

Innspill til ny nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 fra SOHEMI

(Fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen/Helsedirektoratet)

Vi takker for invitasjonen til dialogmøtet i forbindelse med arbeid med ny nasjonal helse- og sykehusplan – og for muligheten til å komme med skriftlige innspill til kommende plan.

Vårt primære budskap er at Helse-Norge må ta innvandrerhelse på alvor.

HOD har per tiden valgt å ikke ha egen strategi for innvandrere, men presiserer at innvandrethelse skal være implisitt i helsetiltak som opprettholdes og igangsettes. En viktig rapport fra Storbritannia i 2018, *“Local action on health inequalities. Understanding and reducing ethnic inequalities in health”* (1), viser at helsetiltak rettet mot majoritetsbefolkningen, og som ikke tar hensyn til innvandrere, snarere kan bidra til å øke helseforskjellene mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen. Gode intensjoner risikerer dermed ikke bare å bli kraftløse, men muligens gjøre vondt verre for innvandrere dersom de ikke monitoreres og evalueres.

Det er umulig å vite hvordan vi «treffer» på kvalitet og likeverdighet i helsetjenester for innvandrere uten å systematisere indikatorer slik vi gjør for andre grupper i befolkningen. Per dags dato er det nesten utenkelig ikke å dele inn kvalitetsdata etter kjønn, alder, sosioøkonomiske variabler, eller samisk bakgrunn, for å nevne noen. Innvandrerbakgrunn må være en av disse gruppene som kartlegges systematisk. Dermed er det helt nødvendig å inkludere variabler om innvandrere i alle systematiske evalueringer av kvalitet av helsetjenester og nyere tiltak. Dette må nødvendigvis inkludere kvalitetsindikatorerne som for eksempel FHI jobber med samt de nasjonale registrene. På det siste punktet er Kreftregisteret en rollemodell til etterfølgelse.

Vi trekker her frem noen sentrale elementer, i tråd med hovedtemaene vi har fått innsikt i at den nye nasjonale helse- og sykehusplanen skal organiseres etter: Samhandling, teknologi, psykisk helsevern og kompetanse.

Samhandling

Målet med samhandling må være at pasienten opplever sømløse overganger mellom tjenestenivåene, og at hun eller han møtes på en respektfull måte som ivaretar den enkeltes forutsetninger.

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

1. Før henvisning: Evaluering av pakkeforløp er nødvendig. Litteraturen viser at mange innvandrere presenterer symptomene sine (både fysisk og psykisk) annerledes enn det legen forventer; de får oftere ikke-spesifikke diagnoser og de har gjerne flere konsultasjoner før de blir henvist til andrelinjetjenester med tanke på for eks. kreft (2, 3). Siden flere og flere henvisninger og forløp blir

tilpasset "pasientforløpet" må effekten av disse evalueres, med særlig blikk på effekten for innvandrere.

2. Ved henvisning: Behov for tolk må komme tydelig frem. Systematisk registrering av foretrukket språk for ALLE pasienter kan gjøre livet enklere både for pasienter og pårørende og for de som henviser, når de inkluderer dette i sine henvisningsrutiner. Gode *tekniske løsninger* kan bli utviklet slik at journalen henter språk-informasjon fra pasientopplysninger på en automatisk måte.

Samhandling med andre aktører

Språklig tilrettelagt informasjon (oversatt/tolk) og økt kunnskap er ikke alltid tilstrekkelig for å møte pasientens behov (tross at dette kan være viktige steg). Flere studier viser at innvandrere møter sjeldnere til livmorhals- og brystkreftscreening (4-6). Intervensjoner som øker kunnskap om sykdommen og screeningprogrammet, tross tro på at tiltaket fungerer, og at informasjon er gitt på et språk innvandrere forstår, er kun delvis vellykket (7). Det er altså ikke alltid nok å oversette skriftlig informasjon til personenes morsmål. Selv om en person vet at han/hun bør komme seg til fastlegen for en bestemt problemstilling, kan det være prioriteringer i hjemmet, som for eks. emosjonelle bånd til barna og forpliktelser til dem, som gjør at noen ikke tar vare på egen helse. Siden innvandrere som regel har mindre nettverk rundt seg, kan dette blir mer problematisk enn for majoritetsbefolkningen.

Mulige tiltak kan være tettere samarbeid med kulturelle organisasjoner, NGOer, moskéer, kirker, norskundervisning mm – for å nå innvandrere med informasjon, hente inn deres synspunkter og bidra til å styrke tillit til tjenestene. Videre bør samarbeid med pårørende forbedres, spesielt for eldre pasienter.

Samhandling med brukere – Health Literacy

I mai lanseres, etter hva vi er kjent med, en nasjonal strategi for Health literacy / Helsekompetanse. I denne planen må innvandrerperspektivet ivaretas, ikke bare i form av en referanse til sosial ulikhet i helse. Et første steg i å styrke helsekompetansen er å få oversikt over faktorer som kan bidra til lav helsekompetanse. Bevissthet rundt dette, kan bidra til å tilpasse tjenester og kommunikasjon.

Språk er også viktig i pasientinnkallinger; vår anbefaling er at det gjøres en gjennomgang av pasientbrev generelt, ikke bare innkallingsbrev, for å vurdere om de er «klar-språk-vennlige». Slike brev bør også inneholde informasjon om rettighet til tolk, og dette må komme tidlig i brevet (ikke i vedlegg).

En del pasientinformasjon er oversatt til ulike språk eller vurderes oversatt. Oslo universitetssykehus har laget «Tips til gode oversettelse av pasientinformasjon» som kan tjene som et godt eksempel.

Fortatt er det utfordringer med å nå ut med informasjonsbrev og helsefremmende informasjon; screeningprogram har en del oversatt informasjon til større språkgrupper, det samme har større brukerorganisasjoner som Diabetesforbundet og Kreftforeningen, LHL.

Teknologi og digitale verktøy

Det finnes mange tekniske hjelpemidler som kan bidra til mer likeverdige tjenester. Det er kartlagt behov for og mulighet for tilpasning av kommunikasjonsverktøy til å bedre hverdagskommunikasjonen mellom helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter. I Nederland og Storbritannia, f.eks., er det flere vellykkede prosjekter i gang som bruker enkle SMS-meldinger på pasientens eget språk for å hjelpe pasienter med diabetes til å endre livstil.

Tilpasning av IT-løsninger kan bedres for sykehus og i primærhelsetjenesten blant annet med tanke på formidling av viktig informasjon i henvisninger. Vi kan se for oss muligheten til at det utvikles løsninger der journal automatisk innhenter pasientens foretrukket språk. Dette forutsetter åpning i lovverket for systematisk å kunne registrere etnisitet/landbakgrunn.

Psykisk helsevern

På tross av økende forskning på helse i innvandrerbefolkningen, er innvandrerpopulasjonen med tanke på nasjonaliteter, årsak til innvandring og andelen av befolkningen født i Norge med utenlandske foreldre i konstant forandring, noe som tilsier at tidligere forskning må oppdateres og systematiseres. Innvandrerbefolkningen har dårligere selvrapportert psykisk helse, sammenliknet med majoritetsbefolkningen (8). Dette gjelder i særlig grad de med flyktningebakgrunn. Likevel vet vi at bruk av helsetjenester for psykiske plager er lavere blant de fleste innvandrergruppene sammenliknet med majoriteten (9-11). Det er også mer drop-out i spesialisthelsetjenesten hos denne gruppen. Sosioøkonomiske faktorer, diskriminering, kulturell forståelse av psykisk sykdom og en rekke barrierer til tjenestene bidrar til dårligere psykisk helse (12).

En viktig systemfaktor er at finansieringsordningen ikke tar hensyn til at en del flyktningepasienter har mer komplekse forløp, og fordrer bruk av tolk (som tar ekstra tid) og at tjenesteytere er trent i kultursensitivitet.

Til tross for at innvandrere hovedsakelig skal bruke ordinære tjenester så snart som mulig, er det på noen områder behov for å styrke enkelte tilbud for innvandrere i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder hovedsakelig kompetanse for behandling av torturofre, som heldigvis nesten ikke er nødvendig ellers i det norske samfunnet. For andre lidelser, som PTSD eller behandling av komplekse smertetilstander, er det et stort behov for både oppskalering av tilbudene og bredere kulturell kompetanse blant behandlere, spesielt utenfor Oslo (siden flyktninger nå blir systematisk desentralisert), slik at disse mennesker fortest mulig blir integrert i samfunnet.

Postmigrasjonsvansker og psykisk helse

Utover de traumene som mange av flyktningene har med seg fra krig, flukt og forfølgelse, er det i dag dokumentert gjennom en rekke internasjonale studier at flyktningenes psykiske helse forverres ytterligere av de vanskene som de opplever i mottakslandet (14-17). Disse vanskene omtales som postmigrasjonsvansker og handler om tap av kompetanser (bl. a. vanskeligheter med å få anerkjent sin utdanning, komme i gang med relevant jobb osv.), tap av sosiale roller (utenforskap, tap av nettverk, sosial isolasjon osv.), og press mot ens selvfølelse og identitet (diskriminering, rasisme, manglende anerkjennelse av ens eget menneskeverd, osv.). Studiene viser følgende:

- Depresjon er mer knyttet til sosial isolasjon og postmigrasjonsvansker enn til opplevde traumer under krig og flukt (14).
- Svekket mental helse og økte psykiske vansker er mer relatert til postmigrasjonsvansker enn til opplevde traumer (15).
- Postmigrasjonsvansker bidrar sterkt til utviklingen av psykiske vansker (16).
- Tiltak rettet mot postmigrasjonsvansker gir sterkt utslag i bedret mental helse hos flyktninger (17).

Dette er en svært viktig kunnskap som trenger å integreres i primær- og spesialisthelsetjenesten. Særlig er det viktig å tenke på helsefaglige og psykososiale tiltak rettet mot postmigrasjonsvansker da studiene viser at slike tiltak har en forebyggende effekt for utvikling av psykisk uhelse.

Kompetansen på "innvandrerhelse" i primær- og spesialisthelsetjenesten trenger å heves, men det er også manglende kunnskap i innvandrerbefolkningen om psykisk helse og psykisk helsevern. Se mer om disse punktene under "kompetanse".

Kompetanse – tiltak for å fremme pasientens helsetjeneste

For de fleste helsetjenestene er det ønskelig at innvandrere kommer inn i ordinære tjenester så snart som mulig. Dette forutsetter tjenester hvor helsearbeidere har riktig kompetanse og riktige holdninger (13). For å få dette på plass er det nødvendig med bevisstgjøring og kompetanseheving både i helseutdanningene og for de som allerede jobber i tjenestene;

Vi må styrke flerkulturell kompetanse blant alle helseprofesjoner, inkludert:

- Kultursensitivitet,
- Kjennskap til utvikling av mangfoldsvennlige tjenester,
- Migrasjonshelse
- Flerkulturell kommunikasjon, bruk av tolk, tro- og livssyn.

Dette gjelder både i profesjonsstudier/helseutdanninger og til de ansatte i helsetjenesten gjennom blant annet kurs (f.eks. Innføringskurs i migrasjon og helse i regi av Enhet for migrasjonshelse FHI). Refleksjonsgrupper er også en metode som kan nyttes for å styrke flerkulturell kompetanse.

Kvalitet i tolketjenester

Vi vil berømme regjeringen for arbeidet med tolkeloven som nå er på høring. Sett fra et helseperspektiv innehar den mange gode elementer som vil styrke pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenesten for personer med begrensede norskferdigheter.

Det er en rekke tiltak som kan gjøres for å bedre kvaliteten i tolketjenesten; deriblant sikre at det brukes kvalifiserte tolker, at tjenesteytere gis opplæring i kommunikasjon via tolk og at det stilles krav om bestillerkompetanse.

Videre må vi være bevisst noen *utfordringer* ved bruk av tolk, som blant annet at noen pasienter føler på manglende ivaretagelse av taushetsplikt. Manglende bruk av *kvalifiserte* tolker kan bidra til u hensiktsmessige diskusjoner mellom pasient og tolk eller helsepersonell og tolk før budskapet tolkes, og kan bidra til usikkerhet blant partene i samtalen.

Lærings- og mestringstjenester

I hvilken grad får innvandrergupper tilgang på lærings- og mestringstilbud? Her bør det gjøres systematisk forskning på tilrettelagte LMS-tjenester, og hvilken effekt de eventuelt har. Flere sykehus i Oslo-regionen har testet bruk av tolk i gruppeundervisning, og Tolksentralen OUS holder også kurs og erfaringsutveksling vedr bruk av tolk i grupper. Universitetet i Bergen vil i 2020 pilotere undervisning i tolkebruk gjennom ferdighetslaboratorium for medisinstudenter i samarbeid med tolkestudenter. Slike samarbeidsmuligheter burde bli evaluert og, hvis positive, oppskalert.

Brukermedvirkning – Samvalg

Innvandrere bør gis reell brukermedvirkning; en representativ prosentandel med innvandrerbakgrunn bør være krav for alle organer.

Samvalg er en forholdsvis ny interaksjonsform; samtidig er det også her viktig at innvandrerperspektivet ivaretas. Så vidt vi er kjent med foreligger foreløpig info om samvalg og verktøy tilknyttet samvalg kun på norsk – og noe på samisk. Innvandrerperspektivet bør også inkluderes i kurs om samvalg. Hvordan legges det til rette for samvalg for pasienter med lav helsekompetanse eller begrensede norskferdigheter? «Hva er viktig for deg-samtalen»

To grupper som fortjener litt ekstra oppmerksomhet

To innvandrergupper med begrensede rettigheter har store problemer i dag for å tilegne seg de rettighetene de faktisk har, og HOD burde ha klarere retningslinjer for å håndtere dem.

1. *Papirløse*. Uten at vi skal gå inn i at tilbudet de har er unødvendig redusert, er det slik at, på de områdene pasientene faktisk har rettigheter, så sliter de i dag på grunn av:

- Lav kunnskap om rettigheter blant administrasjon og ansatte
- Krav om betaling i form av fakturaer som de ikke kan betale (og har rett til å la være å betale fordi de ikke har midler), men som skremmer dem slik at de unngår å oppsøke nødvendig helsehjelp ved senere tidspunkter.
- Stor variasjon i tilbudet rundt omkring i landet.

Departementet må jobbe med disse punktene, slik at papirløse pasienter ivaretas på en respektfull og likeverdig måte.

2. *Arbeidsinnvandrere som har vært i Norge under 6 måneder*. Disse blir relativt ofte skadet mens de jobber i Norge, ofte i farlige og dårlige betalte jobber, men de har ikke helserettigheter på linje med andre innvandrere, deriblant har de ikke rett til fastlege. Dette fører til at de kommer sent til behandling og, i noen tilfeller, kan det få alvorlige senfølger som umuliggjort videre arbeid for vedkommende. En bedre løsning for disse mennesker burde bli utviklet.

Referanser

1. Toleikyte L, Salway S. Local action on health inequalities Understanding and reducing ethnic inequalities in health. London, UK; 2018.
2. Lyratzopoulos G, Neal RD, Barbiere JM, Rubin GP, Abel GA. Variation in the number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer: findings from the 2010 National Cancer Patient Experience Survey in England. *The Lancet Oncology*. 2012;13(4):353-65.
3. Diaz E, Kumar BN. Differential utilization of Primary Health Care services among older immigrants and Norwegians. A register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research*. 2014;14:623.
4. Møen KA, Kumar B, Qureshi S, Diaz E. Differences in cervical cancer screening between immigrants and non-immigrants in Norway – A primary health Care register-based study. *European Journal of Cancer Prevention*. 2016.
5. Gele AA, Qureshi SA, Kour P, Kumar B, Diaz E. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *International Journal of Women's Health*. 2017;6(9):487-96.
6. Hjerkind KV, Qureshi SA, Moller B, Weiderpass E, Deapen D, Kumar B, et al. Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway. *Int J Cancer*. 2017;140(8):1770-80.
7. Rees I, Jones D, Chen H, Macleod U. Interventions to improve the uptake of cervical cancer screening among lower socioeconomic groups: A systematic review. *Preventive medicine*. 2018;111:323-35.
8. Straiton M, Blystad HH, Reneflot A, Arnesen TM. Helse i innvandrerbefolkningen 2018 [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>].
9. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research*. 2014;14:341.
10. Ekeberg K. Specialized healthcare utilization among children and adolescents in Norway: Does immigrant background matter? A nation-wide register study. Master in International Social Welfare and Health Policy. Oslo, Norway: Oslo and Akershus University College, Faculty of Social Sciences; 2017.
11. Elstad JI. Register study of migrants' hospitalization in Norway: world region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:306.
12. Straiton ML, Aambo AK, Johansen R. Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health*. 2019;19(1):325.
13. Diaz E, Kumar BN. Health care curricula in multicultural societies. *Int J Med Educ*. 2018;9:42-4.
14. Burnett, A. & Peel, M. (2001). Health needs of asylum seekers and refugees. *Education and debate*.
15. Blackburn, P., Baker, C. & Carswell, K. (2011). The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*.
16. Li, S.S.Y, Liddell, B.J. & Nickerson, A. (2016). The Relationship between Post-migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Disaster Psychiatri* 18:82, 2016.
17. Schweitzer R. et al. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian NZJ Psychiatry*.