



ETNISKE MINORITETER I
DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN
– en antologi

2010

Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi

© Sundhedsstyrelsen, 2010

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Redaktion: Kirsten Vinther-Jensen, Center for Folkesundhed, Region Midt & Rikke Primdahl, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Emneord: etniske minoriteter, sundhedsvæsen

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: 3. december 2010

Format: PDF

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-155-2

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2010.

Forord

Selvom etniske minoriteter talmæssigt kun udgør en mindre del af det samlede antal patienter i det danske sundhedsvæsen, oplever ansatte inden for sundhedsvæsenet ofte etniske minoriteter som en særlig udfordrende patientgruppe. Dette skyldes en bred vifte af faktorer såsom kulturbestemte sygdomsmønstre, forskellige sygdomsopfattelser samt de sproglige og kulturelle barrierer, der opstår i mødet mellem sundhedspersonalet og patienten med anden etnisk baggrund.

Mødet mellem personale og patienter med anden etnisk baggrund kan være præget af forestillinger og usikkerhed fra begge parter, som blandt andet bunder i forskellige forventninger til mødet mellem patienten og sundhedsvæsenet. For patienten kan det føre til en uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenet og –ydelser samt håndtering af egen sygdom. For personalet kan det skabe frustrationer og magtesløshed.

Sundhedsloven fastsætter, at alle skal sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenet. For at leve op til dette i forhold til etniske minoriteter er det vigtigt at identificere de særlige udfordringer, der er forbundet med denne gruppe patienters møde med sundhedsvæsenet og finde relevante løsningsmodeller for indsatsen i fremtiden.

Denne publikation tager afsæt i fem regionale seminarer, som Sundhedsstyrelsen holdt i 2009 i samarbejde med de fem regioner med henblik på at styrke kommuners og regioners indsats rettet mod etniske minoriteter. Publikationen er udarbejdet som en antologi med artikler fra nogle af de oplægsholdere, der deltog ved seminarerne samt enkelte øvrige forskere.

Publikationen præsenterer forskellige oplevelser og erfaringer med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet ud fra både personalets og patientens perspektiv. Der sættes fokus på udfordringerne i forbindelse med kulturmødet og på, hvor arbejdet med etniske minoriteters sundhed befinder sig og bevæger sig hen. Alle artiklerne er udtryk for forfatternes egne erfaringer og vurderinger.

Målgruppen for antologien er alle, der beskæftiger sig med etniske minoriteter enten som praktikere, forskere, planlæggere eller beslutningstagere, og som vil opdatere deres viden eller lade sig inspirere af udvalgte aktiviteter – primært med udgangspunkt i det regionale sundhedsvæsen.

Vi håber, at publikationen vil bidrage til den nødvendige debat om etniske minoriteters møde med sundhedsvæsenet og udvikling inden for området.

God læselyst.

Annemarie Knigge
Konstitueret centerchef

Indhold

1	Indledning	5
2	Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet	8
2.1	Etniske minoriteters sundhed	8
2.2	Indvandreres brug af sundhedsvæsenet	16
2.3	Sundhedsprofessionelles udfordringer i mødet med etniske minoritetspatienter	22
3	Kulturmødet	29
3.1	Mødet med etniske minoriteter i psykiatrien - Hvad handler det egentligt om?	29
3.2	Etniske minoritetsbørn i tandplejen - erfaringer fra Århus	34
3.3	Tolkning i sundhedsvæsenet – mere end bare ord	37
4	Indsatser	43
4.1	Behov for en tidlig indsats - behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge	43
4.2	Indvandrermedicinsk klinik på Odense Universitets-hospital - en tværfaglig indsats	48
4.3	Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet	56
4.4	Etnisk Ressourceteam	61
4.5	Teletolkning – samme udfordringer, ny løsning	65
5	Patientens perspektiv	68
5.1	Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus	68
6	Perspektiver og fremtidige initiativer	74
6.1	Hvilken vej skal vi gå – input fra nøglepersoner på området	74
6.2	Perspektiver fra regionerne - nye initiativer og projekter	77
6.3	Forskning indenfor sundhed, migration og etnicitet	82
6.4	Forskningsnetværket Etniske Minoriteters Sundhed	86

1 Indledning

Igennem de sidste årtier er der blevet flere borgere i Danmark med anden etnisk oprindelse end dansk.

I 2009 var der 7,3% indvandrere og 2,4% efterkommere i den samlede danske befolkning. Af de 9,7% med anden etnisk oprindelse var de 4,5% indvandrere og 2,1% efterkommere fra ikke vestlige lande.

Indvandrere er personer født i udlandet, hvor ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Personer født i udlandet, hvor der ikke findes oplysninger om forældrene opfattes som indvandrere.

Personer med dansk oprindelse har – uanset fødested – mindst en forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.

Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Personer med udenlands statsborgerskab, hvor der ikke findes oplysninger om forældrene opfattes som efterkommere.

Vestlige lande er alle EU-lande inkl. Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marion, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.

Ikke vestlige lande er alle øvrige lande.

Kilde: Danmarks Statistik 2010

Der arbejdes i forskellige sammenhænge på at understøtte disse borgeres integration i det danske samfund som ligeværdige og deltagende medborgere både nationalt, regionalt og kommunalt. Samtidig stiller en etnisk heterogen befolkning samfundet over for en række nye udfordringer. Det gælder også for sundhedsvæsenet, idet det ikke er givet, at etniske minoriteter har samme behov eller får samme udbytte af en sundhedsindsats som majoritetsbefolkningen. Regioner og kommuner skal imødekomme etniske minoriteters differentierede behov på en måde, som retter sig mod de væsentligste sundhedsproblemer og samtidigt opleves relevante, vedkommende og forståelige for målgruppen.

Blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk ses en forhøjet forekomst af sygdomme som fx diabetes, kroniske lungesygdomme, hjertesygdomme og hiv/aids samt flere provokerede aborter. Samtidig udgør en stor del af etniske minoriteter en særlig sårbar gruppe på grund af sproglige og kulturelle forståelsesproblemer. Selvom patienter med anden etnisk baggrund talmæssigt kun fylder lidt i sygehusvæsenet, viser undersøgelser, at denne gruppe patienter opleves at fylde meget i hverdagen.

Der er derfor behov for at øge opmærksomheden i sundhedsvæsenet på de specifikke sygdomme og risikofaktorer, som er særligt udbredt blandt visse etniske grupper, sådan at tidlig opsporing, rådgivning og vejledning kan gennemføres. Desuden er der behov for mere viden og vejledning i sundhedsvæsenet om mødet med patienten med anden etnisk baggrund.

Forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser rettet mod etniske minoriteter er for mange aktører et nyt område. Ligesom de særlige vilkår og omstændigheder, der kan påvirke behandlingen af disse patienter. På den baggrund har Sundhedsstyrel-

sen i flere år haft etniske minoriteters sundhed og deres møde med det danske sundhedsvæsen som et særligt fokusområde.

Sundhedsstyrelsen har bl.a. tidligere publiceret:

- Social udsathed og etniske minoriteter (2006)
- Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden (2007)
- Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter – inspiration til kommunen (2008)
- Evaluering af modelprojekt om kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet (2009)

Alle Sundhedsstyrelsens udgivelser kan downloades eller bestilles på www.sst.dk/udgivelser

Regionale seminarer om etniske minoriteters sundhed

Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse afholdt i 2009 seminarer i samarbejde med hver af de fem regioner med temaet *Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet*. Denne arbejdsmetode hvor Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regionerne planlægger, afholder og medfinansierer en regional temakonference, et seminar eller en workshop er et af flere eksempler på et godt centralt-lokalt samarbejde, hvor ekspertisen både nationalt og lokalt udnyttes, og hvor der er mulighed for gensidig læring og erfaringsudveksling.

Formålet med seminarerne om etniske minoriteters sundhed var at styrke kommuners og regioners indsats rettet mod etniske minoriteter ved:

- At skabe mulighed for øget erfaringsudveksling og netværksdannelse
- At formidle viden omkring en række konkrete redskaber, der kan bruges i arbejdet med målgruppen

Med denne fælles målsætning blev der udarbejdet fem forskellige seminarer. Foruden faktuel viden om etniske minoriteters sundhed og sygdom og konkrete eksempler på indsatser var fokus på, hvordan vi skaber fælles forståelse centreret omkring mødet mellem det sundhedsfaglige personale og patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Oplæggene på de regionale seminarer afspejlede forskellige faglige perspektiver på udfordringerne i mødet med patienten med anden etnisk baggrund end dansk og indeholdt både forskningsbaseret viden og hverdagserfaringer.

Sundhedsstyrelsen har bedt nogle af oplægsholderne om at formidle deres oplæg i skriftlig form og har tillige modtaget bidrag fra enkelte forskere, der beskæftiger sig med feltet. Bidragene er samlet i denne antologi, som har til formål at være med til at skabe et øget overblik over, hvor udfordringerne er, og hvor arbejdet med etniske minoriteters sundhed befinder sig og bevæger sig hen.

Målgruppen for antologien er alle, der beskæftiger sig med etniske minoriteter enten som praktikere, forskere, planlæggere eller beslutningstagere, og som vil opdatere deres viden eller lade sig inspirere af udvalgte aktiviteter – primært med udgangspunkt i det regionale sundhedsvæsen.

Antologiens opbygning

Antologien er bygget op om omkring 4 temaer og et afsluttende perspektiverende afsnit. Den indeholder i alt 12 tekster ud over bidragene med perspektiver for arbejdet regionalt og nationalt.

Første tema, *etniske minoriteter i sundhedsvæsenet*, er en redegørelse af målgruppens sundhedsprofil og brug af sundhedsvæsenet skrevet af hhv. Ida Hovdenak Jakobsen og Kirsten Vinther-Jensen samt Nanna Folman Hempler. Maria Kristiansen og Allan Krasnik har skrevet en artikel om sundhedsprofessionelles udfordringer i mødet med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet.

Andet tema sætter fokus på *kulturmødet*. Christian Nørregaard præsenterer kort nogle teoretiske betragtninger på begrebet, som kan forklare nogle af de vanskeligheder, der opstår i kulturmødet, og han beskriver kulturmødet på baggrund af erfaringer fra psykiatrisk afdeling. Birthe Krabbe præsenterer sine erfaringer med kulturmøder i en tandklinik i Århus. Stina Lou og Kirsten Vinther-Jensen sætter fokus på tolkningssituationen og diskuterer kulturmødet ud fra primært en undersøgelse af tolkeanvendelsen i det danske sundhedsvæsen fra 2008.

Det tredje tema, der handler om *indsatser*, præsenterer fem konkrete indsatser, som har eller har haft til formål at skabe bedre patientforløb og bedre oplevelser i forbindelse med kulturmødet i sundhedsvæsenet for både patienten og personalet. Annemarie Gottlieb skriver om arbejdet med traumatiserede flygtninge og behovet for en tidlig indsats. Morten Sodemann, Arndis Svabo, Dorthe Nielsen og Karen Margrethe Korsholm skriver om erfaringerne fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital. Anne Rygaard og Rikke Primdahl beskriver erfaringerne med kulturelle mediatorer på tre danske hospitaler. Naveed Baig præsenterer erfaringerne med etableringen af et etnisk ressource-team, som er et projekt, der har været i gang siden 2004. Sidste artikel i dette tema er skrevet af Stina Lou, som præsenterer udfordringer og perspektiver for teletolkning.

Sidste tema om *patientens perspektiv* indeholder en præsentation af resultaterne fra to undersøgelser vedrørende etniske minoriteters oplevelser fra mødet med det danske sundhedsvæsen og er skrevet af Azadeh Grønbæk Afsar og Marie Fuglsang.

Det afsluttende perspektiverende afsnit indeholder pejlemærker for det fremadrettede arbejde og eksempler på konkrete projekter og initiativer regionalt og nationalt. Desuden beskriver Allan Krasnik og Marie Nørredam forskningsperspektiver i indsatsen vedrørende etniske minoriteters sundhed.

2 Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet

2.1 Etniske minoriteters sundhed

Af

udviklings- og kvalitetskoordinator, ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Ida Hovdenak Jakobsen og kontorchef, ved Center for Folkesundhed, Kirsten Vinther-Jensen, Region Midtjylland

Grundlæggende principper i det danske sundhedsvæsen er lighed i sundhed og lige adgang til sundhedsydelser. Man kan tilføje, at lige muligheder for at få samme udbytte af sundhedsydelserne med lige så stor selvfølgelighed bør være en ret. En forudsætning for at målrette og kvalificere det praktiske sundhedsfremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende arbejde, og dermed skabe muligheder for lige udbytte, er, at vi har viden om alle befolkningsgrupper og samfundsklassers sygdom, sundhed og sundhedsadfærd.

Folkesundhed

Siden 80'erne har der på nationalt, regionalt (amtsligt) og kommunalt niveau været udarbejdet sundhedsprofiler. De er blevet brugt til dokumentation af udviklingen, og som udgangspunkt for at udarbejde sundhedspolitikker, samt til praktisk planlægning med det formål at fastholde og forbedre folkesundheden. Mange sundhedsprofiler har dog ikke inkluderet etniske minoritetsgrupper, som ofte er blevet ekskluderet af metodiske grunde. I andre tilfælde har svarprocenten blandt etniske minoritetsgrupper ikke været tilstrækkelig til at der kunne udarbejdes valide analyser.

En række internationale studier har belyst sundheden blandt etniske minoritetsgrupper bosat i vestlige lande, og det er efterhånden blevet tydeligt, at etniske minoritetsbefolkningers sundhed generelt er dårligere end majoritetsbefolkningens (1-7). De danske undersøgelser, der findes på området, viser ligeledes, at store grupper blandt etniske minoriteter er særligt udsatte for sygdomme og helbredsproblemer. Dette kommer til udtryk ved markante forskelle i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere, men også i forskelle mellem de forskellige etniske minoritetsgrupper (8-11).

Etnisk sundhedsprofil

Et øget fokus på etniske minoriteters sundhed førte til, at der i 2005 blev taget initiativ til en undersøgelse om selvrapporтерet helbred, langvarig sygdom og sundhedsadfærd blandt syv etniske minoriteter fra ikke vestlige lande. Undersøgelsen blev gennemført i et samarbejde mellem Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland, Københavns, Odense og Århus Kommuner og Sundhedsstyrelsen med deltagelse af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Den

første landsdækkende etniske sundhedsprofil i Danmark udkom som en rapport i 2008 (12).

Den etniske sundhedsprofil bygger på resultaterne fra en spørgeskemaundersøgelse blandt indvandrere fra Eksjugoslavien, Irak, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia, og Tyrkiet samt efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet i alderen 18-66 år. En gruppe etniske danskere i alderen 18-66 år deltog også i undersøgelsen og er brugt som reference. Bruttostikprøven udgjorde 11.450 personer, hvoraf oplysninger fra Det Centrale Personregister var tilgængelige for 9.515 personer. Blandt disse gennemførte 4.952 personer et telefon-/internetinterview på dansk eller på eget modersmål, hvilket gav en svarprocent på 52,1.

I den etniske sundhedsprofil fokuseres der på selv vurderet helbred, forekomsten af langvarig sygdom, psykisk sundhed, rygning, sukkerindtag, fysisk aktivitet og overvægt. Forbrug af alkohol er kun undersøgt og rapporteret for efterkommere. Køn, alder og oprindelsesland er benyttet som uafhængige variable.

Helt generelt afdækker rapporten, at der er store forskelle i sundhed mellem de etniske minoriteter, der indgår i undersøgelsen og den etnisk danske referencegruppe, og det uanset om det er selv vurderet helbred, sygdom, psykisk sundhed eller sundhedsadfærd. Der er også forskelle i sundhed mellem de forskellige etniske grupper. Mens forskellene i sundhed er udtalte, når det drejer sig om *indvandrere* tilhørende de etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere, så er forskellene enten ikke eksisterende eller mindre markante, når vi sammenligner *efterkommere* (18-39 år) med en tilsvarende etnisk dansk referencegruppe.

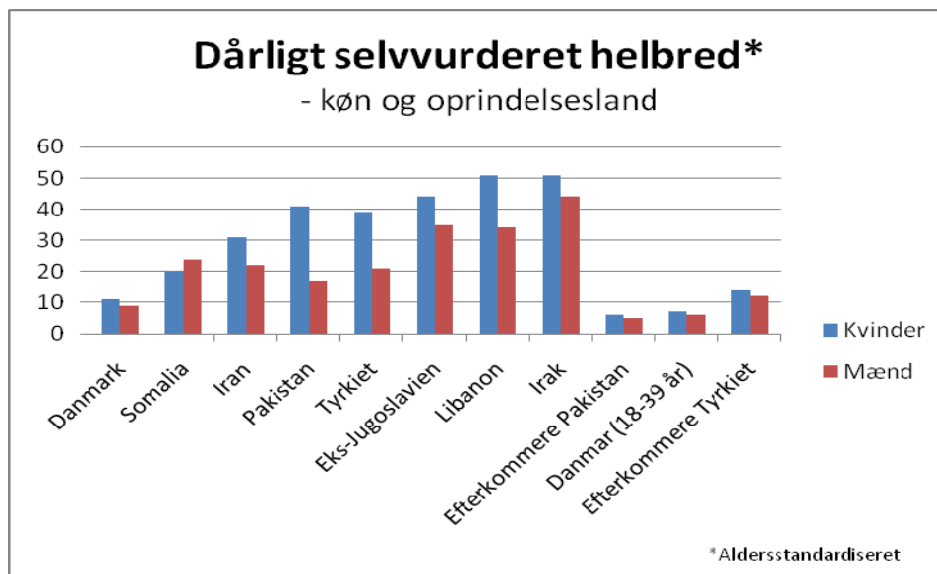
Tre eksempler fra sundhedsprofilen illustrerer de store forskelle i sundhed mellem indvandrere og etniske danskere (12). I det følgende omtales kun resultater fra gruppen af indvandrere, men resultaterne for efterkommere fremgår også af illustrationer og tabeller.

Selv vurderet helbred og psykisk sundhed

Mellem 22 og 48 % af indvandrere tilhørende etniske minoritetsgrupper rapporterer om dårligt selv vurderet helbred mod 10 % blandt etniske danskere. Forskellene gør sig ikke kun gældende mellem forskellige etniske grupper, men også mellem køn og i forskellige aldre.

I de yngste aldersgrupper er andelen med dårligt selv vurderet helbred mindst og tilsvarende størst i de ældste aldersgrupper. Flere kvinder end mænd vurderer i næsten alle etniske grupper deres helbred som dårligt (figur 1). Men i alle etniske minoritetsgrupper er forskellene større end i den etniske danske gruppe.

Figur 1: Dårligt selv vurderet helbred, fordelt på køn og oprindelsesland (12)



Det samme mønster ses omkring psykisk sundhed, hvor indvandrere i alle etniske grupper har en signifikant lavere score end etniske danskere (tabel 1). Det skal også bemærkes, at blandt indvandrere, er den psykiske sundhed dårligere hos de ældre end de yngre aldersgrupper i modsætning til blandt etniske danskere, hvor den psykiske sundhed er bedst hos de ældre.

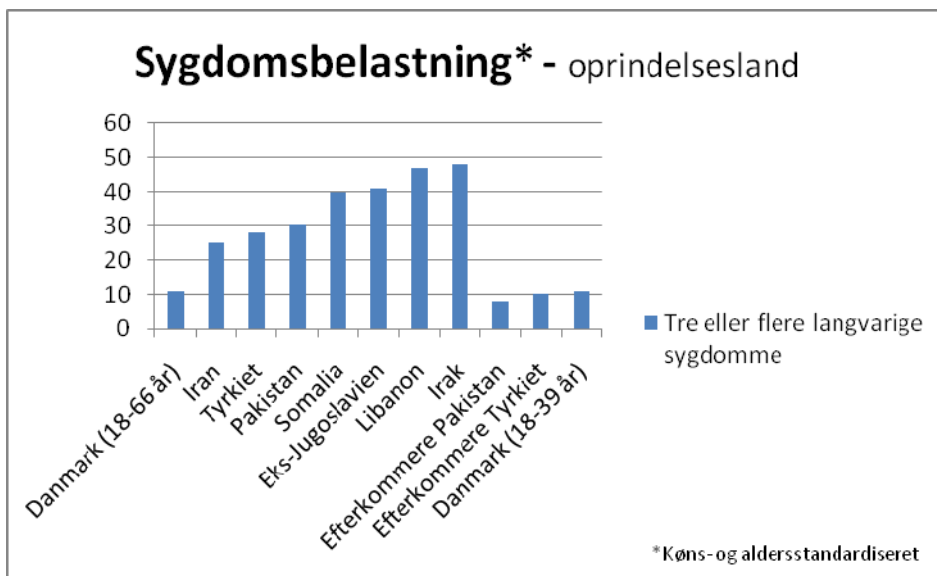
Tabel 1: Psykisk sundhed – alder og oprindelsesland. Gennemsnitsscore (Mental Health Score, SF12) (12)

Indvandrere									Efterkommere		
	DK (18-66 år)	Eks- Jugo- slavien	Irak	Iran	Libanon / Pak- læstina	Paki- stan	Soma- lia	Tyr- kiet	Pak- istan	Tyr- kiet	DK (18-39 år)
Al- der											
18-29 år	70	70	64	64	64	69	71	71	68	68	71
30-39 år	74	59	53	64	54	66	62	67	70	63	74
40-49 år	74	57	48	62	50	66	59	60	-	-	-
50-59 år	76	45	46	58	48	57	56	61	-	-	-
60-66 år	74	58	54	62	55	65	64	65	68	67	72

Sygdomsbelastning

Der tegner sig et helt entydigt billede af, at inden for alle de rapporterede langvarige sygdomme er forekomsten større hos de etniske minoriteter end hos etniske danskere. Især bør det bemærkes, at andelen med tre eller flere langvarige sygdomme er fra 25 til 28 % blandt indvandrere mod 11 % blandt etniske danskere, hvilket er et udtryk for en langt større sygdomsbelastning (figur 2).

Figur 2: Sygdomsbelastning, fordelt på oprindelsesland (12)



Sociale determinanter og forskelle i sundhed

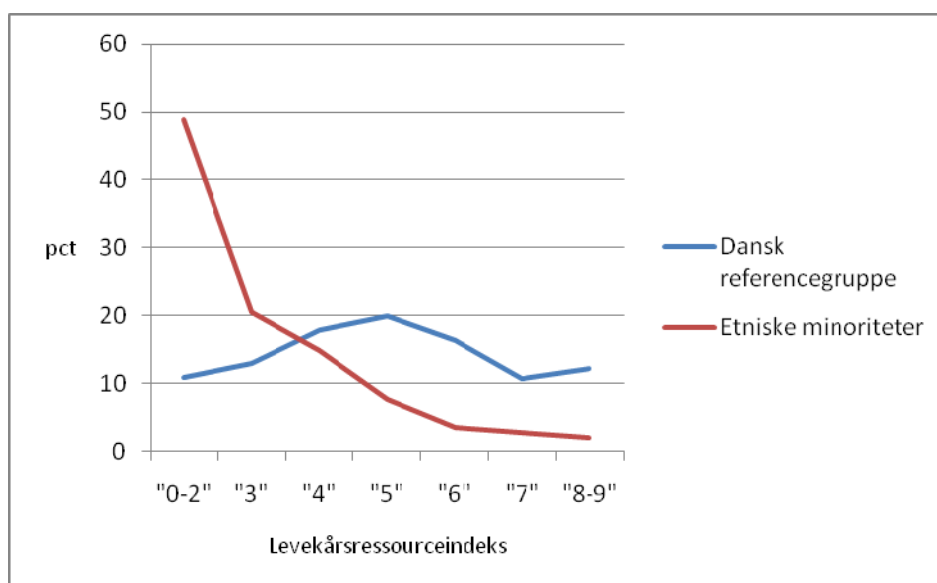
Der er flere mulige forklaringer på de observerede forskelle i sundhed. De kan findes i genetiske, strukturelle og kulturelle årsager og valg. Årsagsforklaring får betydning for den indsats, der iværksættes for at forbedre sundheden hos de etniske minoriteter og dermed udligne eller reducere de store forskelle (1).

Flere og flere forskere peger på, at et øget fokus på socioøkonomiske og sociale parametre er helt nødvendigt, og at en stor del af forklaringen på forskellene er at finde her (1, 13-14). Dette bliver ikke mindre betydningsfuldt at undersøge, når man tager i betragtning, at etniske minoriteter hyppigere befinder sig i de lave socialgrupper set i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og indkomst sammenholdt med etniske danskere (15-16). De placerer sig helt enkelt anderledes i det sociale rum, og med det in mente bliver analyser af sundhed og sociale forskelle i sundhed med inddragelse af sociale parametre et vigtigt element.

En analyse med udgangspunkt i data fra den etniske sundhedsprofil har vist, at en del af sundhedsforskellene kan forklares gennem forskelle i socioøkonomiske vilkår og sociale ressourcer (17). Sundhed er i denne undersøgelse målt ved selv vurderet helbred, samt fysisk og mentalt helbred. For at beskrive de socioøkonomiske vilkår har analysen benyttet en model, hvor uddannelse indgår sammen med indkomst og/eller beskæftigelsesstatus beskrevet ved kategorierne beskæftiget, ar-

bejdsledig, pensionist og kontanthjælpsmodtager. For at udtrykke social position er der desuden benyttet et ressourceindeks med værdierne 0-9, hvor 9 er højeste score og viser mange levkårsressourcer (18). Indekset fanger både de materielle og samfundsmæssige goder som penge, ejendom og uddannelse, men også psyko-sociale ressourcer som sociale relationer og status samt i en etnisk ikke-dansk sammenhæng de sproglige færdigheder. Analyserne viste en væsentlig forskel i fordeling af indekssværdier mellem den etnisk danske referencegruppe og den samlede gruppe af indvandrere tilhørende etniske minoriteter (figur 3).

Figur 3: Fordeling af indekssværdier for den etnisk danske referencegruppe og den samlede gruppe af etniske minoriteter (indvandrere) (17)

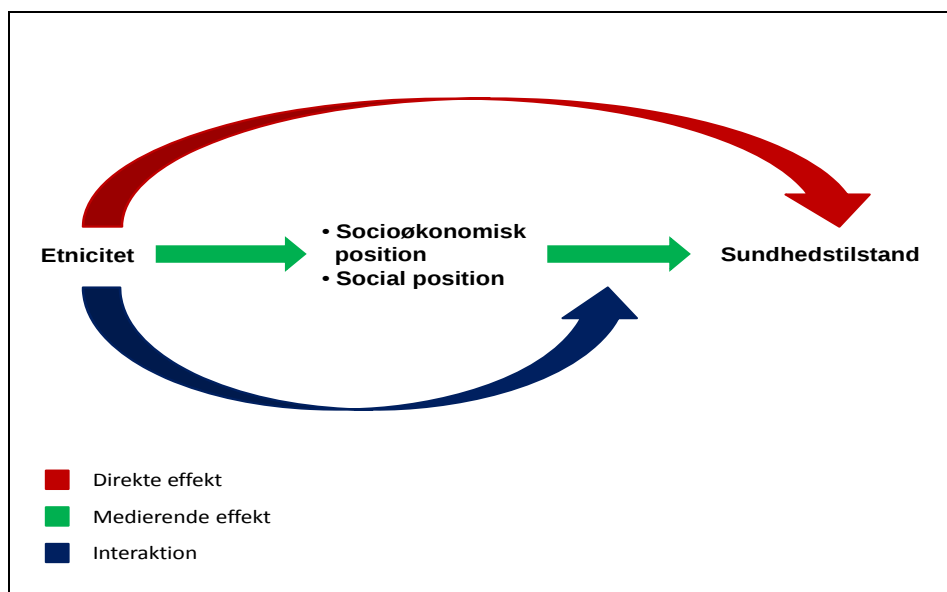


Analysen konkluderer, at der er en udtalt sammenhæng mellem såvel socioøkonomisk som social position og sundhed blandt de etniske minoriteter set som en samlet gruppe. De sociale forskelle i sundhed var især markant mellem beskæftigede og kontanthjælpsmodtagere, herunder også modtagere af introduktionsydelse/starthjælp, og mellem mennesker med få og mange levkårsressourcer. Ligesom der var en tydelig social gradient - mest udtalt ved beskæftigelsesstatus og levkårsressourcer.

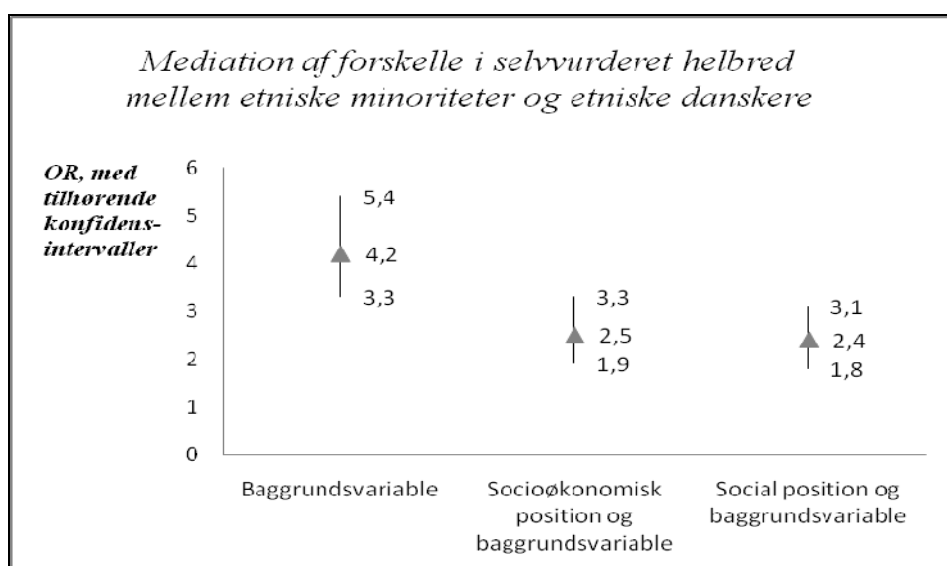
De observerede forskelle i sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere, målt ved selvvrurderet helbred, blev medieret af såvel socioøkonomisk som social position. Med andre ord, blev etnicitetens rolle som forklarende faktor væsentligt reduceret, når der samtidig blev taget højde for socioøkonomisk eller social position.

Metoderamme for mediationsanalysen er illustreret i figur 4, og resultaterne fra mediationsanalysen vises i figur 5. Her ses, at odds ratio for dårligt selvvrurderet helbred blandt etniske minoriteter, sammenlignet med den etnisk danske referencegruppe blev reduceret fra 4,2 til hhv. 2,5 og 2,4 når socioøkonomisk og social position blev inddraget i analysen (17).

Figur 4: Metoderamme (17)



Figur 5: Mediation af forskelle i selv vurderet helbred (17)



Selv om det ikke er muligt at sige noget konklusivt om årsagsforskelle ud fra tværsnitsdata, peger resultaterne fra denne analyse i samme retning som flere internationale studier om sundhed blandt etniske minoriteter bosat i vestlige lande. Sociale parametre er centrale determinanter for sundhed i etniske minoritetsgrupper og en væsentlig del af sundhedsforskelle mellem etniske grupper kan således tilskrives forskelle i socioøkonomisk og social position (17).

Målrettet og differentieret sundhedsindsats

Den etniske sundhedsprofil har afdækket forskelle i sundhed både inden for de etniske minoritetsgrupper, mellem de etniske minoritetsgrupper og mellem de etniske minoriteter og etniske danskere. En del af disse forskelle kan med stor sandsynlighed tilskrives forskelle i socioøkonomisk og social position. En målrettet indsats for at forbedre de sociale vilkår blandt etniske minoriteter og reducere social ulighed mellem etniske minoriteter og etniske danskere vil således også adressere sundhedsforskellene mellem grupperne.

Hertil kommer, at mange med etnisk ikke-dansk baggrund har et dårligere udgangspunkt for at anvende og få gavn af det danske sundhedsvæsen, fx på grund af manglende kendskab til sundhedssystemet, problemer med at finde rundt i sundhedssystemet samt utilstrækkelige sprogkunderskaber. Dette kan bevirke, at de ikke i alle situationer får fuldt udbytte af råd og vejledning om sundhed eller i nogle tilfælde endog udelukkes fra pædagogiske tilbud pga. manglende dansk-kunderskaber. Derfor bør der være særlig fokus på mulighederne for at etablere og tilbyde socialt differentierede indsatser, som tager højde for etniske minoriteters sociale, sproglige og andre kulturelle vilkår og betingelser.

Referencer

1. Nazroo JY. Ethnicity, class and health. London: Policy Studies Institute; 2001. 196 p.
2. Balarajan R. Ethnic differences in mortality from ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in England and Wales. *BMJ*. 1991 Mar 9;302(6776):560-4.
3. Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L. Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet*. 1984 Jun 30;1(8392):1455-7.
4. Link CL, McKinlay JB. Disparities in the prevalence of diabetes: is it race/ethnicity or socioeconomic status? Results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *Ethn Dis*. 2009 Summer;19(3):288-92.
5. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health*. 1998 May;52(5):298-304.
6. Lindstrom M, Sundquist J, Ostergren PO. Ethnic differences in self reported health in Malmo in southern Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Feb;55(2):97-103.
7. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):357-71.
8. Ingerslev O. Sundhedsforhold blandt indvandrere. In: Mogensen GV, Mathiesen PC, editors. *Integration i Danmark omkring årtusindeskiftet*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag;2000. p. 222-51.

9. Københavnerne sundhed 2005. Social ulighed i sundhed i Københavns Kommune. Belyst ved en analyse af sundhed og livsstil blandt københavnere og tyrkiske københavnere. Copenhagen: Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune; 2005.
10. Folmann NB, Jørgensen T. Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2006
11. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, editors. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Copenhagen: Statens Institut for Folkesundhed; 2007. Chapter 34, Etniske minoriteter; [10p]
12. Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Aarhus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, og Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed; 2008 Jun. 156 p.
13. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. Am J Public Health. 2003 Feb;93(2):277-84.
14. Voko Z, Csepe P, Nemeth R, Kosa K, Kosa Z, Szeles G, et al. Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? J Epidemiol Community Health. 2009 Jun;63(6):455-60.
15. Hansen FK, Hansen H. Fattigdom og social ulighed i sundhed - rapport om Den Danske Nationale Handlingsplan. Copenhagen: Center for Alternativ Samfundsanalyse CASA; 2007 Oct. 44 p.
16. Fattigdomsproblemet vokser. Fordeling og levevilkår 2009. Øget polarisering i Danmark. Copenhagen: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd AE; 2009. 94 p.
17. Jakobsen, Ida Hovdenak. Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark – en kvantitativ analyse med fokus på socioøkonomisk og social position. 2010 May. 62 p. Located at: Aarhus University, Faculty of Health Sciences, Aarhus, DK.
18. Larsen FB. Hvordan har du det? Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Aarhus: Aarhus Amt, Sundhedsfremmeenheden, Afdeling for Folkesundhed; 2003 Jul. 76 p.

2.2 Indvandreres brug af sundhedsvæsenet

Af

Nana Folmann Hempler

cand.scient.san.publ.

Forskningscenter for forebyggelse og sundhed, Region Hovedstaden

Der har været stigende interesse for indvandreres brug af sundhedsydelser de senere år, formentlig som følge af det voksende antal indvandrere og efterkommere fra primært ikke-vestlige lande samt den første generation af ældre indvandrere. Undersøgelser af brug af sundhedsydelser kan afdække eventuelle uligheder i sundhedsvæsenet og dokumentere mulige helbredsproblemer blandt indvandrere. Endvidere er det muligt at undersøge, om brugerbetaling for visse sundhedsydelser påvirker brugen af sundhedsvæsenet. Dette er af særlig betydning, idet indvandrere fra ikke-vestlige lande generelt har en lavere indkomst i alle aldersgrupper sammenlignet med danskere (Danmarks Statistik 2009).

Denne artikel gennemgår etniske minoriteters kontaktmønster til alle dele af sundhedsvæsenet sammenlignet med etniske danskere - herunder både kontakter specificeret på diagnose og antallet af kontakter. Artiklen inddrager de største undersøgelser af brug af sundhedsvæsenet blandt voksne indvandrere og efterkommere, der er født i ikke-vestlige lande¹. Indvandrere i Danmark udgør ikke en homogen gruppe, og undersøgelserne viser, at der er store forskelle i forbrug af sundhedsvæsenet mellem indvandrergrupper. Forskelle, der kan skyldes forskelle i helbred, sundhedsadfærd, migrationshistorie, graden af integration samt social status i Danmark.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Samlet set viser litteraturen et kontaktmønster blandt etniske minoriteter, der adskiller sig fra den øvrige danske befolkning, og der er en tydelig tendens til, at de fleste indvandrergrupper har flere indlæggelser og øget kontakt til skadestuen. Der ses en overvægt af sygehuskontakter relateret til diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL blandt indvandrere. Efterkommernes kontakt til sundhedsvæsenet ligner derimod i høj grad etniske danskere. Dog ses, med undtagelse af skadestuekontakter, et lavere brug af de fleste sundhedsydelser. Inden for ydelser, som kræver brugerbetaling, såsom fysioterapeut og tandlæge, ses der generelt et lavere brug blandt ikke-vestlige indvandrere. For kontakter til øre-næse-halslæge, psykiater og øjenlæge ses et vekslende mønster. Endvidere ses der et lavere medicinforbrug blandt indvandrere, og undersøgelser tyder på ringere compliance med medicinsk behandling blandt indvandrere, men området er ikke velundersøgt. Brug af forebyggende undersøgelser i graviditeten viser en tendens til lidt lavere brug blandt indvandrere, og undersøgelser peger på, at indvandrerkvinder i mindre grad deltager i

¹ Der er generelt ingen konsensus omkring terminologien vedrørende indvandrerforskning, selvom de fleste studier benytter Danmarks Statistiks definition om fødeland og statsborgerskab til at skelne mellem danskere, indvandrere og efterkommere. I denne artikel anvendes denne terminologi ligeledes, men såfremt der anvendes anden terminologi i refererede undersøgelser gengives denne.

mammografiscreening.

Kontakt til praktiserende læge

Undersøgelser vedrørende indvandreres kontakt til praktiserende læge peger i forskellige retninger. En undersøgelse fra Danmarks statistik viser, at indvandrere og efterkommere fra mindre udviklede lande har mindre kontakt til deres praktiserende læge, sammenlignet med etniske danskere (Poulsen og Lange 1998). I Københavns Kommune har Sundhedsdirektoratet og Stadslægen undersøgt kontaktmønsteret til almen praksis blandt eks-jugoslavere, pakistanere og tyrkere (Københavns Kommune 1998). Ifølge undersøgelsen har pakistanere som den eneste gruppe hyppigere kontakt til almen praksis. En registerundersøgelse fra Rockwool Fondens Forskningsenhed viser, at indvandrere fra Iran, Libanon, Pakistan, Tyrkiet og Somalia har flere kontakter til praktiserende læge, mens indvandrere fra Polen, Eksjugoslavien og Vietnam har lavere eller samme hyppighed af kontakter sammenlignet med danskere (Ingerslev 2000). Undersøgelsen viser endvidere, at efterkommere har færre kontakter til almen praksis sammenlignet med etniske danskere. En større registerundersøgelse foretaget for Sundhedsstyrelsen, der inkluderer indvandrere født i Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Iran, Irak, Libanon, Somalia, Marokko og Vietnam, finder øget kontakt til praktiserende læge blandt mænd og kvinder i alle indvandrergupper sammenlignet med etniske danskere, dog med undtagelse af vietnamesere (Folmann og Jørgensen 2006).

Diagnosespecifikke kontakter og indlæggelseshyppighed

I relation til heldøgnsindlæggelser viser Rockwool Fondens undersøgelse, at 16-35-årige mandlige indvandrere generelt har flere heldøgnsindlæggelser sammenlignet med etnisk danske mænd, mens de 36-55-årige indvandrere ikke har et forskelligartet kontaktmønster i forhold til etniske danskere (Ingerslev 2000). Undersøgelsen viser også, at kvindelige indvandrere har flere heldøgnsindlæggelser sammenlignet med etnisk danske kvinder. Endvidere har efterkommere samme indlæggelseshyppighed som etniske danskere.

I forhold til diagnosespecifikke sygehusindlæggelser har 16-35-årige indvandrere hyppigere indlæggelser relateret til infektionssygdomme, mens 16-35-årige etniske danskere hyppigere er indlagt med læsioner og forgiftninger (Ingerslev, 2000). Blandt de 36-55-årige indvandrere ses der hyppigere indlæggelser relateret til endokrine sygdomme, sygdomme vedrørende kredsløbet samt fordøjelsessystemet. Derimod er 36-55-årige indvandrere mindre udsat for svulster, læsioner og forgiftninger end 36-55-årige etniske danskere. Sundhedsstyrelsens undersøgelse viser, at etniske minoriteter fra Tyrkiet, Eks-Jugoslaven, Pakistan, Iran, Irak, Libanon, Somalia, Marokko og Vietnam har flere sygehuskontakter relateret til diabetes (Folmann og Jørgensen 2006). For hjerte-kar-sygdom ses et mere vekslende billede, hvor etniske minoriteter fra Somalia, Iran og Vietnam generelt har færre sygehuskontakter end danskere, mens eks-jugoslavere, pakistanere, irakere og tyrkere har flere kontakter.

For kronisk obstruktiv lungesygdom gælder det, at etniske minoritetskvinder generelt har færre kontakter sammenlignet med etniske danske kvinder, mens den omvendte tendens ses hos mændene. For muskel- og skeletsygdomme har de fleste

minoritetsgrupper flere eller lignende kontaktmønster som etniske danskere. For psykisk sygdom ses et vekslende mønster, idet etniske minoritetsgrupper fra Tyrkiet, Pakistan, kvinder fra Marokko og mænd fra Libanon og Irak har flere sygehuskontakter, mens vietnamesere, iranere, somaliere og eks-jugoslavere ikke adskiller sig fra etniske danskere. I relation til osteoporose og forebyggelige kræftsygdomme har etniske minoriteter færre sygehuskontakter end etniske danskere. En enkelt dansk undersøgelse har kortlagt etniske minoriteters indlæggelsestid sammenlignet med etniske danskere i forbindelse med en række diagnosegrupper (Krasnik et al. 2002). Undersøgelsen viser, at for nogle diagnosegrupper har indvandrere længere indlæggelsestid sammenlignet med etniske danskere, mens den er kortere for andre diagnosegrupper.

Kontakt til skadestue

Flere studier peger på øget kontakt til skadestue blandt indvandrere. Et studie viser, at majoriteten af undersøgte indvandrergupper i alderen 19-59 år har flere kontakter til skadestuen, sammenlignet med etniske danskere (Dyhr et al. 2007). Et andet studie viser en øget kontakt til skadestuen blandt indvandrere fra Somalia, Tyrkiet og Eksjugoslavien ud af ni indvandrergupper (Nørredam et al. 2004). Rockwool Fondens undersøgelse peger dog på et lidt mere differentieret billede, hvis man ser på køn og alder. Denne undersøgelse viser, at 36-55-årige kvinder fra ikke-vestlige lande har flere kontakter til skadestuen, sammenlignet med etniske danske kvinder, mens de 16-35-årige har samme kontaktmønster (Ingerslev 2000). Blandt mænd er kontakthypigheden lidt højere blandt ikke-vestlige indvandrere, sammenlignet med etniske danske mænd. For efterkommere er kontakthypigheden til skadestuen højere sammenlignet med etniske danskere.

Kontakt til fysioterapeut, tandlæge, øjenlæge, øre-næse-halslæge samt psykiater

I relation til fysioterapi viser Rockwool Fondens undersøgelse, at indvandrere i mindre omfang får behandling hos en fysioterapeut, idet kun indvandrere fra Iran og Libanon modtager selv samme antal ydelser som etniske danskere (Ingerslev 2001). Med hensyn til kontakter til tandlæge, viser undersøgelser entydigt, at indvandrere og efterkommere har lavere kontakthypighed end etniske danskere (Ingerslev 2000, København Kommune 1998). Generelt ses der en hyppigere kontakt til øjenlæge blandt iranere, libanesere og pakistanere sammenlignet med etniske danskere, mens indvandrere fra Polen, Vietnam og Eksjugoslavien har et lavere antal kontakter eller på niveau med etniske danskeres (Ingerslev 2001). Kontakthypigheden til øjenlæge for efterkommere er lavere end for danskere. Vedrørende kontakthypighed til øre-næse-hals læge viser undersøgelsen, at indvandrere fra Iran og Pakistan, mænd fra Libanon og kvinder fra Tyrkiet har flere kontakter, mens indvandrere fra Vietnam, Eksjugoslavien, og Somalia har lavere kontakt end etniske danskere (Ingerslev 2001). Efterkommere har færre kontakter til øre-næse-halslæge sammenlignet med etniske danskere. Kontakter til speciallæger i psykiatri er højere blandt 36-55-årige indvandrere fra Libanon, Iran, Eks-Jugoslavien og Polen sammenlignet med 36-55-årige etniske danskere, mens kontakthypigheden er lavere blandt indvandrere fra Pakistan, Tyrkiet, Somalia, Vietnam (Ingerslev 2000).

Brug af forebyggende ydelser

To undersøgelser peger på et mindre brug af forebyggende undersøgelser i graviditeten blandt etniske minoritetskvinder (Knudsen et al. 1990, Ingerslev 2000). En anden undersøgelse viser imidlertid, at alle udenlandske kvinder går til jordemoderkontrol (Brøndstad og Guldager 1994). I en undersøgelse af brugen af mammografiscreening fremgår det, at indvandrere fra Eks-Jugoslavien, Pakistan, Polen og Tyrkiet i lavere grad benytter tilbud om mammografiscreening sammenlignet med danskere (Holck et al. 2002). En anden undersøgelse viser en tendens til, at indvandrerkvinder blev diagnosticeret med større tumorer end danske kvinder i forbindelse med brystkræft (Nørredam et al. 1999). Desuden havde tilbud om mammografiscreening en signifikant effekt blandt danske kvinder, men ikke blandt indvandrerkvinder, hvilket kan ses som et udtryk for, at indvandrerkvinder ikke i samme grad benytter profylaktiske tilbud om mammografiscreening som danske kvinder (Nørredam et al. 1999).

Medicinsk behandling

Færre etniske minoriteter indløser recepter på astmamedicin, diabetespræparater, diuretica, antihypertensiv medicin, hjertemedicin samt kolesterolsænkende medicin, sammenlignet med danskere (Folmann og Jørgensen 2006). En anden undersøgelse viser ringere compliance med medicinsk behandling efter blodprop i hjertet blandt indvandrere fra Pakistan og Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere, hvorimod eks-jugoslaverne ikke adskiller sig fra danskere (Hempler et al. 2010). Endvidere viser en dansk interviewundersøgelse blandt 26 ikke-vestlige ikke-etniske danske patienter, at ca. 65% over 50 år ikke indtager deres medicin efter lægens anbefaling (Haugbølle et al. 2009). 35% angiver at tage medicin som ikke var ordineret til dem, og over halvdelen tager medicin, som er købt i deres respektive oprindelseslande.

Hvordan kan vi forklare forskellene?

Det er ønskværdigt, at indvandrere bruger sundhedsvæsenet og har en god kontakt til sundhedsvæsenet. På den anden side kan unødigt brug af sundhedsvæsenet anses som ressource-spil. Et øget brug af sundhedsydelser blandt indvandrere kan tyde på et øget behov pga. øget sygelighed. Et underforbrug af sundhedsydelser kan reflektere mindre sygelighed, men også barrierer i adgangen til sundhedsydelser. Barrierer kan være sproglige, sociokulturelle og psykologiske. Sproglige barrierer kan skyldes mangel på tolkebistand. Psykologiske barrierer kan vedrøre mangel på tillid til systemet og vanskeligheder ved social interaktion, mens sociokulturelle barrierer kan omhandle forskelle mellem sundhedsprofessionelle og patienter i forhold til procedurer, kommunikationsmønstre, roller og viden om sygdom og sundhedsvæsenets indretning (Nørredam et al. 2006). En forskelligartet adfærd i brug af sundhedsvæsenet kan endvidere være knyttet til kulturelle forskelle i op-

fattelse af symptomer, og om og hvornår man handler på symptomer. Socioøkonomiske forhold spiller formentlig en rolle for indvandreres brug af sundhedsydelser, hvilket afspejler sig i det lave brug af ydelser, som kræver brugerbetaling, ligesom bedre uddannede indvandrere formentlig har bedre forudsætninger for at forstå, hvordan sundhedsvæsenet er indrettet og bør anvendes.

Det er særligt vigtigt, at sundhedsvæsenet er indrettet til at tage imod det voksende antal ældre indvandrere og deres behov, ligesom et øget antal flygtninge også vil stille andre krav til sundhedsvæsenet. Undersøgelser af indvandreres brug af sundhedsvæsenet samt faktorer, der kan påvirke disse mønstre, er derfor væsentlige at undersøge løbende, særligt med sigte på om ændringer i sundhedsvæsenets organisering og tilbud påvirker forbrugsmønstre forskelligt blandt henholdsvis indvandrere og danskere.

Referencer

Brøndsted V og Guldager E (1994). Barselspleje på kort tid - omsorg nok? En sammenlignende undersøgelse af 398 københavnske mødre. København. Københavns Kommune. Socialdirektoratet. Afdelingen for børn og unge. Sundhedsplejen.

Danmarks Statistik (2009). Indvandrere i Danmark. Danmarks Statistik.

Dyhr L, Andersen JS, Engholm G (2007). The pattern of contact with general practice and casualty departments of immigrants and non-immigrants in Copenhagen. Denmark. Dan Med Bull Aug;54(3):226-9.

Folmann NF og Jørgensen T (2006). Etniske minoriteter. Sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. København. Sundhedsstyrelsen.

Hempler NF, Diderichsen F, Larsen FB, Ladelund S, Jørgensen T (2010). Do immigrants from Turkey, Pakistan and Yugoslavia receive adequate medical treatment with beta-blockers and statins after acute myocardial infarction compared with Danish-born residents? A register-based follow-up study. Eur J Clin Pharmacol Jul;66(7):735-42.

Holk IK, Rosdahl N, Damgaard Pedersen KL (2002). Acceptance of mammographic by immigrant women. Ugeskr Laeger;164:195-200.

Ingerslev O (2000). Indvandreres kontakt til sundhedsvæsenet. Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: Viby Mogensen G og Matthiessen PC: Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Indvandrerne møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet. Århus. Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Knudsen LB et al. (1990). Gravide indvandrerkvinders brug af svangreprofylaktiske tilbud i Danmark 1983-1987. Ugeskrift for læger;152:3611-4.

Krasnik A, Norredam M, Sørensen TM, Michaelsen JJ, Nielsen AS, Keiding N (2002). Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns. Soc Sci Med Oct;55(7):1207-11.

København Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen (1998). Sundhed og sygdom i København '98. 1. Tema-del. København. Københavns Kommune.

Haugbølle LS et al. (2009). Optimal lægemiddelanvendelse blandt ikke-etniske danskere (del 2). Gennemførelse af medicingang. Københavns Universitet. Det Farmaceutiske Fakultet.

Nørredam M, Krasnik A, Holm Petersen J (1999). Access to hospital care in Denmark among migrant women with breast cancer compared to Danish women. *Ugeskr Laeger* 160:4385-4388.

Nørredam M, Krasnik A, Møller ST, Keiding N, Joost MJ, Sonne NA (2004). Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health*;32(1):53-9.

Nørredam M, Nielsen SS, Krasnik A (2006). Adgang til sundhedsydelser for migranter. *Ugeskrift for læger*;168(36):3008-3011.

Poulsen ME og Lange A (1998). Indvandrere i Danmark. København. Danmarks Statistik.

2.3 Sundhedsprofessionelles udfordringer i mødet med etniske minoritetspatienter

Af

ph.d.-stipendiat Maria Kristiansen og professor Allan Krasnik
Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Patienter med etnisk minoritetsbaggrund udgør en stigende gruppe i det danske sundhedsvæsen, og sundhedsprofessionelle vil derfor hyppigere end før komme i kontakt med patienter og pårørende med anderledes sproglige, sociale, og kulturelle forhold. Selvom der også blandt etnisk danske patienter er en stor grad af forskellighed – eksempelvis relateret til alder, køn, uddannelse og socialt netværk – viser megen forskning, at mødet med etniske minoriteter ofte opleves at udgøre en særlig udfordring for personalet i forskellige dele af sundhedsvæsenet. At personalet oplever behov for at få mere viden om disse patienter og opnå såkaldte kulturelle kompetencer, reflekteres da også i en stor efterspørgsel efter videreuddannelse, seminarer og materialer om mødet mellem sundhedsprofessionelle og etniske minoriteter (Chevannes 2002; Lanceley&Cox 2007).

Hvem taler vi om?

Spørgsmålet er så, hvem vi taler om i denne forbindelse? Etniske minoriteter udgør en heterogen gruppe af mennesker med forskellig oprindelse, antal år i Danmark, baggrund for at komme hertil (fx som flygtning, arbejdsmigrant, familiesammenført eller sæsonarbejder), religiøse og kulturelle værdier, sygdomsforhold (både somatisk og psykisk, herunder i forhold til traumer) samt socioøkonomiske og psykosociale ressourcer og belastninger. Derudover kan kategorien etnisk minoritet også rumme mennesker, der er født i Danmark. Det er derfor en fortsat refleksion værd, om også efterkommere – og i givet fald i hvor mange generationer – skal kategoriseres som værende iblandt den kategori, vi taler om som etniske minoriteter. Lægger man dertil alle de forhold, der skaber forskellighed blandt patienter uanset etnisk baggrund – herunder køn, alder og uddannelse – er det tydeligt, at gruppen af etniske minoritetspatienter er yderst heterogen. Undersøgelser af sundhedsprofessionelles oplevelser i mødet med etniske minoritetspatienter viser da også en stor diversitet i forhold til, hvem der tænkes på og refereres til (Kristiansen & Mygind 2004). Oftest er det tilstedeværelsen af sprogbarrierer, der ligger til grund for, om en given patient opleves som en etnisk minoritet, men også forhold som hudfarve, oprindelsesland og religion/kultur nævnes som forhold af betydning for, om en given patient bør klassificeres som etnisk minoritet eller etnisk dansk. Ligeledes viser undersøgelser af sundhedsprofessionelles oplevelser af mødet med etniske minoriteter en udpræget grad af forskellighed i forhold til, hvorledes mødet med disse patienter opleves.

Hvis de sproglige forudsætninger er på plads, opleves mødet med etniske minoritetspatienter oftest ikke så udfordrende for de sundhedsprofessionelle, idet man så kan tale om og opleve at få forståelse for de forskelle, der kan gøre sig gældende i patient-professionel relationen. Nogle oplever mødet berigende i forhold til at få nye vinkler på praksis, mens andre oplever alt fra udfordring til frustration. Oplevelserne afhænger typisk af individuelle forhold, erfaringer og arbejdsopgaver, men i høj grad også af rammerne for mødet – herunder adgang til tolk, tid i mødet samt om den sundhedsprofessionelle har mulighed for kontinuitet i relationen

(Kristiansen et al. 2004). Eksempelvis kan læger have lettere adgang til tolkebi-stand end plejepersonalet, der til gengæld har megen af den daglige kontakt med patienterne ind i mellem de afgrænsede og informationsintensive lægesamtaler. Dette kan være en del af årsagen til, at plejepersonalet til tider rapporterer flere negative erfaringer med etniske minoritetspatienter sammenlignet med lægegruppen (Michaelsen et al. 2004). Således er der en række individuelle og organisatoriske forhold, der påvirker de udfordringer, sundhedsprofessionelle kan opleve i mødet med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet.

Mestring af det danske sprog

Nogle patienter med etnisk minoritetsbaggrund mestrer ikke det danske sprog i det omfang, det er nødvendigt for at kunne indgå i sundhedsvæsenets tilbud. Dette hænger sammen med flere faktorer, ex. hvor længe patienten har boet i landet, uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet og andre integrationsmæssige forhold. Derudover kan sygdommens karakter have betydning, idet smerter, angst og usikkerhed kan gøre det vanskeligt at forstå og respondere på information givet på andet end ens modersmål. Aldring kan også medføre et tab i sprogfærdigheder, ligesom analfabetisme og posttraumatisk stress syndrom (PTSD) er forhold, der gør mestringen af det danske sprog vanskelig.

Muligheden for at kommunikere på et nuanceret og tilstrækkeligt niveau med patienter og pårørende er en helt afgørende forudsætning for patienternes mulighed for at navigere i sundhedsvæsenet. Patientforløb indebærer ofte formidling af komplicerede informationer om fx symptomers karakter, diagnosticering, behandlingsmuligheder samt egenomsorg, og selvom patienten mestrer det man kan kalde "dagligdags-dansk" vil det ofte ikke være tilstrækkeligt til at kunne indgå i en dialog om sådanne forhold. I overensstemmelse hermed beskriver mange danske og internationale studier, hvorledes sprogbarrieren er en helt grundlæggende udfordring for sundhedsprofessionelles kontakt med etniske minoritetspatienter og deres pårørende, der fører til frustration og usikkerhed blandt personalet (Høye 2008; Kristiansen & Mygind 2004; Pergert 2008; Richardson et al. 2006). Et element i denne problemstilling er desuden, at læger har pligt til at sikre et informeret samtykke fra patienterne inden iværksættelse af diagnostik og behandling. Uden en kvalificeret dialog er dette ikke muligt.

For personalet kan det være en udfordring at få adgang til kvalificerede tolke enten i face-to-face tolkesessioner eller som teletolkning. Muligheden for at tilkalde en kvalificeret tolk påvirkes af, at der er stor variation i tolkenes kompetencer og rammerne for mødet - herunder om der er tale om et langvarigt, planlagt forløb eller om det er en akut henvendelse. Desuden kan det være en udfordring, hvorledes personalet håndterer patienter, der frabeder sig brug af tolk, enten fordi de vurderer deres sprogkundskaber til at være tilstrækkelige, eller fordi de er usikre på, om tolken overholder sin tavshedspligt. Der kan være tungtvejende faglige og etiske grunde til, at en tolk er til stede ved en patient-professionel samtale, og et stigende antal studier har belyst betydningen af at bruge professionelle tolke. Brug af sådanne tolke mindsker risikoen for fejlagtig oversættelse og har positiv betydning for præcision i diagnosticering, ligesom det hænger sammen med patienttilfredshed, brug af sundhedsvæsenets ydelser og omkostninger forbundet hermed (Bischoff & Denhaerynck 2010; Karliner et al. 2007).

Adgang til kvalificerede tolke er efterspurgt blandt sundhedsprofessionelle (Bauer & Alegria 2010; Jensen et al. 2010; Kristiansen & Mygind 2004). I sammenhæng hermed efterspørger mange organisatoriske ressourcer relateret til tid og konkrete kompetencer i at benytte tolkesamtaler, hvor det kan være en udfordring at sikre sig, at kompliceret information er formidlet på en sådan måde, at patienter og pårørende kan forstå og indgå i dialog med personalet. Der er således behov for metoder til at sikre udbud og kvalitet af tolkning for at overkomme sprogbarrieren, samt ressourcer og initiativer til sikring af personalets kompetencer i at bruge tolk. Desuden bør der etableres en klar politik for, hvornår og hvordan tolke bør benyttes.

Derudover efterspørger sundhedsprofessionelle ofte oversatte materialer af skriftlig og/eller audiovisuel karakter om fx procedurer og regler på en afdeling samt behandling af specifikke sygdomme.

Forskelle i sygdomsopfattelser og forventninger

En yderligere udfordring i mødet med etniske minoritetspatienter er, at sundhedsprofessionelle til tider oplever, at etniske minoriteter har en anden sygdomsopfattelse og tilgang til det at være patient sammenlignet med majoritetsbefolkningen (Kristiansen & Mygind 2004; Mygind et al. 2006). Det kan hænge sammen med forskellige vidensniveauer som følge af sociale forhold, men kan også have baggrund i kulturelle forhold.

Nogle sundhedsprofessionelle oplever eksempelvis etniske minoriteter som mere passive eller autoritetstro sammenlignet med etnisk danske patienter, hvilket kan give anledning til forskellige holdninger og forventninger til patienters rolle.

En dansk undersøgelse på en børneafdeling fandt, at personalet ofte oplevede, at der blandt de etniske minoritetspatienter var et manglende kendskab til rutinerne i sundhedsvæsenet. De havde en forventning om at blive behandlet af en læge hurtigt efter ankomsten til afdelingen. Ligeledes viste et manglende kendskab til sundhedsvæsenet sig i anderledes og nogle gange urealistiske krav i forhold til visse ydelser såsom transport mellem hospitaler (Kristiansen & Mygind 2004). Mens kulturelle forhold kan have en betydning, kan patienternes opfattelser og forventninger også hænge sammen med, hvor længe patienten og dennes pårørende har boet i Danmark, integration i samfundet, erfaringer med det danske sundhedsvæsen og sundhedsvæsenet i oprindelseslandet, samt med patientens adgang til information, både fra officielt hold (eksempelvis internet, pjecer og praktiserende læge) og fra det sociale netværk (Kristiansen & Mygind 2004; Kristiansen et al. 2010).

Nogle sundhedsprofessionelle oplever, at etniske minoritetspatienter giver udtryk for, at de føler sig - eller er bange for at blive - diskrimineret i deres møde med sundhedsvæsenet (Kristiansen & Mygind 2004). Dette kan eksempelvis komme til udtryk i særligt sårbare situationer, såsom når behandlingsmuligheder er udtømt og en patient og/eller pårørende skal informeres om, at der ikke er udsigt til overlevelse. Både denne reaktion og forskellene i sygdomsopfattelser og forventninger til rollerne i mødet med de sundhedsprofessionelle kan yderligere kompliceres, når de sundhedsprofessionelle pga. sproglige barrierer ikke kan formidle information, forventninger og ”uskrevne regler” i en nuanceret dialog med patienten og eventu-

elt de pårørende (Kristiansen & Mygind 2004; Richardson et al. 2006; Vydellingum 2006).

Relation til de pårørende

Sundhedsprofessionelle kan opleve patienternes pårørende som en særlig udfordring, da det sociale netværk omkring etniske minoritetspatienter til tider opleves anderledes end blandt etnisk danske patienter. Det sociale netværk hos de etniske minoritetspatienter kan kvantitativt fylde mere i forbindelse med indlæggelse og kvalitativt have en mere aktiv funktion omkring patienten. Nogle studier viser dog også, at etniske minoriteter kan være mere isolerede og bruge personalet i sundhedsvæsenet som socialt netværk (Kristiansen et al. 2010). I de tilfælde, hvor der er tale om et stort socialt netværk, kan det opleves som en ressource for patienten, der har følelsesmæssig og praktisk støtte omkring sig under patientforløbet. Omvendt oplever nogle sundhedsprofessionelle, at netværket kan være et problem i forhold til patientens behov for hvile og ro samt i forhold til de øvrige patienter på afdelingen, og det bliver et langt stykke ad vejen personalets rolle at sætte grænser for de besøgende (Kristiansen & Mygind 2004).

Hvilke strategier benytter personalet og hvad efterspørges?

Sundhedsprofessionelle benytter mange forskelligartede strategier i deres møder med etniske minoritetspatienter. Det gælder i forhold til sprogbarrieren fx ved brug af tolke, non-verbal kommunikation og skriftlige materialer. Der benyttes også tværkulturelle redskaber i form af kurser og diskussion i personalegruppen om betydning af egen og andres kulturelle baggrunde, håndbøger om etnicitet og kulturel kompetence (fx mini-etnografi) og andre redskaber til at afdække patienternes forståelsesrammer. Desuden kan organisatoriske redskaber tages i brug såsom allokering af mere tid til tolkning ved kontakterne med etniske minoritetspatienter og prioritering af tværkulturelle kompetencer blandt personalet ved ansættelser.

Da sprogbarrieren ofte opleves som den helt grundlæggende hindring for at opnå gode møder mellem etniske minoriteter og sundhedsprofessionelle, er professionel tolkning og oversatte materialer blandt de hyppigst nævnte og efterspurgte værktøjer i dagligdagen. Derudover efterspørger mange sundhedsprofessionelle mere viden om forskelligheden blandt de etniske patienter. Der efterlyses muligheder for udvikling af kulturelle kompetencer, herunder mulighed for kontinuerligt at diskutere og reflektere over betydningen af egen og andres kultur for mødet med patienter i den daglige praksis (Kristiansen & Mygind 2004).

For at sikre adgang til og kvalitet af mødet med det danske sundhedsvæsen blandt en mere etnisk forskellig befolkning, er der behov for en fortsat og udbygget indsats med både professionel, organisatorisk og politisk fokus med henblik på at sikre optimale rammer for disse møder samt de fornødne kompetencer blandt sundhedsprofessionelle i forskellige sektorer af sundhedsvæsenet. Dette vil gavne både patienter og personalet, og vil gøre sundhedsvæsenet bedre i stand til at imødekomme behovene blandt en befolkning, der er forskellig i forhold til etnicitet, men også i forhold til andre vigtige forhold som præger patienterne, herunder socio-økonomiske og psykosociale karakteristika.

Referencer

- Bauer AM, Alegria M. Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatr Serv*, 61(8):765-73. 2010.
- Bischoff A, Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10:248. 2010.
- Chevannes M. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *Journal of Advanced Nursing*, 39: 290-298. 2002.
- Høye S, Severinsson E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24: 338-348. 2008.
- Jensen NK, Nielsen SS, Krasnik A. Expert opinion on "best practices" in the delivery of health care services to immigrants in Denmark. *Dan Med Bull*, 57(8):A4170. 2010.
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Research and Educational Trust*; 42: 727-754. 2007
- Kristiansen M, Mygind A. Komplekse møder. Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en børneafdeling. Speciale, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2004.
- Kristiansen M, Tjørnhøj-Thomsen T, Krasnik A. The benefit of meeting a stranger – experiences with emotional support provided by health care professionals among Danish-born and migrant cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14: 244-252. 2010.
- Lanceley A, Cox CL. Cancer information and support needs of statutory and voluntary sector staff working with people from ethnically diverse communities. *European Journal of Cancer Care*, 16: 122-9. 2007
- Michaelsen JJ, Krasnik A, Nielsen AS, Norredam M, Torres AM. Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian Journal of Public Health* 32:287-95. 2004.
- Mygind A, Kristiansen M, Krasnik A, Nørredam M. Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici. Betydningen af etnicitet og Migration. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, og Sundhedsstyrelsen. 2006.
- Pergert P. Façading in transcultural caring relationships: Healthcare staff and foreign-born parents in childhood cancer care. Ph.D.-afhandling, Karolinska Institutet. 2008.

Richardson A, Thomas VN, Richardson A. "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 10: 93-101. 2006.

Vydelingum V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*, 13(1):23-32. 2006

3 Kulturmødet

3.1 Mødet med etniske minoriteter i psykiatrien - Hvad handler det egentligt om?

Af
overlæge Christian Nørregaard
Psykiatrisk Center, Nordsjælland, Region Hovedstaden

I det danske sundhedsvæsen opstår den situation, hvor patient og behandler har forskellig kulturel baggrund med stigende hyppighed. Det har tidligere oftest drejet sig om såkaldte etniske patienter, hvorved menes patienter med indvandrer- eller flygtningebaggrund. I de senere år er det dog i stigende grad også lægen, der har en anden etnisk baggrund end dansk. Da vi ved, at sygdom opleves og udtrykkes forskelligt afhængigt af den kulturelle baggrund, vil et sådant møde mellem patient og behandler med forskellig kulturel baggrund kunne give vanskeligheder for begge parter.

Temaet kultur og samspillet med sygdom er fokus for denne artikel. Afslutningsvis vil en model, der er introduceret i en psykiatrisk sammenhæng, blive omtalt.

Kultur

Kultur kan defineres på flere måder:

Kultur er en række retningslinjer som individer, der er medlemmer af et bestemt samfund arver. Disse retningslinjer kan være både udtalte og underforståede. De angiver, hvordan verden skal forstås, hvordan den skal opleves emotionelt, og hvordan man skal opføre sig i forhold til andre mennesker, overnaturlige kræfter eller guder og til naturen. Disse retningslinjer gives videre til den næste generation gennem symboler, sprog, kunst og kulturens ritualer (1)

Kultur er ifølge denne definition så at sige de briller, vi ser og fortolker livet og verden omkring os med.

En anden definition tager også højde for, at der foruden kulturelle forskelle tillige er biologiske variationer hos mennesker fra forskellige steder på jorden:

Mennesket er dyr ophængt i netværk af betydninger, som han selv har spundet. Dette netværk er kulturen. Analysen af kultur er derfor ikke en eksperimental videnskab, der leder efter lovmæssigheder, men fortolkning, der leder efter mening (2)

De biologiske variationer viser sig ved forskellige hyppigheder af sygdomme, fx sukkersyge, og som forskellig omsætning af medicin. Kulturmødet mellem patient og behandler handler derfor om den mening, vi tillægger dem vi møder og deres sygdomme: Hvad skyldes de? Er det nogens skyld? Hvilke konsekvenser kan

det få for patienten? Hvad er den rigtige behandling? Svarene på disse spørgsmål er i høj grad præget af kultur.

Traditionelle og moderne kulturer

Den ægyptiske professor i psykiatri Okasha har beskrevet forskelle mellem traditionelle overvejende landbrugssamfund og moderne overvejende industrisamfund. Han bygger sine beskrivelser på iagttagelser, han har gjort under studier i England og sit professionelle liv i Cairo.

Okasha pointerer, at det er karakteristiske træk ved kulturerne, han beskriver. Der er ikke tale om, at alle individer i de beskrevne samfund er ens.

Tendenserne fremgår af Fig.1 (3)

Fig. 1

Nogle forskelle mellem traditionelle og moderne kulturer	
Moderne	• Individuelt orienteret • Internaliseret kontrol • Sygdom afhænger af en selv
Traditionel	• Familie og gruppe orienteret • Eksternaliseret kontrol • Gud bestemmer over sygdom

Det centrale er, at menneskene i moderne samfund typisk tænker på individet, som det bærende element i deres verden. Det enkelte menneske skal gøre sig fri af familie og andre, blive selvstændig og tage ansvaret for sit eget liv herunder sundhed og sygdom. Vi oplever os som medspillere i vores helbred, fx ved de såkaldte livsstilssygdomme, og de råd om kost, motion og livsstil, der er knyttet hertil.

Modsat dette tænker mennesker i traditionelle samfund på familien eller klanen som den bærende enhed. Individet skal indordne sig, men modtager samtidig støtte og omsorg. Sygdom opfattes som skabt af kræfter, der ligger uden for menneskenes ansvar, vi er så at sige passive ofre for større kræfter fx gudernes vilje.

Det er umiddelbart indlysende, at disse forskelle vil kunne give vanskeligheder og typisk i mødet mellem etnisk dansk sundhedspersonale og patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Kulturmøde i psykiatrien

Der er i Danmark foretaget en antropologisk undersøgelse af mødet mellem personalet på en psykiatrisk afdeling og patienter med anden etnisk baggrund (4).

Blandt undersøgelsens mange resultater skal følgende citeres:

”Relationen mellem personale og patienter med anden etnisk baggrund synes generelt dårligere, end den er mellem etnisk danske patienter og personalet. Der er en tendens til dårligere alliancer og større vanskeligheder med at skabe dem. Dette synes bl.a. at bunde i patienternes vanskeligheder ved at holde en passende nærhed/afstand til personalet”.

Patienterne har svært ved at forstå præcist, hvordan de kan og må omgås personalet. Specielt fremhæves det, at ”psykiatrikulturen” dvs. den kultur, der hersker på det psykiatriske hospital i konkrete situationer er vanskelig for de etniske minoriteter at tilegne sig, fx takt og tone for patienter og personale. Personalet oplever, det er sværere at skabe en god behandlingsalliance på tværs af de kulturelle forskelle. Det anbefales derfor i undersøgelsen, at afdelingerne skriver uskrevede regler ned, så de etniske patienter har mulighed for at forstå dem og tage dem til sig.

”Desuden spiller sproglige vanskeligheder ind. Langvarigt indlagte patienter uden danskundskaber fik kun tolk ca. hver anden måned”

Personalet gjorde sig efter undersøgernes mening ikke umage nok med at få verbal kontakt med patienter, der ikke talte dansk. Der anbefales således uddannelse i og supervision i brug af tolke i samtalen med patienten.

Undersøgelsen anbefaler endvidere, at personalet skal støttes og undervises i udvikling af interkulturel kompetence dvs. mere viden om andre kulturer, men især også om egen kultur herunder psykiatrisk kultur. Specielt skal personalet være bedre til at kommunikere systemets normer og formål for at overkomme kommunikationsbarriererne. Der bør endvidere tilbydes kulturel supervision dvs. supervision af arbejdet med at skabe kontakt på tværs af de mange forskellige kulturer i og uden for psykiatrien.

Det er min overbevisning, at disse anbefalinger vil være nyttige på alle slags sundhedsinstitutioner.

Det kulturelle interview

Hvordan kan man som behandler manøvrere, når man møder patienter med en anden kulturel baggrund?

I nogle tilfælde vil den kulturelle forskel ikke være nogen uoverstigelig hindring, og på trods af kulturforskellene kan der etableres en ordentlig kontakt og behandlingsalliance. I andre tilfælde vil det ikke gå så nemt. Behandleren kan sidde tilbage med fornemmelsen af ikke rigtigt at have forstået, hvad patientens problem er, eller patienten har ikke forstået, hvad behandleren opfattede som problemet. For at støtte behandleren er der inden for psykiatrien udviklet nogle anbefalinger om, hvilke oplysninger der bør indhentes. De har udgangspunkt i betragtninger opstået under udviklingen af den amerikanske psykiatriske diagnoseliste (5). Anbefalingerne fremgår af Det kulturelle interview, Figur 2.

Fig. 2

Det kulturelle interview
Patientens kulturelle identitet
• Etnisk og kulturelt tilhørsforhold • Graden og arten af tilknytning til henholdsvis hjemlandets og værtslandets (minoritetens) kultur • Sprogfærdigheder på hjemlandets evt. flere sprog, værtslandets og andre
Patientens forklaringsmodeller på sygdom
• Den kulturelle gruppes vurdering af mening og alvorlighed af symptomerne • Den kulturelt formede kategorisering / diagnosticering, forklaring på symptomerne • Ønsker om og erfaringer med traditionel og professionel behandling
Patientens sociale miljø og funktion
• Aktuelt og tidligere funktionsniveau • Aktuelle og tidligere psykosociale belastninger inkl. kulturelle fortolkninger • Social og emotionel støtte fra familie, religiøst og socialt netværk
Relationen mellem patient og behandler
• Sprogveskkeligheder • Kulturelle og sociale forskelle der vanskeliggør forståelse • Behandlerens usikkerhed om hvad der er normalt i patientens kulturelle sammenhæng • Usikkerhed om relationens karakter
Diagnose og evt. kulturelle og dynamiske tolkninger

Anbefalingerne til interviewet skal ses som en huskeliste over, hvad der er relevant at undersøge, når patienten har en anden kulturel baggrund. Det kulturelle interview er specielt velegnet til samtaler med flygtninge med traumatiske oplevelser. Det undersøges endvidere i hvilket omfang, patienten har indstillet sig på livet og kulturen i det nye land og i hvilket omfang, han fortsat hælder mod fødelandets kultur. Pointen i interviewet er at søge at forstå, hvordan patienten selv oplever sin situation, hvilket formodentlig giver bedre muligheder for at stille en korrekt diagnose og planlægge den bedste behandling. En undersøgelse i Sverige viste, at gennemførelsen af interviewet førte til en mere korrekt diagnose end ved almindelig psykiatrisk journaloptagelse.

Efterfølgende gives et eksempel på et kulturelt interview, som førte til en god behandlingsalliance med en etnisk minoritetspatient og hendes ægtefælle og til et godt behandlingsresultat. Der er behov for også at udvikle andre værktøjer til brug i det kliniske møde.

Et konkret kulturelt interview

32-årig tyrkisk kvinde med vage somatiske sensationer og fornemmelse af bevidsthedsforandring, som har været flere uger

Patientens kulturelle identitet

Kvindelig kurdisk tyrker med traditionel landlig baggrund, identificerer sig næsten udelukkende med den kurdiske baggrund. Hun er analfabet. Hun taler tyrkisk og et kurdiske sprog, og ægtefællerne bruger angiveligt begge i hjemmet. Hun taler kun lidt dansk, men virker oprigtigt interesseret i at lære og bruge det danske sprog og har fulgt sprogundervisning.

Patientens forklaringsmodeller på sygdommen

Patienten dumpede adskillige gange til køreprøve, hvorefter den tyrkiske kørelærer antydede, at dette muligvis skyldtes forheksning. Hun følte sig herefter forhekset ved onde øjne kaldet "büyü" (ondt). Hun beskriver en række ukarakteristiske somatiske symptomer og derudover oplevelsen af, at genstande i hjemmet er forheksede, hvorfor de kasseres. Tilstanden er et almindeligt kendt fænomen i hjemlandet og anerkendes delvist i patientens miljø, dog ikke af ægtefællen, der betegner den som overtro. Både patient og ægtefælle vil gerne have dansk psykiatrisk behandling specielt psyko-farmaka. Samtidigt opsøger de dog også traditionel tyrkisk behandling.

Patientens sociale miljø og funktion

Patienten har angiveligt et godt og velfungerende traditionelt netværk med mange landsmænd i nabolaget, ligesom hun har kontakt til sin primære familie i Tyrkiet og andre europæiske lande. Hun har kun beskeden kontakt til danske kolleger på arbejdspladser og derudover ingen danske kontakter. Hun skal tidligere have været psykisk velfungerende både i hjemlandet og efter immigration til Danmark. Hun har her gået i sprogskole, haft nogle uaglærte jobs og født og passet parrets to mindreårige børn.

Relationen mellem patient og behandler

Der er betydelige sproglige vanskeligheder, der afhjælpes med tolk. Patienten og ægtefællen er enige om at patientens tilstand skal opfattes som sygdom, men uenige om hvad der skal opfattes som årsagen. Hun virker noget blufærdig i samtalen, og der er private temaer som ægteskab og seksualitet, der indledningsvis ikke berøres. Ligeledes har det ikke umiddelbart virket hensigtsmæssigt at debattere belastninger, traumer eller konflikter, der af patienten idylliseres.

Sammenfatning og diagnose

Diagnostisk opfattes tilstanden som forbigående psykose.

F 23.9 Akut psykose, uspecificeret på baggrund af patientens kulturelle baggrund, traumet og patientens relative isolation og begrænsede færdigheder i at begå sig i det danske samfund (6).

Referencer

1. Helman C. Culture, Health and Illness: 4th Edition. Arnold, 2001.
2. Geerts 1973. The interpretation of cultures. New York: Basic Books.
3. Okasha A. 2000. The Impact of Arab Culture on Psychiatric Ethics, Culture and Psychiatry. International Perspectives. Eds: Okasha A, Arboleda-Flores & Satorius N. American Psychiatric Press, Inc.
4. Jacobsen CB, Johansen KS. Kulturmøde i psykiatrien. Januar 2002. Sct. Hans Hospital
5. DSM-IV (1994) American Psychiatric Association.
6. Nørregaard C (2002). Kommunikation og tolkning i det diagnostiske og terapeutiske arbejde med fremmedsprogede patienter. I Alberdi F, Nørregaard C, Kastrup M, Kristensen M (red) Transkulturel Psykiatri. København. Hans Reitzels Forlag.

3.2 Etniske minoritetsbørn i tandplejen - erfaringer fra Århus

Af
afdelingstandlæge Birthe Krabbe
Tandplejen i Århus, Århus Kommune

Tandplejen og kulturmødet

Tandplejen har et opsøgende, forebyggende og behandlende tilbud til alle børn og unge mellem 0 og 18 år. Der sættes på tidlig kontakt til alle børn i 6-8 måneders alderen og deres forældre, og da tandplejen ønsker at minimere ulighed i tand-sundhed, tilbydes differentierede tilbud tilpasset det enkelte barn og hendes familie.

Kulturmødet med etniske minoriteter på tandlægeklinikken er en spændende faglig udfordring. Tilgangen til alle vore brugere er anerkendende og inkluderende, men der opstår situationer, hvor kulturforskellene udfordrer dagligdagen. Dette vil jeg sætte fokus på i det følgende.

Tandklinikken oplevelser i mødet med etniske minoritetsbørn og deres forældre:

- Stor cariesmængde
- Tidlig forekomst af caries
- Mangelfuld tandbørstning
- Udeblivelser
- Akutte situationer
- Uforståelige situationer
- Vanskelig kommunikation
- Anderledes sygdoms- og sundhedsopfattelse

Vi oplever ofte, at forældrene til de meget cariesaktive småbørn ved ankomsten til klinikken forklarer, at barnet sandsynligvis har mange huller, da barnet spiser meget slik og ikke vil have børstet tænder. Viden om ætiologien er tilsyneladende til stede, hvorfor vores udfordring ligger i at give forældrene ejerskab til problemet og få dem til at agere forebyggende og sundhedsfremmende. Derved berører vi den kulturelle forskel i sundhedsopfattelse og især den manglende forståelse eller tradition for selv at kunne være ansvarlig for egen sundhed.

Forskellige tilgange til pædagogik og børneopdragelse

Kultur møderne i tandplejen afspejles ofte i forskellige opfattelser af børneopdragelse og pædagogik i forhold til børn. Nogle ikke-etnisk danske forældre mener, at det er vigtigt, at børn ikke græder eller er ked af det, hvilket medfører, at der ikke sættes grænser for barnet. Dette gør det vanskeligt at komme igennem med budskaber om, at barnet skal have børstet tænder to gange om dagen samt forslag om en ugentlig slikdag.

Når småbørnene skal behandles for caries anvender tandplejen 'trinvis tilvænningsbehandling'. Dette forudsætter et tæt samarbejde med forældrene. Vi oplever imidlertid et ønske fra forældrene om, at barnet skal færdigbehandles i én seance, og at det fulde ansvar for behandlingen er tandplejens. Udfordringen i dette samarbejde er derfor at få forældrene til aktivt at tage del i behandlingen. Vi må forklare, at vi kan tage det professionelle ansvar, men de må medvirke med deres viden om barnet. Vi må udtrykke, hvad vi forventer af dem, som fx at de trøster og holder i hånd samt forklarer børnene, hvad der skal ske.

Behandlingstilbuddet må som tidligere omtalt tilpasses det enkelte barn, uden at vi samtidig går på kompromis med vores faglighed. Situationerne besværliggøres dog typisk yderligere af sprogbarrieren.

Sproget og kommunikationen

Sproget kan ofte være en barriere for god kommunikation, men vi tilstræber at tale med så enkelt et sprog som muligt samt at anvende illustrerende materiale og tydeligt kropssprog. Hvis der er større faglige problemer, som det er vigtigt, at forældrene har forstået korrekt, eller hvis der er indgreb, de skal give deres accept til som fx tandregulering, anvender vi i tolkebistand.

Vi kan opleve, at vi sprogligt kommunikerer udmærket, men ikke lægger samme værdi i det, vi taler om. Dermed misforstår vi hinanden. Et eksempel herpå er tandlægen, som fortæller en somalisk fader, at hans barns tandkød bløder (underforstået at barnet har et problem). Den somaliske far svarer dog smilende og bekræftende herpå (underforstået, at det ved han godt. Det er helt normalt i hans familie og altså ikke noget problem).

Det er vigtigt at få skabt en tillidsfuld platform for vores kommunikation med forældrene. Det handler om at møde den enkelte i øjenhøjde for at få afklaret, hvem de er og hvilke værdier, de har med sig. Nogle forældre kan have så meget negativ bagage med i deres rygsæk fra fortiden, at de ikke er i stand til at leve op til de krav, vi stiller til dem - endsige udvise empati.

Tandplejen forsøger med en anerkendende kommunikation at skabe en positiv forandring ved at flytte fokus fra problemer og mangler til at rette fokus på ressourcer og muligheder.

Udeblivelser

Manglen på forebyggende tankegang viser sig også, når vi indkalder forældrene til første kontakt i 6 til 8 måneders alderen. En meget stor del af vore etniske forældre udebliver, da de ikke kan se formålet med at gå til tandlæge med et barn, som endnu ikke har fået tænder. Vi prøver meget ihærdigt at få familierne indkaldt og samarbejder tværfagligt for at etablere kontakt. Intentionen er at få klædt forældrene så godt som muligt på til at varetage barnets hjemmetandpleje for på længere sigt at reducere mængden af caries. Ved udeblivelser ringer vi familien op for at høre, hvorfor de ikke er mødt op. Samtidigt konfronterer vi dem med systemets forventninger.

Udeblivelser fra aftaler på klinikken fylder meget i dagligdagen. Det er vigtigt at have forståelse for, at familierne ikke udebliver, fordi de ikke har lyst til at komme på klinikken, men fordi de ikke har forstået systemet. Det er vores ansvar at forklare habitus:

- at man møder til aftalt tid eller sender afbud, hvis man er forhindret
- at man ikke kommer uanmeldt, men ringer og bestiller en tid
- at man møder op til regelmæssige forebyggende undersøgelser, selvom man ikke umiddelbart selv kan se et behov.

Tværfagligt samarbejde

Der tilstræbes alternative tilgange og metoder i arbejdet med etniske minoriteter.

I Århus Vest er der gode erfaringer med Sundhedshuset, som er et tværfagligt samarbejde med bibliotek, borgerservice, tandpleje, sundhedspleje og jordemødre, hvor der i fællesskab tages hånd om de svageste familier og de helt unge mødre.

Tandplejen har god erfaring med at sende en medarbejder på hjemmebesøg hos de familier, der ikke er opnået kontakt med. Udeblivelse fra tandpleje betragtes som et overgreb på barnet, og der ageres herefter. Den forebyggende tandpleje er endvidere opsøgende i forhold til eksisterende projekter som fx kvindegrupper eller grupper af unge mødre.

Forskelle i tandsundhed søges minimeret ved:

- Et differentieret tandplejetilbud
- Tidlig kontakt til forældrene
- Tværfagligt samarbejde
- Individuelle indkaldeintervaller
- Individet i centrum – fokus på ressourcer og muligheder
- Anerkendende og inkluderende kommunikation
- Information om habitus

3.3 Tolkning i sundhedsvæsenet – mere end bare ord

Af
projektleder Stina Lou og kontorchef Kirsten Vinther-Jensen
Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Udfordringer omkring sproglige barrierer og tolkeanvendelse er helt centrale i arbejdet med etniske minoriteters sundhed. Diskussionerne – og frustrationerne – over ikke at kunne kommunikere tilfredsstillende med hinanden dukker op i alle mulige sammenhænge og både hos patienter og sundhedsprofessionelle.

I Danmark har patienten ifølge sundhedsloven ret til information om diagnose og behandling. Patienter, der ikke taler og forstår dansk har ret til at få betalt tolkebistand til brug ved behandlingen hos alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge og på sygehus. Hermed burde kommunikationsbarrieren i princippet være overvundet, men realiteten er, at tolkebistanden ikke altid lever op til de krav, som hverdagen stiller. Det er ikke altid muligt at skaffe en tolk til bestemte sprog eller bestemte tidspunkter, og akutte situationer må ofte løses uden en professionel tolk. Samtidig er tolkenes kvalifikationer ofte meget forskellige, hvilket bl.a. skyldes, at der ikke kræves en bestemt uddannelse eller certificering for at arbejde som professionel tolk i Danmark. Som følge heraf kan de tolkede konsultationer være af svingende kvalitet. Men selv når det lykkes at skaffe en tolk og selv når tolken er yderst kompetent og professionel, er tolkede konsultationer væsensforskellige fra konsultationer, hvor patient og sundhedsprofessionel taler samme sprog.

Der sker simpelthen noget, når man er nødt til at lægge samtalen i hænderne på en udenforstående tredjeperson, tolken, og selvom de sproglige problemer overvindes, så opstår der samtidig en række andre potentielle problemstillinger i kulturmødet, som kan gøre de involverede parter usikre på samtalen. Det er nogle af disse andre potentielle problemstillinger, som denne artikel handler om.

En særlig kommunikation

Center for Folkesundhed, Region Midtjylland udgav i 2008 resultaterne af undersøgelsen ”Tre er et umage par”, der er en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af tolkeanvendelsen i det danske sundhedsvæsen (se boks 1).

Boks 1:

Projektets Tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet er et samarbejde mellem Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Afd. for Almen Medicin, Aarhus Universitet samt Århus Sygehus, Århus Universitetshospital. Formålet var, gennem et litteraturstudie, en spørgeskemaundersøgelse og en række kvalitative interviews at give et overblik over, hvordan tolkning rekvireres, praktiseres og evalueres i møderne mellem patienter med dårlige danskundskaber og sundhedsprofessionelle. Målet var at komme med konkrete og relevante løsningsforslag til, hvordan kommunikationen kvalificeres inden for de givne rammer.

Undersøgelsesresultaterne er samlet i rapporten 'Tre er et umage par' som kan downloades på

<http://www.centerforfolkesundhed.dk/publikationer/sundhedsfremme+og+forebyggelse>

Det var i forbindelse med dataindsamlingen til denne undersøgelse, at en praktiserende læge under en uformel samtale om tolkeanvendelse kort konstaterede:

"Jamen, tolken skal bare oversætte det, der bliver sagt. Længere er den ikke."
(Praktiserende læge)

Det har hun på en måde ret i. Både interviewede tolke, patienter og sundhedsprofessionelle er enige om, at tolkens vigtigste opgave er at tolke så nøjagtigt og værdifrit som overhovedet muligt. Ikke desto mindre udfordres denne forestilling om den objektive tolkning af hverdagens praksis. En central udfordring består i de forskellige kulturelle og sproglige kontekster, som patient og sundhedsprofessionelle ofte taler ud fra. Det betyder, at det ikke altid er meningsfuldt at oversætte direkte, og at kulturelt specifikke udtryk og reaktioner må formidles og forklares. Der skal ikke bare tolkes fra et sprog til et andet, men ofte fra en kultur til en anden.

Hertil kommer selve opgaven – at tolke – som slet ikke er let. Tolken befinder sig hver dag i en række komplekse tolkesituationer, hvor tolkningen foregår 'live', og hvor tolken på stedet og på et øjeblik må forholde sig til alle de fejl, misforståelser og konflikter, som karakteriserer al verbal kommunikation. Tolket og ikke tolket.

I sådanne situationer er det ikke altid muligt at oversætte, hvad der bliver sagt til alles tilfredshed, enten fordi den direkte oversættelse ikke giver mening, eller fordi den simpelthen ikke er enighed om, hvad der bliver sagt. Det er den kontekst, som tolken arbejder i. Hvordan den håndteres – de direkte oversættelser og de kulturelle formidlinger – er ofte et resultat af tolkens personlige erfaringer og forståelser af, hvad god tolkning er.

Det er derfor nødvendigt og anvendeligt at erkende, at tolken på et eller andet niveau deltager i samtalen. Om ikke direkte så i form af sin blotte fysiske tilstedeværelse og i form af de skøn og valg, som han eller hun tager i oversættelsen. Denne indflydelse er vanskelig at eliminere, og det er derfor afgørende at skabe synlighed og gennemsigtighed omkring tolkens deltagelse og de oversættelsesmæssige valg, der tages. Det betyder, at parterne skal metakommunikere – altså, kommunikere om, hvordan de kommunikerer.

Der er selvfølgelig også forskel på, hvor stort behovet er. Mange konsultationer omhandler forholdsvis ukomplicerede problemstillinger, og parterne har en god

fælles forståelse af henvendelsesårsag og behandlingsmuligheder. Men andre konsultationer er mere komplicerede, og parterne er måske længere fra en fælles forståelse. Her kræves der mere af tolken, og tolken vil være tvunget til at tage flere vurderinger og på forskellig vis involvere sig i samtalen for at sikre en korrekt oversættelse.

Der findes ikke én opskrift på den gode tolkesamtale, der kan bruges i alle situationer – dertil er de simpelthen for mangfoldige og komplekse. Netop derfor er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle tager initiativ til og understøtter samtalen om tolkningen, og hvordan den skal foregå. Det kan bl.a. ske ved indledningsvist at bede tolken gøre opmærksom på, hvis det bliver nødvendigt at afvige fra stringent tolkning og eksempelvis fortolke patientens udsagn eller spørge uddybende for at forstå udsagnets betydning (se boks 2).

Boks 2:

At sætte rammerne for den tolkede samtale betyder, at man indleder samtalen med at pointere:

- ▶ At tolken er neutral
- ▶ At tolken har tavshedspligt
- ▶ At tolken skal oversætte alt, hvad der bliver sagt
- ▶ At deltagerne skal tale i korte sætninger og give tolken tid til at tolke
- ▶ Hvor lang tid der er afsat til konsultationen

'Kende for godt'

Det er ikke kun i forhold til den verbale kommunikation, at tolkede samtaler har brug for klare rammer. Undersøgelsen viser, at der også kan opstå usikkerhed og utydelighed omkring tolkens position og rolle i samtalen. Denne usikkerhed hos de sundhedsprofessionelle knytter an til, om den professionelle tolk og patienten kender hinanden i forvejen, og om det muligvis har indflydelse på, hvad der sker i konsultationen.

"Uanset om tolken er familiær eller professionel, så kan jeg da godt som læge spørge mig selv: Kender de hinanden for godt? Får jeg det hele at vide? Det kan jeg da godt sidde og tænke over i en konsultation". (Praktiserende læge, mand)

Denne potentielle problematik viser sig at fylde meget for de interviewede sundhedsprofessionelle, og den er ofte en kilde til usikkerhed og irritation i løbet af konsultationen. Man kan spørge, hvorfor den professionelle tolk overhovedet kender patienten. Der burde jo i princippet være tale om et tilfældigt match mellem patient og den tolk, som tolkebureauet har booket til opgaven. Det er imidlertid ofte hverdagspraksis, at tolk og patient følges ad gennem et forløb i sundhedsvæsenet. Sundhedsprofessionelle og sekretærer er i vid udstrækning klar til at imødekomme en patients ønske om en bestemt tolk, som patienten føler sig tryk ved. Ud over patientens tryghed i konsultationen kan det fra et sundhedsprofessionelt

synspunkt også være en fordel for konsultationen, at tolken har et vist kendskab til patientens forudgående forløb.

En anden almindelig uhensigtsmæssig praksis, som understøtter denne relation yderligere er at lade tolk og patient vente sammen i venteværelset. Her er der tid til 'small talk', og ofte begynder patienten allerede her at fortælle tolken om sine symptomer og overvejelser omkring dem. Det betyder, at tolk og patient får en relation til hinanden, som ligger forud for konsultationen. Tolken kan have vanskeligt ved at opretholde den professionelle distance til patienten, som kan være en forudsætning for, at patienten kan tale frit, og tolken oversætte værdifrit.

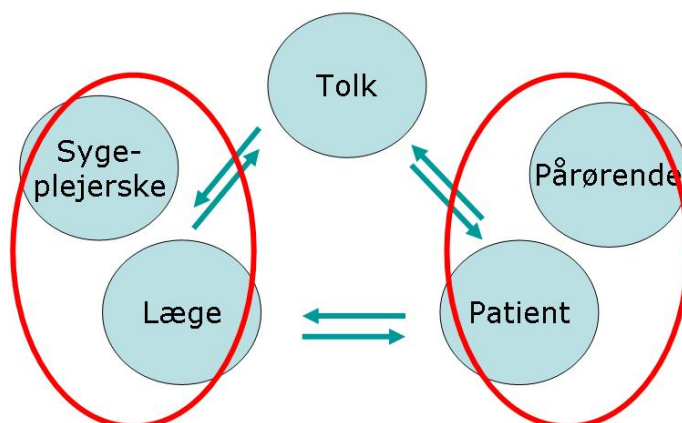
Det er paradoksalt, at selvom sundhedsprofessionelle understreger vigtigheden af, at tolken er en neutral og professionel person, så understøtter de samtidig, at relationen mellem tolk og patient bliver uklar, og det er en risiko, at tolken bliver en tilnærmelsesvis pårørende.

Denne usikkerhed flytter med ind i konsultationen, hvor den sundhedsprofessionelle kan blive usikker på relationen mellem tolk og patient og på, om den muligvis har indflydelse på, hvad der siges og ikke siges, oversættes og ikke oversættes i samtalen.

Usikkerhed om roller og forventninger

Undersøgelsen 'Tre er et umage par' peger på, at en grund til usikkerhed i tolkede samtaler er, at det ikke er entydigt, hvilken rolle tolken indtager i samtalen. Der er tre forholdsvis klart definerede roller i en konsultation i sundhedsvæsenet, nemlig sundhedsprofessionel, patient og pårørende. Til de roller knytter sig nogle bestemte forventninger og handlemuligheder, og parterne forholder sig til hinanden med udgangspunkt i disse.

Roller i konsultationen



Når tolken træder ind i konsultationen opstår der forvirring, fordi han / hun ikke har samme klart definerede rolle. Tolken er jo en professionel – hun er bestilt og betalt af sundhedsvæsenet – men samtidig taler hun patientens sprog, hun har ikke en sundhedsprofessionel baggrund, og hun har lige siddet sammen med patienten ude i venteværelset. Så måske er hun en tilnærmelsesvis pårørende i stedet?

Tolken har ikke en klart defineret rolle, og som allerede nævnt heller ikke en klart defineret opgave. Skal tolken oversætte ordret eller formidle kultur? Skal tolken være lægens assistent eller patientens bisidder? Og når opgave og rolle er utydelig, bliver det usikkert, hvad man må forvente. Og i forlængelse heraf vanskeligere at reagere, når man oplever, at tolkningen ikke lever op til ens krav og forventninger.

Det er nødvendigt, at den sundhedsprofessionelle tør italesætte både tolkningen og tolkens rolle, således at det også bliver legitimt at kommentere og korrigere, når tolkningen er ugenomsigtig og utilfredsstillende.

Den sundhedsprofessionelle sætter dagsordenen

Det er både i tolkene og de sundhedsprofessionelles interesse at få tolken ud af rollen som tilnærmelsesvis pårørende og i stedet positionere tolken som en neutral og professionel ressource for kommunikationen i den tolkede samtale.

Parterne skal selvfølgelig arbejde sammen om at skabe denne rolle til tolken, men det er først og fremmest den sundhedsprofessionelle, der har autoriteten i konsultationen. Det er ham eller hende, der især kan bidrage til at skabe en fælles forståelse og accept af tolken som professionel, og som en del af sundhedsvæsenets tilbud. Der er en række kneb, den sundhedsprofessionelle kan benytte sig af:

Tolken venter i personale- eller samtalerum

- Får mulighed for at forberede sig på samtalen
- Tolken opretholder professionel rolle og undgår at blive *tilnærmelsesvis pårørende*
- Tolk og sundhedsprofessionel møder patienten sammen og konsultationen starter ikke i venteværelset mellem tolk og patient

Tolken bærer navneskilt / identifikationskort, som tydeligt signalerer at tolken ikke er et familiemedlem

Tolken placeres udenfor 'det nære samtalerum' – lidt væk fra patient og sundhedsprofessionel

- Patient og professionel har øjenkontakt og taler i 1. og 2. person ental
- Tolken bliver ikke samtalens centrale figur

Sundhedsprofessionel sætter rammerne for samtalen

- Understreger at tolken er professionel og har tavshedspligt
- Tager initiativ til metakommunikation
- Afsætter ekstra tid

Herudover skal den sundhedsprofessionelle huske at spørge, hvis der er noget han eller hun er i tvivl om og insistere på, at tolken skal skabe åbenhed om oversættelsen og de tvivlstilfælde, som ind imellem opstår, når man oversætter fra et sprog til et andet fra en kultur til en anden.

At have et professionelt og tillidsfuldt forhold til tolken kan gøre den sundhedsprofessionelle mere sikker på, hvad der sker i konsultationen og i oversættelsen og derved forhåbentligt reducere den faglige usikkerhed.

Samlet peger undersøgelsen på behovet for, at sundhedsprofessionelle tager et standpunkt i forhold til tolkning og sætter rammerne for, hvordan de ønsker den praktiseret.

4 Indsatser

4.1 Behov for en tidlig indsats - behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge

Af

centerleder Annemarie Gottlieb

Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Århus Universitetshospital, Region Midtjylland

Mange af de patienter fra etniske minoriteter, vi møder i sundhedsvæsenet, er flygtninge, som har været udsat for svære traumer og lider af PTSD (post traumatisk stress syndrom), depression og andre psykiske eftervirkninger efter krig, fængslinger, voldtægter og/eller tortur. Ankomsten til Danmark er typisk forbundet med håbet om et nyt og bedre liv – noget som dog bliver konfronteret gennem den store usikkerhed den efterfølgende asylfase er forbundet med, og som vedligeholdes (eller forværres) gennem mange år med midlertidige opholdstilladelser.

Alt efter hvordan starten på det nye liv i Danmark former sig, vil nogle af flygtningene komme sig gradvist, mens andre har brug for støtte eller behandling så tilstanden ikke forværres og leder til en kronisk psykisk lidelse med et begrænset liv til følge.

Ud over den forpinthed, den enkelte oplever ved gennem erindringer, mareridt og flash backs at genopleve traumer, kan tilstanden – og håndteringen af den – have betydning for:

- forældreevne
- integration og sprog
- den sociale funktionsevne
- risiko for sygdomsudvikling
- tilknytning til arbejdsmarkedet

Behovet for en tidlig indsats overfor flygtninge traumatiserede af krigs- og torturoplevelser i hjemlandet synliggøres, når vi ser på nogle af de sociale og samfundsmæssige virkninger, en manglende eller utilstrækkelig indsats kan have på kort og på lang sigt.

I det følgende sættes fokus på nogle af de aspekter, der er centrale for en tidlig støtte og behandlingsindsats – og de dilemmaer dette kan være forbundet med.

Forhindringer for en tidlig indsats

Der er en del faktorer, som har indflydelse på mulighederne for en tidlig behandlings- eller rehabiliteringsindsats. Først og fremmest er der hos mange flygtninge en skepsis overfor et behandlingssystem, de som udgangspunkt mangler viden om. Eksempelvis er erfaringerne blandt flygtninge fra hjemlande som Irak, Bosnien og Afghanistan typisk, at man ikke kan have tillid til offentlige systemer. Desuden

har mange erfaringer fra hjemlandet, hvor det at være i kontakt med det psykiatriske system ofte er forbundet med stempling og udelukkelse fra det almindelige sociale liv. Hvor stærkt det slår igennem afhænger naturligvis af hvilket land og hvilket miljø flygtningen kommer fra. Mange af de lande, vi modtager flygtninge fra, er dog præget af den samme afstandtagen fra psykiatrien og fra psykisk syge, som den vi så i Danmark for over 50 år siden.

Det er derfor karakteristisk, at mange flygtningefamilier som udgangspunkt forsøger at klare sig selv uden indblanding fra et system de dårligt kender og har mistillid til.

Fra behandlingssystemets side er der en lang række områder, hvor indsatsen kan forbedres. Blandt andet er der fortsat i enkelte dele af behandlingssystemet en vis berøringsangst overfor disse patienter, ligesom der i mange år har været problemer med lange ventelister til landets traumebehandlingscentre. Den lange ventetid på disse centre arbejdes der dog aktuelt systematisk på at nedbringe, og der forsøges med nye metoder til koordinering af indsatsen med henblik på forbedring.

Der eksisterer også en del tabuer og fordomme blandt de sundhedsprofessionelle overfor patienter med en fremmed kulturbaggrund. Tabuer og misforståelser øges yderligere, når de sundhedsfaglige, som tilfældet er mange steder, forsøger at klare sig uden professionel tolk fx ved hjælp af familiemedlemmer eller med et utilstrækkeligt dansk. Professionel tolkning er især vigtigt i forbindelse med testning og diagnostisk udredning, hvor små sproglige nuancer danner grundlag for forskellige vurderinger.

Ovennævnte udfordringer er bekymrende. Især da forskningen viser, at jo længere tid der går, inden der sættes ind i forhold til en sygdomsudvikling, jo større er risikoen for at sygdommen forværrer og (eller) bliver kronisk (1).

Det er således vigtigt løbende at have fokus på en tidlig og forebyggende indsats i forhold til sygdomsudvikling hos de voksne traumatiserede flygtninge og deres børn.

I 1990'erne kom omkring 18.000 bosniske flygtninge til landet. Mange af disse havde været udsat for fængslinger i lejre, tortur, voldtægt eller andre svære krigsoplevelser. Ikke alle har fået behandling og mange har stået på venteliste til behandling på et af landets rehabiliteringscentre i op til 3 år efter at behovet var konstateret.

En undersøgelse viser, at til trods for at 80% har været i arbejde i hjemlandet og har gennemsnitligt 11,5 års skolegang er kun 57 % i arbejde i Danmark, og andelen der får førtidspension er 4½ gang større end hos danskere. (2).

Patienter med indvandrerbaggrund har ca. dobbelt så stor sandsynlighed for at blive indlagt med affektive og skizofrene lidelser i forhold til dansk-fødte.

8-10% af patienter i kontakt med psykiatrien er af ikke-dansk baggrund, og inden for retspsykiatrien har 30-50% en ikke-dansk baggrund.

Ud af de 85.000 der i 2007 havde kontakt med det psykiatriske behandlingssystem i Danmark har ca. 7.000 indvandrerbaggrund. Der er typisk flere børn i disse familier, og det skønnes, at 15-20.000 børn eksponeres for forældre med psykiske lidelser (3).

Forældrenes traumer arves

Psykiske belastninger før og under livet i eksil kan gøre det kompliceret for mange traumatiserede flygtninge at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn.

Den svenske psykoanalytiker Suzanne Kaplan har beskæftiget sig meget med holocaustoverlevende og deres efterkommere og beskriver det på følgende måde: *Även om föräldrar som överlevd traumatiska händelser inte talar om sine upplevelser, överför de historien om det förflutna på olika sätt till sina barn. Barn skapar sine egna idéer om det, de tror är föräldrarnas erfarenheter* (4).

Børnene påvirkes med andre ord gennem deres tilknytningspersoners reaktioner. Kliniske erfaringer og undersøgelser viser, at forældre med en traumatisk historie i større eller mindre grad mister evnen til empatisk at reflektere over, hvad der sker i barnet og i dem selv, når de står overfor de krav barnets behov stiller til dem som forældre.

Sisi Buch beskriver, at mere end 600 børn i Vollsmose lider af traumer som følge af deres eller forældrenes oplevelser (5).

Disse psykiske lidelser bremser børnenes kognitive og sociale udvikling, hvilket bl.a. kan betyde, at de har svært ved at følge med i skolen. Hun beskriver også nyttilkomne unge som urolige og rastløse, og hun mener, at humørsvingninger, irritabilitet og vrede kan fortælle om søvnforstyrrelser, angst, mareridt og flash backs.

Erfaringerne fra arbejdet med de voksne traumatiserede flygtninge tegner desuden et billede af, at mange af disse har en reduceret forældreevne præget af en tilværelse med mange smerter og en forstyrret søvn med mange mareridt. Dette kombineret med en ofte dårlig økonomi præger dagligdagen og evnen til at rumme børnene.

En amerikansk undersøgelse om eftervirkningerne af bombeangrebet på World Trade Center i New York 9/11, viste at børn mellem 4 og 17 år med traumatiserede forældre havde 11,1 gang så høj sandsynlighed for psykiske og adfærdsmæssige problemer sammenlignet med andre børn (1). To af de mange anbefalinger i MTV rapporten omhandler netop dette:

Anbefalinger i indsatsen overfor flygtningefamilier:

- Tidlig opsporing af psykisk sygdom og manglende trivsel blandt børn opvokset i traumatiserede flygtningefamilier.
- Sikring af let tilgængelig behandling til traumatiserede flygtningeforældre med PTSD.

Børnene falder igennem sikkerhedsnettet

Der er i de sidste 20 år sket meget indenfor behandling og rehabilitering af voksne traumatiserede flygtninge, mens et fokus på børnene har været stort set fraværende. Holdningen har været, at børnene skulle hjælpes i det sædvanlige system fx Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), hvilket i mange tilfælde giver god mening. En lang række børn falder dog igennem dette sikkerhedsnet. Forældrene ønsker at beskytte børnene fra at tale om krigsoplevelser, børnene taler ikke selv om deres oplevelser for at beskytte forældrene eller de sædvanlige behandlingstilbud er ikke gearret til behandling af krigsrelaterede lidelser. Så udover at børn – fx fra Bosnien, Irak eller Afghanistan – kan have egne krigstraumer med i bagagen, er mange af børnene både sekundært og primært traumatiserede gennem livet med de svært traumatiserede forældre.

En tidlig indsats er påkrævet

Hvis der ikke sættes ind med behandling i tide sammenkoblet med de lange ventelister på traumebehandlingscentre er der risiko for udvikling af en kronisk sygdomstilstand. Derfor er et væsentligt fokusområde at forsøge i højere grad at tilbyde en hurtig indsats og at opkvalificere behandlingen til flygtninge. MTV rapporten peger på en differentieret indsats tilrettelagt efter bl.a. de symptomer og ressourcer, den enkelte er i besiddelse af (1).

De enkelte centre har grebet indsatsen forskelligt an. Dog er klinikere og forskere enige om, at disse komplekse biopsykosociale tilstande kræver en sammenhængende tværfaglig behandling og rehabilitering:

When planning interventions, focus should be not only on the individual and the trauma experience but also on the community and the social context that strongly affect the daily lives of the refugees (6).

Efterfølgende beskrives, hvordan Region Midtjylland har grebet opgaven an.

Behandling af traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland

I Region Midtjylland sker behandlingen af traumatiserede flygtninge i specialiserede regionale klinikker i Holstebro og i Århus med to underafdelinger. Klinikkerne dækker tilsammen den samlede region. Klinikkerne har en varierende tværfaglig personalesammensætning (speciallæger i psykiatri, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, pædagoger, sekretærer og kulturmedarbejdere). Behandlingen involverer en bredspektret indsats, og der arbejdes ud fra en shared care model med tæt samarbejde med kommunal sagsbehandler og egen læge. Diagnostisk er målgruppen afgrænset til PTSD, personlighedsændring efter katastrofeoplevelse og svær depression. En del af patienterne har psykoselignende tilstande; ligesom mange lider af stressrelaterede fysiske lidelser og skader efter tortur.

Behandlingen består af en grundpakke, der typisk afvikles over 2 til 6 måneder med 2 sessioner ugentligt. Grundpakken indeholder 3 hovedelementer:

- Psykologisk behandling
- Fysioterapeutisk behandling
- Medicinsk behandling

I Skejby og i Horsens er der mulighed for at supplere med social træning og rådgivning. Før og efter patientforløbet udføres psykometriske test for at følge udviklingen i patientens psykiske og fysiske symptomer samt sociale funktionsniveau.

Kilder:

1. MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge. Center for Kvalitet, OUH, Region Syddanmark, 2008.
2. Flygtningepolitisk nyhedsbrev, 05/2008
3. Kastrup, M. (2007): Etniske forskelle i kontaktmønstret til det danske psykiatriske behandlingssystem – et registerbaseret studie. Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Klinik Rigshospitalet, Region Hovedstaden.
4. Kaplan, S. (2009): Invandrare och minoriteter: Föräldrars trauma ärvs av barnen,
5. Buch, S. (2007): Den hemmelige lidelse. Masterafhandling i globalisering og integration, Center for Mellemøststudier, Syddansk Universitet, Odense 2007
6. Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., Kastrup, M. (2005): A Follow-Up Study of Mental Health and Health-Related Quality of Life in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment.

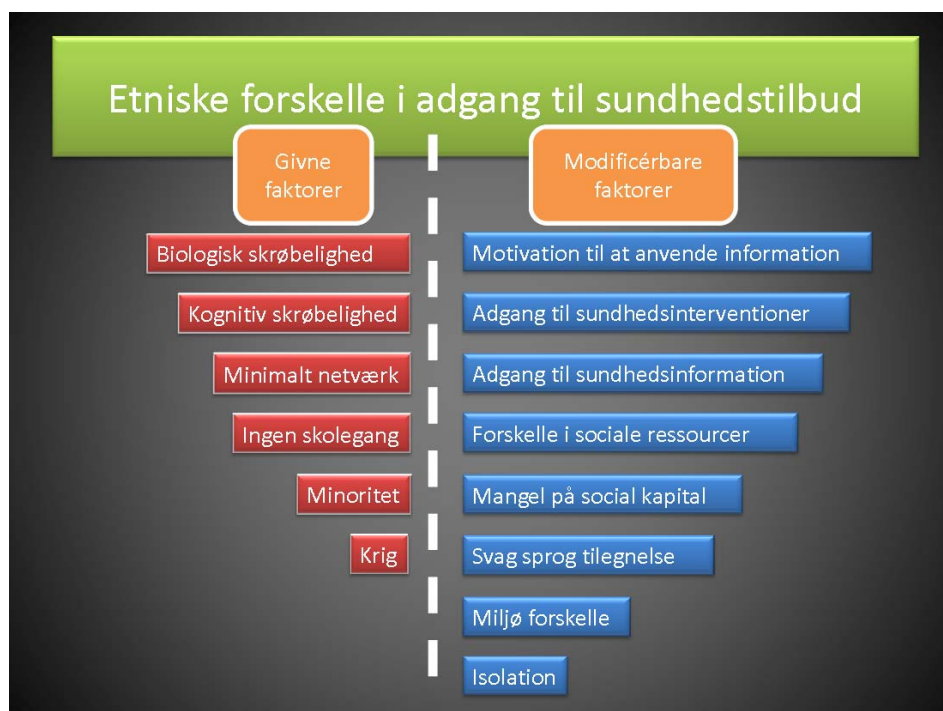
4.2 Indvandrermedicinsk klinik på Odense Universitetshospital - en tværfaglig indsats

Af
overlæge og professor Morten Sodemann, sygeplejerske Arndis Svabo, Sygeplejerske
Dorthe Nielsen, forløbskoordinator og socialrådgiver Karen Margrethe Korsholm
Indvandrermedicinsk klinik, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Indvandrermedicinsk klinik (IMK) blev etableret i maj 2008 efter en stigende erkendelse i infektionsmedicinsk regi af, at der eksisterer en betydelig gruppe af patienter med anden etnisk baggrund end dansk, som ikke har adgang til forebyggelse og behandling på samme høje niveau som etnisk danske patienter.

Livet som flygtning har mange udfordringer, som i praksis gør den lige adgang til sundhedstilbud betydeligt vanskeligere end for andre der bor i Danmark. Der er faktorer som er givne og som på afgørende punkter kan hindre patienters egenomsorg i Danmark (se fig. 1). Andre faktorer er potentielt modificerbare med en samlet indsats, og det er her der er behov for en særlig fokuseret tværfaglig indsats.

Fig. 1



En parallel situation ses i behandler systemet, hvor der tegner sig en tydelig gruppe af indvandrerpatienter, der er blevet til evighedspatienter med svært komplicerede symptombilleder med ukarakteristiske smertetilstande, post traumatisk stress, angstsymptomer, sukkersyge, overvægt kompliceret af sprogproblemer, ringe netværk og sparsom kropsforståelse. Disse patienter har typisk endeløse forløb som kastebolde mellem primærsektor, privat praktiserende speciallæger og forskellige sygehusafdelinger uden koordination eller forsøg på endelig diagnostik. Disse pa-

tienter er i lige så høj grad kastebolde i det sociale arbejdsmarkedssystem i kommunerne, hvor sagsbehandlere ligeledes har svært ved at placere disse klienter i koordinerede forløb med en klar plan.

Resultatet er en relativt stor gruppe af utilfredse og uintegrerede patienter (og klienter) med uafklarede sundhedsproblemer. Problemer der er så komplekse, at de uden et koncentreret tværspcialt og en tværsektoriel udredning i sygehusregi i tæt samarbejde med kommunerne næppe nogensinde vil få mulighed for at leve et normalt liv med afklaret diagnose og behandlingsmuligheder.

IMK blev netop etableret med det formål at være tværfaglig tovholder i de mest komplicerede tilfælde hvor egen læge eller kommunen har måttet give op. IMK modtager kun patienter af anden etnisk baggrund end dansk bosiddende på Fyn. Klinikken er den eneste af sin art i Danmark, men henvendelser om henvisninger fra andre regioner er indtil nu blevet afvist pga. de personale- og lokalemæssige begrænsninger.

Klinikken har fra juni 2008 til august 2010 startet 260 patientforløb og ca. 50 patienter afventer første besøg. Det er primært praktiserende læger der kan henvise til klinikken. Dog er der i enkelte tilfælde kommet henvisninger efter nærmere aftale fra sociallægeinstitutionen eller Sundhedscenter Vollsmose. Klinikken har derfor holdt møder for de praktiserende læger i starten af klinikkens eksistens og har aftalt afrapporteringsmøder gennem praksiskoordinatorerne. Der er udarbejdet en pjece om klinikkens tilbud og om henvisningskriterier til de praktiserende læger.

IMK drives af ½ overlæge, en 30 timers sygeplejerske med særlige kompetencer på området, en post doc. sygeplejerske i en forskerdelestilling, en forløbskoordinator/socialrådgiver og en sekretær. I stigende omfang har klinikken kunnet drage nytte af frivillige surnumærere læger og lægestuderende, der har ønsket at opnå de særlige kompetencer, IMK kan give.

Klinikkens medarbejdere er kompetencemæssigt blevet opgraderet med kurser omhandlende samarbejde med familier af anden etnisk oprindelse end dansk, etniske minoriteters sundhed, kongresser i migrationssundhed og kommunikation.

Arbejdsmetoder

IMK er en tværfaglig enhed med det formål:

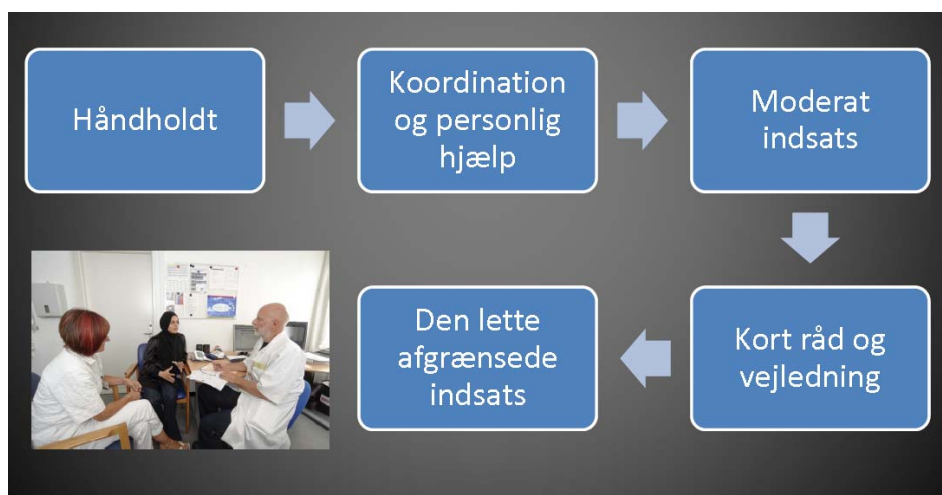
- At skabe ro og overblik i patientens liv
- At etablere tillid som forudsætning for en frugtbar kommunikation
- At belyse patientens samtlige problemer
- At udarbejde en klar og prioriteret plan sammen med patient, sagsbehandler, sygeplejerske, forløbskoordinator og læge.

Hovedopgaven er at opbygge en problemorienteret anamnese over flere besøg, herunder patientens livshistorie mhp at vurdere, om der er forhold før og omkring migrationsprocessen, der kan have betydning for, at patienten er havnet i en sammensat langvarig helbredsproblemstilling. Da det har vist sig, at over 50 % af de

Da det ofte er et problem, at patienterne er opgivne, vrede og apatiske, foregår der samtidig med uddelegeringen af arbejdsopgaver en træning af patienten i at se og erkende egne opgaver, samarbejde med de personer, der forsøger at støtte/hjælpe og til at kommunikere løbende med de involverede professionelle. Gennem tæt kontakt, sms og meningsfyldte besøg er det lykkedes at opnå en udeblivelsesprocent fra ambulatoriet på under halvdelen af sygehusets gennemsnit.

Der har på denne baggrund naturligt udviklet sig 5 behovskategorier (se fig. 2), som er blevet mere og mere integreret i IMKs tilgang til patienterne. Kategoriseringen er primært en samlet tværfaglig vurdering, men efterhånden udkrystalliserer der sig forskellige støttebehov indenfor hvert af områderne: lægefagligt, sygeplejefagligt, socialfagligt).

Fig. 2. De 5 behovskategorier



Klinikken anvender i stigende omfang hjemmebesøg og netværksmøder med kommunen i sit udredningsarbejde og arbejder tæt sammen med Sundhedscenter Vollsmose, integrationskontorerne i kommunerne samt sociallægeinstitutionen.

Sygeplejen sætter patientens livshistorie i centrum

Sygeplejen i Indvandrermedicinsk Klinik bygger i bund og grund på et holistisk menneskesyn. Sygeplejen er ikke specialefokuseret, og der drages omsorg for patientens fysiske såvel som psykiske og sociale problemer. Det handler om at møde det hele menneske, hvilket betyder, at samtalen med den etniske minoritetspatient tager udgangspunkt i patientens kulturelle identitet, patientens egen vurdering af sin sygdom, betydningen af sygdom i patientens liv, sociale og økonomiske for-

hold, og patientens livserfaringer. At få afdækket sygehistorie og livshistorien, handler om tidligere oplevelser som traumer, tab af familiemedlemmer, flugt, fængsling og tortur, angst, men også om økonomi, medicin, børns trivsel, forældres trivsel. Det handler om sygdomsforståelse, og det handler om at blive hørt og forstået.

Sygeplejersken spørger patienten, hvis der er noget hun er i tvivl om, som kan have betydning for kommunikationen, plejen eller behandlingen. Dette indebærer bl.a. spørgsmål i relation til religion, seksualitet, angst og følelser. Mange sundhedsprofessionelle oplever usikkerhed i mødet med den etniske minoritetspatient, men oftest er det den sundhedsprofessionelles egne tabuer og fordomme, der er på spil (Sundhedsstyrelsen, 2007). Man kan tale med den indvandrermedicinske patient om præcis de samme ting, som man kan tale med etnisk danske patienter om.

Kommunikationen i IMK er kendetegnet ved, at den foregår mere på patientens end på sygeplejerskens præmisser. Formålet er, at give patienten mulighed for at tale om de tanker, han er opfyldt af - hvor pinefulde de end måtte være. Det helt afgørende er, at sygeplejersken formår at lytte fordomsfrit og engageret, og at sygeplejersken kan udholde at høre det, der måtte komme. Alle emner, som dukker op, må tages alvorligt. For den syge er intet betydningsløst eller ligegyldigt. Sygeplejerskens ambitioner om, hvad der måtte være vigtigt for patienten at tale om, viger for respekten og lydhørheden over for det, som patienten måtte have på hjertet.

Ved at lytte empatisk og interesseret til patientens fortælling og livshistorie, bliver det muligt at afdække de forskellige og ofte mangeartede problemstillinger og herefter få sat de nødvendige handlinger og foranstaltninger i gang. Gensidig respekt er en forudsætning for, at patienten kan opleve relationen til sygeplejersken som meningsfyldt. Den bekræftende respekt optræder i særlig grad, hvor emnet for samtalen er den subjektive lidelse, fordi det for mange patienter er en almindelig erfaring at blive afvist netop med et sådant tema. Det afgørende paradoks bliver således, at sygeplejersken ved at anerkende patientens følelser og oplevelser indirekte stimulerer håbet for en ny fremtid (Travelbee J., 2002). Mange af klinikens patienter har mistet den grundlæggende tillid til omverdenen i forbindelse med de mange lidelser de har set og oplevet.

Sygeplejersken arbejder tværsektorielt. Det tilstræbes at skabe et tæt samarbejde med sagsbehandlere og andre kontaktpersoner fra kommunen, ligeledes kan andre afdelinger kontaktes, hvis patienten udtrykker behov.

At skabe tillid og tryghed

Tryghed og tillid til plejepersonalet er fundamentalt og en forudsætning for, at patienterne kan og vil samarbejde omkring pleje og behandling. Der benyttes i Indvandrermedicinsk Klinik forskellige værktøjer for at skabe denne tillid og tryghed.

God tid og rolige fysiske rammer er en afgørende faktor for, at personalet kan nå ind til patienten. I klinikken prioriteres tiden til hver enkelt patient meget højt, og hver konsultation kan vare fra en time til halvanden. Mange patienter har erfaringer fra sundhedsvæsenet, hvor de er mødt med en holdning til, at der kun var tid til én problemstilling ad gangen.

Telefon og sms benyttes af både patienter og plejepersonale. Denne kontaktform hjælper med at opbygge tryghed og tillid. Patienterne føler sig trygge ved, at de kan sende en sms eller ringe til plejepersonale, når der er behov. At være der, når, der er brug for det, er med til at opbygge og bevare tillid til personalet. Desuden kontaktes patienterne enten på telefon eller med sms ved manglende kontakt eller fremmøde. Patienten bebrejdes aldrig, at han eller hun ikke er mødt til aftalt tid, da der oftest er en rigtig god forklaring på afbuddet eller udeblivelsen.

Enkelte patienter oplever voldsomme angstanfald, når de kommer på sygehus. I disse situationer aftales hjemmebesøg og behandlingen foregår i patientens egne trygge rammer. Nogle patienter udtrykker angst overfor forskellige undersøgelser og udredningsprocedurer på andre afdelinger. Ved behov og efter patientens ønske følger plejepersonale fra IMK med patienten til undersøgelser på andre afdelinger.

Socialrådgiver som forløbskoordinator

Med økonomisk støtte fra Odense Kommune fik IMK mulighed for at udvikle forløbskoordinationselementet i klinikkens arbejde gennem udstationeringen af en kommunal sagsbehandler med 15 års erfaring fra flygtninge/indvandrerområdet. Funktionens elementer blev udviklet og specielt behovet for netværksanalyser på tværs af sektorer kom i fokus. Overraskende kom det frem, at i nogle tilfælde er der over 50 hel- og halvprofessionelle behandlere/støttepersoner i patienternes netværk. Resultatet blev, at IMK nu har en fast socialrådgiver ansat som forløbskoordinator.

Netop tilstedeværelsen af en socialrådgiver i teamet bidrager væsentligt til at etablere et trygt og tillidsfuldt forhold til patienten, fordi der kan udarbejdes en samlet plan for alle patientens problemer på én gang. Det virker helt tydeligt tryghedsskabende, at patienterne nu oplever forståelse, og at de ikke længere skal forsøge at skabe overblik over en situation, som i virkeligheden har været helt uoverskuelig for dem fra den dag, de ankom til Danmark.

Uddannelsen af forløbskoordinatorer er nu fastlagt i sundhedsaftalen, og klinikken har fået 200.000 kr. fra Odense Kommunes forebyggelsesmidler til et projekt omkring uddannelse af den første forløbskoordinator med base i indvandrerklinikken.

Den første forløbskoordinator startede den 1/3-2009 i en 12 måneders projektperiode (½ tid). De første erfaringer med denne funktion er, at der meget tidligt i et udredningsforløb kan lægges langsigtede planer for patienterne og dermed spares tid. Samtidig kan forløbskoordinatoren lave aftaler direkte med de kommunale sagsbehandlere og dermed bidrage til mere hensigtsmæssige patientforløb. En faglig baggrundsgruppe evaluerer projektet løbende og justerer funktionsbeskrivelsen.

De omtalte netværksanalyser på tværs af sektorer har dannet grundlag for business case beregninger på estimater af de kommunale besparelser, som IMK potentielt kan medføre.

Samarbejdet med tolke

Undersøgelser har vist, at patienter med dårlige sprogkunderskaber har svært ved at forstå diagnose og behandling, og de er derfor udsat for større risiko for fejlbehandling. Sproget er med til at forstyrre behandlingseffekten hos mange patienter.

Det er en erfaring fra IMK, at mange af de mest syge patienter af anden etnisk herkomst end dansk i og med, at de har PTSD og bliver mere syge, mister deres opnåede danske sprogfærdigheder. I takt med dette oplever mange patienter et øget behov for tolkebistand i forbindelse med kontakt til sygehus og den kommunale sektor. Der er således tolk tilstede ved 85 % af afdelingens samtaler, hvorfor der også er etableret et godt samarbejde med de forskellige tolke.

For at skabe en god relation og kontakt er det afgørende nødvendigt, at der anvendes professionelle tolke. Det sundhedsprofessionelle team arbejder løbende med at udvikle og forbedre samarbejdet med de forskellige tolke. Tolkene briefes så vidt muligt kort før en samtale, og der evalueres og samles op efter svære samtaler.

Foreløbige resultater

Henvisningsmønster efter etnisk gruppe ses i tabel 1. Patienter fra Somalia og fra øvrige Afrika er overrepræsenterede – sidstnævnte fordi flere hiv-patienter har vist sig at være krigstraumatiserede.

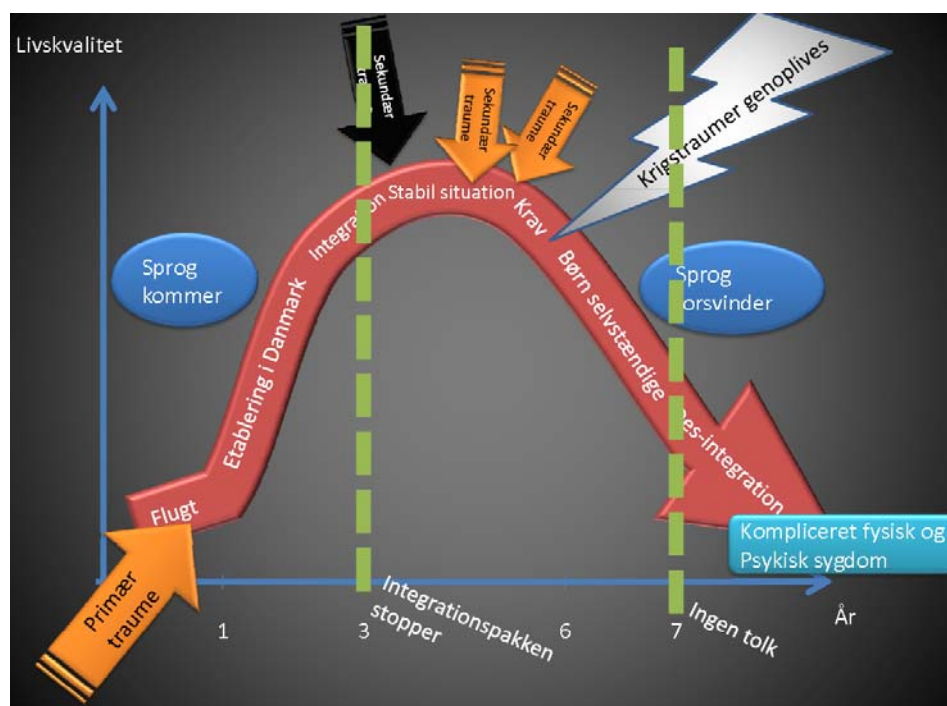
Tabel 1.
Henvisningsmønster i forhold til etnisk sammensætning af Odense Kommunes befolkning

Oprindelsesland	Indvandrer- medicinsk klinik	Etniske grupper i Odense *
Libanon / Palæstina	19 %	16.6 %
Irak	16 %	19.0 %
Somalia	21.2 %	10.6 %
Iran	2 %	9.7 %
Afrika (syd for Sahara)	4.9 %	0.9 %
Øst Europa	13.3 %	19.7 %
Asien	6.1 %	19.5 %

Overraskende har det vist sig, at 50 % af de henviste patienter med svære sammensatte og langvarige forløb lider af svær kronisk Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD), og at 75 % af disse er uerkendte på henvisningstidspunktet på trods af, at de har opholdt sig i gennemsnit mere end 10 år i Danmark.

En arbitrær kurve over sammenhængen mellem tid i Danmark og livskvalitet er et godt billede på de henviste patienters oplevelse. Mange beskriver tiden under integrationspakken som en tryk periode, hvor der var overskud til sprogtilegnelse og erhvervstillknytning, men så snart integrationspakkens støtte ophører, ophører også deres overskud til egenomsorg med tab af sprog, isolation, opgivelse og tiltagende genoplevelse af krigstraumer til følge (se fig. 3).

Fig. 3 Livskvalitet, krigstraumer og integrationspakken



Klinikkens arbejde og erfaringer har været genstand for meget udbredt interesse fra Sundhedsstyrelsen, politiske partier, medier og fra praktiserende læger og de afdelinger i kommunerne, der håndterer klientgruppen.

Der har været afholdt foredrag om klinikken over 75 gange overalt i landet, dels i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, dels i samarbejde med region Syddanmark og region Midtjylland og dels i udvalgte grupper af sagsbehandlere, etniske jobteams, organisationer der arbejder med etniske problemstillinger, læger og sygeplejersker samt i medicinske og tværfaglige selskaber.

Klinikken har foredrags- og undervisningsopgaver overalt i landet planlagt 1 år frem. Klinikken er blevet bedt om at stå for supervisionsopgaver for praktiserende læger både i sygehusregi og i privat praksis. Klinikken har haft praktikanter i fx sundhedskommunikation og sygepleje samt praktiserende læger og praksiskoordinatorer.

Visioner

IMK har behov for særlige lokaler til klinikken for på forsvarlig vis at kunne facilitere klinikkens tværfaglige arbejde og supervision af sundhedspersonale, herunder praktiserende læger og sagsbehandlere. På grund af den aktuelle og forventelige ventetid er der behov for en personalemæssig opnormering med minimum ½ afdelingslæge, en ½ socialrådgiver og ½ sekretær.

IMK påtænker endvidere at etablere en fremskudt ambulant klinik i Sønderjylland, hvor der har vist sig at være særlige og krævende sundhedsmæssige problemstillinger blandt etniske minoritetspatienter.

I forhold til forebyggelse har klinikken undervisningsseancer i kulturforeninger lokalt i Vollsmose området fx om forebyggelse af rejseinfektioner, influenza og tuberkulose med brug af tolke. Det er klinikkens ønske at gøre denne undervisning til en fast del af aktiviteterne og at oprette en rejsemedicinsk klinik i sygehusregi for rejsende af anden etnisk oprindelse, end dansk, da disse rejsende erfaringsmæssigt meget sjældent får rejserådgivning. Endvidere arbejder klinikken på at skabe redskaber til *health literacy* screening, on-line web-baseret patientinformation indenfor de største sproggrupper om de almindelige sygdomme samt en videosamling af informative cases til undervisningsbrug.

I klinikken arbejdes der desuden på at udvikle forskellige former for patientundervisning i forbindelse med håndtering af smerter, kronisk sygdom, kompliance overfor behandling og livsstilsændringer, håndtering af krigstraumer med mere. Undervisningen vil forløbe individuelt såvel som gruppebaseret.

Det overordnede formål er, at patienterne oplever at få en afklaring på deres situation og svar på spørgsmål, praktiserende læger skal opleve, at de har en samarbejdspartner omkring komplicerede patienter, og kommunen skal opleve, at denne klientgruppe i højere grad behandles og afsluttes i hospitalsregi. Hospitalets afdelinger skal opleve, at de kan få kompetent hjælp ved komplicerede complianceproblemer, og at der fremover er mindre behov for gentagne undersøgelser på flere afdelinger. Endelig skal der samlet være en reduktion i antallet af denne type patienter. Teoretisk set vil der være besparelser i flere sektorer, men de vil ikke kunne gøres eksakt op på nuværende tidspunkt.

Gennem bevilling fra Helsefonden og Sundhedsstyrelsen har IMK startet udviklingsarbejdet mhp en fælles dansk hjemmeside med patient informationsmateriale på fremmedsprog. Siden er nu etableret (www.sundpaamitsprog.dk) og er under fortsat udvikling bl.a. er det hensigten at producere tværgående informationsmateriale, videoer etc.

Klinikken er medstifter af et dansk virtuelt center for forskning i etniske minoriteters sundhed. Fælles forskningsprojekter med Master i rehabilitering (SDU) og enheden for sygeplejeforskning (SDU) er under udformning.

Yderligere information om IMK findes på hjemmesiden, som også beskriver sundhed blandt etniske minoriteter og har en ekstensiv linksamling med patientinformationsmateriale på fremmedsprog (www.ouh.dk/indvandrer klinik).

Indvandrermedicinsk Klinik får Dagens Medicins Lighedspris

Indvandrermedicinsk Klinik fik den 1. november 2010 overrakt lighedsprisen af Socialminister Benedikte Kjær ved en højtidelighed på Odense Universitetshospital. Klinikken fik mange roser for det store arbejde, de ansatte har gjort for at give etniske minoritetspatienter et relevant og kvalificeret tilbud. Ministeren fremhævede flere gange den tætte og helt nødvendige kobling og samarbejdet mellem social- og sundhedsområdet.

Prisen sætter fokus på "sundhedsvæsenets favorisering og diskriminering af patienter". Lighedsprisen gives til initiativer, der har formået at skabe lighed eller større lighed i sundhedssektoren i Danmark.

Dommerkomiteens begrundelse for at tildele lighedsprisen til Indvandrermedicinsk Klinik er, at Indvandrermedicinsk Klinik har taget udfordringen op for de vanskeligste, langvarigt syge med et unikt tilbud, som på forbilledlig vis indfanger alle væsentlige problemstillinger vedr. etniske minoriteters sundhed og trivsel. Klinikken vurderes at være et eksempel til efterfølgelse og et glimrende forbillede for andre regioner og kommuner i landet.

Dagens Medicin indstiftede Lighedsprisen i oktober 2009. Lighedsprisen skal uddeles en gang om året i forbindelse med en konference, som fokuserer på social ulighed eller sociale forskelle i sundhed. Region Midtjylland har givet stafetten videre til Region Hovedstaden, som har besluttet at afholde en konference 3. maj 2011.

Referencer

Sundhedsstyrelsen, Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden, 2007

Travelbee, J. Mellemmenneskelige aspekter i sygeplejen. Munksgaard, Danmark, København 2002.

4.3 Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet

Af

Akademisk medarbejder Anne Rygaard Hjorthøj og akademisk medarbejder Rikke Primdahl

Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

I Danmark har vi en sundhedspolitik, der bygger på begrebet lige adgang til sundhed for alle. Det betyder ikke, at alle patienter skal behandles ens. Derimod skal vi tænke i at behandle patienter forskelligt med henblik på at nå et ens mål. Dette gør sig ikke mindst gældende for patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Denne gruppe patienter møder ofte op i sundhedssystemet med forudsætninger, der er meget forskellige fra etniske danskere generelt.

Mange indvandrere tilhører en særlig sårbar gruppe på grund af først og fremmest den sproglige barriere, men også de kulturelle forståelsesproblemer, der opstår mellem patienten og den sundhedsprofessionelle.

Når den kulturelle baggrund er andet end dansk, vil en lang række faktorer kunne påvirke patientforløbet negativt. Sygdomsopfattelsen kan være anderledes, forventningerne til patientrollen og behandlerrollen ligeså, og det kan være svært for patienten at gennemskue, hvordan det danske sundhedsvæsen er bygget op, og hvad behandlingen egentlig går ud på.

Fra sundhedspersonalets side kan mødet med patienter med anden etnisk baggrund være forbundet med usikkerhed og frustrationer, når de ikke kan formidle faglige budskaber, så det forstås, og yde den omsorg for patienten, som de gerne vil. Mange sundhedsprofessionelle oplever på den måde disse patienter som en særlig belastning i dagligdagen og som mere krævende end etnisk danske patienter. (Sundhedsstyrelsen 2007).

Et modelprojekt

Som en løsning på mange af disse problemer tog Sundhedsstyrelsen i 2006 initiativ til at oprette et korps af kulturelle mediatorer på hospitaler. Inspirationen til initiativet kom fra udlandet, hvor der er opnået særdeles gode erfaringer med oprettelsen af kulturelle mediatorer, der skal bygge bro mellem patienter med anden etnisk baggrund og sundhedssystemet (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Kulturelle mediatorer i udlandet

Indførelsen af kulturelle mediatorer i Italien, England, Irland og Belgien har bidraget med bedre og mere lige behandling af etniske minoritetspatienter i landenes sundhedsvæsen. Evalueringen af erfaringer fra disse lande viser bl.a.:

- Øget forståelse blandt patienterne i forhold til at forpligte sig til lange behandlingsforløb
 - Bedre psykiatrisk behandling, da personale i højere grad formår at adskille symptomer fra kulturelt og religiøst betinget adfærd og folkesygdomme
 - Færre frustrationer blandt personalet i hverdagen over kommunikationsproblemer
 - Økonomiske gevinster i kraft af færre unødvendige kontakter og forlængede indlæggelser
- (Sundhedsstyrelsen, 2006)

Den kulturelle mediatormodel forløb som et modelprojekt fra 2007-2009. Sundhedsstyrelsen inviterede alle hospitaler til at deltage i projektet og blandt de ansøgende hospitaler blev Odense Universitetshospital, Glostrup Hospital og Bispebjerg Hospital udvalgt. Fælles for de 3 modelsygehuse er, at de ligger i områder med høj koncentration af indbyggere med anden etnisk baggrund. I alt indgik ti afdelinger, der dækkede en bred vifte af typer og specialer, og der blev uddannet otte kulturelle mediatorer. Således delte fire afdelinger to mediatorer på Glostrup Hospital, på Bispebjerg Hospital var der to afdelinger med hver én mediator, og i Odense fire afdelinger, der ligeledes havde hver én mediator.

Deltagende afdelinger

Glostrup hospital:

- Afd. G: Gynækologisk/obstetrisk afdeling
- Afd. L: Børneafdelingen
- Afd. M: Medicinsk afdeling
- AMC: Akut modtagecenter

Bispebjerg Hospital:

- Afd. I: Intern medicinsk: Endokrinologi gastroenterologi
- Afd. Y: Kardiologisk afdeling

Odense Universitetshospital:

- Afd. Q: Infektionsmedicinsk sektion
- Afd. M: Endokrinologisk afd.
- Informationscenteret, Udviklingsstaben

De kulturelle mediatorer har tre overordnede opgaver:

Uddanne personalet:

- Undervise i interkulturel kommunikation og overbringe den viden og de redskaber, der er forudsætningen for en god kommunikation mellem patient og personale – herunder nuancere opfattelser af etnicitet, bevidstgøre om egne kulturelt betingede praksisser og skabe dialog om personalets oplevelser og frustrationer

Uddanne patienter:

- Undervise og rådgive i forhold til opbygningen af det danske sundhedssystem, systemets forventninger til patienten og forståelse for medicinering samt skabe tryghed for patienten og understøtte og fastholde patienten i behandlingsforløb

At optræde som direkte formidlere eller konfliktlødere i det kliniske møde med patienten

Modelprojekterne har vægtet de forskellige dele af opgaven forskelligt. Nogle mediatorer lagde det største fokus på den personalerettede uddannelse, mens andre i højere grad vægtede hverdagens relationære arbejde mellem personale og patienter, hvilket viste sig at være en efterspurgt del af mediatorfunktionen.

Derudover gik en stor del af arbejdet, især i første del af projektet, med at skabe synlighed om mediatorfunktionen på afdelingerne og udarbejde materialer til personalet.

For at kunne fungere i krydsfeltet mellem dansk sundhedskultur og fremmede kulturer blev modelprojektet indledt med et syv dages uddannelsesforløb for de udvalgte kulturelle mediatorer. Uddannelsen omhandlede 'Interkulturel kommunikation' og blev udbudt som et selvstændigt kompetencegivende modul på professionshøjskolen København, University College. Formålet med uddannelsen var primært at lære at stille de rigtige spørgsmål og tilegne sig redskaber til dialog. Derudover skulle uddannelsen give en overordnet kulturforståelse.

Der kræves andre kompetencer end blot tolkning

Det er vigtigt at slå fast, at kulturelle mediatorer ikke handler om tolkning. Det handler om at skabe en interkulturel dialog, og der kan derfor i mange tilfælde være behov for både en tolk og en kulturel mediator i mødet med patienten. Således er det heller ikke tolke, der er uddannet til kulturelle mediatorer. I udvælgelsen af mediatorer er der lagt vægt på, at det er personer med en sundhedsfaglig baggrund, som samtidig har et solidt kendskab til det danske sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen lagde samtidig vægt på, at der blev udvalgt personer med brede menneskelige kompetencer – empatiske med gode evner til at kommunikere.

Det blev tilstræbt, at forskellige sproggrupper var repræsenteret på hvert hospital. Gode sprogfærdigheder blev anset som et plus, men det blev i udgangspunktet ikke vurderet at være en forudsætning, at mediatorerne skulle have en anden etnisk baggrund end dansk. Dog har det undervejs i forløbet vist sig, at mediatorernes sprogkundskaber, etniske baggrund, uddannelsesniveau, alder og erfaring alt sammen har stor betydning for, hvad mediatorerne kan bidrage med. De mediatorer, som har haft tidligere erfaring med konsulentfunktion, og som har haft en meget specifik viden om etniske minoriteter, især mediatorer med anden etnisk baggrund end dansk, har i højere grad påtaget sig en patientrettet rolle ved siden af den personalerettede. Alder og erfaring har vist sig at have betydning for gennemslagskraften og evnen til at fastholde en assertiv tilgang til rollen.

Et vigtigt skridt på vejen

Det har varieret fra modelhospital til modelhospital og fra afdeling til afdeling, hvor meget og til hvad den kulturelle mediator er blevet anvendt. Kontakten til mediatoren er et langt stykke ad vejen betinget af mediatorernes tilgængelighed – om den kulturelle mediator er tilknyttet afdelingen i dagligdagen. Mediatorrollen har typisk haft størst gennemslagskraft på de afsnit, der har været mediatorernes 'egne', og hvor mediatorerne er kendte ansigter. På disse afsnit har mediatorerne været mest åbne for, og haft størst mulighed for, at stille sig til rådighed med kort varsel, og det har været lettere at skabe kontinuerlige forløb. En ugentlig mediatordag, som har været tilfældet på flere afdelinger, er ikke nok i forhold til gennemslagskraften.

Halvdelen af det samlede involverede sundhedspersonale har efter projektets afslutning vurderet, at projektet har haft en positiv effekt for afdelingernes arbejde med etniske minoriteter. Projektet har ikke bidraget til, at sundhedspersonalet oplever mødet med den etniske patient mindre udfordrende. Men det har været med til at øge bevidstheden om de særlige forhold, der knytter sig til arbejdet med denne patientgruppe, og dermed været med til at skabe en erkendelse, som er et vigtigt skridt på vejen mod en bedre kommunikation med patienterne (Sundhedsstyrelsen 2009).

Desuden har modelprojektet på alle tre deltagende hospitaler skabt øget opmærksomhed på emner, som relaterer sig til feltet, ex. journaloplysninger vedr. sprog og tolkepraksis. Bispebjerg har indledt et projekt om 'etniske smerter', Glostrup hospital har skærpet opmærksomheden på arbejdsmiljøet for kollegaer med anden etnisk baggrund, og på Odense Universitetshospital er man blevet opmærksom på, at de kliniske servicefunktioner (laboranter, radiologer mm.) bør være mål for kompetenceudviklende indsatser i forhold til patienter med anden etnisk baggrund.

Resultater fra evalueringen af mediatormodellen

Betydningen af de kulturelle mediatorer er kommet til udtryk på følgende områder:

- Skabt øget fokus på patientgruppens særlige problemstillinger
- Gjort det mere legitimt at tale om problemerne
- Vendt fokus fra problematiserende til løsningsorienteret
- Skabt en anden spørgekultur i dialogen med patienter med anden etnisk baggrund
- Forbedret de anamnesticke oplysninger og dermed skabt et bedre grundlag for handling og et bedre afsæt for dialog mellem patient og behandler
- Mindsket blufærdighed og berøringsangst i den daglige kontakt
- Givet konkret rådgivning og indsigt i hvad patienternes 'anderledes adfærd' kan skyldes
- Skabt øget fokus på tolkebehovet og dermed øget tolkeforbruget
- Skabt tryghed ved bevidstheden om, at man har nogen, man kan spørge til råds, hvis der skulle opstå et behov

Mere information om projektet og evalueringen af dette findes i publikationen: Evaluering af modelprojekt om kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen, 2009.

Ledelsesmæssig opbakning og klare rammer

De kulturelle mediatorer, der har deltaget i projektet har meget forskellige oplevelser af rollen som mediator. Mange beskriver det som hårdt, fordi de har skullet være meget opsøgende, og de har fået mange afvisninger.

Der er mange faktorer, som er vigtige at have for øje, hvis man skal implementere mediatormodellen med optimalt udbytte i det danske sundhedsvæsen. Hvis kulturelle mediatorer skal forløbe mest hensigtsmæssigt, er det først og fremmest vigtigt, at mediatorerne er synlige og tilgængelige på afdelingerne. Dermed er det også vigtigt, at der afsættes de ressourcer (arbejdstimer), der er nødvendige for at kunne fungere som en synlig og tilgængelig mediator.

Derudover viser erfaringen fra modelprojektet, at det er afgørende for mediatorernes evne til at komme i spil, at afdelingsledelsen tager ejerskab for modellen og prioriterer og støtter funktionen udadtil både i ord og handlinger. Hvis den ledelsesmæssige opbakning er svag, kan det påvirke personalets motivation for at benytte mediatoren, og det kan være svært for den kulturelle mediator at få taletid og gøre sig synlig på eget og andre afsnit.

Endelig har det stor betydning for, hvordan mediatorrollen forvaltes, at forventningerne til rollen afstemmes blandt alle de involverede aktører, således at der er en fælles forståelse for rollens indhold og opgavens rammer. I den forbindelse skal man desuden være opmærksom på, at de mediatorrelaterede opgaver typisk vil variere afhængig af afdelingens type – ex. et akutmodtagerafsnit, et sengeafsnit eller et ambulatorium.

At se patienten som person

Selvom det i en travl hverdag kan være svært at rumme alle de udfordringer, der er forbundet med arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk, er der ingen tvivl om, at personalet generelt gør et kæmpe stykke arbejde for at sikre denne gruppe patienter høj kvalitet i behandlingen og gode patientforløb. Det kræver imidlertid en særlig indsats i forhold til kommunikationen, da faren ellers er, at personalet i forsøget på at gøre det så godt som muligt stirrer sig blind på kulturen og glemmer at se patienten som person. Det kan eksempelvis ikke tages for givet, at en kvinde, der bærer slør, ikke vil have undersøgt sit bryst eller tale om prævention. Det er vigtigt, at der spørges ind til problemstillingerne på en god måde. Hvis der ikke bliver spurgt, er det netop, at reelle problemer kan opstå. Det er det tankesæt og de dialogredskaber, de kulturelle mediatorer er sat i verden for.

Referencer

Sundhedsstyrelsen (2006): Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sygehusvæsenet.

Sundhedsstyrelsen (2007): Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden.

Sundhedsstyrelsen (2009): Evaluering af modelprojekt om kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet.

4.4 Etnisk Ressourceteam

Af
Projektleder Naveed Baig
Etnisk Ressourceteam, Rigshospitalet og Herlev Hospital, Region Hovedstaden

Med det voksende antal af danske borgere med ikke-vestlig baggrund har der de sidste 10 til 15 år været en stadig større opmærksomhed på patienter og klienter med etnisk minoritetsbaggrund. Der er i stigende grad i social- og sundhedsvæsenet brug for at medtænke etniske minoriteter og deres behov ind i hospitalskulturen og at tænke multikulturelt og multireligiøst. Et vigtigt aspekt af den kulturelle kompetence er kommunikation og evnen til at være åben og tolerant og skabe dialog uanset patienternes etniske baggrund. Det er nødvendigt, at det sundheds- og socialfaglige personale opnår viden og kompetencer, der gør dem bedre i stand til at tage sig af minoritetsgruppers behov.

Etnisk Ressourceteam (ERT) startede sit virke på Rigshospitalet og Herlev Hospital i 2005¹ som det første projekt af sin art i Skandinavien. Projektet blev etableret i 2004 i regi af Islamisk-Kristent Studieceter (IKS), som stod for koncept, kursus- og tilrettelæggelse, visitation og supervision af de frivillige medarbejdere, der fungerer som besøgsvenner og ressourcepersoner for patienter og pårørende med anden etnisk baggrund end dansk. I 2008 blev ERT et integreret element af begge hospitaler gennem en deltidsansættelse af en projektleder. En følgegruppe for ERT bestående af nøglepersoner fra Rigshospitalet, Herlev Hospital og IKS følger pro-

jektet, som løber frem til januar 2011 og afsluttes med en evaluering. Projektet er støttet økonomisk af Rigshospitalet og Herlev Hospital. Københavns Kommune har desuden bidraget med to bevillinger i løbet af årene. ERT lavede ultimo 2008 en samarbejdsaftale med Bispebjerg Hospital og tilknyttede i den forbindelse en frivillig koordinator fra ERT til hospitalet.

Der er i dag 34 frivillige medarbejdere i Etnisk Ressourceteam. Det er mænd og kvinder i forskellige aldre og med forskellig etnisk, religiøs og sproglig baggrund. ERT kan tilbyde indsatser på mere end 18 forskellige sprog og rummer stor diversitet. Alle frivillige har gennemgået kurser i omsorgsarbejde og er blevet udvalgt efter modenhed og evne til at samtale med mennesker.

Primære indsatsområder

Arbejdet i ERT er inspireret af den engelske sygeplejerske og læge Cicely Saunders' teori om Total Pain (1). Ifølge teorien består mennesket af en fysisk, psykisk, socialt og eksistentiel smerte (se diagram 1). Saunders mener, at det er vigtigt, at vi ser på mennesket i sin helhed og derved også kan se de forskellige facetter af mennesket - heriblandt de eksistentielle aspekter - og tør italesætte dem. Det kræver både gå-på-mod og en afklaring af egen kultur og tro.

'Total Pain' teorien

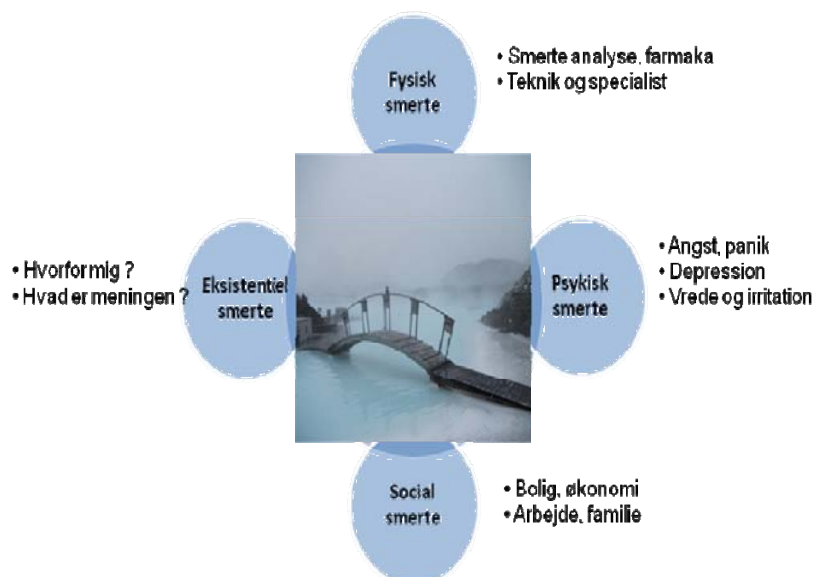


Diagram 1ⁱⁱ

ERT har tre hovedfunktioner:

- **Besøgsven**

Besøgsventjenesten har til formål at sikre, at patienter og pårørende har mulighed for at opnå støtte og omsorg i forbindelse med indlæggelse på hospitalet. Det kan være praktiske, eksistentielle eller religiøse behov. Derfor tilbyder ERT også gejstlig bistand for de patienter/pårørende, som ikke tilhører den luthersk-protestantisk Folkekirke i Danmark, bl.a. i form af imamfunktionen. ERT har tillige en liste over navne på personer fra forskellige trossamfund fx islam, hinduisme, jødedom, buddhisme. Alle taler dansk og kan træde til efter behov.

Besøgsventjenesten giver patienter/pårørende mulighed for at få kontakt til en person som taler samme sprog. ERT matcher en fra teamet til patienten/pårørende efter samråd med afdelingen/sygeplejersken/lægen. I nogle tilfælde hjælper ressourcepersonen med at give patienten/pårørende hjælp uden for hospitalet, eksempelvis med at skabe et nyt netværk, hjemmebesøg under eller efter akut sygdom og hjælp med praktiske hverdagsanliggender.

Henvendelser om imam drejer sig om åndelige, religiøse og eksistentielle behov for patienter og pårørende. Tilkald er typisk relateret til krisesituationer som ved akut sygdom, terminale patienter eller ved/efter dødsfald. Helt konkret handler det for mange patienter og deres pårørende om at spørge om de sidste pligter eller snakke om begravelsen og dens organisering. Flere ønsker koranoplæsning og bøn ved siden af den døende eller døde patient.

En somalisk fraskilt kvinde, i slutningen af tyverne, svært depressiv med mange familieproblemer. Har flere gange forsøgt at tage sit eget liv og har stadig selvmordstanker. Er indlagt på hospitalet efter et sådant selvmordsforsøg, hvorefter hun ønsker samtale med en hospitalsimam. Ønsker bl.a. svar på, om Gud er vred på hende. Skamfølelsen er fremherskende hos hende i de første samtaler, og hun giver i senere samtaler udtryk for, at hun ønsker at tage en uddannelse og få en lejlighed, hvor hun kan starte et nyt liv. Søger også gode støttepersoner og venner i livet. I en af de sidste samtaler med imamen fortæller hun, at det var første gang i hendes 3-årige patientforløb, at hun fik snakket ud på den måde. Der var i det hele taget en stor forløsning at spore hos hende efter de eksistentielle samtaler.

- **Brobygning**

Brobygningsfunktionen sætter kommunikationen i fokus, når der opstår usikkerhed, frygt og/eller ligefrem konflikt mellem patienter/pårørende og personalet. Der kan være situationer, hvor sundhedspersonalet og patienter/pårørende taler forbi hinanden, selvom der tales i samme sprog. Her vil en ressourceperson være til stede og lyttende over for begge parter og prøve at perspektivere tingene. Det handler ret simpelt om at skabe trygge rammer med tillid som byggesten for begge parter.

Brobygningsfunktionen bliver især brugt ved kommunikationsproblemer. Det er vigtigt at afsætte god tid til en samtale, hvor der skal formidles svære budskaber i forbindelse med alvorlig og livstruende sygdom. Der er flere eksempler på, at bud-

skaber er givet i en form, som ikke efterfølgende har givet plads til håbet. Budskaber kan formidles på en menneskelig og værdig måde, så der er plads til håbet bagefter. Patienter og pårørende er ikke altid indstillet på at fx et budskab om behandlingsstop bliver givet på en meget direkte måde af personalet. Det har derfor stor betydning, hvilket kendskab personalet har til sygdoms- og behandlingskulturen fra patientens og pårørendes side. Et andet eksempel er når sundhedspersonalet ønsker at sende patienten på plejehjem. I den forbindelse er formidling om både baggrunden for at sende patienten videre, og hvad det indebærer at være på plejehjem, yderst vigtigt. Hvilke forhold gør sig gældende på et plejehjem? På mange ikke-vestlige sprog er der end ikke et ord for plejehjem.

ERT's rolle er at skabe en dialog mellem alle de involverede og finde frem til passende løsninger. Som neutrale frivillige har ressourcepersonerne en rolle som generelt respekteres og falder naturligt for personalet og patienter/pårørende. Alene det at blive hørt - og at der er nogen, som har tid til at lytte til ens oplevelser og bekymringer - betyder meget.

▪ **Undervisning, rådgivning og supervision**

ERT tilbyder undervisning og rådgivning til personalet på de hospitaler, som har en arbejdsaftale med ERT. Efter nærmere aftale underviser ERT dog også på andre hospitaler både i Danmark og i udlandet. ERT er tilknyttet som undervisere ved faste personalekurser på Rigshospitalet og Herlev Hospital og bliver desuden jævnligt inviteret til at bidrage ved temadage, workshops, foredrag og undervisning på diverse sundhedsinstitutioner og uddannelsessteder. De mest efterspurgte emner er interkulturel kommunikation, sygdomsforståelser, islams syn på lidelse, sygdom og død, etik, muslimske ritualer i forbindelse med fødsel og død samt casebaseret undervisning. ERT har flere kvalificerede undervisere i teamet, der fordele opgaverne. ERT har tilknyttet en psykolog, to læger og to sygeplejersker, der bidrager til undervisningen. Projektlederen af ERT har også som en af sine opgaver at undervise og rådgive personalet i konkrete cases. Alle undervisere har flere års erfaring i at undervise og har igennem årene modtaget gode evalueringer fra uddannelsesinstitutionerne/deltagerne mv.

Rådgivningen retter sig primært mod personalets behov for at få afklaring og støtte eller få vendt en bestemt igangværende eller afsluttet case. De frivillige bliver tit inddraget af personalet i igangværende patientforløb for at sikre, at patientforløbene kører, som de skal. De frivillige er derfor aktive i dialogen omkring patienternes og deres pårørendes ve og vel – i samspil med personalet. Rådgivningen og dialogen foregår som regel, når de frivillige møder op på afdelingen for at besøge patienter/pårørende. Det kan også ske pr. telefonen eller ved personlig henvendelse til projektlederen. ERT modtager mange tilbagemeldinger fra personalet om, at de anser denne rådgivningsfunktion for givende og værdifuld. Dette skal også ses i lyset af, at ERT kan kontaktes døgnet rundt. En anden grund er, at personalet har et sted, hvor de kan henvende sig og få 'aflastet' deres bekymringer men også hvor de kan få information og inspiration. Tit er en bekræftelse på, at det man gør/gjorde faktisk var det rigtige, en stor hjælp og opmuntring for personalet.

Erfaringer og refleksioner

Af de 199 patientrelaterede henvendelser ERT fik fra Rigshospitalet og Herlev Hospital mellem 1. august 2008 og 1. februar 2009 var ca. en tredjedel henvendel-

ser om imam, ca. en tredjedel var besøgsvenrelateret og den sidste tredjedel var mæglings- og brobygningsrelateret. ERT underviste 49 gange i denne periode. De fleste gange på Rigshospitalets forskellige afsnit.

Vi har i vores sundhedsvæsen en målsætning om at behandle alle ens. Det kan vi kun ved at behandle alle forskelligt. Vores udgangspunkt må være at møde den enkelte der, hvor han eller hun er. Alle skal tillige mødes med:

- Anerkendelse
- Lyttende tilgang, positiv nysgerrighed
- Opmærksomhed på det 'anderledes', evt. sygdoms- og livsopfattelse
- Fleksibilitet (fx i forbindelse med mange besøgende eller kost). Problemhåndtering og -løsning.
- Overvejelser over 'os - dem' syndromet. Arbejde hen imod et stort 'vi'.

¹ 'Tro, omsorg og interkultur', Naveed Baig, Marianne Kastrup et. al. (Hans Reitzels Forlag, 2010) Bogen indeholder bl.a. en kapitel om Etnisk Ressourceteams funktioner og erfaringer.

¹ 1. 'Living With Dying', Cicely Saunders (Oxford University Press, 1995) Saunders grundlag tanken om 'Total pain'

4.5 Teletolkning – samme udfordringer, ny løsning

Af
Projektleder Stina Lou
MedCom

I Danmark gennemføres der ca. 200.000 tolkede konsultationer om året på hospitaler og i almen praksis. Tolkebistanden i Danmark er primært organiseret omkring 'fremmødetolkning', hvor tolken møder op på hospitalsafdelingen eller i almen praksis og sidder med i samtalen mellem patient og sundhedsprofessionel. Denne organisering er ikke nødvendigvis den mest hensigtsmæssige, da der bruges mange ressourcer på transport, på forsinkelser og på aflyste tolkninger. Det kan også være vanskeligt at skaffe en tolk til akutte situationer eller til patienter fra små sproggrupper. Hertil kommer problematikken om at 'kende for godt', som er nævnt i en anden artikel. Altså, at tolk og patient kender hinanden forud for konsultationen. Det kan være, at de kommer fra det samme lokalmiljø eller har fælles bekendte. Dette kan være en barriere – både for patientens anonymitet og udtryksfrihed såvel som tolkens neutralitet.

Teletolkeprojektet – implementering af en ny løsning

Både danske og internationale erfaringer peger på teletolkning via videokonferencestyr som et godt og ressourcebesparende alternativ til fremmødetolkning. Erfaringer fra bl.a. Odense Universitetshospital danner baggrund for en national implementering af teletolkning i det danske sundhedsvæsen.

Teletolkeprojektets primære målgruppe er hospitalerne og udrulningen varetages af projektledere i de enkelte regioner i samarbejde med MedCom, som er national projektleder. Målet er, at 90 % af alle relevante hospitalsafdelinger tilbyder teletolkning med udgangen af 2012, men implementeringens form og tempo vil variere fra region til region.

Projektet vil sekundært indhente erfaringer fra almen praksis og kommuner gennem pilotprojekter i samarbejde med MedCom. Der gennemføres pilotprojekter i 10-5 almen praksis i efteråret 2010 og evalueringen af disse vil vise, om der er potentiale for en bredere implementering af teletolkning i almen praksis. Sideløbende afprøves teletolkning i forskellige kommunale sammenhænge – bl.a. på jobcentre og på træningsområdet.

Hvordan fungerer det?

Teletolkninger via videokonference er i princippet ikke anderledes end fremmødetolkninger. Tolk, patient og sundhedspersonale kan alle se og høre hinanden, men tolken sidder i et studie, og tolker samtalen via en skærm. På Odense Universitets-hospital har man etableret eget tolkecenter, mens man i andre regioner har valgt at indgå aftaler med private tolkeudbydere, som enten sidder i egne eller i regionens lokaler.

Teletolkning kan foregå via videokonferenceudstyr eller via en almindelig computer med et kamera. MedCom har etableret et nationalt videoknudepunkt, som muliggør, at der kan kommunikeres på tværs af regioners og tolkeudbyderes forskellige IT-setup.

MedCom har fået oversat en kort patientinformation til en lang række sprog. Her oplyses patienten bl.a. om, hvordan teletolkningen foregår, at samtalen er fortrolig og at den ikke optages.

Hvad er potentialet

På baggrund af projektets business case forventes både økonomiske og kvalitative gevinster, eksempelvis:

- Mere effektiv udnyttelse af ressourcer og mindre 'spildtid' – fx i forbindelse med transport
- Lettere tilgængelig tolkebistand ved akut behov og/eller små sproggrupper
- Mindre sandsynlighed for at tolk og patient kender hinanden

Infrastrukturen vil endvidere give mulighed for, at videokonference på sigt kan bruges til meget mere end tolkning – fx til telemedicinske behandlinger, tværfaglige og sektorielle konferencer samt undervisning.

Derfor er der også selv for afdelinger med relativt få tolkede samtaler grund til at tage videokonferenceteknologien til sig.

Målet med teletolkeprojektet er, at teletolkning bliver et almindeligt og anvendeligt værktøj, der letter hverdagen i klinikken og bidrager til øget effektivitet og kvalitet for både patienter og sundhedsprofessionelle.

Teletolkeprojektets organisatoriske forankring

Teletolkeprojektet indgår i programmet for telemedicin, hjemmemonitorering og egenomsorg under den nationale IT-strategi på sundhedsområdet. Programledelsen er uddelegeret til MedCom. MedCom er et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor. MedComs opgave er at bidrage til udvikling, afprøvning, udbredelse og kvalitetssikring af elektronisk kommunikation i sundhedssektoren.

Teletolkning er endvidere en af 8 milepæle indenfor sundheds-it i Regeringens aftale med Danske Regioner om regionernes økonomi 2011:

Regionerne vil arbejde målrettet med sundheds-it, der kan understøtte nye måder at tilrettelægge arbejdet på - internt på sygehusene og mellem behandlere i andre sektorer i sundhedsvæsenet.

Som led i en samlet indsats vedr. telemedicin og hjemmemonitorering, vil regionerne udbrede tolkning via videokonference på alle relevante sygehusafdelinger inden udgangen af 2012. (Aftale om sundheds-it, s. 7, milepæl 5)

Teletolkeprojektet er finansieret af ABT Fonden i perioden 2009-2012

For yderligere information:

www.medcom.dk eller kontakt projektleder Stina Lou på sls@medcom.dk

5 Patientens perspektiv

5.1 Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus

Af
evalueringskonsulent Azadeh Grønbæk Afsar og enhedschef Marie Fuglsang
Enheden for Brugerundersøgelser

Enheden for Brugerundersøgelser har i to undersøgelser sat fokus på mødet mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet ud fra patientens perspektiv. En interviewundersøgelse fra 2007 blandt forældre til børn, som har været indlagt på en børneafdeling, afdækkede etniske minoriteters møde med personalet, deres forståelse af henholdsvis lægers, sygeplejerskers og det øvrige plejepersonales roller samt deres holdning til og opfattelse af det danske sygehusvæsen. Resultaterne fra undersøgelsen blev offentliggjort i rapporten *"Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus - En kvalitativ undersøgelse af forældres oplevelser under deres barns indlæggelse på en børneafdeling"* (1) I 2009 gennemførte Enheden for Brugerundersøgelser en spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i etniske minoritetspatienters og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital. I det følgende beskrives de vigtigste resultater fra begge undersøgelser.

Forældres oplevelser under deres barns indlæggelse

Undersøgelsen fra 2007 bestod af ti kvalitative interview med forældre til børn (otte mødre og to fædre), der inden for perioden november 2005 til januar 2006 var indlagt på børneafdelingerne på henholdsvis Glostrup og Amager Hospital. Indlæggelsen var på mellem to dage og tre måneder. Informanterne var enten af etnisk tyrkisk, iransk, syrisk, makedonsk eller pakistansk oprindelse.

Undersøgelsen omhandlede blandt andet følgende temaer:

- Manglende sprogkunderskaber som barriere
- Mødet med plejepersonalet
- Medinddragelse og selvansvar
- Forventninger til og oplevelser af lægen

Mødet med sygehusvæsenet opleves meget positivt, men enkelte forhold kan forbedres

Undersøgelsens informanter oplevede overordnet set mødet med sygehusvæsenet meget positivt. De var tilfredse med den behandling og pleje, de havde modtaget, opfattede det danske sygehusvæsen som velfungerende, og havde tillid til, at der blev ydet den rette behandling og pleje. Kontakten til plejepersonalet blev beskrevet som god, blandt andet på grund af plejepersonalets venlighed og hjælpsomhed, og informanterne oplevede, at de fik medbestemmelse i forhold til deres børns indlæggelses- og behandlingsforløb.

Informanterne kunne imidlertid også genkende nogle af de problematikker, som i forskningen har været til diskussion omkring mødet mellem sundhedsvæsenet og etniske minoritetspatienter, og kunne ud fra egne erfaringer berette om aspekter ved mødet, der rummer mulighed for kvalitetsforbedringer. Disse aspekter beskrives nærmere i det følgende.

God sproglig forståelse, men manglende sprogkunderskaber kan være en barriere

Ingen af informanterne oplevede væsentlige sprogvanskeligheder i mødet med sundhedspersonalet. Det var informanternes oplevelse, at forståelsesvanskeligheder blev afhjulpet af, at personalet var gode til at forklare tingene gentagende gange, og at informanterne selv havde oplevelsen af at blive forstået af personalet. Informanterne pointerede imidlertid, at manglende sprogkunderskaber kan lede til misforståelse og vanskeliggøre, at etniske minoriteter kan opnå medbestemmelse og selvansvar under indlæggelsesforløbet. En kvinde fortæller:

“ ... hvis man ikke er god sproglig, så er man virkelig på skideren i det danske system, fordi så kan man rigtig blive kastet rundt.”

Behov for omsorg og tryghed fra plejepersonalet – og mindre stigmatisering

Informanterne oplevede at have en god relation til plejepersonalet og satte pris på, at hierarkiet mellem forskellige personalegrupper er mindre udpræget på danske sygehuse end på sygehuse i oprindelseslandet.

Deres forventninger til plejepersonalets rolle var blandt andet, at plejepersonalet skal yde omsorg og skabe tryghed. Personalets travlhed og manglende tilstedeværelse på afdelingerne resulterede imidlertid i, at enkelte informanter følte sig overset, oplevede manglende lydhørhed samt oplevede, at travlheden havde konsekvenser for den pleje og behandling, de blev tilbudt. En syrisk far havde eksempelvis oplevet, at personalet glemte hans datters medicinering, og udtalte i den forbindelse om personalet:

“De glemmer ting. De kan ikke passe på alle. De glemmer medicin, og de glemmer papirer. De farer rundt. Det er ikke i orden. De kan ikke klare det.”

I interviewene kom det også til udtryk, at der kunne være behov for en mere omsorgsfuld kommunikation omkring sygdom og død for at undgå unødigt bekymring.

Enkelte informanter oplevede, at sundhedspersonalet i nogle tilfælde handlede ud fra fordomme om, at etniske minoriteter fører en traditionel livsudfoldelse, hvor kvinderne typisk har ansvaret for børnepasning og huslige pligter, mens mændene er udearbejdende og har det økonomiske ansvar for familien. Som eksempel beskrev en kvinde personalets forventning om, at etniske minoritetskvinder har godt kendskab til børnepleje og -pasning.

“Første gang han [barnet] skulle have skiftet ble, så sagde de, ‘så går du lige hen og skifter ham’. Jeg sagde, ‘det ved jeg ikke, hvordan man gør (...)’. Hun [syge-

plejersken] var lige ved at falde ned ad stolen, da jeg sagde det. Det er jo igen fordomme.”

Informanterne i undersøgelsen havde selv overvejende moderne kønsroller, dvs. at begge forældre typisk var i arbejde og var fælles om børnepasning, huslige pligter mv.

Endelig oplevede informanterne ikke problemer i forhold til besøg af pårørende på afdelingen. Der var stor variation i deres ønsker til inddragelse af pårørende. Mens nogle af informanterne havde gjort brug af deres sociale netværk og fået besøg af pårørende under indlæggelsen, havde andre af informanterne fravalgt besøg på afdelingen af hensyn til barnet og de øvrige indlagte på børneafdelingen.

Variation i behov for medinddragelse og selvansvar

Interviewene viste stor variation i informanternes ønsker og behov i forbindelse med at blive medinddraget i beslutninger, der skulle træffes i behandlingsforløbet. Mens nogle informanter var meget aktive i forhold til at blive inddraget, ønskede andre ikke at få nogen særlig indflydelse ud fra den betragtning, at de havde tillid til, at personalet ved, hvad der er bedst.

Positive oplevelser med hospitalslæger, men manglende lydhørhed og undersøgelsesinitiativ i primærsektoren

Informanterne var grundlæggende glade for hospitalslægerne og for den behandling, som deres børn modtog, og flere påpegede, at hospitalslægerne var dygtige og gode til at forklare tingene. Forventninger til lægen var, at denne kunne stille en diagnose, igangsætte en behandling og bevare et overblik over situationen. Enkelte af informanterne pointerede, at lægerne kunne give en hurtigere diagnostisering, og henviste til læger i oprindelseslandet, der efter deres oplevelse er hurtigere til at stille en diagnose. Undersøgelsen viste endvidere variation i forhold til, hvordan informanterne ønskede, at lægen informerede om barnets tilstand. Nogle foretrak at få klar besked om barnets tilstand, mens andre hellere så, at lægen var beroligende og undgik at chokere.

Undersøgelsen indikerede imidlertid flere udfordringer i patienternes møde med primærsektor. Flere af informanterne oplevede, at lægerne i primærsektoren ikke tog dem alvorligt eller lyttede til dem, men mødte dem med en overbevisning om, at etniske minoriteter ofte konsulterer lægen uden grund, og at de ønsker hurtig medicinering. Følgelig var flere af informanterne nødsaget til at være insisterende og pågående for at opnå lydhørhed og undersøgelsesinitiativ. En iransk far fortæller:

“Hver gang man går til lægen i Danmark, siger de, ‘det er normalt’. Det kan ikke hele tiden være normalt. At det er normalt, det har jeg hørt tusind gange, når jeg går til lægen.”

Særligt forældre til børn, der var blevet akut indlagt, fremhævede, at lægerne i primærsektoren var for længe om at fremkomme med en diagnose eller en henvisning til sygehuset, og at de i stedet ofte blev henvist videre i primærsektoren. Flere informanter oplevede endvidere, at lægerne i primærsektor hurtigt udleverede

medicin ud fra en fordom om, at etniske minoriteter forventer dette, og den hurtige medicinering havde betydet fejldiagnosticering af deres barn. En tyrkisk mor fortæller:

“Jeg tror et eller andet sted, at det har noget at gøre med, at man har en anden farve, og så får man noget medicin, og så er det bare ud af døren [...]. Det forventer de [sygehuspersonalet], at folk fra udlandet forventer, at de får mere medicin, hvis de er syge [...]. Så jeg tror, der er et eller andet omkring... altså, måske lidt racisme. Hvor man bare får smidt i hovedet “Her er noget medicin, og så kan du godt smutte hjem”. Det er ligesom for at lukke munden på mig.”

Undersøgelsen viste variation i informanternes ønsker om medicinering, hvor nogle pointerede vigtigheden af grundig diagnosticering, mens andre udtrykte en forventning om at blive behandlet medicinsk.

Undersøgelsens konklusioner

Fælles for undersøgelsens informanter var deres overordnet set positive oplevelser af deres barns behandlingsforløb på børneafdelingen på henholdsvis Amager og Glostrup Hospital. Her blev særligt plejepersonalets hjælpsomhed, hospitalslægernes faglige dygtighed, tilliden til det danske sygehusvæsen og muligheden for medbestemmelse fremhævet som positive aspekter. Trods de mange positive udsagn, havde flere også oplevet mindre tilfredsstillende aspekter i forbindelse med indlæggelsesforløbet, eksempelvis sen diagnosticering, oplevelsen af manglende lydhørhed og undersøgelsesinitiativ i primærsektoren samt travlhed hos plejepersonalet.

I undersøgelsen kom det også til udtryk, at nogle af informanterne oplevede at blive mødt med fordomme om etniske minoriteter og deres brug af sundhedsvæsenet, eksempelvis i form af manglende lydhørhed og undersøgelsesinitiativ samt hurtig medicinering i primærsektoren. Enkelte informanter oplevede ligeledes, at sundhedspersonalet på sygehuset havde fordomme om etniske minoriteters kønsroller.

Patientoplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital

Da undersøgelsen blandt forældre til børn indlagt på børneafdelingerne havde vist, at en del etniske minoritetspatienter oplever manglende lydhørhed og initiativ til udredende undersøgelser hos deres praktiserende læge, gennemførte Enheden for Brugerundersøgelser i 2009 en spørgeskema- og interviewundersøgelse, der satte fokus på forskelle i etniske minoritetspatienters og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital. Undersøgelsens samlede resultater er offentliggjort i rapporten *“Etniske forskelle i patienters oplevelser – en spørgeskema- og interviewundersøgelse om etniske forskelle i patientoplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital”* (2).

8.000 tilfældigt udvalgte patienter modtog et spørgeskema, der blev udsendt på syv forskellige sprog til samtlige modtagere. Svarprocenten for danskere var 49,7 % og for indvandrere/efterkommere 35,6 %. Efter svarene var modtaget, blev der foretaget kvalitative interviews med i alt 14 indvandrere/efterkommere og danskere, samt syv interviews med sygehuspersonale.

I det følgende refereres de overordnede konklusioner fra undersøgelsen.

Uopfyldte behov for tolk

Undersøgelsen viste, at ikke alle indvandrere/efterkommere, der giver udtryk for at have brug for tolk, får dette tilbudt. Således vurderede 37 % af de etniske minoritetspatienter, at de i forløbet fra deres praktiserende læge til den første tid under indlæggelsen på hospitalet havde behov for tolk, og heraf fik 60 % tilbudt en tolk. I interviewene blev dette uddybet med, at det uopfyldte behov for tolk under indlæggelsen kan resultere i utryghed og uvidenhed om, hvilke undersøgelser eller indgreb patienten skal gennemgå eller har gennemgået.

Inddragelse kan skabe usikkerhed

Til trods for, at 71 % af undersøgelsens etniske minoritetspatienter vurderede, at det er meget vigtigt at blive inddraget i beslutninger om behandlingsforløbet hos praktiserende læge, oplevede 28 %, at de blev inddraget for meget. De tilsvarende tal for etnisk danske patienter i undersøgelsen var 57 %, der vurderede, at det er meget vigtigt at blive inddraget i beslutninger om deres behandlingsforløb, og 3 % der oplevede, at de blev inddraget for meget. Der var således større uoverensstemmelse i de etniske minoritetspatienters ønsker om medinddragelse og oplevelse af at blive inddraget for meget. I de kvalitative interview gav størstedelen af de etniske minoritetspatienter udtryk for, at de havde fuld tillid til, at deres læge har faglige forudsætninger for at vide, hvad der er bedst, og at medinddragelse af patienten i beslutninger om behandlingsforløbet kan føre til, at man mister tillid til lægens faglighed og bliver usikker på, hvem der egentlig har ansvaret for behandlingen og patientforløbet.

Mangel på tid og nærvær

Flere etniske minoritetspatienter end etnisk danske patienter oplevede mangel på nærvær og lydhørhed hos deres praktiserende læge. 55 % af de etniske minoritetspatienter mod 75 % af de etnisk danske patienter oplevede, at deres praktiserende læge i høj grad var lydhør. Under de kvalitative interview gav de etniske minoritetspatienter udtryk for, at manglende lydhørhed fra den praktiserende læges side kan resultere i usikkerhed i forhold til, om deres læge forstår dem korrekt.

"...det kan godt være, hun forstår mig, men det er som om, hun så hurtigt som muligt vil blive færdig med mig, og så er det, jeg tænker, om det måske er fordi, at hun ikke kan forstå mig, eller måske har jeg udtalt noget forkert?... Det er ikke kun mig, det er også de andre, jeg kender, som ikke har den samme læge, de siger også sådan at, det bare er sådan." (37-årig serbisk indvandrer)

De praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen, kunne ikke genkende til, at der ikke altid er tid nok til den enkelte patient, og forklarede den manglende tid ved konsultationer med etniske minoritetspatienter med øget papirarbejde og etniske minoritetspatienters anderledes sygdomsopfattelser. Her blev spørgsmålet om, hvornår man er syg, og hvornår man skal have medicin særligt fremhævet, men

også etniske minoritetspatienters manglende viden om det danske velfærdssamfund og sundhedsvæsenets indretning samt forståelse af den praktiserende læges rolle.

Afsluttende perspektiver

Undersøgelserne har peget på en række forhold, der er væsentlige i sundhedspersonalets møde med etniske minoritetspatienter. Blandt etniske minoritetspatienter, som blandt etnisk danske patienter, er der stor variation i patientgruppens forståelse af og forventninger til sundhedsvæsenet, afhængig af eksempelvis patientens socialstatus, livsstil og familiesituation. Ethvert behandlings- og plejetilbud bør følgelig tage udgangspunkt i den enkelte patients individuelle behov, herunder kommunikationsbehov, medinddragelses- og medbestemmelsesbehov, behov for tryghed og omsorg, behov for pårørendeinddragelse mv. Herved kan det undgås, at fordomme om etniske minoriteter generelt set kommer til at præge relationen til etniske minoritetspatienter og/eller deres pårørende.

Med øje for, at etniske minoritetspatienter ikke udgør en homogen gruppe, kan det i mødet med den etniske minoritetspatient være væsentligt at afkode den enkeltes sprogkundskaber, så rammerne for kommunikationen afklares. Viser der sig at være sproglige udfordringer, bør sundhedspersonalet sikre, at den givne information er forstået. Personalet bør gøre opmærksom på, at der er en række forhold, som patienter og pårørende kan medinddrages i under indlæggelsen. I tilfælde af patienter, der forventer hurtig medicinering og ikke får dette, anbefales det, at årsagen til den manglende medicinering forklares for at undgå tvivl og utryghed hos patienter og pårørende. Og i mødet med de patienter, der har behov for sådanne særlige hensyn, er det vigtigt, at der afsættes tid til patienten, så denne ikke oplever at blive overset og overhørt.

1. *"Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus - En kvalitativ undersøgelse af forældres oplevelser under deres barns indlæggelse på en børneafdeling"* (Enheden for Brugerundersøgelser 2007).

2. *Etniske forskelle i patienters oplevelser – en spørgeskema- og interviewundersøgelse om etniske forskelle i patientoplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital"* (Enheden for Brugerundersøgelser 2009).

6 Perspektiver og fremtidige initiativer

Sundhedsstyrelsen har gennem en årrække haft fokus på etniske minoriteter og vil fortsat have et fokus. Det vil dels ske ved at indtænke dette perspektiv i forhold til indsatser for at reducere den sociale ulighed i sundhed, ligesom der fortsat vil være behov for særskilte indsatser og løbende monitorering.

6.1 Hvilken vej skal vi gå – input fra nøglepersoner på området

Som opfølgning på de fem regionale seminarer indbød Sundhedsstyrelsen i januar 2010 nøglepersoner med interesse i og muligheder for at gøre en positiv forskel for etniske minoriteters sundhed til en workshop¹ med titlen *Etniske minoriteters sundhed – hvilken vej skal vi?*²

Vi står overfor mange udfordringer i forhold til at hjælpe og støtte etniske minoriteter til en bedre sundhed. Selvom der er et stigende fokus på udfordringerne, og en positiv udvikling i forhold til målrettede indsatser, viser undersøgelser og erfaringerne, at der fortsat er behov for en styrket indsats på tværs af fag og sektorer.

Mange forskellige emner blev således sat til diskussion af deltagerne, og der blev givet forslag til nye tiltag og løsningsmuligheder inden for hvert emne. Nogle af indsatserne kan implementeres lokalt, andre henvender sig til det nationale niveau, mens andre igen henvender sig til Ngo'er og forskningsinstitutioner.

Nedenfor er en liste over emner og forslag:

Involvering af politikere

Der er behov for at etablere dialog mellem politikere og fagfolk. Dette kan ske gennem ex. ad hoc udvalg i regioner og kommuner. Etniske minoriteters sundhed bør indgå i alle sammenhænge, hvor lighed i sundhed er sat på dagsordenen og diskuteres. Viden om etniske minoriteters sundhedsforhold og forskningsresultater skal formidles – også til det politiske niveau, og der skal være fokus på sundhedsudfordringer såvel som positive sundhedsforhold, ex. alkohol.

Forslag:

- Dannelse af en erfagruppe bestående af fagpersoner, som vil arbejde for at informere og engagere politikerne

² Workshoppen blev afholdt ud fra metoden Open Space. Open Space er en mødeform og arbejdsmetode, hvor deltagernes viden og erfaringer mobiliseres og som benyttes i sammenhænge, hvor der er behov for at diskutere komplekse emner. Open Space skaber en enkel, men stærk ramme for en dynamisk proces af diskussion og samarbejde. Enhver deltager, der bidrager med sin kompetence og kreativitet har indflydelse på det endelige resultat.

- Tilbud om undervisning til politikere og embedsmænd i regioner og kommuner om etniske minoriteters sundhed, demografi og vilkår samt erfaringer med mødet i sundhedsvæsenet

Ny tolkelov

Erfaringerne viser, at tolkning ikke altid bruges hensigtsmæssigt og i tilstrækkeligt omfang, hvilket kan have etiske og behandlingsmæssige konsekvenser til følge (se fx Sundhedsstyrelsen, 2007: ”Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter”).

Ifølge sundhedslovens § 50 stk. 2 skal patienter, der har opholdt sig i Danmark i mere end 7 år³, og som fortsat har behov for tolkebistand, fra 1. juni 2011 betale gebyr for tolkebistand ved behandling hos praktiserende læger, praktiserende speciallæger og sygehusbehandling.

Formålet med ændringen i sundhedsloven er at øge incitamentet for herboende udlændinge til at lære at tale og forstå dansk. Bestemmelsens ikrafttræden har været udskudt i syv år med henblik på at give berørte personer mulighed for at nå at indrette sig på de ændrede muligheder for gratis tolkebistand. Loven giver mulighed for at undtage visse persongrupper fra at skulle betale gebyr fx hvor hensyn til alder samt psykisk tilstand taler for det og i forhold til torturofre. Der vil således blive fastsat nærmere regler om gebyrets størrelse og opkrævning af gebyr, herunder regler om at nærmere bestemte personer ikke skal betale gebyr, hvor særlige hensyn taler for det. Det bemærkes endvidere, at det altid beror på en lægefaglig vurdering i den enkelte situation, om tolkebistand er nødvendig.

Forslag:

- Dannelse af en arbejdsgruppe som beskæftiger sig med den nye lovs konsekvenser – fordele og ulemper, og som tager kontakt til Lægeforeningen, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen, Diabetesforeningen m.fl.
- Undersøge hvor stort tolkebehovet er for etniske minoritetspatienter, som har opholdt sig i Danmark mere end syv år
- Mere skriftligt materiale skal oversættes – evt. filer, som læses op for de patienter, der ikke har tilstrækkelige læsefærdigheder

³ Regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne i forbindelse med finansloven for 2011 aftalt, at fristen for betaling af gebyr for tolkebistand skal være 4 år. Dette kræver ændring af sundhedslovens § 50.

Registrering og kategorisering af etniske minoritetspatienter

Der er i sundhedsvæsenet behov for at foretage registreringer i forhold til ex. risikovurderinger, monitoreringer, kvalitetskontroller mv. Der er behov for en indsats for at udvikle kategorier for registreringer, alternativt baseres registreringen på kategoriseringer som er tilfældige, uensartede og måske stigmatiserende.

Tre fokusområder peger i forskellige retninger i forhold til stigmatisering:

- Behov for registrering, dokumentation og evidens koblet på etnisk baggrund/oprindelse
- Behov for differentierede tilbud til behovsgrupper
- Behov for at undgå stigmatisering ved gennem sprog og retorik at undgå at henvise til etnicitet og i stedet fokusere på det enkelte menneske og på sociale grupper.

Forslag:

- Et projekt om udvikling og afprøvning af klinisk relevante og praktiserbare spørgsmål/kategorier/systemer til angivelse af selvrapporteret etnisk tilhørsforhold/identitet
 - For 1. generation indvandrere kan fødeland anvendes som kategori
 - For senere generationer kan selvrapporteret etnicitet anvendes som kategori
 - Sprog kan indgå som kategori
 - Der er ikke behov for selvstændig registrering af religion
- Måske er det bedre at forholde sig til/arbejde med de seks ligestillings'streng', equality strands, frem for etnicitet: race, køn, handicap, seksuel orientering, alder, religion og/eller tro (<http://www.idea.gov.uk/idk/core/page.do?pageId=9422139>)

Tilbud og ydelser til etniske minoritetspatienter

For at opnå social lighed i sundhed kan det være nødvendigt at behandle mennesker forskelligt. Specifikke tilbud målrettet flygtninge og 1. generations indvandrere kan i en kortere eller længere periode og eventuelt permanent være nødvendigt.

Forslag:

- I mange tilfælde kan en tovholder/casemanager være en forudsætning for, at de etniske minoritetspatienter får optimalt udbytte af eksisterende tilbud.
- Alle sundhedsuddannelser kan med fordel indeholde undervisning i etniske minoriteters sundhed, så de sundhedsprofessionelle kan takle disse patienters særlige behov og vilkår i de generelle tilbud.

Patientuddannelse

Professionel visitation til patientuddannelse med fokus på patientens og de pårørendes samlede ressourcer og på en kompleks problemstilling, som ofte berører flere sektorer.

Vigtige elementer i uddannelsen:

- Der skal sikres en hensigtsmæssig sammensætning af deltagere: køn, alder, uddannelse, sprog (tolkning).
- Uddannelsen skal være sundhedsfremmende, netværksskabende og praksisorienteret
- Pårørende skal så vidt muligt inddrages
- Uddannelsen skal så vidt muligt forankres i lokalmiljøet
- Der skal være fokus på kendskab til sundhedsvæsenet, kropsbevidsthed, rettigheder og indeklima

Kulturelle mediatorer

Kulturelle mediatorer må ikke udgøre et nyt bureaukratisk lag. En mediatorordning skal være fleksibel, således at den kan benyttes, når behovet opstår.

Forslag:

- Funktionen kan med fordel organiseres som en nøglepersonsmodel
- Uddannelsen skal have med et tydeligt curriculum
- Der er behov for samarbejde mellem kulturelle mediatorer på hospitaler og sundhedsformidlere i kommuner fx i forbindelse med tilbud om og rekruttering til patientuddannelse.

6.2 Perspektiver fra regionerne - nye initiativer og projekter

Ifølge Danske Regioner skal: "Alle borgere modtage behandling af samme høje kvalitet uanset, hvem de er, hvor de bor, og hvad de fejler. Hverken den enkeltes etniske baggrund, økonomiske situation, sociale status, alder, køn eller om man fejler en psykisk eller en somatisk sygdom må have betydning for tilgængeligheden, kvaliteten og sidste ende resultatet af pleje og behandling i det danske sundhedsvæsen".

Danske Regioner lægger i forlængelse heraf vægt på, at der er behov for specielle tilbud rettet mod etniske minoriteter. Eller at eksisterende tilbud kan tilpasses forskellige etniske gruppers individuelle behov, særlige problemstillinger og livsvilkår, hvis der skal opnås social lighed i behandlingsresultatet. Danske Regioner har taget initiativ til en kortlægning af indsatser i regionerne, som retter sig mod social

lighed i sundhed, og hvor initiativer omfattende etniske minoriteter indgår som et vigtigt element.

Sundhedsstyrelsen har i den nye specialeplanlægning fastsat indsatsen overfor traumatiserede flygtninge som en regionsfunktion i specialevejledningen for psykiatri. I forlængelse heraf har Sundhedsstyrelsen godkendt en række steder til at varetage denne specialfunktion. Fastsættelsen af funktionen som specialfunktion betyder, at enhederne/stederne skal leve op til en række krav bl.a. årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen. Yderligere information om krav og vilkår for regionsfunktionen fremgår af Sundhedsstyrelsens hjemmeside – www.sst.dk

Sikring af hensynet til etniske minoriteters særlig behov med henblik på at sikre optimale og sammenhængende patientforløb for denne gruppe patienter indgår ligeledes i flere standarder fra Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM.

Den Danske Kvalitetsmodel – DDKM

Standard 2.1.4 har til formål at sikre, at institutionens ydelser tager højde for patientens og pårørendes religiøse og kulturelle behov. Retningslinjerne omfatter ex. institutionens tilbud til opfyldelse af patientens ønsker, håndtering af patientens blufærdighed, pastoral støtte og religiøse behov ved dødsfald.

Øvrige standarder med betydning for etniske minoriteters møde med sundhedspersonalet på hospitaler er ex. standard 2.1.2 og 2.1.3 om patientens og pårørendes inddragelse i beslutninger vedrørende behandling.

Udvikling af etniske minoriteters sundhed og mødet med sundhedsvæsenet er således også fokusområder i alle fem regioner. Det følgende er ikke en udtømmende beskrivelse af, hvad der sker rundt omkring i regionerne, men skal ses som eksempler på den brede vifte af regionale initiativer og nye eller planlagte projekter.

Regionale seminarer

Regionernes fokus på og prioritering af området vedr. etniske minoriteter kom tydeligt til udtryk i forbindelse med afholdelsen af de fem regionale seminarer. Dels var der stor tilslutning til seminarerne og et stort engagement. Dels har regionerne efterfølgende kunne fortælle om, hvordan seminarerne har givet anledning til fortsatte drøftelser i de enkelte regioner og til udveksling af inspiration for indsatser. Ex. har Region Nordjylland fastholdt kontakten til flere af oplægsholderne fra seminaret, og repræsentanter fra Aalborg Sygehus besøgte i september 2010 Rigshospitalets etniske ressource team.

Sundhedsaftaler

Det regionale seminar om etniske minoriteter i sundhedsvæsenet i Region Sjælland har været afsat for drøftelser om emnet i regionens administrative styregruppe for sundhedsaftaler. Både regionen samt regionens kommuner og praktiserende læger har en fælles interesse i emnet og et ønske om at iværksætte fælles tværsektorielle initiativer. Regionen har derfor nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med et oplæg til den administrative styregruppe i forhold til, hvilke initiativer, der kan sættes i gang, så de bedst muligt supplerer de indsatser, der findes i forvejen. Et eksempel på et lignende initiativ er Region Syddanmark som i forlængelse af den regionale samarbejdsaftale på det psykiatriske område vil lave tillægsaftaler, der beskriver samarbejdsrelationer og gensidige forpligtelser for særlige målgrupper – herunder traumatiserede flygtninge og krigsveteraner. Formålet med tillægsaftalen for denne særlige målgruppe er at sikre en hensigtsmæssig og tydelig arbejdsdeling, information og kommunikation mellem almen praksis, kommuner og psykiatriske tilbud til gavn for borgeren/patienten og dennes pårørende. Ligeledes at sektor overgangene sker under hensyntagen til målgruppens særlige behov for støtte.

Tolkning

Tolkning er et vigtigt fokusområde i alle regioner. Et eksempel på dette er Region Syddanmark, der har en målsætning om at implementere teletolkning på alle relevante sygehusafdelinger i regionen inden udgangen af 2012. Teletolkning er tolkebistand leveret via videokonference. Regionen har således siden medio 2009 været i gang med at udbrede teletolkning på sygehusafdelingerne på Fyn (Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus). I oktober måned 2010 starter teletolkning desuden op på Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland. Et andet eksempel er Region Nordjylland, der har en ny folder på vej om retningslinjer til sundhedspersonalet vedr. tolkebistand.

For information om folderen "Tolkning til patienter med anden etnisk baggrund end dansk" henvises til Sundhedskoordinator Lise Søndergaard: lise.soendergaard@rn.dk

Diverse projekter

Der er flere projekter vedrørende etniske minoriteters sundhed i gang eller på vej rundt om i regionerne.

Som eksempler på regionale udviklings- og forskningsprojekter nævnes her tre projekter i Region Midtjylland:

Projektet om interkulturel sundhedsfremme og rehabilitering startede i foråret 2010 i Region Midtjylland. Projektet er et treårigt forsøgs- og udviklingsprojekt, som Center for Folkesundhed har udviklet i samarbejde med Århus, Randers, Herning, Holstebro og Horsens kommuner med finansiering fra Forebyggelsesfonden og Helsefonden. Formålet med projektet er at fremme etniske minoritetsborgeres sundhedstilstand, egenomsorg og trivsel, herunder:

- At gøre borgeren i stand til bedre at leve med kronisk sygdom / smerter
- At gøre patienten bedre til at bruge sundhedsvæsenet hensigtsmæssigt
- At afdække patientens ressourcer som et led i at skabe større oplevelse af sammenhæng og håndterbarhed.

Desuden er et væsentligt element i projektet at udvikle, gennemføre, monitorere og evaluere et differentieret og målrettet patientuddannelsesforløb for etniske minoritetspatienter.

Der er ansat en projektleder i Center for Folkesundhed og en interkulturel koordinator i hver af de fem kommuner, som på baggrund af et fælles uddannelsesforløb med fokus på interkulturel kommunikation, brugen af et interkulturelt sundhedsnarrativ og sundhedspædagogiske metoder, rekrutterer deltagere i kommunen i samarbejde med kommunens øvrige sundhedspersonale, praktiserende læger, hospitalerne, beboersamarbejdet, arbejdsmarkeds-sektoren, foreningslivet mfl. Indsatsen både bygger på og understøtter det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

For mere information om projektet henvises til www.centerforfolkesundhed.dk

Projektet om fremme af social lighed og reproduktiv sundhed for familier i Gellerup gennem udvikling af sundhedsplejen og jordemoderpraksis er under planlægning. Hensigten med dette projekt er med et antropologisk perspektiv at udbygge viden om, hvordan familieplanlægning og præventionsrådgivning bedst rettes mod gruppen af kvinder og unge familier i Gellerup. Projektet tager udgangspunkt i mødet mellem den sundhedsprofessionelle og de etniske minoritetskvinder og undersøger forskellighederne i forståelsen af reproduktiv sundhed. Desuden ses der på muligheder eller forhindringer for at tilegne sig og anvende viden om reproduktiv sundhed. Det er i den sammenhæng nødvendigt at søge dybere indsigt i, hvilke sociale, kulturelle og religiøse forestillinger og begreber, der knytter sig til de respektive forståelser af begreberne køn, kvindelighed, krop, sex, moderskab, familiestiftelse, graviditet, fødsel, smerte, amning. Der er søgt om penge til forberedelse af et ph.d. projekt.

Sundhedshuset i Gellerup har eksisteret som projekt siden 2001. Vordende forældre og småbørnsfamilier i område Vest, særligt familier med anden etnisk baggrund end dansk, er målgruppen for det koordinerede samarbejde mellem sundhedsplejersker og jordemødre.

For mere information henvises til Inge Wittrup, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; inge.wittrup@stab.rm.dk

Formålet med projektet vedr. børn af traumatiserede flygtninge er at udvikle og implementere en samarbejdsrutine, omkring flygtninge med børn henvist til Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro, KTFH og nøglepersoner i region og kommuner. Der skal udvikles en metode og et tilbud, der kan forebygge de negative effekter af at vokse op med forældre, der er traumatiserede efter oplevelser i hjemlandet. Indsatsen skal have fokus på hele familien og det omsorgsnetværk, der omgiver barnet/den unge og samtidig sikre en sammenhængende indsats

på tværs af de relevante offentlige sektorer, som familien er i kontakt med. Samspil mellem kommunale forvaltninger og skoler/daginstitutioner, praktiserende læger og evt. psykiatriske behandlingsinstitutioner skal styrkes for at fremme en tidlig opsporing af børnene. Projektet er under planlægning.

Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro er en del af Region Midtjyllands behandlingstilbud til voksne flygtninge i den vestlige del af Regionen. Klinikken hører under Regionspsykiatri Vest og dækker 8 kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Skive, Struer og Viborg. Kommunerne har et samlet befolkningstal på ca. 427.000.

For mere information henvises til Inge Wittrup, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; inge.wittrup@stab.rm.dk

Som et led i udmøntningen af kronikerpuljen finansierer Region Syddanmark en række projekter, der understøtter indsatser for etniske minoriteter. Ud over projektet vedr. Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital, som er omtalt i anden artikel, kan følgende nævnes:

- Projekt om udvikling af almen praksis, som bl.a. har fokus på udvikling af almen praksis som tovholder - herunder den proaktive læge/praksis, kronikermedarbejderen og patientens plan. Væsentlige elementer er udskrivningen af den ældre og svagelige patient, de sociale aspekter af tovholderrollen og ikke mindst samarbejdet med kommunerne om de svageste patienter - herunder blandt andre etniske minoriteter.
- Projekt forløbskoordination udspringer bl.a. af særligt sårbare patientgruppers erkendte behov for støtte. Projektet har til formål at udvikle modeller for effektiv forløbskoordination, herunder at opnå højere vidensniveau med hensyn til etablering af forløbskoordinerende funktioner på tværs af sygehus, kommune og egen læge.

For mere information om projekterne henvises til Anne B. Stisen, konstitueret chefkonsulent, Region Syddanmark

Øvrige initiativer

Region Nordjylland har iværksat initiativer med fokus på sundhedspersonale af anden etnisk baggrund. Eksempel er der ultimo 2009 iværksat et samarbejde imellem Aalborg Kommunes integrationskontor og Ålborgs sygehus vikarkontor med henblik på at motivere personer med anden etnisk baggrund til at starte på en sundhedsuddannelse. 6 personer med anden etnisk baggrund gennemgik i 2009 et 13 ugers praktikforløb på seks forskellige afdelinger. Efterfølgende er én person startet på social- og sundhedsassistentuddannelsen. De resterende personer er ved at opkvalificere sig til en sundhedsuddannelse. Der blev tilbudt danskundervisning under forløbet.

Ultimo 2010 gennemfører 3 personer med anden etnisk baggrund et 13 ugers praktikforløb. Alle 3 personer har for nuværende sendt ansøgning til en sundhedsuddannelse. Projektet er endnu ikke planlagt for 2011 endnu.

For mere information henvises til sundhedskoordinator Lise Søndergaard: lise.soendergaard@rn.dk

Region Nordjylland dannede i 2009 et mentornetværk på frivillig basis for de ca. 35 medarbejdere af anden etnisk baggrund på Sygehus Thy-Mors. Formålet med at være mentor for en familie med anden etnisk baggrund er udvikling af det sociale aspekt. Hele familien tænkes med i integrationsindsatsen, og nøgleordene er gensidighed - respekt for hinandens kultur og gensidig forståelse. Der har været afholdt et sammenskudsgilde, hvor hver familie, såvel den etnisk danske som ikke etnisk danskere, medbringer en "national" ret. Der har været skovture, en teateraften med spisning, et orienteringsløb med efterfølgende kaffebord med kager fra alle familier, og familierne har besøgt hinanden på tværs.

For mere information henvises til Mona Østergaard Klit: mook@rn.dk

6.3 Forskning indenfor sundhed, migration og etnicitet

Af

læge Marie Nørredam & professor Allan Krasnik, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Hvorfor er migranternes sundhed et vigtigt forskningsområde?

Globalisering med øget kommunikation og transportmuligheder har øget migration i de senere årtier, men ikke altid integrationen. Alene fra 1975 til 2000 fordobledes antallet af indvandrere til 175 millioner på verdensplan svarende til 3 % af verdens befolkning. Tallene dækker over mange slags indvandrere, herunder migrantarbejdere, familiesammenførte, flygtninge og asylansøgere, mens udokumenterede indvandrere og internt fordrevne ikke er medtaget. Migration medfører, at vi globalt som lokalt i stigende grad oplever en multikulturel verden, hvilket indebærer nye udfordringer for vore samfund. En af de store udfordringer ved den stigende migration er at håndtere indvandreres sundhed. Indvandrere udgør en potentielt sårbar gruppe helbredsmæssigt, fordi de er udsat for en række risikofaktorer både før, under og efter migrationen. Desuden har indvandrere ofte andre sygdomsmønstre og sygdomsopfattelser end befolkningen i modtagerlande, og ofte oplever de barrierer i adgangen til og under brugen af sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt, at deres sundhedssituation tages alvorligt - også fordi et ordentligt helbred er en forudsætning for vellykket integration og dermed for positiv deltagelse og bidrag til modtagerlandenes samfund.

Systematisk forskning indenfor indvandreres risikofaktorer for sygdom, sygdomsmønstre, sundhedsadfærd og adgang til sundhedsydelser er en forudsætning for at kunne optimere migranternes helbredssituation. Dét, at migration har mange konsekvenser for sundhed og sygelighed samt sundhedsvæsenet og dets personale, vil blive stadig tydeligere i kraft af omfanget af migration samt den sociale og sundhedsmæssige ulighed, som let følger sammenkoblingen mellem migration og

sociale vilkår. Således overlapper forskningsfeltet med forskning indenfor social ulighed i sundhed. Sundhed og sygdom i forbindelse med migration har desuden betydning for både oprindelses- og modtagerland, hvad enten migrationen foregår mellem vestlige lande eller udviklingslande eller fra udviklingslande til vestlige lande. Således overlapper feltet ligeledes med forskning indenfor global sundhed.

Forskningsaktiviteter på europæisk og dansk plan

Forskning indenfor migration og sundhed er i kraftig vækst over hele Europa. Der er i de senere år etableret mange nye både nationale og internationale forskningsgrupper og forskningsaktiviteter vedrørende migranternes sundhed, og den tredje internationale konference om migranternes sundhed afholdtes i Ungarn i 2010. I Danmark har forskningen hidtil været præget af få og begrænsede forskningsaktiviteter til trods for en stigende efterspørgsel af systematiseret viden og undervisning blandt andet fra sundhedspersonale på landets hospitaler samt studerende på mange uddannelser fx medicin og folkesundhedsvidenskab. Desuden er der stor interesse for problemstillingerne blandt sundhedsplanlæggere, administratorer og politikere, som har behov for bedre grundlag for beslutninger. Mange problemer nævnes i medierne og den politiske debat, men dokumentationen for deres karakter, udbredelse og årsager – og ikke mindst deres løsninger – er fortsat utilstrækkelig. Dermed præges debat og beslutninger ofte af gisninger og fordomme frem for viden og dokumentation.

Dansk forskning i integration og sundhed har næsten altid været finansieret gennem små, kortvarige bevillinger fra myndigheder eller fonde. Men den 1.1.2010 gav Trygfonden en 4-årig bevilling til Københavns Universitet med henblik på at oprette Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU). Visionen er at forbedre indsatsen vedrørende flygtninge og indvandreres sundhed gennem styrkelse af den tværfaglige forskning, undervisning og formidling om sundhed, sygdomsårsager og sundhedsvæsenets indsats blandt migranter og etniske minoriteter. Især fokuseres på betydningen af social ulighed og etnicitet for migranter og etniske minoriteters sundhed; samt selve migrationsprocessens betydning, herunder koblingen mellem forhold i migranternes og etniske minoriteters oprindelseslande og modtagerlande. Denne vision ønskes opnået ved at:

- Initiere og gennemføre selvstændig forskning på internationalt niveau vedrørende forhold for migranter og etniske minoriteter i Danmark samt deres oprindelseslande
- Fremme og koordinere dansk forskning på området - herunder at udvikle og evaluere særlige sundhedstiltag blandt indvandrere og efterkommer
- Medvirke til netværksdannelse blandt forskere og andre væsentlige aktører og interessenter på området
- Gennemføre undervisningsaktiviteter og videnskabelig og almen formidling af danske og internationale forskningsresultater vedrørende sundhedsmæssige forhold og konkrete tiltag til fremme af sundhed og integration blandt migranter og etniske minoriteter.

MESU, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, er oprettet ved Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet i 2010 i tæt samarbejde med Copenhagen School of Global Health ved Københavns Universitet, Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet samt Indvandrermedicinsk Kompetence Enhed ved Odense Universitets Hospital.

Forskningsområdet

Hverken dansk eller international litteratur har frembragt nogen klar konsensus om en definition af forskningsområdet vedrørende betydningen af etnicitet og migration for sundhed. Overordnet kan det fastslås, at feltet beskæftiger sig både med betydningen af migrationsprocesser og betydningen af etnicitet for sygdom og adgang til sundhedsvæsenet blandt indvandrere og flygtninge. Overordnet fokuserer forskningen på:

- Migranternes og etniske minoriteters sundhed og sygdomsmønstre
- Sundhedsvæsenets struktur, funktion og effekt i forhold til migranter og etniske minoriteter.

I Danmark har forskningen væsentligst været koncentreret om sygdomsmønstre og kontaktmønstre til sundhedsvæsenet for forskellige indvandrergrupper, psykiske traumer og specielle sygdomme såsom smitsomme sygdomme samt om (manglende) kontakt og kommunikation mellem behandlere og patienter på tværs af sprogforskelle, værdier og holdninger i forhold til sygdoms- og behandlingsopfattelser mv.

Perspektiver i forskningen

Flere forskningsområder vil være relevante at få belyst i de kommende år. Herunder oplistes nogle væsentlige temaer:

Risiko for udvikling af sygdom samt behov og muligheder for forebyggelse og behandling.

Samspillet mellem migration, etnicitet og psykosociale faktorer i forhold til risiko for sygdom samt behov og muligheder for forebyggelse og behandling er et væsentligt forskningsområde. Det er allerede vist, at socioøkonomiske og psykosociale faktorer har betydning for indvandreres sundhed, da de ofte forklarer en betydelig del af de forskelle, der findes i sygelighed og adgang til sundhedsvæsenet. Psykosociale faktorer skal her forstås som både: sproglige kompetencer, diskrimination, manglende sociale netværk, marginalisering og isolering, men også akkulturation og integration. Der er et stort behov for at identificere de væsentligste faktorer og deres indbyrdes samspil med henblik på at udrede de komplekse årsagsforklaringer og etablere dokumentation for valg af den relevante intervention.

Migrationsprocessernes betydning for sygelighed

Et andet forskningsområde, der oplever stigende interesse, er selve migrationsprocessernes betydning for sygelighed, herunder påvirkningerne af de genetiske og miljømæssige mekanismer for sygdomsopståen og -udvikling, når individer flytter sig fra en del af verden til en anden. Håbet er blandt andet, at denne forskning kan medvirke til at give en forklaring på den høje forekomst af livsstilssygdomme som diabetes og hjertekarsygdom i visse indvandrergrupper, men samtidig give en dybere indsigt i de generelle sygdomsmekanismer.

I den sammenhæng har det særlig interesse at studere de nyligt opdagede samspil mellem infektionssygdomme og kroniske lidelser som diabetes (såkaldt double burden of disease), som kan medvirke til, at indvandrergrupper bliver ekstra belastet. Omvendt kan studier af en lavere forekomst af visse sygdomme blandt nyankomne indvandrere og de gradvise ændringer i sygdomsforekomsten over tid medvirke til at skabe ny viden om sygdomsfremkaldende faktorer – fx i forhold til kræftsygdomme og allergi.

Særligt sårbare grupper af indvandrere

Det er ligeledes vigtigt at fokusere på særligt sårbare grupper af indvandrere såsom asylansøgere, udokumenterede indvandrere, gravide, børn og ældre. Dette er grupper, der pga. eksempelvis deres sociale vilkår, manglende viden eller manglende rettigheder til sundhedsydelser bliver mere sårbare sundhedsmæssigt. Det er grupper, som kun i begrænset omfang indtil nu har været genstand for sundhedsforskning, og som kan have særlige behov og problemer. Desuden vil de kommende års betydelige vækst af ældre indvandrere i Danmark med kroniske sygdomme, sproglige problemer og svage netværk indebære en række store, nye udfordringer for sundhedsvæsenet.

Kontaktmønstre og brug af sundhedsydelser

Der vil forsat være stort behov for at undersøge en række generelle problemstillinger i relation til sundhedsvæsenets struktur, funktion og effekt i forhold til migranter og etniske minoriteter. Adskillige undersøgelser har vist, at migranternes kontaktmønstre i forhold til brugen af sundhedsydelser adskiller sig fra flertalsbefolkningen, ligesom der er betydelige forskelle imellem indvandrergrupper i forhold til deres opholdsgrundlag og etnicitet. Det er ligeledes vist, at der i mange tilfælde kan være tale om en mere uhensigtsmæssig eller manglende kontakt for migranter på grund af diverse barrierer i forhold til brugen af sundhedsvæsenet, herunder mangel på viden, utilstrækkelige sproglige kompetencer og forskellige kulturelle forhold. Uligheder i kontakten med sundhedsvæsenet kan resultere i mere fremskreden sygdom ved diagnose samt et dårligere behandlingsforløb, der i værste fald kan resultere i en nedsat overlevelse blandt migranter i forhold til majoritetsbefolkningen.

Udover kontaktmønstre og konsekvenser heraf har forskning vedrørende interventioner i sundhedsvæsenet fået stigende opmærksomhed. Det er en stadig udfordring for det danske sundhedsvæsen at modtage indvandrere fra forskellige steder i verden, og der er af hensyn til indvandrerne selv, men også til de sundhedsprofessionelle og det danske samfund behov for udvikling af evidensbaserede tiltag som mest effektivt imødekommer de særlige behov. Det er blandt andet vigtigt, at indvandrere hurtigt opnår bedst muligt kendskab til, hvordan det danske sundhedsvæsen fungerer. Aktuelt er der ingen systematisk introduktion til det danske sundhedsvæsen blandt nytilkomne indvandrere, om end det kan tænkes at have betydning for adgangen og deraf sygelighed.

Patientens møde med sundhedspersonalet og eksisterende tilbud

En anden udfordring for sundhedsvæsenet ligger i, hvordan personalet håndterer indvandrere med størst mulig kulturel kompetence og overvindelse af sprogbarrierer gennem tolkning og teknologiske innovationer. Endelig er der på en række specifikke sygdomsområder behov for belysning af, om de eksisterende forebyggende, diagnostiske og behandlingsmæssige tilbud er adækvate i forhold til mi-

granter. I hvilket omfang bør indvandrere forsøges integreret i de eksisterende tilbud, og i hvilket omfang bør man udforme særlige indsatser for specifikke migrantgrupper?

Disse udfordringer kræver forskning med særligt fokus på indvandrere og etniske minoriteter og synliggørelse af disse grupper i den generelle sundhedsforskning. Der er behov for udvikling af databaser med valide og relevante data om indvandrere og etniske minoriteter og gennemførelse af lokale, nationale og internationale projekter med udgangspunkt i de mange påtrængende sundhedsmæssige problemstillinger, som følger af den stigende mobilitet i verden.

Oplysningsfilm

Sfinx Film/TV er i gang med at producere en oplysningsfilm om sundhed, sygdom og forebyggelse, primært målrettet etniske minoriteter i Danmark. Filmen er en visuel introduktion til det danske sundhedsvæsen – vi er hos lægen, speciallægen, på apoteket og på hospitalet. Vi møder sundhedsfagligt personale og får indblik i de muligheder og rettigheder, man som borger har inden for området. Filmen bliver versioneret i flere forskellige sprog. Den udkommer på DVD og vil samtidig være tilgængelig på internettet både i sin fulde længde såvel som i kapitalemner. Filmen er støttet af Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på www.sfinx-film.dk på dansk: 1. februar 2011. DVD udgivelse i flere sprog: 1. april 2011
For mere information se www.sfinx-film.dk.
Her findes også andre oplysningsfilm til samme målgruppe.
Sfinx Film/TV, www.sfinx-film.dk, info@sfinx-film.dk, Tlf.: 33 32 32 53

6.4 Forskningsnetværket Etniske Minoriteters Sundhed

Netværket blev oprettet i 2006 af midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og koordineres af Statens Institut for Folkesundhed. Netværket blev dannet for at skabe et fælles forum for forskere, der beskæftiger sig med etniske minoriteter, på tværs af organisationer og institutioner i hele landet. Også regioner og kommuner efterspurgte viden om og erfaringer med arbejdet med etniske minoriteters sundhed i forbindelse med deres nye ansvarsområder indenfor sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, og flere regioner deltager og er aktive i netværket.

Netværket udgør i dag 125 medlemmer og interessen er stigende blandt både forskere og praktikere. Der afholdes heldagsseminarer i netværket på Statens Institut for Folkesundhed to gange årligt med tilrejsende fra hele Danmark, og igangværende og færdige forskningsprojekter fremlægges og diskuteres. Seminarerne giver mulighed for

- faglig sparring, erfaringsudveksling og inspiration
- opdatering om forskningsområder nationalt og internationalt
- netværksdannelse og mulighed for at finde samarbejdspartnere

Referat og oplæg fra seminarerne findes på Statens Institut for Folkesundheds hjemmeside: [www.si-folkesundhed.dk/Etniske Minoriteter/Forskningsnetværk](http://www.si-folkesundhed.dk/Etniske_Minoriteter/Forskningsnetvaerk).