjeringen.no

SSB. (2013). *Hvor mange innvandrere er det og blir det i Norge?* Hentet 3.mars 2014 fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/hvor-mange-innvandrere-er-det-og-blir-det-i-norge>

SSB. (2013). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1.januar 2013* Hentet 7.mars 2014 fra <http://www.ssb.no/innvbef>

SSB. (2013). *Innvandrerne fordeling og sammensetning på kommunenivå*. Hentet 7.mars 2014 fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrerne-fordeling-og-sammensetning-paa-kommunenivaa>

Stang, I. (2013). *Kompendiet Helse og omsorg i plan 2013* «Bemyndigelse» side 141-248

Stang, I. (2003). *Bemyndigelse: en innføring i begrepet og «Empowerment tenkningens» relevans for ansatte i velferdsstaten*. Bergen: Fagbokforlaget

Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015. Fra Stab og internasjonalt arbeid ved Oslo universitetssykehus. Hentet 28.februar 2014 fra www.oslo-universitetssykehus.no

Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tranøy, K.E. (1986). *Vitenskapen-samfunnsrett og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget

Østby, L. & Henriksen, K. (2013). *Innvandrere-hva vi nå vet og ikke vet*. Samfunnsspeilet 5/2013

Aarsæther, N. & Buanes, A. (2012) *Staten-frå planaktør til planforvaltar?* Oslo: Cappellen Damm

Vedlegg

Intervjuguide

Når kom du til Norge

Har du jobbet siden? Som hva?

Hvor lenge har du jobbet i Norge?

Hva er du utdannet?

Hvor lenge har du jobbet i hjemmetjenesten?

Og ønsker du å jobbe her om 5 år?

Hvor mange av brukere du hjelper har ikke norsk opprinnelse?

Pakistansk – eller annen?

Hvor mange av brukerne du hjelper snakker ikke norsk?

Hvordan opplever pasienter som ikke snakker norsk hverdagen sin?

Hvordan opplever du samarbeidet med deres familie og hjemmetjenesten?

Hvor ser du utfordringene?

Hvor ser pasienten/familien til pasienten utfordringene?

Hvor ofte bruker dere tolk?

Eventuelt hvem oversetter?

Er brukere med på dagtilbud?

Hvis ja/nei – hva kan tilrettelegges?

Hvordan opplever de norsk fødte ansatte samarbeid med utenlandske pasienter?

Finnes det intern opplæring i kulturforståelse for ansatte?

Hva tenker du skal til for at tjenesten du tilbyr til innvandrere skal bli bedre?

Samtykkeerklæring

Jeg er forespurt om å delta i intervju i forbindelse med oppgaven til Hanne Mensner Lerstang på studiet «Helse og omsorg i plan» ved Høyskolen i Vestfold.

Intervjuet er frivillig og jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd for deretter å bli skrevet ut. Lydbåndene vil bli makulert etter at oppgaven er sensurert. Likeledes vil alle intervjudata som er registrert, bli slettet. De opplysningene jeg gir, skal ikke kunne føres tilbake til meg som person. Jeg har mottatt skriftlig informasjon og samtykker i å la meg intervjuet.

Sted og dato:.....

Underskrift:.....

Telefon:.....

Til informanten.

Jeg vil med dette spørre deg om du kan være villig til å la deg intervju av meg. Intervjuet ønsker jeg å gjennomføre som en del av min oppgave på studiet «Helse og omsorg i plan» ved Høyskolen i Vestfold. Problemstillingen for oppgaven er «Likeverdige helsetjenester- hvordan ivaretas det for hjemmeboende innvandrere fra Pakistan med demenssykdom?» Jeg ønsker i denne forbindelse å intervju sykepleiere som har pakistansk bakgrunn.

Jeg vil gjennomføre et intervju med deg hvor jeg vil be deg om å dele noen av dine erfaringer i møte med brukere med pakistansk opprinnelse. Spørsmålene er konkret knyttet til hvordan tjenestene til brukere med pakistansk opprinnelse.

Intervjuene kan foregå på arbeidsplassen eller på et privat sted. Du som informant bestemmer hva som passer best for deg.

I min bearbeidelse av intervjuene vil jeg behandle alle opplysningene med største konfidensialitet slik at de skal være umulig for andre å knytte dette til deg som person i den ferdig oppgaven. Jeg ønsker å bruke lydbånd for å ta opp intervjuet slik at jeg kan fange opp alt du forteller. Det vil i studien ikke registreres opplysninger som direkte identifiserer enkeltpersoner, foreliggende opplysninger kan allikevel føre til at enkeltpersoner identifiseres indirekte. Ved prosjektslutt foretas anonymisering ved at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes og lydopptak makuleres. Prosjektet vil være ferdigstilt juni 2014

Jeg ber deg skrive under på en skriftlig samtykkeerklæring som du returnere til meg i vedlagte frankert svarconvolutt.

Jeg er tilgjengelig for spørsmål du måtte ha til prosjektet på telefon 99783711

Med vennlig hilsen

Hanne Mensner Lerstang



Ursula Småland Goth
Fakultet for helsevitenskap Høgskolen i Vestfold
Pb 2243, Borre
3103 TØNSBERG

Vår dato: 19.11.2013

Vår ref: 36164 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.11.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|---|
| 36164 | <i>Likeverdige helsetjenester – hvordan ivaretas det for hjemmeboende pakistanere med demenssykdom?</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Ursula Småland Goth</i> |
| Student | <i>Hanne Mensner Lerstang</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tiltrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namrvedt Kvalheim

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hanne Mensner Lerstang hanne.mensner.lerstang@ks.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontor / District Office:

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uu.no
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7091 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kjro.warvallevt@ntnu.no
TROMSØ NSD: SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@uibs.uib.no