

Almen praksis kan fremme lige adgang til sundhed for patienter med etnisk minoritetsbaggrund

Maria Bach Nikolajsen¹ & Per Kallestrup^{2,3}

STATUSARTIKEL

1) Åbyhøj Lægehus
2) Skødstrup Lægepraksis
3) Center for Global Health, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
wUgeskr Læger
2017;179:V04170291

Der er gode argumenter for en mere ensartet og systematisk modtagelse af nyankomne flygtninge [1], hvilket vurderes at være relevant og et godt fundament for disse menneskers videre integration og færden i det danske sundhedsvæsen.

I 2014 udgav Institut for Menneskerettigheder (IMR) rapporten »Lige adgang til sundhed – en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund« [2]. Heri peges på en række udfordringer i mødet mellem praktiserende læger og patienter med etnisk minoritetsbaggrund, hvilket bidrager til, at disse patienter ikke altid opnår den samme lige adgang til sundhed, som etniske danskere har. Desuden præsenterer rapporten anbefalinger, der kan være med til at afhjælpe denne ulighed.

I denne artikel vil vi med udgangspunkt i ovenstående rapport og anden relevant litteratur diskutere faktorer, som kan være medvirkende årsag til ulige adgang til sundhed for patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Vi vil se nærmere på rapportens anbefalinger og drøfte almen praksis' rolle i at fremme lige adgang til sundhed.

PATIENTER MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND

Vi har valgt at benytte udtrykket »patienter med etnisk minoritetsbaggrund« velvidende, at dette dækker en inhomogen gruppe, som inkluderer både flygtninge og indvandrere med forskellig oprindelse og deres efterkommere. Denne betegnelse anvendes også i IMR's rapport [2]. Det præciseres heri, at man fokuserer på sår-

bare patienter med ikkevestlig oprindelse, da det forventes, at disse er de mest udsatte, hvad angår sundhed. Den præcise definition af vestlige og ikkevestlige lande er ifølge Danmarks Statistik følgende: vestlige: de 28 EU-lande samt Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikkevestlige: alle øvrige lande. Kendetegnende for den sårbare patient med oprindelse i et ikkevestligt land er bl.a. vanskeligheder i forbindelse med sprog, integration og arbejdsmarked samt traumatiske oplevelser i hjemlandet og familiemæssige problemer [3]. Det er vigtigt at understrege, at ikke alle patienter med etnisk minoritetsbaggrund er sårbare.

LIGE ADGANG TIL SUNDHED

I henhold til dansk lovgivning [4] og menneskerettighederne [5] bør alle i Danmark have lige adgang til sundhed. Flere nationale og internationale undersøgelser tyder på, at dette ikke altid er tilfældet for patienter med etnisk minoritetsbaggrund [6-8]. Det danske sundhedsvæsen er lettere at begå sig i for patienter med indsigt i sundhedsvæsenets opbygning, kendskab til patientrettigheder og et stærkt socialt netværk. De sårbare patienter, uanset etnicitet, har imidlertid vanskeligere ved at manøvrere heri og opnår derfor ikke altid lige adgang til sundhed [9]. En gruppe af disse sårbare patienter udgøres af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, hos hvem flere faktorer end de ovennævnte gør sig gældende.

UDFORDRINGER I MØDET MELLEM DEN PRAKTISERENDE LÆGE OG PATIENTER MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND

Den praktiserende læge er indgangen til mange af sundhedsvæsenets tilbud, og det er her, de fleste patienter med etnisk minoritetsbaggrund har deres primære kontakt til sundhedsvæsenet. I kraft af den kontinuerlige og individorienterede tilgang har den praktiserende læge en særlig mulighed for at hjælpe sårbare patienter [10], herunder sårbare patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Der findes begrænset viden om dette møde i dansk sammenhæng. IMR-rapporten bygger tillige på et sparsomt datagrundlag, men den

HOVEDBUDSKABER

- ▶ I 2014 udgav Institut for Menneskerettigheder rapporten »Lige adgang til sundhed – en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund«.
- ▶ Almen praksis kan være med til at fremme lige adgang til sundhed for patienter med etnisk minoritetsbaggrund, men oplever udfordringer hermed og kan ikke stå alene med opgaven.
- ▶ Det anbefales, at der udarbejdes mere forskning på området, at almen praksis fokuserer på udfordringerne i ovennævnte møde og tilføres mere viden herom, samt at det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommunerne, regionerne og sekundærsektoren optimeres.

kan sammen med anden litteratur give en indsigt i, hvorfor mødet mellem den praktiserende læge og patienter med etnisk minoritetsbaggrund ikke altid er uproblematisk.

Langt de fleste praktiserende læger er uddannet i Danmark, og hovedparten beskæftiger sig primært med etniske danskere. Der er litteratur, der tyder på, at hospitalslæger mangler viden om patienter med etnisk minoritetsbaggrund [11], og de praktiserende læger føler sig udfordret på forskellige parametre og ønsker flere kursustilbud til generel opkvalificering i håndteringen af patientgruppen [2].

Kommunikationen med patienter med etnisk minoritetsbaggrund kan på grund af sproglige barrierer være vanskelig [11-13]. Det er ofte nødvendigt at anvende tolke. Undersøgelser tyder på, at kvaliteten af tolkningen er svingende, og at der er behov for bedre organisering af brugen af tolke [14, 15]. Derudover kan kommunikationen vanskeliggøres, hvis lægen i samtalen undlader at inddrage patientens grundvilkår, der ofte er væsentligt forskellige fra etniske danskere, hvad angår livshændelser, uddannelse og kultur [16]. Det er altså nødvendigt, at lægen besidder klinisk-etniske kompetencer for at få det optimale ud af samtalen og dermed skabe tryk hos patienten [13].

For patienter, der stammer fra en kultur, hvor autoritet og sikre udmeldinger fra lægen er normen, kan den danske praktiserende læges tradition for ligeværdig dialog og intention om patientinvolvering være med til at skabe forvirring og usikkerhed samt medføre, at kompliansen falder, og at patienten kommer igen med samme problem [2].

Mange praktiserende læger oplever også, at patientgruppen ofte stiller krav om mange undersøgelser. Det kan være et irritationsmoment og muligvis påvirke mødet med andre patienter med etnisk minoritetsbaggrund, således at den praktiserende læge ikke møder dem med »den åbenhed, de ellers var blevet mødt med fra lægens side, havde det ikke været for deres minoritetsbaggrund« [2].

En stor del af de praktiserende læger finder det vanskeligt at vurdere symptomer hos patienter med etnisk minoritetsbaggrund [2]. Årsagerne hertil kan bl.a. være, at disse patienter ofte præsenterer et anderledes symptombillede, kan have sygdomme, som sjældent forekommer hos etniske danskere, og kommer fra et markant anderledes sundhedsvæsen [2, 17]. Traumatiske hændelser, herunder tortur før ankomsten til Danmark, kan medføre psykiske problemer såsom posttraumatisk belastningsreaktion, der også kan vanskeliggøre udredningen. Særligt tortur kan påvirke den pågældende patients åbenhed over for læger, og undersøgelser viser, at praktiserende læger ofte er tilbageholdende med samtale om traumatiske oplevelser i hjemlandet [18].

Patienter med etnisk minoritetsbaggrund kan ud over fysiske og psykiske gener have en række sociale problemer, der kan vanskeliggøre arbejdet med dem [6, 17]. Den praktiserende læge har ikke mulighed for at løse alle disse problemer på egen hånd og kan heller ikke integrere disse patienter i sundhedsvæsenet alene. En artikel viser, at et kursus for nyankomne indvandrere om det danske sundhedsvæsen forbedrer deres viden herom markant [19]. En opfølgende undersøgelse vil vise, om tiltaget også ændrer adfærden hos indvandrerne i mødet med sundhedsvæsenet [20].

Den praktiserende læges arbejdsvilkår har også betydning i mødet med patientgruppen. En konsultation varer som udgangspunkt 10-15 minutter, og det kan på den tid være vanskeligt at skabe en god alliance med patienten og samtidig tage hensyn til alle de ovennævnte udfordringer. Der er i Danmark generelt mangel på praktiserende læger og især i socialt belastede områder, hvor mange patienter med etnisk minoritetsbaggrund bor [21]. Dette medfører ekstra pres på de praktiserende læger i disse områder, og patienterne kan få vanskeligere adgang til en praktiserende læge.

VEJLEDNINGER OG KURSUSTILBUD ER VANSKELIGE AT REALISERE

I IMR-rapporten præsenteres tolv anbefalinger [2], hvoraf vi har valgt at følge op på to (Figur 1).

Det fremgår ikke af rapporten, hvem der skal udforme og opdatere en sådan vejledning. Socialstyrelsen har i 2015 udarbejdet vejledningen »Faglige anvisninger – til praktiserende læger og andre læger som gennemfører helbredsmæssige vurderinger af flygtninge og familiesammenførte« [22]. Vejledningen blev udarbejdet, da det var lovpligtigt, at nyankomne flygtninge skulle tilbydes en helbedsvurdering hos en læge, typisk en praktiserende læge. Lovkravet blev senere ophævet, bl.a. fordi kommunerne var bekymrede for, at



FIGUR 1

To anbefalinger fra rapporten »Lige adgang til sundhed – en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund« fra Institut for Menneskerettigheder [2].

Instituttet anbefaler, at der udarbejdes en udførlig vejledning for praktiserende læger, der beskriver, hvilke udfordringer af helbredsmæssig karakter lægen bør være opmærksom på i kontakten med flygtninge og familiesammenførte fra ikke-vestlige lande. Vejledningen skal opdateres løbende.

Instituttet anbefaler, at regionernes kvalitets- og efteruddannelsesudvalg undersøger den nøjagtige efterspørgsel efter kursustilbud i udredning og behandling af sårbare patienter med etnisk minoritetsbaggrund blandt de praktiserende læger og tilbyder lægerne de relevante moduler.

Konsultation hos praktiserende læge *Anders Gjedde Brøndt* i Åbyhøj Lægehus, hvor ca. 30% af patienterne har etnisk minoritetsbaggrund.



det ville blive for dyrt. Der findes ikke nogen beskrivelse eller undersøgelse af kvaliteten eller brugen af vejledningen. Vi har ikke kendskab til andre lignende vejledninger.

Vedrørende den anden anbefaling har vi indhentet svar fra de fem regioners kvalitets- og efteruddannelsesudvalg (KEU). Kvalitets- og efteruddannelsesudvalgene er sammensat af medlemmer fra regionerne og sundhedsfaglige medlemmer fra Praktiserende Lægers Organisation. Deres overordnede formål er at fremme kvalitet og efteruddannelse for praktiserende læger i de pågældende regioner. I KEU Sjælland havde man kendskab til rapporten, men har ikke fulgt op på anbefalingen, mens man i de fire andre regioner ikke havde kendskab til rapporten. KEU Hovedstaden ville på baggrund af henvendelsen sætte rapporten på førstkomende møde og muligvis inddrage den i deres arbejde, mens der i de fire andre regioner ikke var planer om at følge op på anbefalingen eller rapporten i øvrigt. Det er bemærkelsesværdigt, at man i fire ud af fem regioner ikke havde kendskab til rapporten, i og med at den blev eksponeret i medierne, var genstand for en række ministerspørgsmål og blev sendt til alle regionernes sundhedsstabe; sidstnævnte må siges at have et særligt ansvar for at udbrede denne type viden.

Man har dog beskæftiget sig med emnet i alle fem regioner og anerkender vigtigheden heraf. I alle regioner har der været udbudt kurser, bl.a. i forbindelse med generelle uddannelsesstilbud til almen praksis, på Praksisdage og til efteruddannelsesgrupper. I Region Syddanmark og Region Hovedstaden har de to indvandrermedicinske klinikker også tilbudt kurser målrettet almen praksis. I Region Syddanmark og Region Nordjylland har der været udbudt kurser, som har haft for få tilmeldte; KEU Syddanmark giver som mulig forklaring, at der generelt har været en faldende deltagelse i kurser, der ikke omhandler akkreditering eller

ikke er en del af systematisk efteruddannelse. I Region Nordjylland er der nedsat en arbejdsgruppe med henblik på etableringen af et kompetencecenter for sårbare patienter og patienter med anden etnisk baggrund. I Region Midtjylland arbejdes der på at etablere en indvandrermedicinsk klinik på Afdeling for Infektionssygdomme på Aarhus Universitetshospital, men der foreligger ingen bevilling på nuværende tidspunkt, og der er derfor ingen konkrete henvisningsmuligheder for de praktiserende læger.

ANBEFALINGER

Almen praksis er en god mulighed for at give patienter med etnisk minoritetsbaggrund en indføring i det danske sundhedsvæsen og hermed fremme lige adgang til sundhed. Den praktiserende læge er udfordret i opgaven og kan ikke stå alene med den, hvorfor der er brug for øget fokus på flere niveauer: 1) Vi anbefaler, at der udføres mere forskning inden for emnet, eventuelt med henblik på at udarbejde en vejledning målrettet almen praksis. 2) Der eksisterer som nævnt diverse kurser i alle regioner. Gensidig inspiration mellem regionerne kunne fremme et mere ensartet landsdækkende tilbud for praktiserende læger. Disse kurser kunne gøres til en del af den systematiske efteruddannelse, hvorved en øget tilslutning forhåbentlig ville opnås. 3) På speciallægeuddannelsen for almen medicin er der et enkelt kursus af to en halv times varighed om emnet, hvilket vurderes at være utilstrækkeligt. Det kan med fordel øges med henblik på tidligt at erhverve klinisk-etniske kompetencer. 4) Den enkelte praktiserende læge bør i det daglige arbejde have fokus på de ovennævnte udfordringer i kommunikationen, tilgå patientgruppen med åbenhed og inddrage patientens grundvilkår i samtalen og den kliniske vurdering. 5) Regionerne har det overordnede ansvar for at skabe lige adgang til sundhed, og der er brug for et øget tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis, regionerne, kommunerne og sekundærsektoren. Regionerne bør bl.a. sikre velkvalificeret og lettilgængelig tolkebistand. I kommunalt regi kunne der tilbydes kurser med indføring i det danske sundhedsvæsen, rehabiliteringstilbud med tolkemuligheder og andre relevante aktiviteter. Velfungerende indvandrermedicinske klinikker i alle fem regioner vil også kunne bidrage til at løfte kvaliteten af arbejdet som både sparringspartner og henvisningsmulighed. 6) En væsentlig faktor for den praktiserende læge i arbejdet med patientgruppen er, at det er tidskrævende. Såfremt der, som anbefalet i regeringens lægedækningsrapport, indføres differentieret basishonorar efter patienttyngde, bør denne patientgruppe indtænkes i dette.

SUMMARY

Maria Bach Nikolajsen & Per Kallestrup:

General practice may contribute to equal access to healthcare for patients from ethnic minorities

Ugeskr Læger 2017;179:V04170291

In 2014, Institute for Human Rights published the report "Equal access to healthcare – an analysis of general practitioners' meeting with patients from ethnic minorities". General practice may contribute to equal access to healthcare for this group of patients. This is, however, a challenge for general practitioners, and they cannot resolve this alone. We recommend that more research is performed in this topic, that general practice focuses on these challenges, that more knowledge is provided, and that the cooperation between general practice, local municipalities, regions and the secondary sector is optimized.

KORRESPONDANCE: Maria Bach Nikolajsen.

E-mail: mariabachnikolajsen@gmail.com

ANTAGET: 6. september 2017.

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 1. januar 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Leemrieze M, Sodemann M, Nielsen CM et al. Helbredsundersøgelser af flygtninge bør harmoniseres. Ugeskr Læger 2016;178:V05160309.
2. Slot LV. Lige adgang til sundhed – en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Institut for Menneskerettigheder, Ligebehandlingsafdelingen, 2014.
3. Lindberg LG, Thorsen T, Reventlow S. Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. Forskningsenheden for Almen Praksis København, 2011.
4. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932 (28. aug 2017).
5. www.amnesty.dk/om-amnesty/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheder (28. aug 2017).
6. Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. Sundhedsstyrelsen, 2010.
7. Inequalities and multiple discrimination in access to a quality of healthcare. European Union Agency for Fundamental Rights, 2013.
8. Rätten til sjukvård på likavillkor. Diskrimineringsombudsmannen, 2012.
9. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.
10. Lindberg LG, Wiuff MB, Grøn L et al. Et udfordrende møde. Månedsskr Alm Praks 2012;90:848-54.
11. Michaelsen J, Krasnik A, Nielsen A et al. Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. Scand J Public Health 2004;32:287-95.
12. Lou S. Tre er et umage par. Region Midtjylland, 2008.
13. Sodemann M, Kristensen TR, Sångren H et al. Barrierer i lægesamtalen med indvandrerpatienten. Ugeskr Læger 2015;177:V02150105.
14. Hansen MTL, Nielsen SS. Tolkebrug i det danske sundhedsvæsen. Ugeskr Læger 2013;175:644-48.
15. Sodemann M. Misforståede symptomer, alvorlige fejlopfattelser og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer. Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital, 2017.
16. Dyhr L, Sodemann M. Samtalen med indvandrerpatienten. Månedsskr Alm Praks 2013;874-81.
17. Frederiksen H, Nørredam M. Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere – en rapport fra Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU). Københavns Universitet, 2013.
18. Jensen NK, Nørredam M, Priebe S et al. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? BMC Family Practice, 2013;14:17.
19. Jervelund SS, Maltesen T, Wimmelmann CL et al. Ignorance is not bliss: The effect of systematic information on immigrants' knowledge of and satisfaction with the Danish healthcare system. Scand J Public Health 2017;45:161-74.
20. <http://videnskab.dk/kultur-samfund/saadan-kan-indvandrere-faa-langt-stoerre-viden-om-sundhedsvaesnet> (28. aug 2017).
21. Lægedækning i hele Danmark – rapport fra Regeringens lægedækningsudvalg. Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.
22. Faglige anvisninger til praktiserende læger og andre læger, som gennemfører helbredsmæssige vurderinger af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. Socialstyrelsen, 2015.