



LIGE ADGANG TIL SUNDHED

EN ANALYSE AF PRAKTISERENDE
LÆGERS MØDE MED PATIENTER MED
ETNISK MINORITETSBAGGRUND

LIGE ADGANG TIL SUNDHED

– en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund

Ligebehandlingsafdelingen, Institut for Menneskerettigheder

Ansvarlig: Ligebehandlingschef Susanne Nour Magnusson

Forfatter: Line Vikkelsø Slot

Bidragyder: Hanin Al-zyadi

Følgegruppe: Rikke Primdahl, Sundhedsstyrelsen, Anne Hvenegaard, Region Hovedstaden, Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk Klinik (OUH), Hanne Winther Frederiksen, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og sundhed (MESU), Mandana Zarrehparvar, Institut for Menneskerettigheder, Kirstine Magtengaard Robinson, Region Hovedstaden, Marian Lyng Møller, Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, Natasja Espeløv Balslev, Danske patienter, Sanne Cisse, Etnisk Ressourceteam.

Institut for Menneskerettigheder er alene ansvarlig for rapportens indhold.

Tak til følgende personer for at have kommenteret dele af rapporten:

Helle Bødker Madsen, professor, dr. Jur., Aarhus Universitet, Anette Sonne Nielsen, kvalitetskonsulent, Region Hovedstaden, Trine Rønde Kristensen, overlæge, ph.d., Bispebjerg Hospital.

Tak til de praktiserende læger og speciallægen i psykiatri der lod sig interviewe til undersøgelsen, samt tak til de respondenter (praktiserende læger) der via Epinion besvarede instituttets web-survey.

ISBN: 978-87-93241-00-8

EAN: 9788793241008

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: colourbox

Oplag: 500

Tryk: Handy-Print

© 2014 Institut for Menneskerettigheder

Danmarks Nationale Menneskerettighedsinstitution

Wilders Plads 8K, 1403 København K, Telefon 3269 8888, www.menneskeret.dk

Institut for Menneskerettigheders publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Vi tilstræber, at vores udgivelser bliver så tilgængelige som muligt. Vi bruger fx store typer, korte linjer, få orddelinger, løs bagkant og stærke kontraster. Vi arbejder på at få flere tilgængelige pdf'er og letlæste resumeer. Læs mere om tilgængelighed på www.menneskeret.dk

INDHOLD

FORORD	7
RESUME	8
SUMMARY	11
DEL I – INDLEDNING	14
1.1 BAGGRUND	14
1.2 RETTEN TIL SUNDHED	15
1.2.1 Klageadgang	16
1.3 FORMÅL OG FOKUS	17
1.4 DEN SÅRBARE PATIENT (UANSET ETNICITET)	18
1.5 DEN SÅRBARE PATIENT MED IKKE-VESTLIG OPRINDELSE	19
1.6 ULIGHED I SUNDHED – OG ETNICITET	20
1.7 ETNISCHE MINORITETERS BRUG AF SUNDHEDSVÆSENET	21
1.8 EMPIRI OG METODE	21
1.8.1 Kvalitative interviews med praktiserende læger	22
1.8.2 Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger	22
1.8.3 Spørgeskemaundersøgelse sendt til regionerne	22
1.9 FØLGEGRUPPE	23
1.10 RAPPORTENS OPBYGNING	23
DEL II – MØDET MELLEML DEN PRAKTISERENDE LÆGE OG DEN SÅRBARE PATIENT MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND	25
2.1 INDLEDNING	25
2.2 LIGEBEHANDLING	25
2.3 ANALYSE	26

2.3.1	Magtpositioner	26
2.3.2	Autoritetstro	27
2.3.3	Forventninger til patienten	30
2.3.4	Stigmatiseringen	31
2.3.5	Lægens magtesløshed	33
2.3.6	Identifikation af særlige sygdomme	36
2.3.7	PTSD	38
2.3.8	Særlige udfordringer – hvad siger tallene?	40
2.3.9	Efterspørgslen på kursustilbud – hvad siger tallene?	41
2.3.10	Hvilke kursustilbud – hvad siger tallene?	42
2.3.11	Efterspørgslen i øvrigt – hvad siger tallene?	43
2.3.12	Rådgivning for praktiserende læger	45
2.3.13	Særlige tilbud i sygehusvæsenet	46
2.3.14	Indvandrermedicinsk Klinik – som specifik foranstaltning	47
2.3.15	Samarbejdet med andre aktører	48
2.3.16	Socialrådgiver på hjul	49
2.3.17	Grundvilkår	50
2.3.18	Nødvendigt at kende forskellige kulturer og religioner	53
2.3.19	Nødvendigt at medtænke køn	54
2.4	SAMMENFATNING	55
DEL III – SPROGLIGE BARRIERER FOR LIGE ADGANG TIL SUNDHED		56
3.1	INDLEDNING	56
3.1.1	Tolkning ifølge sundhedsloven	56
3.2	ANALYSE	57
3.2.1	Andelen af patienter med behov for tolkebistand	57
3.2.2	Patientsikkerhed	60
3.2.3	Kvalificeret tolkning	61
3.2.4	Kvindelige patienter og særlige tolkebehov	64
3.2.5	Regionerne om kompetente og professionelle tolke	66
3.2.6	Regionerne om kønsperspektivet	66
3.2.7	Brug af professionelle fremmødetolke – hvad siger tallene?	66
3.2.8	Samtaler uden om lægen	69
3.2.9	Udfordringer ved brug af professionelle fremmødetolke – hvad siger tallene?	70
3.2.10	De praktiserende læger i rollen som brugere af tolke	71
3.2.11	Tilstrækkelig træning i brug af tolke – hvad siger tallene?	73

3.2.12	Pårørende som tolke	73
3.2.13	Brug af voksne pårørende som tolke – hvad siger tallene?	74
3.2.14	Anvendelse af børn som tolke	75
3.2.15	Brug af børn som tolke – hvad siger tallene?	77
3.2.16	Videotolkning som alternativ til fremmødetolk	78
3.2.17	Regionerne om videotolkning	79
3.2.18	Brug af videotolkning – hvad siger tallene?	80
3.2.19	Vilkårene i tolkefaget	81
3.2.20	Indkaldelsesbreve og skemaer, der skal udfyldes	82
3.2.21	Regionerne om skriftlige henvendelser og materiale	85
3.2.22	Patientuddannelser (på dansk)	87
3.3	SAMMENFATNING	88
DEL IV – ANBEFALINGER		90
4.1	IDENTIFIKATION AF SÆRLIGE SYGDOMME	90
4.2	HELBREDSMÆSSIG VURDERING	90
4.3	PTSD – SKÆRPET OPMÆRKSOMHED	90
4.4	EFTERSPØRGSEL EFTER KURSER	91
4.5	HENVISNINGSMULIGHEDER VED KOMPLEKSE PROBLEMSTILLINGER	91
4.6	RETTE TIL TOLKEBISTAND	92
4.7	PATIENTSIKKERHED	92
4.8	TOLKEUDDANNELSE OG CERTIFICERINGSORDNING	93
4.9	LÆGENS ANSVAR	93
4.10	PÅRØRENDE SOM TOLKE – HERUNDER BØRN	94
4.11	VIDEOTOLKNING	94
4.12	ADGANG TIL SUNDHEDSTILBUD	95
DEL V – BILAG		96
	BILAGSOVERSIGT	96
	BILAG 1 – ULIGHED I SUNDHED	97
	BILAG 2 – FREKVENSTABELLER FRA SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE BLANDT DE PRAKTISERENDE LÆGER	99
	BILAG 3 – FØLGE BREV TIL REGIONERNE	112
	BILAG 4 – SPØRGESKEMA TIL REGIONERNE	113
	BILAG 5 – REGION HOVEDSTADENS BESVARELSE	115
	BILAG 6 – REGION SJÆLLANDS BESVARELSE	120

BILAG 7 – REGION SYDDANMARKS BESVARELSE	123
BILAG 8 – REGION MIDTJYLLANDS BESVARELSE	129
BILAG 9 – REGION NORDJYLLANDS BESVARELSE	132
BILAG 10 – UDFORDRINGER OG KURSUSEFTERSPØRGSEL	137
BILAG 11 – KØN OG KURSUSEFTERSPØRGSEL	138
BILAG 12 – UDFORDRINGER OG FREKVENNS FOR BRUGEN AF FREMMØDETOLK	139
BILAG 13 – BRUGEN AF VOKSNE PÅRØRENDE SOM TOLKE OG KØN	140
BILAG 14 – SYV LÆGEFORTÆLLINGER OM KOMPLEKSE MØDER	141
BILAG 15 – EKSEMPLER PÅ OVERSETE ELLER FEJLFORTOLKEDE SYMPTOMER OG SYGDOMME	146
REFERENCER	148
NOTER	151

FORORD

Det følger af menneskerettighederne og dansk lovgivning, at alle uanset etnisk oprindelse har ret til sundhed, herunder lige adgang til tilbudte sundhedsydelser.

Spørgsmålet er, om denne ret altid efterleves i praksis.

Rapporten peger på problemstillinger, der giver anledning til at være opmærksom på, hvorvidt sundhedsvæsenet i tilstrækkelig grad er gearet til at håndtere forskellighed blandt patienter hvad angår etnicitet, kultur, forhold til religion, dansksproglige færdigheder, uddannelsesniveau etc.

Louise Holck
Vicedirektør

I rapporten er der et særligt fokus på almen praksis, fordi de praktiserende læger som hovedregel er patientens indgang til sundhedsvæsenet, og de tilbud det indbefatter. Således spiller de praktiserende læger en central rolle i forhold til at sikre, at alle uanset etnisk oprindelse opnår den behandling, der er mulig og relevant.

Vi håber, at rapportens anbefalinger vil inspirere relevante myndigheder til aktivt at fremme ligebehandlingen hos de praktiserende læger såvel som i sundhedsvæsenet mere generelt.

Susanne Nour Magnusson
Ligebehandlingschef

RESUME

Det offentlige sundhedssystem skal være et tilbud, som alle borgere kan benytte på lige fod. Det er slået fast både i dansk lovgivning og i menneskerettighederne. Vi vil her undersøge, om der er hindringer for, at (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund får adgang til den rette behandling i sundhedsvæsenet – fx i form af sproglige og kulturelle barrierer.

En gennemgang af relevante rapporter og undersøgelser på området giver indtryk af, at (sårbare) etniske minoritetspatienter er en patientgruppe, der på forskellig vis udgør en udfordring for sundhedsvæsenets generelle måde at fungere på. Én forklaringsmodel kan være, at kulturel baggrund medvirker til, at enkelte patienter agerer uhensigtsmæssigt og således skaber forestillingen om en krævende patientgruppe. En anden, at sundhedsvæsenet ikke i tilstrækkelig grad er gearet til at håndtere den forskellighed blandt patienter, der har baggrund i etnicitet, kultur, forhold til religion, mangelfulde dansksproglige færdigheder, uddannelsesniveau etc.

Fra et retligt perspektiv er det relevant at være opmærksom på, om en forståelse blandt sundhedsprofessionelle af, at patientgruppen udfordrer sundhedsvæsenet, kan resultere i, at nogle patienter får en ringere behandling.

I rapporten peger vi på forhold, der i praksis kan medvirke til, at patienter på grund af deres etniske oprindelse stilles ringere i forhold til retten til sundhed.

FOKUS PÅ ALMEN PRAKSIS

Rapporten fokuserer på udfordringer i almen praksis i forhold til at give alle patienter lige adgang til sundhed. Vi har valgt almen praksis, fordi de praktiserende læger som hovedregel er patientens indgang til sundhedsvæsenets tilbud, og fordi de spiller en central rolle i forhold til at sikre, at alle uanset etnisk oprindelse opnår den behandling, der er mulig og relevant.

Vi analyserer de praktiserende lægers møde primært med sårbare patienter med ikke-vestlig oprindelse, da vi forventer, at disse patienter er de mest udsatte, hvad angår sundhed. Samtidig vil de eventuelle erfaringer, de tidligere har gjort sig med sundhedsvæsenet i deres oprindelsesland, ofte være meget forskellige fra det, de møder i Danmark.

TIDSPRES OG SVÆRE KONSULTATIONER

I rapporten behandler vi forudsætningerne – eller manglen på samme – hos (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund for

at være patient i systemet på den måde lægen og/eller systemet forventer det. Vi opfordrer de praktiserende læger til at være opmærksomme på at holde det faglige fokus og undgå at lade sig påvirke af en eventuel irritation, der kan opstå som følge af, at patienten ikke nødvendigvis agerer, som lægen håber og forventer.

De praktiserende læger peger på, at det kan være vanskeligt at vurdere symptomer hos deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund, og at konsultationerne kan være tidkrævende. Hvis patienterne skal tilbydes den rigtige behandling, er det imidlertid vigtigt, at lægerne har kendskab til hvilke sygdomme, der er særligt forekommende hos bestemte etniske grupper, at de er i stand til at identificere dem, og at tidspresset ikke forhindrer det.

En del praktiserende læger peger desuden på, at de savner henvisningsmuligheder for etniske minoritetspatienter med særlige komplekse problemstillinger. Oprettelsen af flere indvandrermedicinske klinikker med speciale i etniske minoriteters sundhed kunne være et midlertidigt svar på denne udfordring. Målet bør være, at det generelle sundhedsvæsen får tilført viden og kompetencer, så gruppen af etniske minoritetspatienter med særlige komplekse behov kan tilbydes den rette behandling inden for normalsystemet.

MANGLENDE ELLER DÅRLIG TOLKNING HINDRER LIGE ADGANG TIL SUNDHED

Kvaliteten af det tolkearbejde, der bliver leveret i det danske sundhedsvæsen, har langtfra altid det niveau, der skal til for at sikre, at patienter

med behov for tolkebistand får den rette behandling.

De praktiserende læger har ansvar for at sikre tolkebistand, når det er nødvendigt af hensyn til behandlingen. Der skal anvendes tolk, hvis det er påkrævet for, at lægen kan leve op til professionsnormen og efterleve sundhedslovens regler om informeret samtykke. En stor andel af de praktiserende læger vurderer, at de gennem deres uddannelse ikke har fået tilstrækkelig træning i brug af tolke.

Ofte bliver pårørende benyttet som tolke, hvilket kan indebære flere problemer. 'Tolken' kan have følelsesmæssige bindinger til patienten – og/eller eventuelle egne interesser at varetage – og det betyder, at der ikke sker en neutral og saglig formidling af informationer. I værste fald får læge og patient ikke alle de oplysninger, de burde. Et andet væsentligt problem er, at også børn bliver brugt som tolke, med de konsekvenser, det kan have for barnet samt for relationen mellem barn og forælder.

VIDEOTOLKNING SOM ALTERNATIV TIL FREMMØDETOLK

Videotolkning er et alternativ til fremmødetolk. Der er en række fordele ved denne metode/teknologi, hvor tolken ikke er fysisk til stede. Fx skal der ikke tages højde for afstande og transport, hvilket gør det nemt og effektivt at skaffe tolkebistand. Videotolkning betyder, at der er behov for færre tolke, som til gengæld får mere erfaring, hvilket brugere af videotolkning fremhæver som positivt, da tolke, der ofte anvendes, hurtigere tilegner sig relevant indsigt

i lægefaglige begreber, sammenhænge og problemstillinger. Erfaringen er, at samtaler mellem patient og læge bliver kortere og mere fokuserede på det faglige. Desuden bliver det muligt i højere grad at respektere patientens behov for en privatsfære. For det første kan der anvendes en tolk, som ikke er bosat i samme område som patienten. For det andet kan videotolkning tilgodese patientens grænser for blufærdighed. Og for det tredje gør tolkens manglende fysiske tilstedeværelse det lettere at dele sine helbredsproblemer med en fremmed. Imidlertid benytter stadig kun få praktiserende læger videotolkning.

EMPIRISK GRUNDLAG

Rapporten inddrager data fra kvalitative ekspertinterviews med fem udvalgte læger (fire praktiserende læger samt en speciallæge i psykiatri), en spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udvalg af praktiserende læger, gennemført af Epinion, en anmodning sendt til alle regioner om at besvare en række spørgsmål samt to arbejdsgruppemøder med en følgegruppe bestående af eksperter og fagpersoner inden for sundhedsområdet / sundhedssektoren.

ANBEFALINGER

Hvis nye tiltag sættes i værk, vil det give øget lighed i adgangen til sundhedsydelser for (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Vi anbefaler på baggrund af vores undersøgelse følgende:

- At der udarbejdes en **udførlig** vejledning, der beskriver, hvilke helbredsrelevante udfordringer, læger bør være opmærksomme

på i kontakten med flygtninge og familiesammenførte fra ikke-vestlige lande.

- At det undersøges, om andre familiesammenførte end familiesammenførte til flygtninge også har behov for en helbredsundersøgelse.
- At de praktiserende læger skærper opmærksomheden på at identificere behandlingskrævende traumer hos etniske minoritetspatienter med flygtningebaggrund.
- At de praktiserende læger får bedre muligheder for at henvise etniske minoritetspatienter med særlige komplekse problemstillinger til specialister/ indvandrermedicinske klinikker.
- At der oprettes en tolkeuddannelse samt etableres en certificeringsordning.
- At der lovgives imod at børn anvendes som tolke.
- At regionerne sikrer, at videotolkning er nemt at bruge for de praktiserende læger samt på hospitalerne.
- At det undersøges i hvilke situationer patienter med etnisk minoritetsbaggrund ikke har lige adgang til eksisterende sundhedstilbud (både forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser) pga. manglende sproglige kompetencer.

Læs mere om anbefalingerne i del IV.

SUMMARY

The public health system must be accessible such that all citizens can utilize it on equal terms. This has been established both in Danish law and in human rights provisions. Here we will examine whether (vulnerable) ethnic minority patients face obstacles in obtaining access to appropriate treatment in the health care system, for example, in the form of language and cultural barriers.

A review of relevant reports and studies in this field gives the impression that (vulnerable) ethnic minority patients as a group pose a range of challenges to the functioning of the health care system generally. One explanatory model can be that cultural background leads to individual patients acting inappropriately, thus creating the impression of an overly demanding patient group. Another explanatory model is that the health care system is not sufficiently geared to handle the diversity among patients, who have different backgrounds in terms of ethnicity, culture, relationship to religion, inadequate Danish language skills, education, etc.

From a legal perspective, it is relevant to be aware of whether an understanding among

health care professionals that a given patient group poses a challenge to the health care system may result in some patients receiving less favorable treatment. In this report, we point to factors which in practice can lead to patients being placed at a disadvantage in their right to health care because of their ethnic origin.

FOCUS ON GENERAL PRACTICE

The report focuses on challenges in general practice in relation to providing all patients with equal access to health care. We chose general practice because general practitioners (GPs) tend to be the patient's entry port into the health care system's service offerings and because GPs play a key role in ensuring that everyone, regardless of ethnic origin, obtains the kind and level of treatment that is possible and appropriate.

We analyze the GPs' encounter with primarily vulnerable patients of non-Western ethnic origin, as we expect that these patients are the most vulnerable in terms of health. At the same time, any experiences they have had with the health care systems in their countries of origin will often be very different from what they encounter in Denmark.

TIME PRESSURE AND DIFFICULT CONSULTATIONS

In this report we address the capacities (or the lack thereof) of vulnerable ethnic minority patients to meet the expectations that GPs and the health care system have in regard to patients. We encourage GPs to be aware of maintaining the professional focus and avoid allowing themselves to be influenced by any potential irritation that may arise because the patient does not necessarily act in the way the GP hopes and expects.

The GPs point out that it can be difficult to assess symptoms in their ethnic minority patients, and that consultations can be time-consuming. If patients are to be offered the appropriate treatment, however, it is important that the GPs are aware of those diseases that are especially frequent among certain ethnic groups, that they are able to identify them and that time pressures do not prevent proper treatment.

Some GPs also point out the lack of referral options for ethnic minority patients with especially complex health issues. The creation of several immigrant medical clinics specializing in the health of ethnic minorities could be a temporary response to this challenge. The goal should be that the general health care system receives additional knowledge and skills so that the group of ethnic minority patients with especially complex needs can be offered the appropriate treatment within the normal system.

LACK OF OR POOR QUALITY INTERPRETATION PREVENTS EQUAL ACCESS TO HEALTH

The quality of the language interpretation provided within the Danish health care system is not always at the level necessary to ensure that patients in need of an interpreter obtain the appropriate treatment.

GPs have a responsibility to ensure access to an interpreter when it is necessary for treatment. Interpreters must be used if it is required so that the doctor can meet professional standards and comply with the Health Act's regulations on informed consent. A large proportion of GPs believe that their medical education has not given them adequate training in the use of interpreters.

It is often the case that family members are used as interpreters, and this may entail several problems. The 'interpreter' may have emotional ties to the patient, and/or their own self-interest to defend. This works against a neutral and unbiased dissemination of information. At worst, the doctor and patient do not obtain all the information they should. Another major problem is that children may also be used as interpreters, with the consequences it can have for the child and for the relationship between child and parent.

VIDEO INTERPRETING AS AN ALTERNATIVE TO AN ATTENDING INTERPRETER

Video interpreting is an alternative to an attending interpreter. There are several advantages to this method/technology where

the interpreter is not physically present. For example, there is no need to take account of distance and transport needs, making it easier and more efficient to provide an interpreter. Video interpreting means that fewer interpreters are needed, and that these can obtain more experience, which users of video interpretation highlight as positive. When the interpreters are used more frequently, they will more rapidly acquire relevant knowledge of medical concepts, contexts and issues. Experience shows that conversations between patient and doctor become shorter and more focused on the actual health problem. Moreover, it facilitates more respect for the patient's need for a private sphere. The GPs can now use an interpreter who does not reside in the same area as the patient, the video interpretation can meet the patient's need for modesty, and the interpreter's lack of physical presence allows for easier sharing of their health problems with a stranger. Nevertheless, only a few GPs are making use of video interpretation.

EMPIRICAL BASIS

The report includes data from qualitative expert interviews with five selected physicians (four GPs and a specialist in psychiatry), a questionnaire survey given to a representative sample of GP's conducted by Epinion, a request sent to all Danish regional administrations with a series of questions, and two working group meetings with an advisory group consisting of experts and professionals in the health care sector.

RECOMMENDATIONS

If new measures are implemented, they will provide increased equality in access to health services for (vulnerable) ethnic minority patients. Based on our study, we recommend the following:

- Preparation of a detailed guide that describes the health challenges that GPs should be aware of when they treat refugees and family-reunified persons from non-Western countries.
- That an assessment be made whether family reunification members of immigrants, in addition to those reunified with refugees, should also have a comprehensive health examination.
- That GPs pay greater attention to identifying treatment-demanding traumas among ethnic minority patients with refugee backgrounds.
- That GPs obtain better possibilities to refer ethnic minority patients with especially complex health issues to specialists/ immigrant medical clinics.
- That interpreter training and an interpreter certification scheme be established.
- That legislation should be enacted that prohibits the use of children as interpreters.
- That the regional administrations ensure that video interpreting services are easy to use for the GPs and the hospitals.
- That an assessment be made focusing on those situations in which ethnic minority patients do not have equal access to existing health services (preventive, therapeutic and rehabilitative interventions) due to lack of language skills.

Read more about the recommendations in Part IV.

INDLEDNING

I Danmark har alle uanset etnisk oprindelse ret til sundhed, herunder lige adgang til tilbudte sundhedsydelser. Dette følger af menneskerettighederne og dansk lovgivning. Det offentlige sundhedssystem skal således være et tilbud for alle. Spørgsmålet er, om retten til lige adgang til sundhed uanset etnisk oprindelse efterleves i praksis. I denne rapport fremstilles og analyseres problemstillinger affødt af mødet mellem sundhedsvæsenet og den (sårbare) etniske minoritetspatient. Analyserne efterfølges af en række anbefalinger.

1.1 BAGGRUND

En gennemgang af relevante rapporter og undersøgelser på området tegner et billede af, at der i det danske sundhedsvæsen synes at være en række udfordringer i mødet mellem sundhedsvæsen og patienter med etnisk minoritetsbaggrund.¹ I forordet til Sundhedsstyrelsens antologi **Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen** fra 2010 fremhæves det fx, at selvom patienter med etnisk minoritetsbaggrund 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. Forklaringerne er ifølge forordet mange: "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." I ovennævnte forord fremhæves tillige, at sundhedsloven fastsætter, at alle skal sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenet, hvorfor det er "vigtigt at identificere de særlige udfordringer, der er forbundet med denne gruppe patienters møde med sundhedsvæsenet, og finde relevante løsningsmodeller for indsatsen i fremtiden".

Rapporter og undersøgelser på området behandler ikke mindst problemstillinger relateret til kultur og religion, som kan opstå i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter med etnisk minoritetsbaggrund (se fx Baig, Kastrup & Rasmussen, 2010), samt tolkeproblematikken – herunder fraværet af relevante kompetencer hos anvendte tolke eller slet og ret fraværet af tolkebistand i situationer, hvor det er påkrævet (se fx Kristiansen & Krasnik, 2010, s. 23).

Indtrykket er, at (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund er en patientgruppe, der på forskellig vis udgør en udfordring for sundhedsvæsenets generelle funktionsmåde. Én forklaringsmodel kan være, at kulturel baggrund er medvirkende til, at enkelte patienter agerer uhensigtsmæssigt og således skaber forestillingen om en krævende patientgruppe. En anden, at sundhedsvæsenet ikke i tilstrækkelig grad er gearret til at håndtere den forskellighed blandt patienter, der har baggrund i etnicitet, kultur, forhold til religion, mangelfulde dansksproglige færdigheder, uddannelsesniveaue etc.

Fra et retligt perspektiv er det imidlertid relevant at være opmærksom på, hvorvidt opfattelsen af, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund på forskellig vis udfordrer sundhedsvæsenet, kan resultere i, at der er patienter, der ikke får den behandling, de ville have fået, havde det ikke været for deres etniske oprindelse.

Også fra international side har der de senere år været fokus på retten til sundhed. Rapporten **Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare**, udgivet i 2013 af European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), analyserer således barrierer for lige adgang til sundhedsydelser, når etnicitet kombineres med alder, køn eller handicap.

Tilsvarende har man i Sverige set på, hvorvidt der er lige adgang for borgerne til udbuddet af sundhedsydelser. I 2012 udgav den

svenske Diskrimineringsombudsmannen (DO) således rapporten **Rätten till sjukvård på lika villkor**, der konkluderer, at det svenske sundhedsvæsen kendetegnes af høj kvalitet, men at der er plads til forbedring, når der anlægges en ligebehandlingsanalyse. Visse patientgrupper får således en ringere modtagelse end andre, og der er grupper, for hvem det er vanskeligere end andre at få adgang til den rigtige behandling.

1.2 RETTEN TIL SUNDHED

Motiver til at fokusere på lige adgang til sundhed kan tage afsæt i retlige såvel som pragmatiske argumenter. I denne rapport er afsættet fortrinsvis de retlige.

Således følger det af FN's Verdenserklæring om Menneskerettighederne, at enhver har ret til en sådan levestandard, som er tilstrækkelig til vedkommende og vedkommendes families sundhed og velvære, herunder ret til blandt andet lægehjælp, sociale goder og tryghed i tilfælde af blandt andet sygdom.

Og efter FN's Konvention om Økonomiske, Sociale og Kulturelle Rettigheder (ØSKR), at staterne skal anerkende ethvert menneskes ret til at nyde den højest opnåelige fysiske og psykiske sundhed. Det indebærer, at staterne skal træffe foranstaltninger for at opnå den fulde virkeliggørelse af retten til sundhed, herunder for at forebygge, behandle og bekæmpe sygdomme samt at skabe betingelser for at sikre ethvert menneske lægehjælp samt kur og pleje under sygdom.²

Racediskriminationskonventionen forbyder desuden racediskrimination med hensyn til blandt andet retten til offentlige sundhedsforanstaltninger, lægebehandling, social tryghed og sociale ydelser. Desuden indeholder ØSKR et diskriminationsforbud, hvorefter staterne skal sikre de rettigheder, der er fastsat i konventionen, uden diskrimination på grund af blandt andet race og national oprindelse.

Konventionerne medfører ikke, at staten skal fastsætte et bestemt niveau for sundhedsydelser i Danmark, men at det offentlige sundhedssystem skal være åbent for alle uden diskrimination.

Endvidere beskytter lov om etnisk ligebehandling mod diskrimination på grund af race eller etnisk oprindelse i forhold til (blandt andet) sundhedspleje.³ Af bemærkningerne til loven fremgår det, at begrebet "sundhedspleje" generelt omfatter adgang til og gennemførelse af sygepleje og patientbehandling, herunder medicinsk diagnose, hjemmesygepleje, ydelser ved moderskab og forebyggende sundhedsordninger. Omfattet er endvidere tandpleje og ydelser såsom ergo- og fysioterapi, kiropraktisk behandling mv.

Hertil kommer den specifikke lovgivning på sundhedsområdet. Det drejer sig i særdeleshed om sundhedsloven og afledte bekendtgørelser. I rapporten har vi valgt udelukkende at henvise til bestemmelser fra disse love i det omfang, de har en direkte relevans for de analyserede problemstillinger.

Til de retlige argumenter kan tilføjes, at der fra et samfundsperspektiv formentlig vil være en positiv effekt af at sikre alle lige adgang til sundhed, da raske individer fungerer bedre end syge. I rapporten **Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere** fra MESU (Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed) har man valgt at fremstille det sådan:

” Der ses en sammenhæng mellem et godt selvvurderet helbred og socioøkonomiske faktorer som sociale relationer, uddannelse, beskæftigelse og indkomst. Den indbyrdes afhængighed er dog ikke helt klar, men det formodes, at der er tale om en gensidig påvirkning, hvor bedre helbredstilstand kan have positiv indvirkning på diverse socioøkonomiske faktorer, og der kan være positive helbredseffekter af en optimering af socioøkonomiske faktorer for nyankomne indvandrere. I teorien er mange socioøkonomiske såvel som sundhedsmæssige faktorer modificerbare. Undersøgelser peger derfor på, at en forbedring af socioøkonomiske vilkår og/eller helbredstilstand kan have en bred positiv effekt på indvandreres trivsel” (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 41).

1.2.1 KLAGEADGANG

Hvis en patient i forbindelse med en konsultation hos en praktiserende læge oplever at blive forskelsbehandlet på grund af sin etniske oprindelse, har

vedkommende mulighed for at klage til Ligebehandlingsnævnet, som behandler klager over forskelsbehandling uden for arbejdsmarkedet på grund af køn, race og etnisk oprindelse. Nævnet behandler klager på skriftligt grundlag og kan tilkende godtgørelse. Hvis nævnets afgørelser og forlig, som er indgået for nævnet, ikke efterleves, skal nævnet indbringe sagen for domstolene, hvis klageren anmoder herom.⁴ Hvis en klager er i tvivl om sine rettigheder og klagemuligheder i forhold til ligebehandlingslovgivningen, har vedkommende mulighed for at kontakte Institut for Menneskerettigheders Ligebehandlingsrådgivning, der yder bistand til ofre for diskrimination, inden der klages til Ligebehandlingsnævnet og efter.

Hvis en patient oplever fejl af sundhedsfaglig karakter i forbindelse med behandling, har vedkommende mulighed for at klage til Patientombuddet. Patientombuddet fungerer som én samlet indgang for patienter, som ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen. Hvis en patient er i tvivl om, hvordan en klage skal udformes, har patienten mulighed for at kontakte Patientkontoret i sin region.⁵

1.3 FORMÅL OG FOKUS

I kraft af instituttets mandat som nationalt ligebehandlingsorgan er det vores opgave at fremme ligebehandling af alle uanset køn, race eller etnisk oprindelse mv. Det gør vi blandt andet ved at udarbejde rapporter med anbefalinger til ministerier og myndigheder.

I nærværende rapport vil vi pege på forhold, der i praksis kan medvirke til, at patienter på grund af deres etniske oprindelse stilles ringere i forhold til retten til sundhed. Rettes blikket fx mod anvendelse af tolkebistand i forbindelse med ikke-dansktalende patienters konsultation hos den praktiserende læge, peger flere ting i retning af, at området trænger til et løft, såfremt man vil sikre, at alle patienter har lige adgang til sundhed. Hvis de tolke, de praktiserende læger har mulighed for at rekvirere, fx ikke er i stand til at levere tolkning på et tilstrækkeligt kvalificeret niveau, og kommunikationen mellem patient og læge bliver upræcis, får patienten ikke nødvendigvis den behandling, vedkommende ville have fået, havde det ikke været for hans eller hendes etniske oprindelse og eventuelle manglende dansksproglige færdigheder som følge heraf.

Et andet forhold, der i praksis kan medvirke til, at patienter på grund af deres etniske oprindelse kan være ringere stillet, er fraværet af forudsætninger for at agere patient ifølge den måde, hvorpå det forventes. Manglende viden om det danske sundhedsvæsens indretning samt et ringe uddannelsesniveau kan i den sammenhæng have betydning.

I rapporten er der et særligt fokus på udfordringer i almen praksis i forhold til at kunne yde alle patienter lige adgang til sundhed. Vi har valgt at fokusere på almen praksis, fordi de praktiserende læger som hovedregel er patientens indgang til sundhedsvæsenet og de tilbud, det indbefatter.

Således spiller de praktiserende læger en central rolle i forhold til at sikre, at alle uanset etnisk oprindelse opnår den behandling, der er mulig og relevant.

Af rapportens analysedele vil det fremgå, at (ikke mindst) den sårbare patient med ikke-vestlig oprindelse vil være i fokus i de analyserede problemstillinger.

Med rapporten ønsker vi at gøre ansvarlige myndigheder opmærksomme på en række problematikker med henblik på at fremme ligebehandling hos den praktiserende læge såvel som i sundhedsvæsenet mere generelt. Samtidig henvender rapporten sig til alle øvrige aktører med interesse i at skabe et sundhedsvæsen, hvor etnisk oprindelse ikke har indflydelse på patientens adgang til sundhed.

1.4 DEN SÅRBARE PATIENT (UANSET ETNICITET)

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens rapport **Ulighed i sundhed – årsager og indsatser**, at samspillet mellem patient og sundhedsvæsen er en vigtig faktor for udfaldet af mødet – dvs. for hvad patienten 'opnår'. Patientens erfaringer fra tidligere kontakter, forventninger om hjælp, viden om symptomernes betydning og viden om, hvad sundhedsvæsenet har at tilbyde, har betydning. Patientens uddannelse, sociale status, sproglige evner mv. spiller her en afgørende rolle. Det samme gør sociale netværk og støtte fra pårørende. Af rapporten fremgår det, at sundhedsvæsenet er formet efter billedet af en ideal patient, som forstår, hvor de rette indgange er, hvordan henvisningssystemerne fungerer, hvilke

rettigheder der findes for patienten, og hvilke krav systemet stiller (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 113).

Imidlertid er ikke alle patienter formet efter billedet af den ideale patient. Nogle er dårligt stillede, belastede, indsatskrævende, besværlige, marginaliserede, ressourcetsvage, skrøbelige, sårbare, (socialt) udsatte eller udviser ringe egenomsorgsevne.⁶

Ifølge rapporten **Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis** fra Forskningsenheden for Almen Praksis betegnes disse som 'sårbare patienter'. I rapporten, der bygger på en række fokusgruppeinterviews med alment praktiserende læger i København, Odense og Århus, beskrives det, at der blandt de deltagende læger er enighed om, at begrebet sårbarhed er et centralt og velegnet begreb til at definere den heterogene gruppe af patienter, i forhold til hvilke et eller flere af ovenstående begreber anvendes. Det fremgår endvidere, at begrebet sårbarhed dækker flere dimensioner, hvori både helbredsmæssige og sociale faktorer indgår. Således kan sygdom i sig selv gøre patienten sårbar, men ofte vil sårbarhed være udtalt i de tilfælde, hvor diagnosen indgår i et samspil med sociale problemstillinger i patientens liv:

” Problemstillinger, som kan forstærke og bidrage til sårbarhed, spænder fra økonomiske og kognitive begrænsninger over svagt socialt netværk og marginalisering til problemer med kompliance og egenomsorg” (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 32).

Det understreges imidlertid, at social og helbredsmæssig sårbarhed kan findes i alle socioøkonomiske grupper, men at der i de lave socialgrupper ofte vil findes flere samtidige belastninger, som interagerer negativt, hvilket medfører en større risiko for, at patienter fra de lave socialgrupper bliver og forbliver sårbare (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 32).

1.5 DEN SÅRBARE PATIENT MED IKKE-VESTLIG OPRINDELSE

Af rapportens analysedele fremgår det, at den sårbare patient med ikke-vestlig oprindelse i særlig grad vil være omdrejningspunkt for de analyserede problemstillinger.

Afgrænsningen "med oprindelse i et ikke-vestligt land" retter sig mod det forhold, at patienter med oprindelse i ikke-vestlige lande må forventes at være de mest sårbare/ udfordrede, hvad angår sundhed.⁷ Endvidere vil eventuelle erfaringer, de måtte have gjort sig med et sundhedsvæsen i oprindelseslandet, formentlig være meget forskellige fra de erfaringer, de nu står overfor at skulle gøre sig i mødet med det danske. Af rapporten **Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere** fremgår det, at mange ikke-vestlige lande er lavindkomstlande med et dårligt fungerende sundhedsvæsen, og at det må forventes at kunne have betydning for patienternes sundhed og sygelighed og for deres evner til at gøre brug af sundhedstilbud i Danmark (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 5).

Ikke-vestlige lande forstås som lande uden for Vesteuropa, Canada, USA, Australien og New

Zealand, jf. Danmarks Statistiks definition.⁸

Ifølge Danmarks Statistik udgjorde indvandrere 8,1 % af Danmarks befolkning pr. 1. januar 2013 (456.386 personer). Af disse kom 58 % fra ikke-vestlige lande.⁹

For den sårbare etniske minoritetspatient med oprindelse i et ikke-vestligt land gælder det ifølge rapporten **Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis**, at der ofte er tale om vanskeligheder i forhold til sprog, integration, arbejdsmarked og sociale muligheder. Også traumatiske oplevelser i oprindelseslandet samt problemer med børnenes trivsel og tilpasning i samfundet bliver i rapporten nævnt som faktorer, der dels kan forårsage dels kan forstærke sårbarheden. Det nævnes endvidere, at den sårbare etniske minoritetspatient ofte er kvinde med en kort eller ingen uddannelse, at hun er hjemmegående, og at indtrykket er, at hun i større eller mindre udstrækning er afsondret fra det omgivende samfund (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 14-15).

På Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital er der blandt klinikkens patienter en overvægt af kvinder, hvilket understøtter opfattelsen, der refereres til i ovenstående, at den sårbare etniske minoritetspatient ofte er kvinde. At mændene er underrepræsenterede, betyder imidlertid ikke, at de er mindre sårbare og ikke har behov for lægehjælp.¹⁰ Således viser erfaringer fra klinikken, at de mandlige patienter ofte har en anden og mere kompleks sårbarhed end kvindernes, som er mindre tydelig og derfor

vanskeligere at adressere. Og at – netop – afdækningen af denne sårbarhed ofte er en forudsætning for at finde de rigtige løsninger i klinisk sammenhæng.¹¹

Som det vil fremgå, inddrages i nærværende rapport et kønsperspektiv, når det undervejs er fundet relevant.

1.6 ULIGHED I SUNDHED – OG ETNICITET

Af rapporten **Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere** fremgår det, at sundhedstilstanden for nyankomne indvandrere i Danmark er sparsomt beskrevet, og at den kan forvente at variere meget, blandt andet som følge af forskelle i oprindelseslande, årsager til – og tidspunkt for – migration, politiske og humanitære forhold i oprindelseslandet, socioøkonomiske faktorer etc. (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 3 og 37).

” Overordnet set er der fundet en lavere dødelighed hos ikke-vestlige indvandrere, sammenlignet med personer med dansk oprindelse. Undersøgelser af sygeligheden hos indvandrere, med uspecificeret opholdstid, har vist, at de lider af kroniske såvel som akutte sygdomme på samme vis, eller i lidt højere grad, end personer med dansk oprindelse. (...) Generelt vurderer indvandrere deres eget helbred dårligere, der er fundet en højere forekomst af infektionssygdomme og diabetes og en lavere forekomst af visse kræfttyper hos ikke-vestlige indvandrere,

sammenlignet med personer med dansk oprindelse. (...) Specifikt for infektioner skyldes overhyppigheden nok primært en højere forekomst af infektioner i oprindelseslandet, mens den højere forekomst af diabetes og lavere forekomst af kræft sandsynligvis kan tilskrives genetiske dispositioner samt sundhedsadfærd i oprindelsesland og modtagerland. For psykiske sygdomme er der generelt fundet en højere forekomst hos indvandrere end hos personer med dansk oprindelse” (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 37).

Af rapporten **Ulighed i sundhed – årsager og Indsatser** fremgår det, at undersøgelser og studier, der specifikt behandler indvandreres helbred, peger i lidt forskellige retninger. Mens ét studie peger på, at dødeligheden blandt indvandrere med ikke-vestlig oprindelse er lavere end dødeligheden blandt etniske danskere,¹² viser et andet, der har fokus på indlæggelse for hjerteinfarkt, en kraftig oversygelighed blandt indvandrere med pakistansk og tyrkisk oprindelse, og det bemærkes, at dette ikke stemmer overens med det billede, den totale dødelighed indikerer. Forfatterne konkluderer, at ”mønsteret i og mekanismerne bag variationerne i indvandreres sygelighed og dødelighed i Danmark langtfra er udredte”, men at de ”delvis ser ud til at forklares med henvisning til indvandreres mindre privilegerede socioøkonomiske situation, hvad angår uddannelse og indkomst” (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 36).

Se bilag 1 for korte beskrivelser af hovedlinjerne, hvad angår ulighed i sundhed (uanset etnicitet) og sociale forhold, ulighed i sundhed (uanset etnicitet) og køn samt ulighed i sundhed (uanset etnicitet) og handicap.

1.7 ETNISKE MINORITETERS BRUG AF SUNDHEDSVÆSENET

Af Sundhedsstyrelsens rapport **Ulighed i sundhed – årsager og Indsatser** fremgår det, at en del af forklaringen bag de uligheder, der er i henvisningsmønstre, ventetider og brug af speciallæger mv. i befolkningen som **helhed**, kan skyldes sociale og kulturelle vanskeligheder i kommunikationen mellem højtuddannede læger og kortuddannede patienter. Hertil kommer, at de højtuddannede patienter har større tendens til at stille krav om en 'second opinion' samt mere avancerede diagnostiske undersøgelser mv.¹³ (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 123).

Hvis vi ser specifikt på etniske minoriteters kontakt til sundhedsvæsenet, fremgår det af samme rapport, at en nyere oversigt over europæiske studier af indvandreres forbrug af somatisk behandling viser,¹⁴ at der i flere nordiske lande er en tendens til hyppigere skadestuebesøg og også flere besøg hos egen læge, og at der samtidig er et lavere forbrug af forebyggende screeningtilbud. Tendenserne bekræftes, ifølge rapporten, af danske analyser.¹⁵ Af rapporten fremgår det, at en lignende oversigt over indvandreres brug af psykiatrisk behandling¹⁶ giver et meget varieret billede. Ifølge rapporten er tendensen dog, at

kontakten med psykiatrien fungerer dårligere end for andre befolkningsgrupper, forstået således, at indvandrere har hyppigt brug for psykiatrisk skadestue, men meget lavere brug af ambulante besøg, samtalerterapi og psykiatrisk rehabilitering.

Rapporten påpeger, at der savnes monitorering af sociale og etniske uligheder i brug af sundhedsvæsenets ydelser. Og at dette gælder for både de forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser og for patientforløbene imellem de kommunale og regionale indsatser (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 123).

1.8 EMPIRI OG METODE

Rapporten inddrager data fra:

- kvalitative ekspertinterviews med 5 udvalgte læger (4 praktiserende læger samt 1 speciallæge i psykiatri)
- en spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udvalg af praktiserende læger, gennemført af Epinion
- en anmodning sendt til alle regioner om at besvare en række spørgsmål
- 2 arbejdsgruppemøder med en følgegruppe bestående af eksperter og fagpersoner inden for sundhedsområdet/sundhedssektoren.

Yderligere er der gennemført interviews med andre relevante aktører – en regionsrådspolitiker, en repræsentant fra en relevant retshjælp samt en repræsentant fra Center for udsatte flygtninge. Disse er anvendt som baggrundsviden.

Der er ikke indsamlet data blandt patienter med etnisk minoritetsbaggrund, og data fra undersøgelser, hvori patientperspektivet står i centrum, refereres kun i beskedent omfang.

1.8.1 KVALITATIVE INTERVIEWS MED PRAKTISERENDE LÆGER

Der er gennemført kvalitative ekspertinterviews med 5 udvalgte læger (4 praktiserende læger samt 1 speciallæge i psykiatri). Interviewene er gennemført i 2013 i de pågældende lægers praksis. Alle interviews har en varighed på ca. 1 time. Der er interviewet 3 kvinder og 2 mænd med praksis et sted på Sjælland. De pågældende informanter er valgt fordi de har gjort sig (professionelle) erfaringer med patienter med etnisk minoritetsbaggrund.

I del II og III anvendes citater fra interview materialet med henblik på at illustrere og uddybe de problemstillinger, vi har valgt at fremstille i rapporten.

I overensstemmelse med almindelige principper for indsamling og anvendelse af kvalitative interviews til brug for undersøgelser som denne er data behandlet fortroligt – i såvel analysefasen som i rapporten. Således fremgår det ikke ved anvendelsen af citater, hvem der står bag en given udtalelse. Formålet med dataindsamlingen har været at identificere relevante problemstillinger – ikke at fremhæve eller udstille konkrete personer.

Endelig skal det nævnes, at citaterne har været udsat for en let omskrivning for at sikre læsevenlighed.

1.8.2 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE BLANDT PRAKTISERENDE LÆGER

Epinion har på vegne af Institut for Menneskerettigheder gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt et panel af praktiserende læger i hele Danmark. De interviewede læger er repræsentativt udvalgt i forhold til den regionale fordeling og er fordelt tilnærmelsesvist 50/50 på køn. Den faktiske fordeling af praktiserende læger er 60/40 med en overvægt af mænd. Der er interviewet i alt 154 læger. Undersøgelsen er gennemført i uge 7, i indeværende år.

I del II og III inddrages løbende resultater fra denne undersøgelse med det formål at tilføre overblik. En komplet oversigt over spørgsmål og svarfordelinger fremgår af bilag 2 **Frekvenstabeller fra spørgeskemaundersøgelsen blandt de praktiserende læger.**

1.8.3 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE SENDT TIL REGIONERNE

Instituttet anmodede den 5. november 2013 alle regioner om at besvare en række spørgsmål relateret til ligebehandling i sundhedsvæsenet med det formål at kvalificere undersøgelsens analyser og anbefalinger. I følgebrevet til regionerne beskrev vi, at vi med undersøgelsen ønskede at belyse eventuelle strukturelle barrierer, der i praksis kunne medvirke til at stille patienter ringere alene på grund af deres race/etniske oprindelse. (For kopi af følgebrev og spørgeskema se bilag 3 og 4).

I del II og III inddrages regionernes besvarelser under de temaer, der fremstilles i disse dele, i det omfang, det er relevant. (For en komplet oversigt over regionernes besvarelser henvises til bilag 5-9).

På et møde i januar 2014 bad vi den følgegruppe, der har været tilknyttet undersøgelsen, om at forholde sig til regionernes besvarelser. Udvalgte drøftelser fra dette møde vil samtidig indgå i del II og III med det formål at kvalificere og/eller forstå regionernes besvarelser i en kontekst.

Følgegruppen bemærkede som udgangspunkt, at besvarelserne afspejler ganske store forskelle med hensyn til, hvordan de enkelte regioner har valgt at prioritere instituttets henvendelse – samt hvilket 'niveau' i regionen der har været sat til at besvare henvendelsen.

Ud fra besvarelserne at dømme er det overordnede indtryk, at der er stor forskel på, hvor opmærksomme regionerne er på at sikre lige adgang til sundhed uanset etnisk oprindelse. Dog må besvarelserne læses – netop – med det forbehold, at instituttets henvendelse er prioriteret forskelligt af de enkelte regioner.

1.9 FØLGEGRUPPE

Med det formål at kvalificere rapportens analyser og anbefalinger har der i forbindelse med undersøgelsens gennemførelse været tilknyttet en følgegruppe. Følgegruppen, der har bestået af eksperter og fagpersoner inden for sundhedsområdet/sundhedssektoren, har haft til opgave at yde fagkyndig sparring og

dermed medvirke til kvalitetssikringen af IMR's arbejde relateret til undersøgelsen. Dog er alene IMR ansvarlig for rapportens indhold.

I følgegruppen er indgået repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Region H, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, Indvandrermedicinsk Klinik (OUH), Danske Patienter, Etnisk Ressourceteam og Institut for Folkesundhedsvidenskab. Repræsentanter fra andre centrale instanser var også inviteret til at deltage – herunder Dansk Selskab for Almen Medicin, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Region Midt – men kunne ikke, eller valgte ikke at, deltage. Følgegruppens nærmere sammensætning fremgår af rapportens omslag.

1.10 RAPPORTENS OPBYGNING

I del II **Mødet mellem den praktiserende læge og den sårbare patient med etnisk minoritetsbaggrund** behandles en række problemstillinger affødt af dette møde. Det være sig patienternes forudsætninger – eller mangel på samme – for at være patient i systemet på den måde, det forventes, udfordringer affødt af mødet mellem forskellige forståelser af krop og sygdom, identifikation af særlige sygdomme – herunder PTSD, efterspørgslen på rådgivning og kursustilbud, indvandrermedicinske klinikker og endelig lægernes samarbejde med andre aktører (fortrinsvis kommunale).

I direkte forlængelse af del II sammenfattes de væsentligste pointer i afsnittet

Sammenfatning.

I del III **Sproglige barrierer for sundhed**

fremstilles en række problemstillinger relateret til såvel brugen af som manglende brug af professionelle tolke i kontakten mellem patient og sundhedsvæsen – herunder anvendelsen af børn som tolke. Del III behandler også videotolkning (dvs. tolkebistand leveret via videokonference) som alternativ til fremmødetolk. Endvidere behandles problemstillinger relateret til den skriftlige kommunikation, der udgår fra sygehusene, samt de praktiserende lægers muligheder for at henvise patienter til kommunale tilbud – herunder patientuddannelsesforløb – afviklet på et sprog, de forstår.

I direkte forlængelse af del III sammenfattes de væsentligste pointer i afsnittet

Sammenfatning.

I del IV **Anbefalinger** gives et samlet overblik over undersøgelsens anbefalinger.

MØDET MELLEM DEN PRAKTISERENDE LÆGE OG DEN SÅRBARE PATIENT MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND

2.1 INDLEDNING

Under overskriften 'Mødet mellem den praktiserende læge og den sårbare patient med etnisk minoritetsbaggrund' fremstilles i denne del forskellige problemstillinger affødt af dette møde.

Som det fremgår af rapportens indledning, er det undersøgelsens udgangspunkt, at (i særlig grad) sårbare etniske minoritetspatienter udgør en patientgruppe, der på forskellig vis udfordrer måden, hvorpå sundhedsvæsenet i dag er indrettet.

Én forklaringsmodel kan være, at kulturel baggrund er medvirkende til, at enkelte patienter agerer uhensigtsmæssigt, og at der på den baggrund skabes en forestilling om en krævende patientgruppe. En anden, at sundhedsvæsenet – herunder de praktiserende læger – ikke i tilstrækkelig grad er gearet til at håndtere forskellighed blandt patienter, hvad angår etnicitet, kultur, forhold til religion, dansksproglige færdigheder, uddannelsesniveau etc.

Fra et retligt perspektiv er det relevant at være opmærksom på, hvorvidt en forståelse af, at

patientgruppen udfordrer sundhedsvæsenet, kan resultere i, at der er patienter, der ikke får den behandling, de ville have fået, havde det ikke været for deres etniske oprindelse.

Som det vil fremgå, kendetegnes de problemstillinger, vi har valgt at fremstille, at der ofte er mange facetter. Ærindet er da heller ikke at placere en 'skyld' – snarere at gøre opmærksom på, at alle patienter, herunder sårbare patienter med etnisk minoritetsbaggrund, skal mødes med de tilbud i sundhedsvæsenet, der er relevante og mulige.

2.2 LIGEBEHANDLING

Ligebehandling betyder, at alle personer uanset race eller etnisk oprindelse skal have lige adgang til og mulighed for at deltage i alle dele af samfundslivet og nyde lige beskyttelse. Som udgangspunkt har personer med bopæl her i landet¹ adgang og ret til sundhed og sundhedsvæsenets ydelser, og sundhedsvæsenet skal overholde ligebehandlingsprincippet i forbindelse med behandling og pleje af de enkelte patienter. Det indebærer, at alle patienter får den behandling af sundhedsvæsenet, der kræves uanset patientens baggrund.

Ligebehandlingsprincippet betyder imidlertid ikke, at alle skal behandles ens. Det betyder snarere, at den enkelte patient skal behandles efter sine behov, hvilket medfører, at en praktiserende læge – med udgangspunkt i ligebehandlingsprincippet – kan behandle sine patienter forskelligt for at sikre ligebehandling af den enkelte, når der er tale om en saglig begrundelse.

2.3 ANALYSE

2.3.1 MAGTPOSITIONER

Ifølge en af de interviewede læger handler udfaldet af mødet mellem læge og patient i høj grad om magtpositioner og i mindre grad om etnicitet. I hvert fald kommer etnicitet, ifølge denne læge, i andet led. Dog er det lægens oplevelse, at patientens etnicitet ofte spiller en vigtig rolle, dels fordi der ofte vil være en sammenhæng mellem magtposition og etnicitet, dels fordi det at have etnisk minoritetsbaggrund ofte medfører, at lægen møder patienten med en række antagelser.

I det følgende citat forklarer interviewpersonen sin oplevelse af disse sammenhænge:

IP: "Hvordan du møder en læge, handler om, hvad du har for en position, hvilken magtposition du har, og det gælder ikke kun for indvandrere. Når du er over for en myndighed, hvordan er dit eget selvværd så, hvordan føler du dig i den relation? (...) Og der må jeg sige, at mange indvandrere måske pr. tradition er mere autoritetstro ... går ikke

i clinch med eller kræver ... Og der kan man jo, alt efter hvordan man møder mennesker, som er i en svagere ... altså hele den der magtting ... Der kan du jo komme til at vælte folk fuldstændig af pinden. Sådan at de ikke får sagt noget eller kommer frem med det, de kom her for."

I: "Så får de egentlig ikke det ud af besøget, de skulle have?"

IP: "Nej, ikke nødvendigvis. Og fra lægens side kan der så komme fordomme og forestillinger op om, hvordan man er, når man ser anderledes ud. Og de er der. Ah... Så er det gammelmor med tørklæde, og hun har bare ondt mig hist og pist, og så har man en eller anden selvbekræftende forestilling. Og gammelmor er ikke hende, der slår i bordet [IP banker i bordet] og har læst det og det på nettet og kan sige, at hun har krav på sådan og sådan. Hun kan bare blive ved med at sidde og sige, at hun har ondt og ikke vil gå. Der har du en position som sundhedsprofessionel til ligesom at få vippet folk videre. Og den tænker jeg, at vi [som læger] alle sammen har mere eller mindre ... Den hænger jo også sammen med det pres, man har, de arbejdsvilkår ... og nogle gange vel også i mangel af bedre, fordi man ikke rigtig ved, hvordan man skal gøre det ..."

Interviewpersonen uddyber:

IP: "Det er lidt den der sociale problemstilling, man klassificerer folk ... Og når jeg så kalder

det socialt, er det, fordi jeg tænker på de indvandrere, der jo ikke har en høj social position. Der er jo også mange formulerede akademiske, og de finder sig ikke i lige så meget, når de kommer, og de har jo heller ikke sprogbarrieren, så det er lettere for dem at trænge igennem.”

Men også den velformulerede, akademiske patient med etnisk minoritetsbaggrund vil opleve, at lægen agerer ud fra forskellige antagelser om 'indvandrere', og hvis det er udgangspunktet, kan det ifølge interviewpersonen nemt gå skævt:

IP: ”Men selv de oplever jo også ... Og der bliver det meget klart, at det med at blive vurderet på baggrund af fordomme, altså du er sådan, fordi du ser sådan ud, det synes de, er mægtræls, og man kører skævt af hinanden. Og det gælder bare endnu mere, for dem, der er analfabeter og ikke er vant til, at ... dem, der er flinke og søde og kommer her i konsultationen ... Og så tænker man: ”Hvad s...?” Jeg kan jo se, hvad der er foregået på sygehuset, og andre i systemet kan se, at patienten har været hos mig, og at jeg heller ikke har forstået det, så det er jo ikke for at klandre nogen. Men den autoritetstro hjælper dig altså ikke i det sundhedsvæsen, vi har.”

2.3.2 AUTORITETSTRO

En anden interviewperson, der praktiserer inden for psykiatri, er tilsvarende inde på, at for meget autoritetstro kan stå i vejen for, at patienten får den behandling, vedkommende skal have, fordi lægen forventer at møde en

patient, der er 'klædt på' til mødet og mere eller mindre i stand til at indgå i en ligeværdig dialog.

IP: ”Vi arbejder jo i en vestlig kontekst med, at der skal være en god alliance mellem en person, der søger hjælp, og så en behandler. Og vores forståelse af det i dag er jo, at det er to ligeværdige mennesker, der mødes og på en eller anden måde forhandler ... ”Hvad er det, du søger hjælp til, og er det noget, jeg kan hjælpe dig med, og kan vi blive enige om, at det er det her, vi vil arbejde med?” (...) Hvor masser af mennesker, der kommer hertil, aldrig har oplevet den form for kontakt med en behandler, men har oplevet – som jeg, da jeg var barn, kom ind til en behandler, som sagde: ”Der er det og det i vejen med dig, du skal gøre sådan og sådan, og hvis du gør det, så forsvinder dit problem eller din smerte, og så kan du gå igen.” Du havde helt klart ... en autoritet, der talte til dig. Og du indgik ikke i en eller anden dialog. Hvorimod i dag, hvis du ser på danskere, der søger hjælp, har de ofte været inde på nettet og se og kommer med forslag til, hvordan man kan gøre. Og man taler lidt frem og tilbage. Men vældig mange af vores indvandrerpacienter har aldrig oplevet sådan noget. Og jeg tror, de finder det ... ejendommeligt. Hvis man siger: ”Hvad er det, du gerne vil have hjælp til?” ”Jamen det må du da vide. Det er da dig, der har forstand på det her.” ”Jamen hvad er dit problem?” (...) Mange af dem har ikke været vant til at søge hjælp på den måde. De står tilbage og tøver. For hvad søren skal de svare? Og nogle gange tror jeg, en konsekvens af det er, at de måske

ikke får udtrykt tilstrækkeligt, hvad det er, de gerne vil have hjælp til, fordi de regner med, at de kommer ind til en person, som ved, hvad det er."

I: "Hvordan overkommer man det?"

IP: "Ja, det er svært at svare på, for det har været diskuteret rigtig meget blandt mange behandlere, om man i højere grad skal optræde som en autoritet, uden at man skal virke sådan kæft, trit og retning, men at man ligesom skal sige: "Nu skal du høre her, jeg tror, jeg ville kunne hjælpe dig med det her problem på den og den måde." Personligt tror jeg ikke, man skal være så bange for at udvise en vis autoritet. (...) Den der sådan meget easy-going stil, som mange danske behandlere har i dag, tror jeg, virker mærkelig på mange indvandrere. Jeg tror måske, de føler, at de ikke får hjælp."

I det følgende fortæller interviewpersonen om en episode med en patient, som har medvirket til at gøre det klart for hende, at det kan have en positiv betydning, når en læge træder i karakter som en autoritet over for en patient, der forventer det. Af citatet fremgår det, at først der blev patienten i stand til at slippe sine mange bekymringer i forhold til sit fysiske helbred og koncentrere sig om at blive rask.

IP: "Jeg kan huske, at jeg havde en meget velbegavet marokkansk patient, som blev henvist, fordi han troede, han havde en fysisk sygdom, og var undersøgt mange forskellige

steder og havde fået at vide, at det ikke var fysisk, men at han måske havde en depression eller sådan noget. En meget veltalende mand og velargumenterende. Så skulle han hjem på ferie, og da han kom tilbage, kom han til mig med et brev fra en speciallæge i Marokko. Og den læge har været franskuddannet. Det var sådan et meget fuldstændig vestligt brev. Så viste han mig, hvad den her speciallæge havde skrevet til ham. Og så spurgte jeg ham: "Hvad adskiller det, den marokkanske speciallæge har skrevet, og det, du har hørt på Rigshospitalet og Bispebjerg?", og hvor han nu havde været henne. "Hvorfor synes du, du forstår og har tiltro til det, han skriver?" Og så syntes jeg, han sagde noget meget interessant: "Jo, fordi i modsætning til jer tog den læge ansvaret på sig." Og så sagde han: "Jo, danske behandlere har så svært ved at sige, nu skal du høre her, det er sådan, det er fat." Dem, han havde været hos forskellige steder i det danske sundhedsvæsen, havde ikke kunnet give nogen forklaring på hans symptomer. "Du er blevet gennemundersøgt, og vi kan simpelthen ikke finde noget. Vi kan ikke finde noget, der er i vejen, men vi kan godt prøve at sende dig derhen eller derhen." Den marokkanske læge derimod havde sagt: "Prøv engang at høre her: Der er lavet alle mulige undersøgelser, jeg har ikke kunnet finde, at der er noget i vejen. Jeg kan love dig for, at du roligt kan gå herfra. Der er ikke noget i vejen med den mave, men jeg tror, det er, fordi du psykisk er meget bekymret og sådan og sådan, så det er der, du skal søge hjælp. Men glem det om din mave!"

Som det fremgår af citatet, er det centrale i sammenhængen, at den marokkanske læge tager ansvaret på sig, idet han siger til patienten, at patienten ikke fejler noget af somatisk karakter og derfor ikke skal undersøges yderligere. Derfra kan patienten slippe tanker og bekymringer relateret til sygdomme i maveregionen og koncentrere sig om sin psyke.

'Problemet' eller dilemmaet i en dansk sammenhæng vil, ifølge den interviewede læge, være, at en dansk læge formentlig vil være påpasselig med at udvise den sikkerhed, den marokkanske læge udviser, da den danske læge vil blive stillet til ansvar, hvis han eller hun tager fejl. Den interviewede læge henviser i sammenhængen til, at også mange etnisk danske patienter ville være bedre stillet med en klar besked, men at det danske sundhedsvæsen er præget af klagefrygt: "... Den der amerikanisering ... Så kan der være nogen, der klager, og så kan der være nogen, der..."

Den interviewede læge fortæller, at hun på et tidspunkt overværede et oplæg med en iransk læge, og at det tilsvarende havde medvirket til at gøre det klart for hende, at måden, hvorpå danske læger (ofte) kommunikerer med deres patienter, kan medføre en usikkerhed hos patienten, som ville kunne undgås, hvis lægen var mere tydelig:

IP: "Han gav det her eksempel: Skal jeg tage medicinen, når jeg har spist noget, eller må

jeg godt tage den om morgenen, inden jeg overhovedet har spist noget?" "Det betyder ikke noget." Skal man drikke noget til, eller kan man bare ...? "Du kan bare gøre, som du vil. Det betyder ikke noget, det er der ingen belæg for ..." Hvor han sagde: Hvor jeg kommer fra, ville man få at vide, at "det er vigtigt, du spiser noget, inden du tager tabletten, og så skal du drikke et glas vand". Og så tænker man: "De vil virkelig hjælpe mig." Han sagde også, at hvor han kom fra, ville man sige: "Husk nu at få sovet godt om natten, husk nu at få hvilet dig, og husk nu hver dag at komme ud og få noget frisk luft." Altså sådan nogle ting, som er fuldstændig harmløse."

Den interviewede læge kommenterer dette med at sige, at en dansk læge eller behandler måske et langt stykke ad vejen har ret, da det ofte ikke betyder noget i forhold til en given medicins virkning, om du drikker et glas vand til dine piller eller ej, men at det, at lægen sætter nogle rammer for patienten, for mange patienter er et udtryk for, at man tager patienten alvorligt, og netop vil være det, der gør, at de tror på behandlingen (og får spist medicinen).

I forhold til nærværende undersøgelse kan man spørge, om danske lægers manglende stillingtagen og træden i karakter over for patienter, hvis forventning er, at lægen agerer autoritet, kan betragtes som en barriere for ligebehandling. Svaret er, at det kan det ikke som udgangspunkt, men at lægen med fordel kan være opmærksom på, om der fra patientens side forventes noget sådant, og

eventuelt indrette sin kommunikation på det i den udstrækning, det er forsvarligt.

Som det vil fremgå af figur 1 i afsnit 2.3.8 **Særlige udfordringer** oplever relativt store andele af de adspurgte læger, ifølge den undersøgelse, Epinion har gennemført for instituttet, at nogle af udfordringerne ved behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund er, at patienterne forlanger mange undersøgelser, og at de kommer gentagne gange med de samme problemer. Om dele af svaret på patienternes behov for at blive undersøgt samt deres gentagne besøg hos den praktiserende læge findes i, at lægen ikke er tydelig nok set i forhold til patienternes eventuelle forventninger om klare svar og retning, kan man ikke sige noget sikkert om ud fra undersøgelsen, men det kan ikke afvises, at det er en mulighed.

2.3.3 FORVENTNINGER TIL PATIENTEN

En beslægtet problemstilling synes at være, at ikke alle patienter overhovedet er i besiddelse af redskaberne til at tage aktivt del i samtaler om udredning/diagnosticering og behandling, og at de måske aldrig vil blive det. Således handler det ikke alene om, at nogle patienter – grundet deres erfaringer med et sundhedsvæsen, hvor lægerne i højere grad optræder som autoriteter – savner klare svar og retning. Det handler også om patienternes forudsætninger for at agere patient i det danske sundhedsvæsen, ifølge den måde, hvorpå det forventes.

Lægen fortæller:

IP: "For et par år siden havde jeg en patient fra den store tyrkiske gruppe, der kom fra Konja, og mange af dem er meget dårligt uddannet. Hende her var ... Jeg tror aldrig, hun havde gået i skole ... højst et år eller sådan noget. Og det var en meget fornuftig tolk, jeg havde, som var en ikke helt ung herre. Og da vi var færdige, sagde han til mig. "Jeg bliver nødt til at sige noget til dig. Når jeg talte med den kvinde, kunne jeg jo ud af hendes sprog høre, hvor dårligt uddannet hun var. Hendes ordforråd var uhyre begrænset." Men der var én ting, der havde slået ham, og det var, at når jeg havde spurgt hende om noget ... Hun var kommet, fordi hun havde forsøgt at begå selvmord, fordi hun var blevet gravid for fjerde gang inden for relativt kort tid ... Og så havde jeg spurgt hende lidt, hvad hun havde forestillet sig, og han fortalte mig så, at hun havde været fuldstændig forvirret. Det havde han kunnet høre på den måde, hun havde svaret på, for der var aldrig nogen, der havde spurgt hende, hvad hun havde lyst til. Det havde hun aldrig prøvet i hele sit liv, at der var nogen, der spurgte: "Hvad kunne du selv tænke dig?" Hun anede ikke, hvad hun skulle svare. Hun var blevet gift som 16-årig og havde trællet for sine svigerforældre, for nu havde de endelig fået en ung rask kvinde i huset, og de havde bestemt **alt** for hende. Hun fik ikke lov til noget som helst, og nu var hun i Danmark og der bestemte hendes mand og hans ældre mor, og hun bestemte aldrig noget. Og den oplevelse af pludselig at sidde over for et menneske,

som spørger hende, hvad hun selv havde tænkt sig ... Hun var jo fuldkommen forvirret. Hun anede ikke, hvad hun skulle svare.”

Hvis vi koncentrerer os om det, der har med retten til sundhed at gøre, kan man i forlængelse af ovenstående citat sige, at såfremt der er patienter i systemet, som ikke er i besiddelse af de kompetencer eller det fælles udgangspunkt, som det forudsættes, at en patient er i besiddelse af, er der en risiko for, at patienterne ikke opnår den behandling, som er mulig og relevant.

Ringe skolegang – og i eksemplet ovenfor: en tilværelse uden selvbestemmelse – kan betyde, at en patient i langt højere grad skal 'guides' af behandleren/lægen end den patient, som selv søger viden på nettet og er vant til at formulere sig om egne tanker og behov.

2.3.4 STIGMATISERINGEN

IP: "(...) Den stigmatisering, der er i forbindelse med at være indvandrer, tror jeg, har stor betydning også. Og den vil så gælde alle, uanset hvilken socialklasse du tilhører som indvandrer. Men dem, der tilhører den nederste socialklasse og er mest sårbare af indvandrerne, de vil opleve den dobbelt. På den måde tror jeg, der er noget særligt ved at være indvandrer. Du er underlagt den stigmatisering, der følger af, hvordan du ser ud.”

Interviewpersonens overvejelser i forhold til etnicitet og stigmatisering kan tolkes i retning

af, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund (der er synligt forskellige fra majoriteten) afføder en reaktion hos lægen, som komplicerer mødet mellem læge og patient. Ifølge denne tolkning sker der en form kortslutning – og konsekvensen vil måske i nogle tilfælde være, at lægen ikke går professionelt til værks.

I kraft af patientens udseende og fremtoning aktiveres nogle mekanismer hos lægen, som gør, at etnicitet og kultur fylder uforholdsmæssigt meget i sammenhængen. Således er det en risiko, at etnicitet og kultur bliver en mulig hæmsko for, at patienten undersøges og rådgives efter de standarder, lægen i øvrigt anvender.

Under interviewet illustrerer den interviewede læge sin pointe ud fra følgende eksempel:

IP: ”Jeg har et eksempel. Det er en familie fra Mellemøsten. Moren snakker sådan set rigtig godt dansk og er meget velbegavet og inde i forskellige ting. De har nogle svært handicappede børn, og den ene spytter og savler og råber ... Når de kører i bus, bliver de skældt ud, og nu skal de fandeme kunne passe på de unger. Og der tænker jeg: Havde det været en dansk familie ... **Jeg** kan godt se, at de er handicappede ... en dreng på 12 år, der snøvler og sidder med snot ud af næsen og savler ... Der må være et eller andet, hvis han er 12 år. Men her ... han bliver altså bare ... Han går også hen og kysser folk, og de bliver simpelthen angrebet af andre passagerer

i bussen, fordi de ikke holder styr på deres børn, og der tænker jeg, at der er altså en ekstra stigmatisering der, for havde det været en dansk familie, så ville enhver kunne se, at de børn er handicappede." (...) Jeg tror, at man tænker, at sådan ser 'bønder' ud. Og først da jeg lige selv så dem, kunne jeg også være i tvivl, for de kan da godt se sådan lidt ... De er velplejede, men ligner måske nogle, der er sådan lidt naive, og det gælder også forældrene."

I: "Så det kan faktisk godt være lidt svært at se, om børnene er handicappede eller bare ikke kan finde ud af at opføre sig ordenligt?"

IP: "Ja, det kan det. Men hvis du tænker dig om. En 12-årig dreng sidder ikke og snotter og savler og går hen og siger lyde og kysser én. Så ville du tænke: Hov, han må være syg, siden han ikke har noget sprog som 12-årig. Og her tænker jeg, at sådan ville man aldrig møde en, der ikke så anderledes ud. Det er vældig hårdt for den familie, det er rigtig svært for dem, for de bliver skældt ud, og folk flytter sig og går hen og siger: "Du må da opdrage dit barn ordentligt." (...) Der er den der stigmatisering, og det præger os alle sammen, også i sundhedsvæsenet. (...) Nu har jeg lært moren at kende rigtig godt, og hun er meget, meget kvik, og hun forstår og kan læse dansk ... Nu så jeg lige, at en af drengene havde været på øjenklinik, og nu skal han have briller. "Og det sagde vi også til dem sidste år!" [IP refererer til journalen fra øjenklinikken]. Og her ved jeg, at det ikke er kommunikeret godt nok, for denne

her mor følger med i alt. Hvis de havde sagt det bare på en helt almindelig måde, så havde hun fattet det. Og nu står der bare, at "vi kan heller ikke regne med sådan nogle bønder, og nu siger vi det så igen, og det er jo synd for denne her dreng". Jeg så udskrivningskortet. Og det er sådan den opfattelse, man har. Og det er ikke for at skælde ud på hospitalerne ... Det er mere generelt, det handler om, hvordan man møder nogen, man ikke kender ... Og det ville jeg også ... Og i starten tænkte jeg også selv ... Men nu har jeg så lært hende at kende, og hun er rigtig kvik. De ligner rigtige 'bønder' og sådan ... Så man forventer ikke, at de forstår det. Og sådan er det, når man ikke kender folk, så kommer man endnu mere til at ... Vi reagerer jo alle sammen ud fra fordomme. De kom så fra en anden læge, men nu skal de altså have den undersøgelse, som andre med multihandicappede børn får, og den service, de får (...)"

Den interviewede læge svarer i det følgende selv på, hvad der skal til for at bryde med tendensen 'at betragte patienter, der umiddelbart fremstår naive, som nogle, man ikke behøver at agere professionelt overfor'.

IP: "Her er det os som læger, der skal forstå at se individet i stedet for en eller anden stereotyp. Det må være måden at gøre det på. Og der er bare ikke rigtigt fokus på det lige nu. Men det er jo sådan noget, jeg tænker, man skal undervises i – tværkulturel kommunikation. Hele den her læge-patient-kommunikation. Hvordan

ser du på det menneske, du har, og ikke forestillingen om mennesket. Det er jo basal kommunikationslære.”

Ifølge interviewpersonen er det således vigtigt, at lægerne konstant er opmærksomme på at se patienten som et individ med et behov for en individuel lægelig vurdering og så vidt muligt undgå at handle ud fra forestillinger om patienten affødt af hans eller hendes fremtoning og ydre.

Interviewpersonens overvejelser vil kunne tolkes i retning af, at den etnisk danske læge skal være særligt opmærksom på dette, når patienten har etnisk minoritetsbaggrund, idet lægen vil være mere tilbøjelig til at tænke i stereotyper, når hun eller han sidder over for en patient med etnisk minoritetsbaggrund. Eventuelt fordi hun eller han – grundet sin primære erfaring med etnisk danske patienter – ikke i samme udstrækning er trænet i at differentiere.

2.3.5 LÆGENS MAGTESLØSHED

Antagelser, der aktiveres, når ikke man kender hinanden, kan således have konsekvenser for udfaldet af mødet mellem læge og patient og som følge heraf patientens lige adgang til sundhed.

Et andet forhold, der under interviewene er kommet op, er en magtesløshed, der af nogle læger opleves i forbindelse med konsultationer med visse patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Magtesløsheden

udspringer af, at disse patienter vedholdende kontakter lægen, uagtet at lægen ikke kan gøre mere for patienten i forhold til det helbredsproblem, der er på tale.

I interviewene fremhæves særligt to scenarier: 1) En vedholdende kontakt fra især kvindelige patienter vedrørende smerter i kroppen, som der ifølge de interviewede læger hverken findes diagnose eller behandling for. 2) En modstand fra patientens side (eventuelt betinget af manglende økonomiske ressourcer) i forhold til at opsøge eksempelvis en fysioterapeut, hvormed udredningen af patienten strander.

Når det er interessant at fremdrage disse typer af konsultation, er det, fordi det forhold, at lægen føler sig magtesløs – og nogle gange irriteret – i forhold til bestemte 'patienttyper' med etnisk minoritetsbaggrund eventuelt vil kunne bidrage til, at andre patienter med etnisk minoritetsbaggrund ikke mødes med den åbenhed, de ellers var blevet mødt med fra lægens side, havde det ikke været for deres minoritetsbaggrund.

I det følgende vises ved hjælp af citater fra interviewmaterialet, hvad der er på spil.

I: "Hvad tænker du – nyder patienter med etnisk minoritetsbaggrund den samme ret til sundhed ... Har de de samme muligheder i det danske sundhedsvæsen?"

IP: "Altså set udefra, i helikopteren, gør de jo. Altså de har jo samme tilgang til os,

og vi bestræber os meget på at behandle alle ens, ikke? Og det er også noget, vi diskuterer. [...] Vores intention er selvfølgelig at behandle alle patienter ens, og det siger vores lægeløfte i øvrigt også, at vi skal ... Det er ikke juridisk bindende, men moralsk bindende. Og sundhedsloven siger det jo også i bund og grund. Men det er også svært, fordi kommunikationsproblemer og nogle gange også kulturelle kløfter gør, at, hvad skal man sige, konsultationerne og behandlingen kan blive lidt skævvredet. Der er jo en meget kendt problematik, det er de her bevægeapparatsmerter, som eksisterer hos rigtig mange etniske patienter, og det er ikke fordomme. Der er simpelthen en meget større andel blandt de etniske patienter, der har bevægeapparatsmerter end blandt de tilsvarende sammenlignelige danske, etnisk danske, patienter. Og hvis man gang på gang bliver præsenteret for det samme problem, og man har haft nogle løsningsforslag, patienten har været hos alle relevante speciallæger, fået foretaget alle relevante undersøgelser ... Så bliver konsultationen svær, fordi man ikke rigtig kan håndtere det problem, som bliver fremstillet. Man mener, man har været hele vejen omkring. Og der bliver man så nogle gange nødt til at sige: "Ved du hvad, jeg vil ikke høre om din skulder i dag, jeg vil ikke høre om din ryg i dag, hvordan har du det ellers, hvorfor er du her i dag?" "Jamen det er min ryg", "Din ryg kan vi ikke gøre noget ved, den er kronisk." Og det giver jo en lidt anden konsultation, uvægerligt."

Som det fremgår af citatet, har lægen den erfaring, at han hos et udsnit af sine patienter med etnisk minoritetsbaggrund støder på en bestemt type problemstilling, som der lægefagligt ikke er noget at stille op overfor. Patienten har gennemgået alle relevante undersøgelser, men man kommer ikke nærmere en diagnose. Patienten insisterer på lægens fortsatte interesse for problemet, men lægen vil ikke/kan ikke bruge tid på et problem, som han ikke mener, han kan gøre noget ved. Og det giver, ifølge denne læge, alt andet lige "en lidt anden konsultation".

Senere i interviewet er lægen inde på de problematikker, som det – set med hans øjne – afføder, når patienten har en ryglidelse, men ikke handler på de henvisninger, han udskriver.

IP: "Nogle gange når du dertil, hvor du bliver defensiv. Hvis patienten ikke er ordentlig undersøgt og udredt, og det er det samme og det samme igen og igen og igen, og patienten ikke vil gå til fysioterapeut, fordi det koster noget ... Og de kan ikke komme til de gratis offentlige tilbud, fordi der skal man have været hos en privatpraktiserende fysioterapeut først [...] Og der vil du [som læge] ... uhensigtsmæssigt ... henvise patienten til reumatolog og speciallæge i bevægeapparatsygdomme. I et normalt forløb der vil fysioterapeuten have set på patienten først, og måske opnås der nogle resultater, og så kommer patienten tilbage, og så planlægger man, hvad der videre skal ske ... Typisk for ondt-i-ryggen-problematikker. Men

hvor du har den etniske patient ... De vil bare ikke af sted, uanset hvor mange henvisninger du giver, fordi de ikke har økonomi til det eller ... (...). Og så bruger du så speciallægen. Det er en dyr fysioterapeut, kan man sige ... Men du står med ryggen mod muren, og så bruger du speciallægen til at ... fjerne muren. Eller som en pausefunktion ... Du springer over, hvor gærdet er lavest. Og det er jo uhensigtsmæssigt i et samfundsperspektiv, men du kan komme der.”

Af ovenstående citat fremgår det, at der ifølge lægen knytter sig særlige udfordringer til forløb med patienter, som på grund af manglende økonomiske ressourcer eller forkerte økonomiske prioriteringer ikke opnår de undersøgelser og den behandling, der skal til for at bringe dem videre. Når lægen henviser til en privatpraktiserende fysioterapeut, og patienten ikke handler på henvisningen, går patientens rygproblemer ikke væk. Patienten fortsætter i stedet med at opsøge lægen, som til sidst henviser til en speciallæge.

Om end det ikke er hensigten med nærværende rapport at tage stilling til økonomi og prioriteringer i sundhedsvæsenet, synes det i sammenhængen relevant at nævne, at det har været debatteret, at patienter i forhold til visse typer af lidelser selv skal afholde relativt store udgifter og det hensigtsmæssige heri.

Således citeres professor i folkesundhedsvidenskab Finn Diderichsen i Politiken den 7.5.2012 på følgende måde: ”Mange af dem,

som er på kontanthjælp, er rigtig syge – ikke mindst psykisk syge – og lider af smerter i muskler og skelet. Det er to sygdomsgrupper, hvor der er rigtig store patientafgifter – når man skal have en psykoterapeut eller en fysioterapeut. To af de store årsager til, at folk står uden for arbejdsmarkedet, er netop psykiske lidelser og lidelser i bevægeapparatet.”

I Sundhedsstyrelsens rapport **Ulighed i sundhed – årsager og indsatser** fra 2011 vurderes det, at brugerbetaling har stor effekt på brugen af sundhedsydelser. Der refereres til, at studier af indvandreres forbrug af sundhedsydelser illustrerer, at der for tandlægeydelser med brugerbetaling er et tydeligt underforbrug, som man ikke finder for lægeydelser uden brugerbetaling (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 121-122).²

I forhold til denne rapport's fokus på lige adgang til sundhed er problemet med de konsultationer, hvor lægen føler sig presset mod muren – og derfor handler imod egne forestillinger om, hvad der lægefagligt og økonomisk er mest rigtigt i sammenhængen – at lægen ikke kan fortænkes i at blive 'træt'. Udfordringen opstår så i det øjeblik, en sådan træthed i forhold til en konkret patient har en afsmittende effekt i forhold til andre patienter fra samme etniske gruppe, som fra lægens side måske vil blive mødt med knap den åbenhed, som en patient uden fællestræk med den konkrete patient formentlig ville blive mødt med. Eller i det øjeblik lægen ikke

er lydhør over for det, patienten siger, den dag den samme patient opsøger lægen med et helbredsproblem, der faktisk kan gøres noget ved.

Endelig forekommer det relevant at overveje, om de praktiserende læger altid 'fanger', hvad der i virkeligheden er galt, når en patient henvender sig igen og igen med det samme problem. Såfremt patientens dansksproglige færdigheder er mangelfulde, kan en konsultation på 15 minutter meget vel tænkes ikke at være tilstrækkelig i forhold til at komme til bunds i et problem. Hvis konsultationen samtidig afvikles uden brug af tolk eller via en tolk, der reelt ikke er kvalificeret til opgaven, finder lægen måske aldrig rigtig ud af, hvad patienten egentlig fejler.

2.3.6 IDENTIFIKATION AF SÆRLIGE SYGDOMME

En af de interviewede læger kommer under interviewet ind på væsentligheden af, at man som læge har et vist kendskab til, hvilke sygdomme der er særligt forekommende hos bestemte etniske grupper. I modsat fald kan det være vanskeligt at identificere sygdomme, som sjældent optræder hos etnisk danske patienter, og i forlængelse heraf kunne tilbyde den rigtige behandling. Citatet nedenfor, der stammer fra netop dette interview, viser således, at der kan være nogle sammenhænge mellem patientens etnicitet og helbred, som kan være overordentligt relevante for lægen at være opmærksom på.

IP: "TB kan jo ligge næsten skjult og så blive aktiveret. Det er en meget kompleks sygdom, ekstremt kompleks."

I: "Vi taler tuberkulose, ikke?"

IP: "Ja, tuberkulose. Lungetuberkulose er jo faktisk en meget, meget lille del af det. Kirteltuberkulose, tarmtuberkulose og alle mulige underlige manifestationer. Vi har haft en patient fra Marokko, som havde en tuberkuløs meningitis ... Den har vi ikke set i Danmark i 40 år ... Det er en meget sløv form for hjernehindebetændelse. Men det hele gik godt."

I: "Men det er komplekst at finde ud af, at det i virkeligheden er det, patienten fejler, hvis ikke man tænker i den retning?"

IP: "Lige præcis. Og derfor tænker vi næsten automatisk, at alle somaliere – indtil det modsatte er bevist – har TB ... næsten. Og mange af de pakistanske patienter i øvrigt også. Ikke så meget de arabiske patienter."

I: "Og det gør I, fordi det er relevant for at sikre, at det bliver opdaget. Men gør alle det? Eller er det, fordi du er interesseret i området? Altså bliver man nok informeret om det?"

IP: "Altså de fleste er opmærksomme på det, men vi er jo særligt opmærksomme på det, fordi vi finder TB en gang om året, så den er hele tiden skærpet, den opmærksomhed."

Her er et eksempel på, at det kan være både sagligt og relevant, når lægen interesserer sig for patientens etniske oprindelse.

De praktiserende læger har imidlertid ikke i alle tilfælde forudsætningerne for at gøre noget (gøre det rigtige) i forhold til et sygdomsbillede, de måske har sparsom erfaring med at håndtere. Og p.t. findes der ikke officielle retningslinjer for praktiserende læger, der beskriver, hvilke særlige problemstillinger af helbredsmæssig karakter lægen skal være opmærksom på i forhold til forskellige etniske grupper.³

Med tilføjelsen til integrationsloven om, at alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge fra 1. juli 2013 skal tilbydes en helbredsmæssig vurdering hos en læge,⁴ skal der, ifølge bemærkningerne til lovforslaget,⁵ udarbejdes en vejledning om den helbredsmæssige vurdering, som den undersøgende læge kan benytte. Vejledningen skal blandt andet indeholde information om særlige opmærksomhedspunkter, relevant materiale om undersøgelse af flygtninge og deres familier samt information om, hvor der er mulighed for at få faglig rådgivning om målgruppens behov og behandlingsmuligheder.⁶

Forud for ændringen af integrationsloven i 2013, der medførte, at alle nyankomne flygtninge (herunder kvoteflygtninge) og familiesammenførte til flygtninge skal tilbydes en helbredsmæssig vurdering hos en læge,

var den praktiserende læge ofte den første repræsentant for det danske sundhedsvæsen, som kvoteflygtninge og familiesammenførte (til såvel flygtninge, der havde fået asyl, som andre end flygtninge) kom i kontakt med.⁷ Og kontakten var ofte betinget af, at de selv rettede henvendelse. For kvoteflygtninge og familiesammenførte (til såvel flygtninge, der har fået asyl, som andre end flygtninge), der ikke er nyankomne, vil det fortsat gælde, at den første kontakt til det danske sundhedsvæsen er betinget af, at de selv retter henvendelse.

Problemet er imidlertid, at disse personer langt fra altid er vidende om, at de kan være syge, eller vidende om, at den sygdom, de har, kan behandles.⁸ Og ofte mangler de viden om det danske sundhedsvæsens funktioner og organisering.⁹

Det er endvidere relevant at bemærke, at tilbuddet om en helbredsmæssig vurdering ikke retter sig mod familiesammenførte til andre end flygtninge, om end det ofte viser sig efter en årrække i Danmark, at også personer fra denne gruppe ville have haft gavn af et tilbud om en helbredsmæssig vurdering i forbindelse med deres ankomst til Danmark.¹⁰ Det gælder specifikt familiesammenførte med oprindelse i ikke-vestlige lande, idet personer fra ikke-vestlige lande må forventes at være mest sårbare, hvad sundhed angår (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 6). (Se også afsnit 2.3.13 **Særlige tilbud i sygehusvæsenet**).

Kommunerne har siden den 1. juli 2013 skullet tilbyde alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge en helbredsmæssig vurdering hos en læge. Tilbuddet retter sig ikke mod familiesammenførte til andre end flygtninge.

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 det undersøges, om andre familiesammenførte end familiesammenførte til flygtninge også har behov for en helbredsundersøgelse.

2.3.7 PTSD

Blandt patienterne med etnisk minoritetsbaggrund vil der være nogle, der lider af PTSD. Det er velkendt, at flygtninge er en gruppe, der er særligt udsat i forhold til udvikling af mentale lidelser (det er anslået, at 45-57 % af asylansøgerne til Danmark og Norge har været udsat for tortur).¹¹

En undersøgelse af indsatsen for flygtninge med traumer i Danmark gennemført af LG Insight i 2013 anslår, at 30.000-45.000 personer med flygtningebaggrund kan have traumer. Derudover kan et større antal pårørende til personer med flygtningebaggrund med traumer være (sekundært) traumatiseret. Det drejer sig især om børn og ægtefæller (LG Insight, 2013, s. 10-11).¹² Det understreges i undersøgelsen, at der er betydelige metodiske vanskeligheder ved at beregne antallet af flygtninge med traumer i Danmark. Ikke alle flygtninge har fået afdækket deres eventuelle traumesymptomer, ligesom flygtninge med traumer kan have fået andre diagnoser end PTSD (LG Insight, 2013, s. 11).

Mennesker, der har overlevet at blive udsat for tortur, er imidlertid ofte forbeholdne i forhold til at dele deres erfaringer med andre – herunder den praktiserede læge.¹³ Samtidig viser undersøgelser, at praktiserende læger ofte er tilbageholdne med at indlede samtaler om traumatiske oplevelser i relation til situationen i en flygtnings hjemland, flugten og livet i eksil,¹⁴ hvormed patienter med flygtningebaggrund ikke nødvendigvis får den behandling, de burde få.

” (...) refugees are a vulnerable group in relation to mental health problems and the seemingly scarce awareness of this subject on the side of the health professionals should be reason for concern. General practitioners are the gatekeepers for access to much

psychiatric treatment, and knowledge of how they experience providing care to refugees is crucial in order to secure adequate treatment for this patient group” (Jensen m.fl., 2013, 14:17).

Forfatterne til artiklen, som citatet stammer fra, vurderer, at praktiserende lægers tilgang til patienter med flygtningebaggrund er meget forskellig, og efterlyser på det grundlag en national strategi for, hvilken tilgang lægerne bør anvende.

Interviewmaterialet til nærværende undersøgelse viser da også en vis bredde i de praktiserende lægers indstilling til, hvordan man som læge skal forholde sig til en patient med formodet PTSD. Mens nogle mener, det er vigtigt, at patienten italesætter sine traumer, peger andre på, at lægen ikke skal rippe op i patientens oplevelser, da det blot vil forværre patientens situation.

Ifølge ovennævnte artikel viser flere undersøgelser, at praktiserende læger er usikre på, hvorvidt det at have flygtningebaggrund har betydning i relation til deres patienters sundhed.

Fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital, hvor man har gjort sig en del erfaringer med patienter med PTSD, bliver der peget på, at PTSD kan medvirke til at sløre billedet af, hvad patienten i øvrigt fejler:

” Det kliniske problem med flygtningepatienter fra krigsområder er, at PTSD er mere farligt end som så, fordi det påvirker symptompræsentation og interaktionen med lægen. Der er for det første tale om forfærdelige oplevelser, patienten helst glemmer og ikke taler om, og som der bruges så meget energi på ikke at tale om, at det går ud over sociale og kommunikative kompetencer. [For det andet er det] oplevelser, der præger patientens symptomoplevelser og egenomsorg i uhensigtsmæssig retning, og som forstyrrer hukommelsen, så patienten kommer til at fremstå som en utroværdig, dårlig oplyser eller manipulerende. Mange patienter ved ikke, at traumer kan påvirke symptomer og egenomsorg og fortæller derfor **ikke** spontant om deres oplevelser, og den onde cirkel sluttet ved, at læger heller ikke er klar over, hvordan voldsomme oplevelser kan påvirke symptomer og egenomsorg ved sygdom. Cirklen kan brydes ved, at læger tilegner sig de klinisk etniske kompetencer, som sætter dem i stand til at høre og takle patienternes signaler” (Sodemann m.fl., 2013, s. 88-89).

Af dokumentet *Midlertidig information om helbredsmæssig vurdering af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge*¹⁵ fremgår det under bemærkninger, at den helbredsmæssige vurdering skal have opmærksomhed på det forhold, at ...

” ... ”undersøgelser viser, at en del flygtninge lider af en form for traumatisering, som kan manifestere sig forskelligt. Traumatisering kan således både give psykiske symptomer, fx i form af angst, og også vise sig som somatiske symptomer og mere generelle trivselsproblemer. Variationen af symptomer gør sig gældende for både børn og voksne.”

Instituttet anbefaler, at det sikres, at praktiserende læger har en skærpet opmærksomhed på at identificere behandlingskrævende traumer hos etniske minoritetspatienter med flygtningebaggrund.

2.3.8 SÆRLIGE UDFORDRINGER – HVAD SIGER TALLENE?

I den undersøgelse, som Epinion har gennemført for Institut for Menneskerettigheder, er lægerne blevet spurgt, om

FIGUR 1.
UDFORDRINGER VED BEHANDLING AF PATIENTER MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND (UD OVER SPROGLIGE BARRIERER)

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer?

(Angiv gerne flere svar)

	Procent
Ja, konsultationerne kan være tidkrævende	68 %
Ja, det kan være vanskeligt at vurdere patientens symptomer	54 %
Ja, det er en udfordring, at patienterne forlanger mange undersøgelser	46 %
Ja, patienterne kommer gentagne gange med de samme problemer	45 %
Ja, patienterne følger ofte ikke råd om medicinsk eller anden behandling	40 %
Ja, patienterne kommer ofte for sent eller udebliver fra konsultationerne	36 %
Ja, patienterne kender ofte ikke vores regler i almen praksis	31 %
Ja, patienterne udebliver ofte fra de undersøgelser, jeg henviser til	23 %
Ja, patienterne 'fylder' meget i venteværelset (taler højt og/eller medbringer flere familiemedlemmer)	12 %
Nej, jeg oplever sjældent udfordringer med denne patientgruppe	19 %
Andet	3 %

N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

de oplever særlige udfordringer i forhold til behandling af deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer. Fordelingen af lægernes svar fremgår af figur 1. Det skal nævnes, at der har været mulighed for at sætte flere kryds.

Det fremgår af figur 1, at de adspurgte læger især oplever udfordringer i forhold til, at konsultationerne kan være tidkrævende (68 %), og at det kan være vanskeligt at vurdere patientens symptomer (54 %). Samtidig er der relativt mange, der svarer, at det er en udfordring, at patienterne forlanger mange undersøgelser (46 %), og at patienterne kommer gentagne gange med de samme symptomer (45 %). Lægerne oplever også udfordringer på andre parametre (se tabellen). Endelig skal det nævnes, at 19 % svarer, at de sjældent oplever særlige udfordringer med denne patientgruppe.

2.3.9 EFTERSPØRGSLEN PÅ KURSUSTILBUD – HVAD SIGER TALLENE?

Der er forskel på, hvilke af de oplevede udfordringer med patientgruppen som har betydning for, om lægerne efterspørger kursustilbud i udredning og behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Blandt de læger, som oplever, at konsultationerne kan være tidkrævende, at det kan være vanskeligt at vurdere patientens symptomer, at patienter forlanger mange undersøgelser, at patienterne kommer igen med de samme problemer, og at patienterne kommer for sent eller udebliver fra

konsultationerne, er der en statistisk signifikant større andel, som efterspørger kursustilbud i udredning og behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, end blandt de læger, som ikke oplever disse udfordringer. (Se bilag 10 for en uddybning).¹⁶

Hvis lægernes køn tages i betragtning, viser analyserne, at andelen af kvindelige læger, som efterspørger kursustilbud i udredning og behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, er statistisk signifikant større. Faktisk er der 20 procentpoint flere kvindelige læger, der efterspørger kursustilbud end mandlige. (Se bilag 11).

Samlet set er det imidlertid et mindretal af de adspurgte læger, der svarer klart ja på spørgsmålet om, hvorvidt de savner kursustilbud i udredning og behandling. 21 % har således svaret ja, 53 % nej og 26 % ved ikke. Det er imidlertid værd at notere sig, at de adspurgte læger udgør et repræsentativt udsnit af praktiserende læger, og at der er områder i Danmark, hvor de praktiserende læger har meget få eller ingen patienter med etnisk minoritetsbaggrund på patientlisten, og at læger med få eller ingen minoritetspatienter i sagens natur ikke vil savne kursustilbud i udredning og behandling af netop denne patientgruppe.

Grundet forbuddet mod at registrere etnicitet i persondataloven¹⁷ bad vi ikke lægerne om at anslå fordelingen mellem majoritet og minoritet blandt deres patienter, om end

oplysningen havde været nyttig i analysen af data.

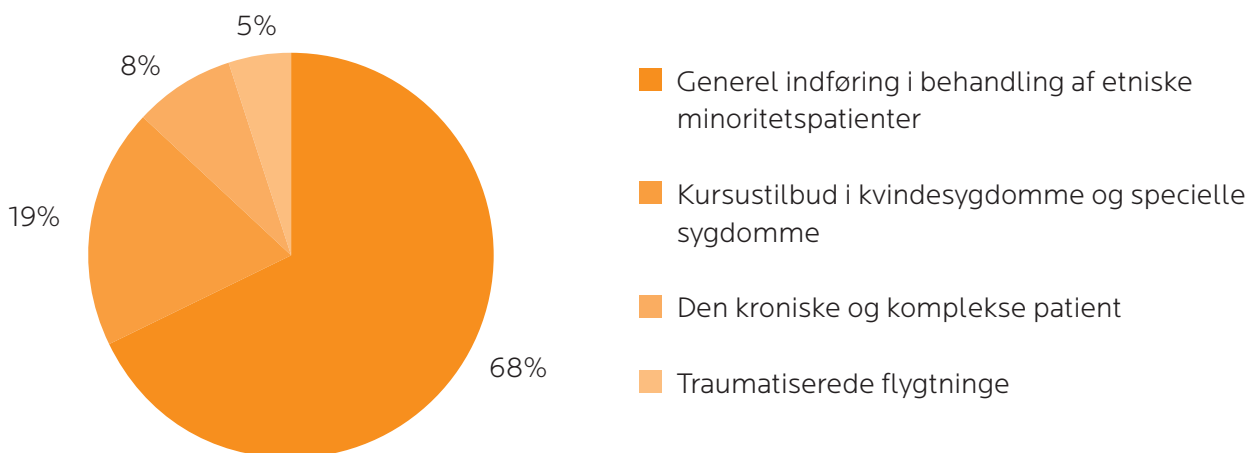
I sammenhængen kan det nævnes, at såfremt spørgsmålet vedrørende oplevede udfordringer med patientgruppen krydses med oplysninger om, hvor ofte lægen rekvirerer en professionel fremmødetolk, ses det, at forskellen mellem gruppen af læger, som ofte rekvirerer en tolk (mere end en gang om måneden), og læger, som ikke ofte rekvirerer en tolk (en gang om måneden eller mindre), er statistisk signifikant – således er der i gruppen af læger, der ofte rekvirerer en tolk, en statistisk signifikant større andel, som oplever tidkrævende konsultationer, samt at patienterne kommer for sent eller udebliver fra konsultationerne. I gruppen af

læger, som sjældent rekvirerer en tolk, er der en signifikant større andel, som sjældent oplever udfordringer (se bilag 12). Frekvensen for, hvor ofte lægen rekvirerer en tolk, kan være en indikator for, hvor stor en andel af den pågældende læges patienter der har etnisk minoritetsbaggrund og behov for tolk, men må anvendes med forsigtighed, da vi ikke ved, om alle læger vælger at rekvirere en tolk, når der er behov.

2.3.10 HVILKE KURSUSTILBUD – HVAD SIGER TALLENE?

I undersøgelsen har de adspurgte læger haft mulighed for at notere, hvilke kursustilbud i udredning og behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund de savner (åbent

FIGUR 2.
KURSUSEFTERSPØRGSLEN BLANDT DE ADSPURGTE LÆGER



svar). Af undersøgelsen fremgår det, at det mest efterspurgt er en generel indføring i behandling af etniske minoritetspatienter – især hvad angår sygdomsforståelse og behandlingsprincipper i andre kulturer. 68 % af efterspørgslen handler således om denne kursustype. Dernæst efterspørges kursustilbud i kvindesygdomme og specielle sygdomme (19 % af efterspørgslen). 8 % af efterspørgslen går på den kroniske og komplekse patient, mens 5 % af efterspørgslen drejer sig om traumatiserede flygtninge. Se bilag 2 for en ikke-kategoriseret gengivelse af respondenternes svar.

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.

I rapporten **Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere** bliver der gjort opmærksom på, at store forskelle i sundhedsvaner og -tilstande blandt indvandrere fordrer stor fleksibilitet og kultursensitivitet hos sundhedsprofessionelle, hvorfor det anbefales at tilbyde de relevante modtagende grupper den efteruddannelse, der er behov for, til gavn for både sundhedsprofessionel og patient (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 4).

” Viden om forhold i oprindelseslande og under migration er [...] vigtige ikke at negligere, hvis indsatser skal tilpasses målgruppen. Eksempelvis er det vigtigt at have viden om hyppigt forekommende sygdomme og vaccinationsstatus i det pågældende oprindelsesland for at kunne foretage en grundig helbredsundersøgelse af nyankomne. Ligesom det også er vigtigt at gøre sig overvejelser om vidensniveau og forskellige kulturers sundhedsopfattelser, hvis vi ønsker at tilpasse forebyggende indsatser til målgruppen” (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 6).

2.3.11 EFTERSPØRGSLEN I ØVRIGT – HVAD SIGER TALLENE?

I undersøgelsen er lægerne også blevet spurgt, om de savner noget i deres hverdag i forhold til at kunne give deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling. Svarfordelingen fremgår af figur 3. Det skal nævnes, at der har været mulighed for at sætte flere kryds.

Af figuren fremgår det, at næsten halvdelen af de adspurgte læger (46 %) angiver, at de mangler et sted, hvor de kan henvise patienter med komplekse problemstillinger. Det forekommer således at være et udtalt behov blandt praktiserende læger. (Ikke mindst taget i betragtning af, at der blandt de læger, der har deltaget i undersøgelsen, er nogle med kun få eller slet ingen patienter med

etnisk minoritetsbaggrund på patientlisten). Med etableringen af en indvandrermedicinsk klinik på hhv. Odense Universitetshospital og Hvidovre Hospital har Region Syddanmark og Region Hovedstaden skabt mulighed for de praktiserende læger for netop at henvise patienter med komplekse problemstillinger. Grundet stikprøvens størrelse er det ikke muligt på baggrund af undersøgelsen at sige, om ønsket blandt praktiserende læger om at kunne henvise patienter med komplekse problemstillinger til et særligt sted er mere udtalt i bestemte regioner, og således hvor der især er behov.

Det fremgår endvidere, at næsten en tredjedel (27 %) efterspørger kommunale tilbud på andre sprog end dansk – fx patientuddannelsesforløb,

tilbud om vejledning om kost og motion, og støtte-kontaktperson-ordninger. I del III **Sproglige barrierer for sundhed**, afsnit 3.2.22, kommenteres der på dette.

32 % har angivet, at de ikke savner noget i deres hverdag, mens 17 % af de deltagende læger savner et sted, hvor de kan henvende sig med eventuelle spørgsmål og udfordringer i forhold til gruppen af patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Endelig er der 13 %, der savner informationsmateriale på andre sprog end dansk. Respondenterne har under besvarelsen af spørgsmålet haft mulighed for at notere, hvad de måtte savne, som ikke er dækket af svarkategorierne. Se bilag 2, hvor respondenternes svar er gengivet uredigeret.

FIGUR 3.

HVAD SAVNER LÆGERNE I DERES HVERDAG I FORHOLD TIL AT KUNNE GIVE DERES PATIENTER MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND EN IDEEL BEHANDLING?

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling?

(Angiv gerne flere svar)

	Procent
Jeg savner et sted, hvor jeg kan henvise patienter med komplekse problemstillinger	46 %
Jeg savner ikke noget	32 %
Jeg savner kommunale tilbud på andre sprog end dansk – fx patientuddannelsesforløb, tilbud om vejledning om kost og motion, støtte-kontaktperson-ordninger	27 %
Jeg savner et sted, hvor jeg kan henvende mig med eventuelle spørgsmål og udfordringer i forhold til patientgruppen	17 %
Jeg savner informationsmateriale på andre sprog end dansk	13 %
Ved ikke	7 %
Andet	4 %

N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

2.3.12 RÅDGIVNING FOR PRAKTISERENDE LÆGER

Flere forhold peger i retning af, at der synes at være behov for et sted, hvor læger kan henvende sig og få sparring, når der opstår vanskelige spørgsmål relateret til sundhed og sygdom hos patienter med etnisk minoritetsbaggrund.

Tilbage i december 2000 bevilligede Kvalitetsudviklingsudvalget i Københavns Kommune 360.266 kr. til et projekt, som havde til formål at udvikle en indvandrerkonsulentfunktion for de praktiserende læger i Københavns Kommune. Projektets udgangspunkt var, at der eksisterede uløste problemstillinger, som kunne påvirke kvaliteten af de praktiserende lægers diagnostik og behandling af indvandrerbefolkningen (Dyhr, 2002, s. 7-8). Konsulentfunktionen tilbød 'skræddersyede' kurser til efteruddannelsesgrupper/ interesserede læger, udsendte informationsbreve til alle læger med faglig opdatering vedr. sygdomme, behandlingstilbud, relevante samarbejdspartnere mv., havde en fast telefontid, hvor der var mulighed for faglig rådgivning, havde et bibliotek med relevant faglitteratur, havde en hjemmeside med diverse links og fagrelevant information og tilbød praksisbesøg samt etablering af kontakt til relevante samarbejdspartnere (Dyhr, 2002, s. 10-11).

En del af de henvendelser, som de praktiserende læger rettede til konsulent-

funktionen, var ikke primært formuleret som spørgsmål, men som fortællinger, lægen havde behov for at dele. Fortællingerne drejede sig ofte om faglig magtesløshed. For at synliggøre disse – viste det sig – meget komplekse lægefaglige udfordringer blev det besluttet at indsamle fortællingerne mere systematisk for på den måde at anskueliggøre den type af udfordringer i deres kliniske sammenhæng. Der blev indsamlet i alt 13 fortællinger, dels nogle som lægen – på trods af faglig frustration – betegnede som succes historier, idet han/hun oplevede at gøre en forskel, dels nogle som udelukkende efterlod lægen fagligt frustreret. Det var karakteristisk, at alle historierne handlede om patienter i socialt belastede situationer og med mere end én kronisk lidelse (Dyhr, 2002, s. 17). Se bilag 13, hvor syv af disse lægefortællinger gengives.

Konsulentfunktionens udadrettede aktiviteter blev gennemført i perioden 1.3.2001 – 1.7.2002. Evaluering og afrapportering foregik i perioder herefter. Erfaringer fra projektet er beskrevet i rapporten **Udvikling af en indvandrerkonsulentfunktion for praktiserende læger**, Københavns Kommune 2002 af Lise Dyhr.

Siden har man i hhv. Region Syddanmark og Region Hovedstaden i tilknytning til hhv. Odense Universitetshospital og Hvidovre Hospital etableret en Indvandrermedicinsk Klinik, og praktiserende læger med praksis i disse regioner har mulighed for at henvende sig her med spørgsmål. Klinikernes hovedformål

er imidlertid at give en særlig sårbar gruppe patienter samme mulighed for udredning og behandling som andre, hvilket er nærmere beskrevet i det følgende afsnit.

2.3.13 SÆRLIGE TILBUD I SYGEHUSVÆSENEN

På Odense Universitetshospital (OUH) blev der i 2008 oprettet Indvandrermedicinsk Klinik (IMK), som er en del af Infektionsmedicinsk Afdeling Q. Tilbuddet retter sig mod den gruppe af flygtninge-/indvandrerpatienter, som har særlige komplekse behov, der vanskeligt kan håndteres i normalsystemet. IMK retter sig således ikke mod alle patienter med en indvandrerbaggrund.¹⁸ I Danmark har klinikken hidtil været den eneste af sin art. I april 2013 åbnede Region Hovedstaden et lignende tilbud på Hvidovre Hospital.

Ifølge sundhedsfaglige eksperter¹⁹ har patienter på IMK i Odense ofte boet i Danmark i mere end 10 år. Systemet har 'tabt' dem efter integrationsperioden. De er ofte meget dårligt udredte – hvilket også gælder dem, der ankom som asylansøgere. Fra begyndelsen har de været ressourcetsvage og har ikke fået tilstrækkelig støtte.

På IMK har man specialiseret sig i etniske minoriteters sundhed og de særlige forhold, der i en række tilfælde knytter sig hertil. IMK fungerer tilmed som et videnscenter. Således stilles IMK's ekspertise til rådighed for praktiserende læger, andre sygehusområder i Region Syddanmark, øvrige hospitalsafdelinger på OUH samt kommuner. IMK's kompetencer

anvendes desuden på forskellig vis i national sammenhæng.²⁰

I Region Syddanmark undervises alle sundhedsansatte i etniske minoriteters sundhed, og alle studerende på social- og sundhedsuddannelser (universitet og professionshøjskoler) modtager systematisk klinisk baseret undervisning i etniske minoriteters sundhed af personale fra IMK.

Af rapporten **Tak fordi I lavede en bedre version af mig** fra Indvandrermedicinsk Klinik fra 2013, hvori erfaringerne fra klinikens første fem år gennemgås, fremgår det, at det er klinikens vurdering, at de patienter, der henvises til klinikken, ikke altid er blevet taget alvorligt i systemet. Erfaringen er således, at tydelige symptomer hos klinikens patienter ofte har været til stede og er blevet præsenteret for læger flere gange (forud for at patienten er blevet henvist til Indvandrermedicinsk Klinik), men er blevet ignoreret eller fejlopfattet. Det har især været smerter i dybereliggende organer og i knogler, som har voldt vanskeligheder, og hvis symptomer af læger risikerer at blive tolket som 'etnisk' betingede (Sodemann m.fl., 2013, s. 82). Her kan nævnes nogle få eksempler: kulturchock (tuberkulose i ryggen), demens (PTSD), dårlig begavelse (PTSD), smerter i fødder og knæ (følger af tortur), skuldersmerter (ophængning under tortur), afviser gynækologisk undersøgelse (voldtaget af læger på hospital i hjemlandet), voldsom reaktion på scanning (været skjult i vandtank), bensmerter (granatskader), diffuse

mavesmerter (mælkesukkerintolerance) og lændesmerter (fæcesinkontinens). I bilag 14 findes et optryk af den samlede tabel fra rapporten fra Indvandrermedicinsk Klinik med eksempler på oversete eller fejlfortolkede symptomer og sygdomme. Tabellen er baseret på klinikkens diagnosticering af 134 patienter henvist med langvarige uafklarede helbreds- og/eller complianceproblemer.

Erfaringen er endvidere, at de henviste patienter ofte kæmper med en lang række problemer, som – i det omfang disse ikke håndteres – står i vejen for, at patienten har overskud til at tage vare på sit helbred. Det kan handle om ...

” ... ”[...] permanent opholdstilladelse, sygedagpenge, datteren, der har problemer i skolen, tandsmerter, ægtefællens psykiske problemer, den syge mor i hjemlandet og en sagsbehandler, der er udskiftet for tredje gang i år. Her nytter det ikke at tale om en risiko for alvorlig sygdom og komplikationer om fem-ti år” (Sodemann m.fl., 2013, s. 81-82).

Hvis det skal lykkes patienten at komme videre, skal systemet, ifølge klinikkens erfaringer, bistå patienten med at fjerne de problemer, der kan fjernes gennem et tæt samarbejde med relevante kommunale aktører. Først derfra kan patienten koncentrere sig om sin(e) sygdom(me).

2.3.14 INDVANDRERMEDICINSK KLINIK – SOM SPECIFIK FORANSTALTNING

Indvandrermedicinsk Klinik kan i forhold til lov om etnisk ligebehandling anses som en specifik foranstaltning, der har til formål at forebygge eller opveje ulemper knyttet til race eller etnisk oprindelse. Lov om etnisk ligebehandling giver mulighed for, at der vedtages specifikke foranstaltninger, som skal afhjælpe eller mindske de faktiske uligheder, der måtte findes i relation til race eller etnisk oprindelse.²¹

Adgangen til at iværksætte specifikke foranstaltninger udgør en undtagelse fra forbuddet mod forskelsbehandling, når personer på grund af deres race eller etnisk oprindelse får en fortrinsstilling eksempelvis i mødet med sundhedsvæsenet. Loven kræver ikke, at offentlige myndigheder skal søge om godkendelse af en sådan foranstaltning, inden den iværksættes. Med andre ord står det en offentlig myndighed frit for at iværksætte et sådant tilbud (Christoffersen, 2009, s. 73-74).

En specifik foranstaltning kan alene opretholdes frem til, at formålet med denne er opfyldt.²² Det vil i denne sammenhæng sige, at et særligt sundhedstilbud for etniske minoriteter i Danmark alene kan fortsætte frem til, at det generelle sundhedsvæsen har fået tilført den viden og de kompetencer, der forudsættes for at kunne tilbyde gruppen af flygtninge-/indvandrerpatienter med særlige komplekse behov den rette behandling.

Instituttet anbefaler, at alle regioner i en overgangsfase etablerer tilbud svarende til Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) og på Hvidovre Hospital. Og at praktiserende læger – samt andre centrale aktører – bliver informeret om, hvad klinikkerne kan tilbyde, samt hvilke muligheder der er for at henvise patienter og/eller sparre med det personale, der er tilknyttet disse klinikker.

Målet er, at det generelle sundhedsvæsen får tilført viden og kompetencer, så gruppen af etniske minoritetspatienter med særlige komplekse behov bliver tilbudt den rette behandling.

Hvad angår dokumentation af effekterne af Indvandrermedicinsk Klinik (OUH)'s virke, henvises til den medicinske teknologivurdering (MTV), der udkom i april 2014.²³

2.3.15 SAMARBEJDET MED ANDRE AKTØRER

Hvis man konsulterer rapporten **Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis** fremgår det, at netop spørgsmålet om, hvor meget lægen kan/skal gå ind i, som ikke direkte er relateret til sundhed og sygdom, afføder reaktioner. I rapporten beskrives det, hvordan informanterne gentagne gange vender tilbage til diskussionen om, hvor grænsen går mellem, hvad den praktiserende læge skal tage sig af, og hvad der

bør håndteres af kommunale instanser eller den sekundære og tertiære sundhedssektor. Holdningen blandt informanterne synes at være, at de praktiserende læger kan tage sig af helbredsproblemer og sundhedsmæssige konsekvenser af social ulighed, men at de "ikke kan helbrede det sociale" (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 23).

Hvis arbejdet med sårbare patienter skal lykkes, er forudsætningen formentlig, at der skal være et godt samarbejde med øvrige aktører – herunder relevante kommunale aktører. Problemet er imidlertid, at det er der ikke altid. Af rapporten fremgår det, at lægerne giver udtryk for at opleve samarbejdet som frustrerende, og for at den administrative vej mellem lægen og samarbejdspartnerne er for lang (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 22).

Samarbejdet beskrives i rapporten som personafhængigt og afhængigt af kommunens størrelse. Det beskrives desuden, at lægerne oplever en manglende kontinuitet i arbejdet samt manglende tilbagemelding og opfølgning på bestilte ydelser.

Forhold, der, ifølge rapporten, ville styrke samarbejdet om de sårbare patienter, er en formaliseret arbejdsgang og fastlagte årlige møder mellem lægen og kommunerne. Der bliver endvidere peget på vigtigheden af gensidige aftaler om kommunikation og telefonisk kontakt med faste kontaktpersoner i henholdsvis kommune og almen praksis (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 22).

2.3.16 SOCIALRÅDGIVER PÅ HJUL

En af de interviewede læger til nærværende rapport fortæller om, at patienterne på et tidspunkt havde adgang til en socialrådgiver, som kom i lægens praksis, og at det – set fra både patienternes og lægens perspektiv – var en kæmpe succes. Lægen beskriver ordningen således. Som det fremgår, vurderes socialrådgiverens 'uafhængighed' at være et af de elementer, der gjorde, at vedkommende for alvor kunne gøre en forskel:

IP: "Vi havde på et tidspunkt et fantastisk projekt. Men det var ikke så meget møntet på de etniske patienter, det var generelt de svage patienter. Det hed "socialrådgiver på hjul". Projektet udgik fra Skindergade, fra socialkontoret deroppe. Det var en socialrådgiver, som kom her og fik konsultationer med de patienter, der havde problemer med fx sygedagpenge, førtidspension, hvad det måtte være af offentlige ydelser, som var kommet i klemme eller ikke kunne forstå systemet, eller hvad det nu måtte være, havde mange behov for hjælp fra det offentlige. Hun kom herop og kunne rådgive dem, hun havde adgang til kommunens oplysninger, men havde ikke journaliseringspligt hos kommunen, det vil sige, hun var ikke en del af behandlerteamet, hun var ren og skær rådgivning. Det var fantastisk, fordi hun kunne, hun kunne hjælpe os med at finde de sociale tove, der skulle holdes i. Og hun kunne rådgive patienten i forhold til, hvem man skulle henvende sig til. Hun kunne lave aftaler for dem med

handicapcenteret, og hvad det nu måtte være ... på tværs, uden at hun var en del af systemet, det er jo dét. Systemet er jo Big Brother i denne her sammenhæng, og man har en skepsis og er bange for, at det, eller man, ser dem som fjenden ligefrem. Og så opsøger man sin praktiserende læge for at få hjælp, og vi kan jo ikke alle de ting, det drejer sig om. Sociale problemer osv. Måske nogle, men ikke nok, og der kom hun ind og var en mellemperson. Det kørte i to år, tror jeg, og så blev det desværre lukket. Hun har lavet en evaluering af det, som er meget interessant. Man kan sige, at hun var en slags social tovholder, der kom herud, og var en del af os, men havde linket til kommunen og kunne derfor hjælpe med centrene, uden at hun var en del af det system."

I: "Hvem postede penge i det i starten?"

IP: "Det var et projekt, som udgik fra Skindergade, der betalte hendes løn i et-to år. Det var Borgerrepræsentationen, der bevilligede pengene. Hun var den der ekstra ressource, der kunne hjælpe os. Vi lånte hende et lokale, og så sad hun så der og snakkede med patienterne og var linket op til kommunen, og hun skrev i vores journal i konklusionerne, så vi kunne vide, hvad der var sket, hvis vi ville bære den videre ... hvis der skulle ske noget mere. Men det var generelt de socialt svage, det var ikke møntet på de etniske specifikt."

Som det fremgår af lægens beskrivelse af ordningen, var det en ordning henvendt til alle sårbare patienter – således var ordningen ikke særligt indrettet på sårbare patienter med etnisk minoritetsbaggrund.

Mange af de problemstillinger, der gør, at sårbare patienter falder i kategorien 'sårbar', vil da også være parallelle uanset patientens etniske oprindelse. Hvad angår sårbare patienter med etnisk minoritetsbaggrund, synes der imidlertid at kunne tilføjes et par dimensioner. Som det fremgår af afsnit 2.3.4 i begyndelsen af denne del, kan patienter med etnisk minoritetsbaggrund i kraft af et udseende, som er forskelligt fra majoritetens, være underlagt en stigmatisering – i praksis: være underlagt det forhold, at mødet med lægen som udgangspunkt er præget af en række antagelser. Dertil kommer, at de dansksproglige kompetencer hos den sårbare patient med etnisk minoritetsbaggrund ofte ikke er tilstrækkelige til, at vedkommende kan klare kontakten med sundhedsvæsenet uden tolkebistand, hvilket i sig selv afføder nye problemstillinger. Dette ser vi nærmere på i rapportens tredje del, **Sproglige barrierer for sundhed**.

2.3.17 GRUNDTVILKÅR

Et andet forhold, der er specifikt for den sårbare patient med etnisk minoritetsbaggrund, er – i sammenligning med den sårbare etnisk danske – at det for et udsnit af disse vil gælde, at de har gjort sig en række erfaringer med et sundhedsvæsen meget forskelligt fra det

danske. Samtidig mangler de kendskab til det danske.

IP: "Jeg har mange erfaringer med ... specielt i forhold til arabiske patienter ... og i lægevagten og i akutsituationer ... Der er nogle ting, som det er rigtig vigtigt som læge at lære sig, og det er blandt andet at fortælle patienterne, om det er et stort problem eller et lille problem. Dvs. er det noget, man kan dø af, eller er det bare noget ... Det er jo sådan, at hvis man fortæller rigtig meget, må det jo være rigtig alvorligt. Og mange gange snakker vi faktisk rigtig meget om ligegyldige småting, og så kan patienten godt gå hjem og have en frygt for, at det her kan være noget, jeg dør af. Måske også fordi man i andre kulturer går meget mere rundt om grøden. Så hvis der bliver snakket rigtig meget, må det være rigtig, rigtig alvorligt."

Den interviewede læge er her inde på, hvordan hun gennem årene har erfaret, hvor vigtigt det er at få proportionerne på plads helt fra begyndelsen af en konsultation. Er det alvorligt, det, patienten er kommet med, eller er det ikke? Patienter, som ikke er født i Danmark og opvokset med det danske sundhedsvæsen, kan have gjort sig en række erfaringer med læger i andre kulturer, og her vil, ifølge denne læge, en lang indledning ofte udgøre optakten til, at patienten skal have besked om, at han eller hun fejler noget alvorligt. Denne læge er derfor meget opmærksom på fra starten at gøre patienten klart, hvor på spektret patientens problem befinder sig.

I en nyere artikel fra Månedsskrift for almen praksis beskrives, at der er mange uskrevne regler, man som etnisk dansker har lært, som den udefrakommende patient ikke nødvendigvis har greb om, fx det 'indlysende' i, at en rykirurg ikke kan/vil tage stilling til skuldersmerter:

” Men hvis man som patient ikke ved, at der findes forskellige afdelinger på et sygehus eller knap kan kende forskel på en læge og en sygeplejerske, ikke ved, hvilken afdeling man er på, eller ikke ved, at der findes forskellige typer læger, opstår der hurtigt misforståelser, skuffelser og eventuelt mistro hos patienten, mens lægen vil opleve det som en bekræftelse på, at indvandrerpatienter er utilfredse, svære og tidsrøvende” (Dyhr & Sodemann, 2014, s. 876).

Det synes i det hele taget at være et problem, at etniske minoritetspatienter (i særdeleshed personer med flygtningebaggrund og familiesammenførte) ofte ikke har fået en introduktion til det danske sundhedsvæsens funktioner og organisering²⁴ og til den danske lægekultur med den praktiserende læge som gatekeeper. Således mangler disse patienter ofte viden dels om deres rettigheder, dels om hvilke muligheder for forebyggelse og behandling det danske sundhedsvæsen kan (eller ikke kan) tilbyde.²⁵

Også sparsom skolegang kan have indflydelse på patientens kommunikation med lægen og føre til, at lægerne har en oplevelse af at møde helt andre problematikker hos sårbare patienter med etnisk minoritetsbaggrund end hos sårbare etnisk danske. I rapporten **Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis** peger de interviewede læger således på, at der ofte hos sårbare patienter med etnisk minoritetsbaggrund kan være en grundlæggende usikkerhed eller uvidenhed om krop og helbred, som påvirker kommunikationen med lægen (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 20).

Af en undersøgelse fra Enheden for Brugerundersøgelser²⁶ fremgår det, at flere etniske minoritetspatienter end etnisk danske patienter oplever manglende nærvær og lydhørhed hos deres praktiserende læge. Således svarer 55 % af de etniske minoritetspatienter mod 75 % af de etnisk danske patienter i undersøgelsen, at deres oplevelse er, at den praktiserende læge i høj grad er lydhør. De praktiserende læger, der deltog i samme undersøgelse, bekræfter, at der ikke altid er tid nok til den enkelte patient, og forklarer den manglende tid ved konsultationer med etniske minoritetspatienter med mere papirarbejde og patienternes anderledes sygdomsopfattelser (hvornår er man syg, hvornår skal man have medicin). Også manglende viden fra patientside om det danske velfærdssamfund og sundhedsvæsenets indretning samt forståelse af den praktiserende

læges rolle bliver fremhævet af de praktiserende læger (Afsar & Fuglsang, 2010, s. 72-73).

Af den allerede omtalte artikel fra Månedsskrift for almen praksis fremgår det, at en af de største udfordringer i samtaler med indvandrerpatienter er at inddrage flygtninge/indvandrerne grundvilkår på en passende måde i såvel samtale som information, undersøgelse og behandling.

” Ikke fordi det er svært at gøre, men snarere fordi vi kan komme til at overse, hvor stor en rolle netop disse grundvilkår spiller i forhold til sundhed og sygdom. Det gælder for al patientbehandling, at det er vigtigt at forstå patientens kontekst – eller en væsentlig del af den – hvis behandlingen skal lykkes. Det bliver særligt tydeligt, når der er tale om patienter, der ikke har dansk som førstesprog, og som er opvokset i en anden kulturel sammenhæng end dansk – ofte under vilkår, som etniske danskere ikke kan forestille sig. Det ses desværre ofte, at man lader, som om patientens liv først starter, den dag vedkommende sætter foden på dansk grund, hvorefter man kategoriserer eventuelle barrierer i samtalen som indvandrerrelaterede uden nærmere at indgå i en dialog for at skabe fælles mening” (Dyhr & Sodemann, 2014, s. 874).

I undersøgelsen gennemført af Epinion er lægerne som nævnt blevet spurgt, om de oplever særlige udfordringer i forhold til behandling af deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer. Som det fremgik af figur 1 i afsnit 2.3.8 havde en del af lægerne sat kryds i følgende svarmuligheder: ”Ja, det er en udfordring, at patienterne forlanger mange undersøgelser” (46 %), ”Ja, patienterne kommer gentagne gange med de samme problemer” (45 %), ”Ja, patienterne følger ofte ikke råd om medicinsk eller anden behandling” (40 %) og endelig ”Ja, patienterne kender ofte ikke vores regler i almen praksis” (31 %). (Lægerne havde ved spørgsmålet mulighed for at sætte kryds i flere svarkategorier).

De fire svar kunne indikere, at patienterne mangler kendskab til/mangler en indføring i det danske sundhedsvæsen. Med undersøgelsen er der dog ikke belæg for at hævde, at lægernes oplevelse af, at patienterne ikke er i stand til at agere hensigtsmæssigt i systemet, skyldes, at de ikke har fået en grundig nok introduktion til det danske sundhedsvæsens funktioner og organisering.

Samtidig er det – som nævnt i afsnit 2.3.2 – en mulighed, at dele af svaret på patienternes behov for at blive undersøgt samt deres gentagne besøg hos den praktiserende læge skal findes i, at lægerne ikke altid er tydelige nok set i forhold til patienternes eventuelle forventninger om klare svar og retning.

2.3.18 NØDVENDIGT AT KENDE FORSKELLIGE KULTURER OG RELIGIONER

Ifølge flere af de interviewede læger er det helt nødvendigt, at lægen har et vist kendskab til forskellige kulturer og religioner, hvis patienterne skal ydes ligebehandling. Perfekt tolkede samtaler mellem patient og læge gør det ikke alene, for i mange tilfælde vil der være behov for, at lægen tager højde for forhold af kulturel og/eller religiøs karakter i forhold til en foreslået behandling.

IP: "Der er jo også rigtig mange kulturting."

I: "Hvad tænker du på der?"

IP: "Jamen fx når jeg behandler ... Nu starter ramadanen i dag eller i morgen. Og hvis jeg ser én med lungebetændelse og overvejer, hvad jeg skal give vedkommende, så spørger jeg, hvad han vil gøre, når det nu er ramadan, for under ramadanen er der kun 4½ time, hvor man må indtage noget. Og hvis jeg så skriver penicillin ud til tre gange daglig, tager patienten måske kun 1. Så må jeg enten beslutte mig for at sige til patienten, at han kan tage de to piller, når han bryder fasten om aftenen, og så tage den sidste, når han starter næste dag. Eller jeg kan sige til ham, at jeg som hans læge på det allerkraftigste fraråder ham at faste, hvis det er det, jeg mener. Men det gør jeg ikke bare for pjat, for så skal patienten måske faste på et andet tidspunkt, og det er ikke nær så hyggeligt som at faste, når resten af familien faster. Det handler om at spørge patienten til vigtigheden af ramadanen

og så indrette behandlingen efter det. ... Og om at vide, hvornår ramadanen falder, for de siger jo ikke altid selv noget om det."

I: "Så det følger du sådan selv lidt med i?"

IP: "Ja, jeg holder øje med, hvornår det er ramadan ... Der er altid nogen, der fortæller mig om det. Noget andet, der er vigtigt, er, at jeg ikke skal tro, at jeg er så klog, at jeg ved, hvordan de holder ramadan. Nogle tænker jo, at under ramadanen må jeg ikke spise, drikke, elske og ryge fra solopgang til solnedgang. Nogle har det sådan, at der gerne må tages blodprøver, fordi blodet er noget, der løber ud, mens man ikke må få noget ind, altså i kroppen, så man må ikke tage noget. Og derfor spørger jeg lige så åbent eller lige så nysgerrigt, eller hvad man nu skal sige, hver gang, fordi det er individuelt, hvordan man tolker de her ting. Og også til vigtigheden af det set med patientens øjne. Der står jo ikke i koranen, at du skal faste, hvis du er syg. Der er mange børn eller unge mennesker, som gerne vil faste med, fordi det er en del af fællesskabet ... De får gaver, når de har fastet, og familien er stolt af dem ... Altså selvom børn ikke skal faste, så er der masser, der gør det."

Således handler det for denne læge om at have viden om traditioner af kulturel eller religiøs karakter, men at være ydmyg i sin tilgang til det, dvs. hele tiden være opmærksom på, at det er individuelt, hvordan den enkelte patient forholder sig til en given tradition. Som følge heraf afvejer lægen i samråd med patienten eksempelvis vigtigheden af en given medicinsk

behandling mod vigtigheden af patientens deltagelse i ramadanen.

Man kan sige, at netop det at have viden om, hvornår en højtid som ramadanen falder, kan være væsentlig for lægen at være i besiddelse af, såfremt patienterne skal tilbydes den bedst mulige behandling uanset deres eventuelle forhold til og praktiseren af islam.

Samtidig bør lægen være opmærksom på, at der kan være store forskelle i forhold til, hvordan man i forskellige kulturer opfatter krop og sygdom, og at ikke alle patienter har de fornødne forudsætninger for at tale om kroppens enkeltdele og organernes funktioner på en meningsfuld måde.

2.3.19 NØDVENDIGT AT MEDTÆNKE KØN

Det ser endvidere ud til at gavne den andel af kvindelige patienter, der er afhængige af deres ægtefælle, hvis lægen er opmærksom på de eventuelle forhold i kvindens privatliv, der gør, at hun ikke møder op til den undersøgelse, lægen henviser til, idet forklaringen kan være, at ægtefællen ikke er informeret eller ikke føler sig overbevist om vigtigheden heraf.

Ifølge en af de interviewede læger er der for nogle patienters vedkommende tale om, at det er for stor en udfordring at komme hen, hvor undersøgelsen skal foretages. Det gælder, ifølge lægen, i særlig grad for nogle af hendes kvindelige patienter med etnisk minoritetsbaggrund.

I: "Ser du nogen kønsforskelle i, hvordan du oplever, at dine patienter med indvandrerbaggrund lykkes med at opnå den behandling, de skal i systemet?"

IP: "Der er nogle forskellige barrierer – særligt for mange af kvinderne. (...) De aner ikke, hvordan de skal komme over til et sted. Og så går det i vasken. De kommer ikke til undersøgelsen, hvis ikke manden kører dem, hvis ikke han får at vide, at det her, det er noget, du skal gøre, fordi det er vigtigt. (...) Der er ofte en kønsforskel, fordi det ofte er mændene, der skal sørge for, at kvinderne bliver transporteret derhen, hvor de skal, og det vil sige, at det er et filter, om farmand mener, det er relevant, at hun kommer hen til en undersøgelse."

I: "Okay."

IP: "Det er en familier vurdering. Danske kvinder kan i større udstrækning selv tage derhen."

Et af midlerne til at reducere udeblivelsesprocenten blandt den andel af kvindelige patienter, der er afhængige af deres ægtefælle, og som ikke selv kan stå for transporten til sygehus eller ambulatorium, ser således ud til at være, at de praktiserende læger aktivt bidrager til, at vigtigheden af en given undersøgelse kommunikerer til patientens ægtefælle. Lægens aktive bidrag kan således være en vigtig faktor i forhold til at sikre, at patientens køn ikke har en negativ

betydning for mulighederne for at få foretaget relevante undersøgelser og opnå relevant behandling.

2.4 SAMMENFATNING

Forventninger og forudsætninger er centrale størrelser i mødet mellem læge og patient. I del II behandles forudsætningerne – eller manglen på samme – hos (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund for at være patient i systemet på den måde, det forventes. Og de praktiserende læger opfordres til at være opmærksomme på at holde det faglige fokus og undgå at lade sig påvirke af en eventuel irritation, der måtte opstå som følge af, at patienten ikke nødvendigvis agerer, som lægen håber og forventer.

Del II tager blandt andet fat på udfordringer affødt af forskellige forståelser af krop og sygdom samt identifikation af særlige sygdomme – herunder PTSD. Der gøres opmærksom på, at det er væsentligt for den praktiserende læge at have et vist kendskab til, hvilke sygdomme der er særligt forekommende hos bestemte etniske grupper, og hvilke symptomer man skal være opmærksom på. Sygdomme, som sjældent optræder hos etnisk danske patienter, er i modsat fald vanskelige at identificere og tilbyde den rette behandling for. Del II viser, at en betragtelig andel af de praktiserende læger peger på, at det kan være vanskeligt at vurdere symptomer hos patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Der er da også efterspørgsel blandt lægerne på en generel indføring i behandling af

etniske minoritetspatienter – især hvad angår sygdomsforståelse og behandlingsprincipper i andre kulturer.

De praktiserende læger peger endvidere på, at konsultationerne kan være tidkrævende. Overordnet bør man således være opmærksom på, at tidsfaktoren ikke bliver en hindring for, at de praktiserende læger kan yde sårbare/ tidkrævende patienter en relevant behandling.

Del II viser, at en forholdsvis stor andel af de praktiserende læger savner henvisningsmuligheder for etniske minoritetspatienter med komplekse problemstillinger. Indvandrermedicinske klinikker af den type, der er etableret på hhv. Odense Universitetshospital og Hvidovre Hospital, fremhæves i den forbindelse, og det anbefales, at der i en overgangsfase – indtil normalsystemet har den rette kapacitet – etableres tilbud i alle regioner svarende til disse klinikker. Det langsigtede mål må være, at det generelle sundhedsvæsen får tilført den viden og de kompetencer, der forudsættes for at kunne tilbyde gruppen af etniske minoritetspatienter med særlige komplekse behov den rette behandling.

Endelig behandler del II de praktiserende lægers samarbejde med andre aktører (fortrinsvis kommunale) og de vanskeligheder, der synes at være forbundet hermed.

SPROGLIGE BARRIERER FOR LIGE ADGANG TIL SUNDHED

3.1 INDLEDNING

Uanset sproglige barrierer stiller en samtale mellem patient og læge om patientens diagnose og muligheder for behandling store krav til begge parter.

Hvis patient og læge ikke taler samme sprog, er det nødvendigt at anvende kvalificeret tolkebistand for at sikre patienten lige adgang til sundhed.

Under overskriften 'Sproglige barrierer for sundhed' fremstilles i denne del en række problemstillinger relateret til både brugen af og manglende brug af professionelle tolke i kontakten mellem patient og sundhedsvæsen – herunder anvendelsen af børn som tolke. Del III behandler også videotolkning som alternativ til fremmødetolk. Endvidere behandles problemstillinger relateret til den skriftlige kommunikation, der udgår fra sygehusene, samt de praktiserende lægers muligheder for at henvise patienter til kommunale tilbud – herunder patientuddannelsesforløb – afviklet på et sprog, de forstår.

Del III lægger ud med et rids over bestemmelserne i sundhedsloven vedrørende tolkebistand.

3.1.1 TOLKNING IFØLGE SUNDHEDSLOVEN

Sundhedsloven giver mulighed for tolkebistand i forbindelse med behandling hos praktiserende læge, en speciallæge eller på sygehuset. Det gælder, når patientens danske sprog ikke rækker til at føre en samtale og forstå en information.¹ Regionerne afholder udgifterne til nødvendig tolkebistand (sprogtolkning) i forbindelse med patienters behandling hos alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller på sygehus.²

Retten til tolkebistand gør sig gældende, når lægen skønner, at det er nødvendigt af hensyn til behandlingen.³ Det betyder, at det er op til lægen at vurdere, hvornår der er behov for tolkning i forbindelse med en konsultation. Patienten har et retskrav på vederlagsfri tolkebistand, når dette efter en lægefaglig vurdering er nødvendigt. Tolkebistand skal således gives, hvis det er påkrævet for, at lægen kan leve op til professionsnormen og efterleve sundhedslovens regler om informeret samtykke.

I praksis foregår det på den måde, at det er lægen eller lægesekretæren, der bestiller tolken fra et af de tolkefirmaer, som regionen

har indgået en aftale med. Bestilling af tolk skal ske via tolkefirmaernes hjemmesider.

Samtidig følger det af sundhedsloven, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Grundlaget for et gyldigt informeret samtykke er, at det bliver givet på grundlag af fyldestgørende information, og det er den for behandlingen ansvarlige sundhedsperson, der har ansvaret for, at det informerede samtykke foreligger.⁴ Fyldestgørende information er ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning betinget af god kommunikation mellem patient og sygehuspersonalet. Det vil sige, at patienten har ret til information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne. Denne information skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger fx med hensyn til alder, modenhed, erfaring mv.⁵ Det fremgår desuden af Sundhedsstyrelsens vejledning om patientens ret til information, at informationen skal gives mundtligt og på et tidspunkt, så der er tid til, at patienten kan stille spørgsmål.⁶ Sundhedsstyrelsen vejleder desuden, at det sprog, der anvendes i såvel den mundtlige som den skriftlige information, skal være forståeligt for patienten og uden fagudtryk, samt at der som udgangspunkt anvendes professionel tolk.⁷

3.2 ANALYSE

3.2.1 ANDELEN AF PATIENTER MED BEHOV FOR TOLKEBISTAND

Det er vanskeligt at angive det præcise behov for tolkebistand blandt etniske minoritetspatienter i forbindelse med deres kontakt til sundhedsvæsenet. Men i og med en forventet fortsat indvandring samt det forhold, at personer af forskellige årsager, som fx sygdom og social isolation, ikke lærer at mestre det danske sprog, vil der altid være en gruppe borgere, der vil have brug for kvalificeret tolkebistand i deres kontakt med de danske myndigheder (Dyhr & Hamerik, 2006, s. 45).

En nyere undersøgelse viser, at 20 % af de indvandrere, som har opholdt sig tre år i Danmark, angiver behov for tolkning i forbindelse med lægebesøg, og at det samme gælder for 15 % af de indvandrere, der har opholdt sig i landet syv år eller mere (Harpelund, Nielsen & Krasnik, 2012). Den pågældende undersøgelse er gennemført blandt 2866 immigranter fra det tidligere Jugoslavien, Iran, Irak, Libanon, Pakistan, Somalia og Tyrkiet. I undersøgelsen blev deltagerne spurgt, om de havde haft behov for tolk i forbindelse med besøg hos deres praktiserende læge inden for det seneste år (Harpelund, Nielsen & Krasnik, 2012, s. 458).

Af en rapport fra Enheden for Brugerundersøgelser fremgår det, at andelen af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, der selv vurderer, at de har behov for tolk, udgør

37 %. Således oplever 37 % ifølge denne rapport, at de i høj grad eller nogen grad har behov for tolk i forbindelse med det konkrete indlæggelsesforløb, der er blevet spurgt til i undersøgelsen. Det være sig enten hos den praktiserende læge, hos en speciallæge, en vagtlæge, på en skadestue eller på den hospitalsafdeling, hvor de var indlagt. Blandt de 37 %, der oplever at have behov for tolk, er 60 % blevet tilbudt en tolk ét eller flere steder i forløbet fra praktiserende læge til hospitalet (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 18). I de interviews, der er foretaget i forbindelse med den pågældende undersøgelse med etniske minoritetspatienter med behov for tolk, er der patienter, der fortæller, at de ikke er blevet informeret om muligheden for at få en tolk til at deltage i konsultationen hos fx praktiserende læge (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 18). Det er nærliggende, at forudsætningen for, at patienter udtrykker behov for tolkebistand, er, at de kender deres muligheder herfor.

Det fremgår af rapporten fra Enheden for Brugerundersøgelser, at andelen af etniske minoritetspatienter, der vurderer, at de har behov for tolk, ikke i det pågældende datamateriale udgør en tilstrækkelig stor gruppe til, at der kan foretages yderligere analyser af, hvor i forløbet de har haft behov for tolk, eller hvor i forløbet de er blevet tilbudt tolk. Det fremgår ligeledes, at datamaterialet ikke er stort nok til at lave analyser af, hvilket oprindelsesland disse patienter kommer fra (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 18).

I øvrigt fremgår det af rapporten, at der ikke er forskel på indvandrere og efterkommere, når det kommer til en vurdering af, om der i forbindelse med et konkret indlæggelsesforløb har været behov for tolkebistand. Således vurderer 30 % af efterkommerne og 39 % af indvandrerne, at de i forbindelse med indlæggelsesforløbet har haft behov for tolk, og rapporten konkluderer på den baggrund, at man som praktiserende læge eller fx sygehuspersonale derfor ikke kan tage for givet, at man som patient ikke har behov for en tolk, selvom man er efterkommer af en indvandrer og er født i Danmark (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 18).

En del af forklaringen herpå kan eventuelt ligge i, at andelen af patienter med behov for tolkebistand ikke nødvendigvis modsvarer andelen af etniske minoriteter i Danmark, der ikke kan begå sig på dansk. For nogle patienter med etnisk minoritetsbaggrund vil det gælde, at de uden for lægens konsultation klarer sig fint, men at deres dansksproglige færdigheder er utilstrækkelige til, at kommunikationen med en læge om vanskelige problemstillinger bliver nuanceret nok.

” (...) Sygdommens karakter [kan] have betydning, idet smerter, angst og usikkerhed kan gøre det vanskeligt at forstå og respondere på information givet på andet end ens modersmål. (...) Patientforløb indebærer ofte formidling af komplicerede informationer om fx symptomers karakter, diagnosticering,

behandlingsmuligheder samt egenomsorg, og selvom patienten mestrer det, man kan kalde 'dagligdagsdansk', vil det ofte ikke være tilstrækkeligt til at kunne indgå i en dialog om sådanne forhold." (Kristiansen & Krasnik, 2010, s. 23).

At andelen af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, der selv vurderer, at de har behov for tolk, ifølge rapporten fra Enheden for Brugerundersøgelser (omtalt ovenfor), udgør 37 %, bør nok læses med det forbehold, at det ofte ved den slags undersøgelser er vanskeligt at opnå svar fra de mindst ressourcestærke borgere og/eller borgere, der savner dansksproglige færdigheder og/eller er analfabeter.⁸ Også det sprog og den tilgang, der anvendes i en spørgeskemaundersøgelse, kan i sig selv udgøre en barriere for at opnå information fra visse borgere; dels om deres behov for tolkebistand, dels om andre forhold – eksempelvis deres tilfredshed med et indlæggelsesforløb.

Behov for tolkebistand – svenske erfaringer

Hvis vi kigger til Sverige, ser vi, at det af en rapporten **Rätten till sjukvård på lika villkor** fra Diskrimineringsombudsmannen (DO) fremgår, at man heller ikke i Sverige kender det præcise behov for tolkebistand blandt etniske minoriteter i forbindelse med kontakten til sundhedsvæsenet. Således havde DO i 2012, da rapporten blev skrevet, ikke modtaget anmeldelser fra borgere, der – på grund af manglende svenskundskaber – havde haft behov for tolkebistand og ikke

havde fået den tolkebistand, de havde krav på. Derimod havde man modtaget en del anmeldelser, der handlede om manglende tolk fra personer med behov for tegnsprogstolk. Således kommer omtrent halvdelen af DO's anmeldelser på sundhedsområdet fra personer med et hørehandicap, som oplever ikke at få den tolkebistand, de har behov for (Diskrimineringsombudsmannen, 2012, s. 19).

Ifølge den svenske rapport kan fraværet af anmeldelser fra borgere, der havde haft behov for tolkebistand og ikke havde fået den tolkebistand, de havde krav på, imidlertid ikke automatisk tolkes som et udtryk for, at der ikke er noget uopfyldt behov. Ifølge den svenske rapport må der stilles spørgsmålstegn ved fraværet af anmeldelser, så det kan afklares, om forklaringen på fraværet er, at der ikke er et uopfyldt behov, eller at borgere med behov for sprogtolk ikke kender nok til systemet og mulighederne for at klage (Diskrimineringsombudsmannen, 2012, s. 19).

Instituttet anbefaler, at alle patienter med et tolkebehov systematisk får information om muligheden for tolkebistand i deres kontakt med sundhedsvæsenet.

Vi anbefaler desuden, at informationsmateriale om muligheden for tolkebistand bliver udarbejdet på flere sprog, og at kommuner og sundhedsvæsen sikrer, at det når ud til de relevante patienter.

3.2.2 PATIENTSIKKERHED

Som det vil fremgå af denne rapport, er det erfaringen blandt læger, at adgangen til kvalificerede, uddannede tolke er begrænset. Imidlertid er adgang til – og brug af – kvalificeret tolkebistand et vigtigt element i, at kommunikationen mellem en ikke-dansktalende patient og den sundhedsprofessionelle er fyldestgørende. Adgang til og brug af kvalificeret tolkebistand kan have en afgørende betydning i forhold til patientsikkerhed.

Patientsikkerhed handler blandt andet om at forebygge, at der sker fejl og skader, når patienter behandles eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsenet. Sundhedsloven beskriver disse fejl og skader som utilsigtede hændelser,⁹ hvilket der fx kan være tale om, når en patient får ordineret eller udleveret forkert medicin. Sundhedspersonalet er forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser, mens sygehusejerne og Sundhedsstyrelsen er forpligtet til at handle på indrapporteringerne.¹⁰ De utilsigtede hændelser skal rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, som er det nationale system til rapportering af utilsigtede hændelser.¹¹

Med udsigt til indførelsen af brugerbetaling på tolkning hos lægen og på sygehusene pr. 1. juni 2011 for patienter, som havde boet i Danmark i mere end syv år, advarede Lægeforeningen om, at ordningen ville få konsekvenser for patientsikkerheden. Man ville risikere flere

kommunikationsfejl, fejlbehandlinger, overbehandling samt manglende behandling og forståelse for en given behandling (Ugeskrift for Læger 2010; 172 (38): 2572-2573). I dag er denne ordning ophævet – spørgsmålet er imidlertid, om ikke et fagligt ujævnt niveau blandt professionelle tolke i Danmark fortsat giver anledning til at være meget opmærksom på eventuelle konsekvenser for patientsikkerheden afledt af mangelfuld kommunikation og misforståelser.

Via Dansk Patientsikkerhedsdatabase blev der i 2006 identificeret 29 hændelser, der var relateret til sprogproblemer (Sundhedsstyrelsen, 2007). Det fremgår af forordet til denne rapport, at en del af de utilsigtede hændelser skyldtes, at der ikke blev anvendt professionel tolk. Og at patienten derfor ikke forstod afgørende beskeder om fx faste og medicinering. Eller at det ikke var muligt at opnå informeret samtykke.

En amerikansk undersøgelse (International Journal for Quality in Health Care 2007; 19: 60-7) viser, at patienter med manglende sprogkundskaber har en betydeligt større risiko for at blive alvorligt skadet ved utilsigtede hændelser end patienter, der taler personalets sprog. Problemet er først og fremmest kommunikationsfejl. Ifølge undersøgelsen er det derfor "vigtigt for patienter med sprogbarrierer at have adgang til kompetent sprogbetjening" (Ugeskrift for Læger 2010; 172 (38): 2572-2573).

Instituttet anbefaler, at der gennemføres en systematisk undersøgelse af omfanget og karakteren af utilsigtede hændelser, lægefejl, medicinfejl, komplikationer og alvorlige bivirkninger mv. i forhold til patienter med etnisk minoritetsbaggrund med det formål fremadrettet at forhindre og forebygge mod eventuelle systematiske fejl.¹²

3.2.3 KVALIFICERET TOLKNING

Adgangen til **kvalificeret** tolkning er imidlertid ikke altid ligetil. Dels kan det være et problem at skaffe den rigtige tolk, dels kan tolken mangle kundskaber/begreber i forhold til sundhed og sygdom. Derudover er tolkene ofte ikke uddannet i at tolke, og det kan betyde, at de savner tolkekompetencer og professionalisme.

På en høring afholdt den 15. marts 2012 på Rigshospitalet under overskriften 'Hvordan får Danmark kvalificerede tolke?' var der repræsentanter fra blandt andet sundhedssektoren og domstolssystemet, som pegede på flere forhold, der gjorde det vanskeligt at benytte sig af tolke. Den største barriere for brugen af tolke er mangel på kvalificerede og uddannede tolke. Myndigheder oplever, at brugen af tolke i forvejen er tidkrævende og kompliceret, og at situationen ikke bliver mindre kompliceret, når tolke ikke har kendskab til fagudtryk, blander sig i samtalen, ikke er diskrete og i nogle situationer

er dårligere til dansk end borgeren, de skal tolke for (Institut for Menneskerettigheder, Status 2013, etnisk oprindelse, s. 33-34).

Ifølge artiklen **Tolkebrug i det danske sundhedsvæsen** af Hansen og Nielsen bragt i Ugeskrift for Læger 4. marts 2013 foreligger der ingen videnskabelige undersøgelser af den faktuelle kvalitet af tolkningen i Danmark. I mangel heraf henvises der i artiklen til en række undersøgelser,¹³ hvor patienter med etnisk minoritetsbaggrund har rapporteret om svingende kvalitet i den professionelle tolkning. I artiklen gives som forklaring på den svingende kvalitet, at langt de fleste tolke i Danmark ikke har nogen uddannelse i hverken tolkning eller sprog, og at der ikke eksisterer krav til uddannelse eller certificering.

Ifølge en af de interviewede læger er det udtryk for manglende vilje til at prioritere og løfte området snarere end manglende viden om, hvad der skal til, når lægerne oplever en fortsat begrænset adgang til kvalificeret tolkebistand:

IP: "Man ved, hvad der skal til for at lave god tolkning. (...) Man ved, hvilke krav en professionel tolk skal opfylde, og lovgivningsmæssigt er det også ret klart, at det er regionernes ansvar at stille kvalificerede tolke til rådighed."

Krav til kvalitet er imidlertid en næsten fraværende størrelse, når regionerne stiller tolke til rådighed for de praktiserende læger, ifølge den interviewede læge, og lægerne

kan ikke gå egne veje og selv bestemme, hvilke tolke de vil anvende. Regionens manglende interesse for eller prioritering af kvalitet i tolkningen bliver derfor, ifølge interviewpersonen, i praksis den enkelte praktiserende læges problem, hver gang lægen gør sig overvejelser om at anvende tolk.

Hun fortæller, at hun både i forhold til praktiske forhold ofte kan konstatere, at der er problemer, og at hun ikke sjældent sidder med en fornemmelse af, at der ikke bliver tolket korrekt og/eller fyldestgørende. Som det udtrykkes:

IP: "(...) Vi forstår i sagens natur ikke, hvad der siges på et fremmedsprog. Men det tyder på, at kvaliteten af tolkningen ofte ikke er god nok. Der er mange indici ... Og mange af vores patienter siger, at det simpelthen er forkert, det, der bliver oversat. Mit klare indtryk er, at der ikke rigtig er styr på kvaliteten. (...)

I: "Du er usikker på, om det, du siger til patienten, bliver tolket korrekt?"

IP: "Ja, i dén grad. Nu har jeg været i feltet i mange år, så jeg synes godt, jeg kan mærke, hvis en tolk sidder og ... hvis jeg fx spørger om en simpel ting, og en tolk så sidder og snakker i rigtig lang tid. Så tænker jeg lidt: "Hvad sker der lige nu?" Det kan godt være, det er nødvendigt, men den professionelle tolk ville sige: "Er det o.k., at jeg prøver at formulere det på en anden måde eller ...?"

Af den allerede omtalte rapport fra Enheden for Brugerundersøgelser, hvor også praktiserende læger er blevet interviewet, beskrives tilsvarende, at lægen kan sidde med fornemmelsen af, at hverken dét, patienten eller lægen siger, bliver oversat korrekt:

” Lægerne kan føle sig usikre på, om patienten bliver oversat korrekt, eller om tolken selv konkluderer og kommer med bud på, hvad patienten fejler, ligesom de også kan føle sig usikre på, om de selv bliver oversat rigtigt” (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 20).

Sundhedsloven kræver imidlertid, at lægen, der er ansvarlig for behandlingen af en patient, skal sikre sig, at tolken har de nødvendige sproglige kvalifikationer, herunder beherskelse af det danske sprog.¹⁴ Det fremgår ikke af loven eller dens bemærkninger, hvordan dette skal sikres, og hvad det tillægges af betydning, at der skal være tale om nødvendige sproglige kvalifikationer.

Ifølge en anden af de interviewede læger handler god tolkning i høj grad også om tolkens evne til at kommunikere med patienterne ved at anvende ord, som patienterne forstår. En god tolk tilpasser, ifølge denne læge, oversættelsen til modtageren – dog uden at ændre indholdet. En god tolk er med andre ord opmærksom på patientens sociolekt – og som lægen forklarer herunder, kommer det ikke automatisk med uddannelsen til tolk. Som han siger:

IP: "Nu fik du mødt de to tolke, som vi bruger mest. Vi har brugt en tredje tidligere, men hun er så holdt op, men de to her er rigtig gode, specielt [xxx], som du fik talt med, er en ekstremt god tolk. De er begge to ikke-uddannede tolke, og alligevel er de langt bedre end de uddannede tolke, vi indimellem bruger."

I: "Hvad er det, der gør det?"

IP: "De kender patienternes sprog og udtryksmåder, og hvad det er, patienterne vil sige. Hvis du har en akademiker, en tyrkisk akademiker fra Istanbul, så kender han ikke nødvendigvis den type patienter, vi har."

I: "Så det handler om sociale lag?"

IP: "Ja – men tolkene og patienterne deler ikke socialt lag. Tolkene har en masse års erfaring, og derfor er de gode til det. Og så oversætter de neutralt. Jeg tænker ikke over det, når jeg bruger dem som tolk, fordi jeg kan høre på deres tonefald, hvornår de har svært ved at oversætte det, og jeg kan også høre på dem, hvornår de har svært ved at oversætte det, jeg har sagt, og når de har svært ved at oversætte det, jeg har sagt, er det ofte, fordi det er uklart. Man er ikke altid lige klar. Og der gælder det om at fange det. Hvis svaret er uklart, det, de så oversætter tilbage igen, så er jeg klar over, at jeg har sagt noget, der ikke var udtrykt forståeligt, og det gør det nemt. Vi har så mange tolkekonsultationer, at vi kender hinanden, så det sproglige er ikke noget stort problem."

Set udefra kan det tolkes sådan, at der er tale om et heldigt sammenfald mellem autodidakte tolke og høj kvalitet i forbindelse med det arbejde, der fra tolkenes side leveres. Tolkenes lange erfaring betyder i sammenhængen, at de er opmærksomme på at anvende ord og begreber, som giver mening i patienternes univers, hvilket, af lægen, påpeges som en styrke. Som det fremgår, er lægen inde på, at en 'akademisk' tolk ikke nødvendigvis har det, der skal til for at tolke for en patient med en sparsom skolegang bag sig. Spørgsmålet er imidlertid, om ikke den 'akademiske' tolk ville kunne tilegne sig den slags færdigheder i takt med, at erfaringen som tolk udbygges.

Lægen er desuden inde på, at også lægernes måder at udtrykke sig på spiller en rolle i sammenhængen og har indflydelse på, om kommunikationen mellem patient og læge kan betragtes som vellykket. (Lægens rolle vender vi tilbage til i afsnit 3.2.10.)

Endelig siger lægen: "Vi har så mange tolkekonsultationer, at vi kender hinanden, så det sproglige er ikke noget stort problem." At tolken og lægen kender hinanden efter mange års samarbejde, må alt andet lige gøre tingene nemmere og kommunikationen klarere. Den pågældende praksis kendetegnes ved, at langt hovedparten af de tilknyttede patienter med etnisk minoritetsbaggrund kommer fra Tyrkiet. Det forklarer, at det har været muligt at opnå et tæt samarbejde med bestemte tolke.

I afsnittet vedrørende videotolkning vil det fremgå, at man på Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital, hvor der primært anvendes videotolkning, tilsvarende har positive erfaringer med at kunne anvende de samme tolke fra gang til gang. Erfaringen er således, at teknologien muliggør, at færre tolke er i spil, og at tolkene anvendes oftere, hvormed de tilegner sig relevant erfaring med begreber og sammenhænge i sundhedsvæsenet (samt ved lange patientforløb erfaring med konkrete problemstillinger og sundhedsprofessionelle).

Instituttet anbefaler, at der oprettes en tolkeuddannelse uden egenbetaling og med ret til SU rettet specifikt mod de vigtigste flygtninge- og indvandrersprog. Formålet med uddannelsen er at sikre et højt sprogligt niveau, kendskab til relevante fagudtryk samt færdigheder i tolkning, herunder tolketeknik og tolkeetiske regler.

Vi anbefaler, at der etableres en certificeringsordning, så tolke certificeres efter endt uddannelse eller på baggrund af en prøve i tolkning og sprog.

Endelig anbefaler vi, at sundhedsvæsenet efter en overgangsperiode bliver forpligtet til kun at anvende certificerede tolke. Dog bør der være mulighed for dispensation ved meget små sprog.

3.2.4 KVINDELIGE PATIENTER OG SÆRLIGE TOLKEBEHOV

Under interviewene med de praktiserende læger har interviewerens spurgt ind til, om der er et kønsperspektiv i forhold til de drøftede problemstillinger. Det fremgår af nedenstående uddrag fra et af interviewene, at denne læges erfaring er, at kvinder – i højere grad end mænd – har brug for tolkebistand i forbindelse med konsultationerne.

I: "Kommunikerer man bedre eller dårligere med patienten afhængigt af, om patienten er mand eller kvinde – er der nogen forskel der? Er det lige nemt at komme igennem med det, man vil som læge, for at hjælpe patienten?"

IP: "Altså overall så er kvinderne dårligere til sproget end mændene, så det giver sig selv. Det er ofte mændene, der er bedst til sprog, og det er, fordi de er kontakten til omverdenen. Det er manden, der går ud, og det er manden, der agerer mere i det danske samfund end kvinden, der går hjemme. Så de bliver bedre til sproget. Det gælder i særlig grad den gruppe, der er kommet her som gæstearbejde, her har manden ofte boet alene i fem-ti år, før hustruen er kommet herop, og han har været tvunget til at lære dansk for at kunne begå sig på det danske arbejdsmarked. Her taler vi de tyrkiske mænd, helt klassisk. De tyrkiske mænd kan dansk, kvinderne kan ikke et ord, de ældre kvinder, det er sådan helt klassisk, og det gør jo, at kontakten bliver anderledes. (...)"

IP: "Jeg ved ikke, om man kan sige, at kvinder samtidig er mere ydmyge, mindre frembrusende ... Er det måske for generaliseret? Jeg ved det ikke ... og at mændene er mere direkte."

I: "Og hvad får det af konsekvenser?"

IP: "Jeg kan måske nemmere få en 'bestilling' fra mændene om, hvilket sundhedstilbud de vil have, hvor man hos kvinderne skal bruge mere tid på at afsløre, hvilke behov der er."

Såfremt denne læges erfaring afspejler en generel tendens, at hjemmegående kvindelige patienter med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad har brug for tolkebistand, kan det forsigtigt konkluderes, at det særligt i forhold til hjemmegående kvinder er relevant at være opmærksom på, om de får den behandling og de tilbud i sundhedsvæsenet, de ville have fået, havde det ikke været for deres etniske oprindelse og fraværet af tilstrækkelige dansksproglige kompetencer.

I forlængelse af ovenstående kommer lægen ind på, at det er hans erfaring, at det i praksis ofte er sådan, at manden oversætter for kvinden, når hun er til læge, og at manden ikke alene oversætter, men fører ordet:

IP: "En mand, der sidder og fører ordet, og en kvinde, der sidder ved siden af ... Det er enormt svært for mig som dansk mand, som er vokset op med ligestilling, at se på det, men jeg bliver nødt til at acceptere det. Men der er

situationer, hvor man må bede manden om at gå, eller sige, at næste gang skal vi have en tolk: "Der skal du ikke være med." Kvinderne lever jo også meget længere, det gælder også de etniske patienter, de bliver ældre, så vi har flere enker end enkemænd altså."

I: "Så behovet for tolkebistand i forhold til kvinderne bliver ikke mindre med alderen, og samtidig er det der, mange sygdomme viser sig?"

IP: "Ja, lige præcis."

Som det fremgår, har lægen det svært med at være vidne til parforhold, hvor manden er styrende selv i forhold til kvindens fremstilling af eget helbred og problemer relateret hertil, men anderkender også, at det ikke er hans bord. Det fremgår desværre ikke af interviewet, i hvilke situationer han føler sig nødsaget til at bede manden om at gå, og/eller i hvilke situationer lægen noterer, at han til næste konsultation skal sørge for at have bestilt en tolk.

I rapporten **Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis** fra Forskningsenheden for Almen Praksis fremgår det, at svangerskabsforebyggelse af visse læger bliver opfattet som problematisk for nogle af deres kvindelige patienter med etnisk minoritetsbaggrund grundet en ringere selvbestemmelse over krop og økonomi. Af samme grund havde en af de læger, der blev interviewet til denne rapport, spiraler liggende i sin praksis, så hun kunne tilbyde kvinderne

prævention uden nødvendigvis at skulle inddrage ægtefællen (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 29).

3.2.5 REGIONERNE OM KOMPETENTE OG PROFESSIONELLE TOLKE

I undersøgelsen henvendt til regionerne lyder et af spørgsmålene: Hvad gør I for at sikre, at de tolke, der stilles til rådighed for de praktiserende læger, er kompetente og professionelle?

Regionernes svar afspejler, at – i hvert fald nogle af – regionerne synes at være vidende om, at der kan være udfordringer i forhold til kompetencer og professionalismisme blandt de tolke, der står til rådighed for de praktiserende læger. Således efterlyses der en tolkeuddannelse. Af svarene fremgår det også, at der er mangel på tolke. Her **kan** forklaringen være, at nogle sprog er så sjældne i Danmark, at det kan være vanskeligt at finde en person, der kan beherske en tolkning.

3.2.6 REGIONERNE OM KØNSPERSPEKTIVET

I undersøgelsen henvendt til regionerne går et af de øvrige spørgsmål på, hvorvidt de praktiserende læger rapporterer om problemer i forhold til behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, og om der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle problemer.

Region Hovedstaden svarer i den forbindelse, at gynækologer ofte ønsker kvindelige tolke, og at dette også ofte efterspørges af patienterne.

Regionen uddyber, at det kan være svært for kvinder selv at få lov til at forklare, hvad de fejler, hvis deres ægtefælle er med. Af svaret fra Region Syddanmark fremgår, at der kan være kvindelige patienter med etnisk minoritetsbaggrund, som ikke ønsker at benytte den bestilte tid hos lægen, hvis der kommer en mandlig tolk.

I forlængelse heraf må det anbefales, at læger (generelt) er særligt opmærksomme på situationer, hvor det ikke er hensigtsmæssigt, at en ægtefælle (eller anden pårørende) tolker for patienten.

3.2.7 BRUG AF PROFESSIONELLE FREMMØDETOLKE – HVAD SIGER TALLENE?

I den undersøgelse, Epinion har gennemført for Institut for Menneskerettigheder, er lægerne blevet spurgt, hvor ofte de rekvirerer en professionel fremmødetolk. Svarfordelingen på spørgsmålet fremgår af figur 4.

Det fremgår af figur 4, at der findes to store grupperinger. En gruppe på 32 %, der rekvirerer en professionel fremmødetolk flere gange i løbet af en måned eller mere, dvs. forholdsvis **ofte**, og en gruppe på 55 %, der rekvirerer en tolk cirka én gang i løbet af en måned eller mindre, dvs. relativt **sjældent**. Endvidere fremgår det, at 12 % **aldrig** benytter professionelle fremmødetolke.

Svarfordelingen giver et overblik over, hvor ofte de adspurgte læger rekvirerer en fremmødetolk, men den siger intet om, hvorvidt der er

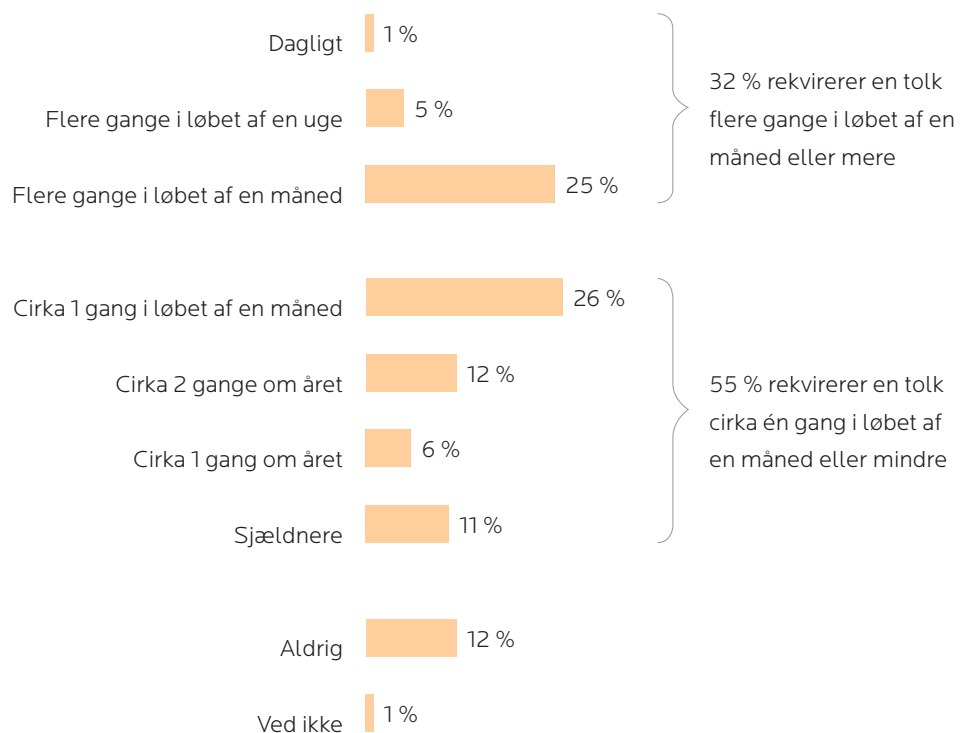
overensstemmelse mellem, hvor ofte lægerne vælger at tilkalde en tolk, og det tolkebehov, der måtte være blandt patienterne.

Vi ved fra blandt andet Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital, at de praktiserende læger langt fra altid bestiller en tolk, når der er behov – og at et af problemerne er, at lægerne ikke er klar over, at behovet er

der. De er simpelthen ikke klar over, at de ved at undlade at anvende tolk ikke får undersøgt og udredt patienterne tilstrækkeligt. Senere erfarer – enten de pågældende læger selv eller – andre læger i systemet, at der skulle have været en tolk på langt tidligere i processen.

En af forklaringerne bag, at de helbredsproblemer, der identificeres på klinikken,

FIGUR 4.
HVOR OFTE REKVIRERER DU EN PROFESSIONEL FREMMØDETOLK?



N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

ikke altid tidligere har været præsenteret for en læge, og at der ikke er blevet handlet på patientens behov, synes således at være, at samtaler mellem patient og læge ikke er blevet tolket (og/eller at der ikke har været afsat nok tid til at få afdækket 'svære' problemstillinger).

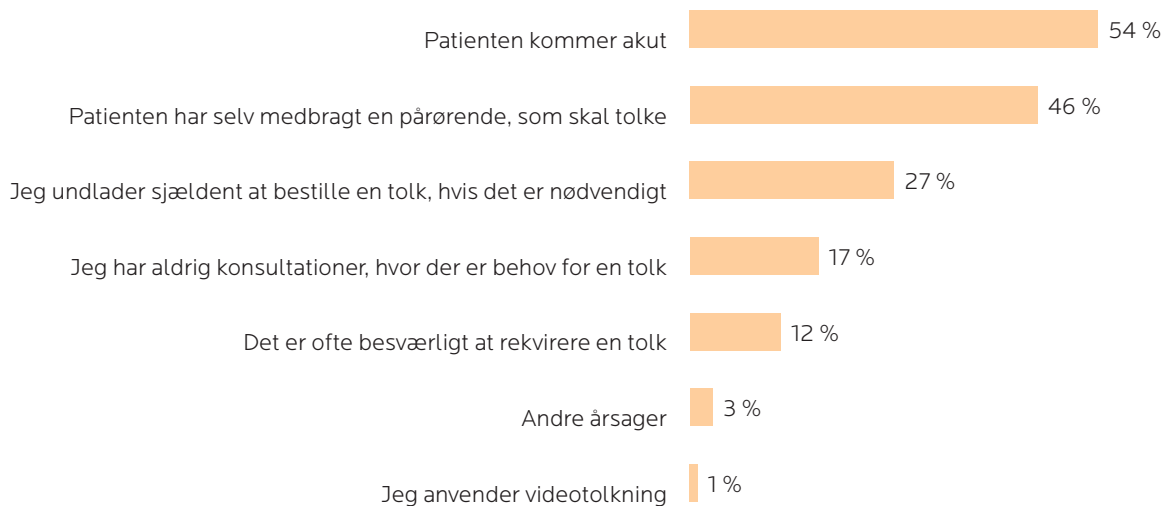
Som nævnt i del II **Mødet mellem den praktiserende læge og den sårbare patient med etnisk minoritetsbaggrund** udgør de adspurgte læger et repræsentativt udsnit af praktiserende læger, og at nogle vil have meget få eller ingen patienter med etnisk minoritetsbaggrund på patientlisten og følgelig kun et meget lille eller slet intet behov for at rekvirere tolkebistand.

Grundet forbuddet mod at registrere etnicitet i persondataloven¹⁵ bad vi – som nævnt – ikke lægerne om at anslå fordelingen mellem majoritet og minoritet blandt deres patienter, om end oplysningen havde været nyttig i analysen af data.

Lægerne er også blevet spurgt, hvad årsagen er, hvis de undlader at bestille en professionel fremmødetolk til en konsultation, hvor der er behov for en tolk. Fordelingen af svarene fremgår af 5. Der har været mulighed for at sætte flere kryds.

Det fremgår, at de adspurgte læger angiver især to grunde til at undlade at bestille en tolk til en

FIGUR 5.
HVIS DU UNDLADER AT BESTILLE EN PROFESSIONEL FREMMØDETOLK TIL EN KONSULTATION, HVOR DER ER BEHOV FOR TOLK, HVAD ER DA ÅRSAGEN?



N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

konsultation, hvor der er behov for tolkebistand. Den ene er, at patienten kommer akut, hvilket 54 % angiver som årsag. Den anden, at patienten selv har medbragt en pårørende, som skal tolke, hvilket 46 % har angivet.

Det bør i sammenhængen overvejes, hvorfor patienterne selv i en del tilfælde medbringer tolk – herunder om en forklaring kan være, at deres oplevelse i forbindelse med forudgående konsultationer har været, at der ikke har været sørget for en tolk.

3.2.8 SAMTALER UDEN OM LÆGEN

At der kommunikeres mellem patient og tolk under konsultationen uden om lægen, er i sig selv et problem og noget, de praktiserende læger er opmærksomme på (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 20). At der kommunikeres mellem patient og tolk, uden at lægen er til stede, er der også eksempler på, og det kan give problemer fx i forhold til lægens muligheder for at stille den rigtige diagnose:

IP: "Der kan komme en tolk ind i rummet og sige: "Hun har blærebetændelse." Og det er i hvert fald ikke professionelt, for det er mig, der fører ordet og spørger."

I: "Det har tolken så fundet ud af i venteværelset?"

IP: "Ja, eller de har snakket sammen på vej herop." [...] Der er også tolke, der blander sig i samtalen ... Der er desværre et hav af eksempler på, at tolkene ikke er professionelle."

En anden læge har tilsvarende gjort sig erfaringer med tolke, der agerer uprofessionelt. Han formulerer det på følgende måde:

IP: "Der er enorm stor forskel på, hvor dygtige og professionelle tolkene er. Noget er dygtighed og noget andet er professionalitet, altså når de laver de der venteværelseaftaler, det er noget, der kan bringe mit pis i kog. Når det allerede ude i venteværelset er aftalt, hvad det er, der skal ske herinde, hvor det ikke er mig, der er interviewer, der spørger ind til tingene. Men tolken, der kommer direkte ind og fortæller, hvad patienten har fortalt ham, og hvad han mener, der skal ske. Og så får jeg selvfølgelig lov til at stille spørgsmål, men tingene er afhandlet på forhånd. Og der kan være et personligt kendskab, det kan være ... Det er mindre sandsynligt i København, men hvis man kommer til de mindre byer i Jylland, så kan det endda være, at de er i familie med hinanden, det finder man bare ikke ud af med det samme."

I: "Hvorfor er det egentlig irriterende?"

IP: "Jamen det er, fordi det bliver biased. Når jeg har en patient, så vil jeg gerne have, at kommunikationen foregår mellem patienten og mig. Og i den sammenhæng ser jeg tolken som en oversættermaskine helt neutralt. Vedkommende skal ikke sidde og 'tolke' ud over det, der bliver sagt med ord. Tolken skal ikke, hvis man spørger, om patienten har ondt i maven, og patienten siger ja. Hvis jeg kan høre, der kun bliver sagt én ting, skal tolken ikke

sidde og sige: "Ja, han har meget, meget ondt i maven, og det har været i tre uger," for det har han fået at vide ude i venteværelset. Det bliver en meget mere låst konsultation og en underlig 'fortolket' konsultation."

I: "Så er de blevet enige, og så er de lukkede i forvejen?"

IP: "Så siger patienten måske til tolken: "Sig nu, hvad det er, jeg har sagt til dig," og det er klart, det er ikke optimalt. Patienten skal fortælle mig, hvad han fejler, og jeg skal stille patienten de spørgsmål, der er relevante. Det skal ikke være tolken, der bestemmer."

I: "Kan I gøre noget ved det?"

IP: "Vi kan fyre dem."

I: "Men I er afhængige af dem, regionerne stiller til rådighed?"

IP: "Ja, vi har tre tolkebureauer, som de har aftaler med, så kan vi klage over dem. Vi kan sige, at denne her tolk skal aldrig møde her mere. Det gør vi også en gang imellem. Tidligere var jeg meget mere stringent og hård, jeg er blevet sådan lidt blødere, og så prøver jeg at finde ind til problemets kerne. Jeg har jo siddet så mange år med så mange tolkninger, tusindvis af tolkninger, så man gennemskuer hurtigere, hvad der sker, og kommer bedre uden om de aftaler, der er lavet i venteværelset."

I: "Hvad tænker du, at man kan gøre?"

IP: "Sørge for bedre tolkeuddannelser – klart."

Og ikke kun lægerne er generet af denne form for uprofessionelisme blandt tolke. I rapporten fra Enheden for Brugerundersøgelser refereres en patient, der giver udtryk for, at den kommunikation, der foregår mellem ham og tolken på et fremmedsprog bag lægens ryg, gør ham usikker, men at det er ømtåleligt for ham at tale om (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 19-20).

3.2.9 UDFORDRINGER VED BRUG AF PROFESSIONELLE FREMMØDETOLKE – HVAD SIGER TALLENE?

I den undersøgelse, som Epinion har gennemført for Institut for Menneskerettigheder, er lægerne blevet spurgt, om de oplever udfordringer, når de vil anvende en professionel fremmødetolk. Fordelingen af lægernes svar fremgår af figur 6. Det skal nævnes, at der har været mulighed for at sætte flere kryds.

Det fremgår af figur 6, at de adspurgte læger især oplever udfordringer, i forhold til at tolken kommer for sent/ikke møder op (28 %), at tolken ikke oversætter korrekt/ikke er dygtig (24 %), eller at tolken ikke agerer professionelt i venteværelset (sidder fx og taler med patienten inden konsultationen) (22 %). Endelig skal det nævnes, at 52 % svarer, at de sjældent oplever udfordringer, når de vil anvende en professionel fremmødetolk.

3.2.10 DE PRAKTISERENDE LÆGER I ROLLEN SOM BRUGERE AF TOLKE

En nyere rapport peger på, at **vurderingen** af, om der i det konkrete tilfælde skal anvendes tolkebistand, ikke altid bliver taget alvorligt:

” Anvendelse af tolkebistand er, som mange andre beslutninger vedrørende etniske minoritetspatienter, ikke bestemt af retningslinjer eller kvalitetskrav, men overlades til laveste kliniske kompetenceniveau. Oftest er det en sekretærbeslutning, om der skal bestilles tolk. En tolk beskrev, hvordan sekretæren på en afdeling fortalte, at hun løb navnene igennem på ambulatoriepatientlisterne, og hvis der var et navn, der klingede ”meget fremmed”, så ringede vedkommende til tolkebureauet og spurgte, om de vidste, hvor navnet

stammede fra, hvorpå der blev bestilt en tolk, der talte det tilsvarende sprog – en metode med en meget lav succesrate. Andre gange er det et spørgsmål om lægens eller sygeplejerskens motivation, der afgør behovet for tolkebistand.” Sodemann m.fl., 2013, s. 126-127).

Som det fremgår, giver ovenstående citat et indblik i, hvordan der på hospitalerne bliver taget beslutning om anvendelse af tolk. I undersøgelsen henvendt til regionerne spørges der til de vurderinger, der foretages i almen praksis. Spørgsmålet omhandler således, hvad regionerne gør for at sikre, at de praktiserende læger er tilstrækkeligt klædt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk, samt hvordan tolken bør anvendes. I regionernes besvarelser af spørgsmålet henvises generelt til regler for

FIGUR 6.
UDFORDRINGER VED ANVENDELSE AF EN PROFESSIONEL FREMMØDETOLK

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmødetolk?
(Angiv gerne flere svar)

	Procent
Ja, tolken kommer for sent/ møder ikke op	28 %
Ja, tolken oversætter ofte ikke korrekt/er ofte ikke dygtig nok	24 %
Ja, tolken opfører sig ikke altid professionelt i venteværelset (sidder fx og taler med patienten inden konsultationen)	22 %
Ja, patienten er bange for, at tolken sladrer, og vil derfor ikke benytte den fremmødte tolk	14 %
Ja, et manglende match mellem tolkens sprog/dialekt og patientens	10 %
Nej, jeg oplever sjældent udfordringer, når jeg vil anvende en professionel fremmødetolk	52 %
Ved ikke	2 %

N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

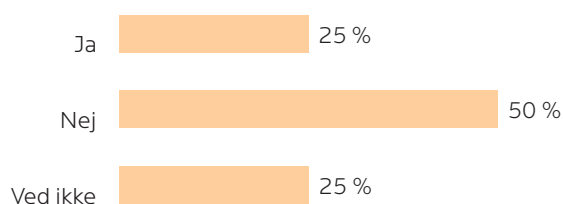
tolkebistand på sundhed.dk samt regionernes egne hjemmesider. Region Nordjylland henviser specifikt til forløbsbeskrivelser på sundhed.dk, hvor Lægehåndbogens artikel om "Flygtningepatienten" fremhæves, idet der i denne blandt andet er beskrevet forhold vedrørende anvendelse af tolk. Region Nordjylland skriver, at der indtil nu ikke har været udbudt efteruddannelse for praktiserende læger med henblik på at sikre, at de praktiserende læger er klædt på til opgaven, men at det indgår i overvejelserne for regionens teletolkningsprojekt. Region Sjælland gør opmærksom på, at både læge og patient vil opleve sprogbarrieren og dermed behovet for en tolk. Endvidere at der ikke er noget økonomisk incitament for lægen til at undlade at rekvirere en tolk, da det er regionen, der finansierer tolken uden negative økonomiske konsekvenser for lægen. Regionen skriver, at lægen tværtimod får et honorar for at rekvirere en tolk, så lægen som minimum kompenseres for tidsforbruget til rekvisitionen af tolken.

En af de interviewede læger er inde på, at man som læge ikke altid fra starten af kan vide, at der er behov for en tolk i en given sammenhæng. Som hun udtrykker det: "Det er jo først, når man har misforstået tingene tilstrækkeligt mange gange, at man opdager, at man har haft behov for tolk." Her refereres næppe til samtaler med patienter, hvor fraværet af dansksproglige kompetencer er fuldkomment, hvormed det er indlysende, at der skal en tolk på banen. Snarere vidner citatet om, at der – formentlig – i flere situationer, end hvad lægerne som oftest antager, kan være behov for tolkebistand.

Et andet problem synes at være, at en kvalificeret dialog mellem læge og patient forudsætter, at lægen ved, hvordan man anvender og taler gennem en tolk. Under interviewene er flere af lægerne inde på, at dét at anvende en tolk på den rigtige måde ikke nødvendigvis er en medfødt evne – det er noget, der skal læres.

FIGUR 7.

VURDERER DU, AT DU GENNEM DIN UDDANNELSE HAR FÅET TILSTRÆKKELIG TRÆNING I BRUG AF TOLKE?



N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

Endelig er en af de interviewede læger inde på, at mange praktiserende læger kunne være mere opmærksomme på ikke at lade tolkene sidde og vente i samme lokale som de patienter, de skal tolke for, hvorved problemer med, at tolk og patient i samråd beslutter, hvad patienten fejler allerede forud for konsultationen, kunne elimineres.

IP: "Tolke burde ikke sidde i venteværelset sammen med patienten. Tolke burde sidde ude i køkkenet og drikke en kop kaffe og komme ind og være rene tolkemedier og ikke hyggesnakke med patienten."

Med den løsning, der foreslås i citatet, ville netop dette problem med et relativt enkelt greb kunne løses (helt eller delvist).

3.2.11 TILSTRÆKkelig TRÆNING I BRUG AF TOLKE – HVAD SIGER TALLENE?

I undersøgelsen gennemført af Epinion bliver der spurgt til, om lægerne vurderer, at de gennem deres uddannelse har fået tilstrækkelig træning i brug af tolke. Hertil svarer 50 % af de adspurgte, at de ikke mener, at de gennem deres uddannelse har fået tilstrækkelig træning. 25 % vurderer, at træningen har været tilstrækkelig, men de resterende 25 % har svaret "Ved ikke".

Instituttet anbefaler, at regionernes kvalitets- og efteruddannelsesudvalg tilbyder de praktiserende læger relevant efteruddannelse for at sikre, at læger i almen praksis er klædt

tilstrækkeligt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk samt hvordan.

3.2.12 PÅRØRENDE SOM TOLKE

Ofte anvendes pårørende som tolke. Der kan ligge forskellige overvejelser bag – måske er det den nemmeste løsning, måske er det et ønske fra patientens side. Således foretrækker nogle patienter at lade en pårørende fungere som tolk frem for at anvende en professionel tolk. Dog er det langt fra altid en optimal løsning at anvende pårørende som tolke. Et problem kan være, at den pårørende – af hensyn til patienten – sorterer i de informationer, det sundhedsfaglige personale gerne vil informere om (Troelsen Skou, 2006).

Andre steder beskrives erfaringer med familiemedlemmer i tolkerollen, hvor familiemedlemmet forvansker patientens klager i forlegenhed over, hvad der klages over, eller kommer med sin egen fremstilling af, hvad der er patientens problem (Nørregaard, 2002, s. 315). Tolkesituationen kan desuden bringe den pårørende i en vanskelig situation, idet vedkommende inddrages i problemstillinger, som han eller hun måske slet ikke ønsker at blive inddraget i.

Således udgør anvendelsen af pårørende som tolke, ifølge blandt andet Sundhedsstyrelsen, en fagligt og etisk problematisk situation, fordi rollen som tolk kræver, at den pårørende kan opføre sig professionelt og med en

følelsesmæssig distance. Desuden kræver den en række tolkekompetencer, som den pårørende oftest ikke har. Dertil kommer, at forholdene mellem såvel pårørende og patient som mellem pårørende og sundhedsfagligt personale ændres i en uheldig retning. Situationen er særlig problematisk, når mindreårige benyttes som oversættere (Sundhedsstyrelsen, 2012, s. 31).

Ifølge Dyhr og Hamerik (2006, s. 51) er den praktiserende læge nødt til at respektere patientens eventuelle ønske om at lade voksne pårørende tolke for sig, men lægen bør gøre patienten opmærksom på, at det set ud fra et lægeligt synspunkt ikke er optimalt. Lægen kan fx sige, at der kan være nogle lægetekniske ting, som kan være vanskelige at oversætte for en ikke-uddannet tolk, hvilket de fleste patienter, ifølge Dyhr og Hamerik, forstår.

Ifølge Dyhr og Hamerik (2006, s. 51) er patienters eventuelle ønske om at anvende pårørende til at tolke for sig ofte begrundet i usikkerhed i forhold til en rekvireret tolks professionalisme. Hvorvidt tolken 'sladrer', kan være netop den bekymring, der ansporer patienten til at foretrække at anvende en pårørende, og bekymringen kan, ifølge Dyhr og Hamerik, være relevant især i mindre sproggrupper, hvor 'alle kender alle'.

Dette problem kan man imidlertid nå ud over (helt eller delvist) ved at anvende videotolkning, idet videotolken sidder på et kontor et helt andet sted i landet, hvor

vedkommende formentlig også har sin daglige gang.

Hvis patientens pårørende anvendes som tolke, skal patienten i øvrigt give samtykke til, at de pårørende får adgang til oplysninger om patienten.¹⁶

I undersøgelsen fra Enheden for Brugerundersøgelser giver de interviewede praktiserende læger generelt udtryk for, at anvendelse af professionel tolk er at foretrække frem for anvendelse af pårørende (Esholdt & Fulgsang, 2009, s. 18). I samme undersøgelse udtrykkes fra de praktiserende lægers side, at de oplever, at der ikke findes klare retningslinjer for brugen af henholdsvis professionel tolk og pårørende som tolke, og at det er op til dem selv i de enkelte tilfælde at afgøre, om det er tilfredsstillende at anvende pårørende som tolke (s. 19).

Ifølge artiklen **Tolkebrug i det danske sundhedsvæsen** findes der ingen etiske retningslinjer fra Lægeforeningen om brugen af tolke (Hansen & Nielsen, 2013, s. 647).

3.2.13 BRUG AF VOKSNE PÅRØRENDE SOM TOLKE – HVAD SIGER TALLENE?

I undersøgelsen gennemført af Epinion bliver der spurgt til, om lægerne har konsultationer, hvor voksne pårørende til patienten bruges til at tolke. Fordelingen af svarene fremgår af figur 8.

Det fremgår, at en mindre andel af lægerne (10 %) ofte anvender voksne pårørende som tolke,

mens 38 % har svaret "Ja, af og til". 34 % svarer, at det forekommer, men sjældent, mens 17 % har svaret "Aldrig".

Ifølge de nærmere analyser af datamaterialet er der ingen statistisk signifikante forskelle i brugen af voksne pårørende som tolke mellem læger, som ofte rekvirerer en professionel fremmødetolk (dvs. mere end en gang i løbet af en måned), og læger, som mindre ofte rekvirerer en professionel fremmødetolk (dvs. en gang i løbet af en måned eller mindre). Der er imidlertid forskel blandt mandlige og kvindelige læger, hvad angår brugen af voksne pårørende som tolke. Således er andelen af kvindelige læger, der ofte bruger voksne pårørende som tolke, signifikant større end

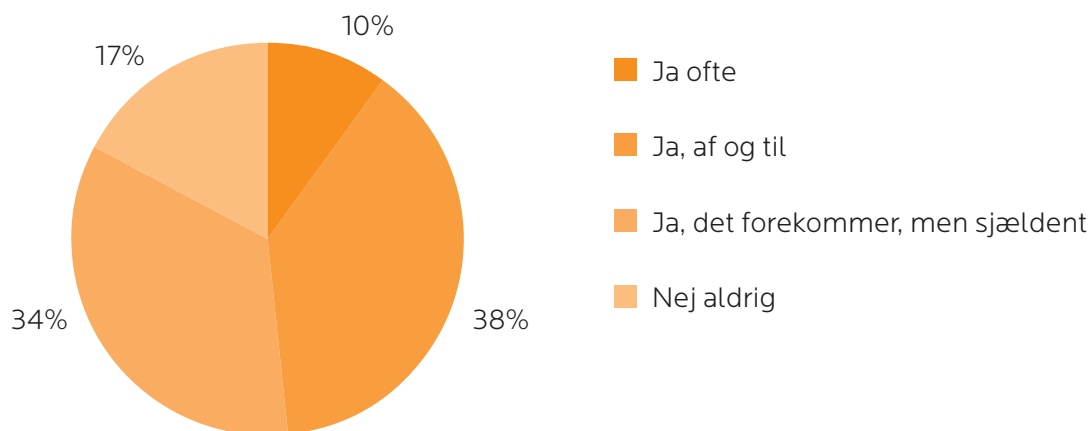
andelen af mandlige (17 mod 4 %). (Se i øvrigt bilag 13).

3.2.14 ANVENDELSE AF BØRN SOM TOLKE

Manglen på kvalificerede og uddannede tolke kan bevirke, at myndigheder undlader at bestille tolke, hvorfor borgere kan være nødsaget til at tage en person fra eget netværk – ofte deres børn – med til undersøgelser hos lægen eller på hospitalet, til samtaler hos sagsbehandler eller på skolen (Institut for Menneskerettigheder, Status 2013, etnisk oprindelse, s. 33-34).

Af en lidt ældre interviewundersøgelse med 131 flygtningebørn og -unge fremgår det, at 79 % har tolket for deres forældre hos

FIGUR 8.
HAR DU KONSULTATIONER, HVOR VOKSNE PÅRØRENDE TIL PATIENTEN BRUGES TIL AT TOLKE?



N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

lægen, 50 % i socialforvaltningen og 53 % i skolen (Montgomery, 2005). Af en anden undersøgelse fra 2007 fremgår det, at en tredjedel af sundhedspersonalet i Region Midtjylland indimellem bruger børn til at oversætte ved konsultationen (Chéret, 2007).

Ifølge artiklen **Tolkebrug i det danske sundhedsvæsen** bruger 15 % af hospitals- og praksislæger altid eller ofte børn under 16 år som tolke. Børnetolke bliver anvendt, når der ikke er andre muligheder for at rekvirere tolk; fx ved indlæggelse sent om aftenen (Hansen & Nielsen, 2013, s. 645). Ifølge samme artikel er der en lang række etiske problemstillinger ved at bruge børn som tolke, herunder at relationen mellem barn og voksen kommer ud af balance, og at barnet får informationer, som kan være svære at takle følelsesmæssigt.

Ifølge (tidligere) formand for Børns Vilkår Peter Albæk er det problematisk at sætte et barn til at løse en opgave, som kræver en person, der kan forholde sig professionelt og distanceret til den:

” Det er skidt at involvere børn på den måde. Når et barn bliver involveret i en forælders problemer og sygdom, kan det ende med, at det ikke selv tør gå til forældrene med sine egne børneproblemer. De bliver bekymrede for forældrene. Det afskærer dem fra at have et almindeligt forhold til deres mor eller far.”¹⁷

Dertil kommer, at barnet af hensyn til moren eller faren i nogle tilfælde ikke oversætter alt, hvad lægen siger, hvormed vigtig information risikerer at gå tabt, mener samme kilde.

Region Midtjyllands undersøgelse **Tre er et umage par**, som fokuserer på tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet, konkluderer, at det som udgangspunkt er uacceptabelt at bruge børn som tolke, men at der kan være akutte situationer, hvor det kan være en absolut nødvendighed at lade et barn tolke, og at det er en beslutning, som den sundhedsprofessionelle må tage og tage ansvar for. Det fremgår endvidere, at man i ikke-akutte situationer bør udsætte konsultationen, indtil der kan være en professionel tolk – eller i det mindste en voksen pårørende tolk til stede, og at det ikke bør være op til patienten at bestemme, om et barn kan tolke (Lou, 2008, s. 76).

Det følger af Sundhedsstyrelsens vejledning om information og samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger, at børn kun undtagelsesvist bør anvendes som tolke og kun i uproblematisk og lette tilfælde,¹⁸ og at mindre børn aldrig bør anvendes som tolke.

I Region Hovedstadens generelle vejledning om tolkebistand henvendt til almen praksis¹⁹ påpeges det, at det som udgangspunkt ikke er hensigtsmæssigt at anvende pårørende som tolke. I hvert fald må det, ifølge vejledningen, i hvert enkelt tilfælde vurderes, om det er forsvarligt. Der sondres i vejledningen imellem

voksne pårørende og børn. Det fremgår, at voksne pårørende eventuelt kan bruges som tolk i situationer, hvor der skal gives enkle instrukser, indgås aftaler om mødetidspunkter eller lignende, men at sundhedspersonale aldrig må bruge pårørende til at informere om alvorlige diagnoser og/eller prognoser og resultater. Derudover må børn og unge (under 18 år), ifølge Region Hovedstadens vejledning, ikke anvendes som tolke.

Ifølge Talevski i **Forvaltningsloven 25 år** bør offentlige myndigheder være opmærksomme på, at det som udgangspunkt ikke vil være forsvarligt at lade et mindreårigt barn fungere som tolk. Dette er begrundet i hensynet til barnet (Talevski, 2012, s. 303).²⁰

3.2.15 BRUG AF BØRN SOM TOLKE – HVAD SIGER TALLENE?

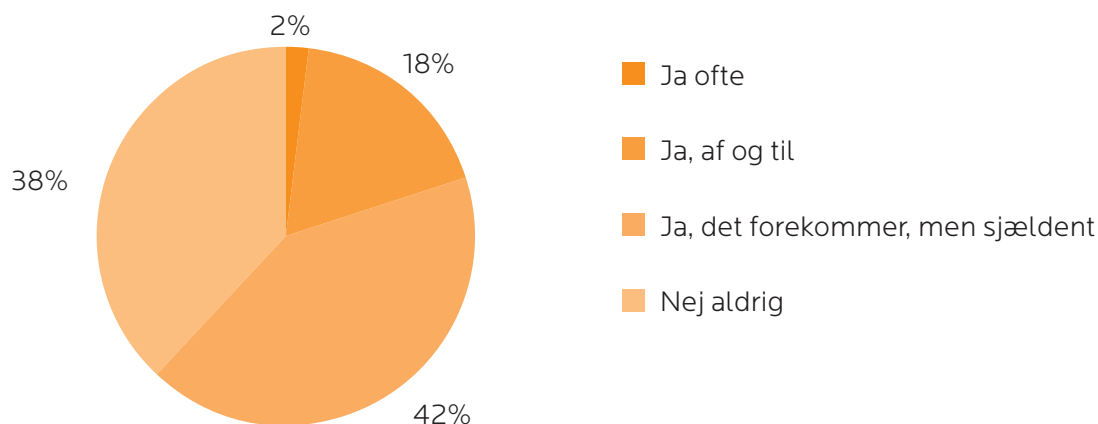
I undersøgelsen gennemført af Epinion er lægerne tilsvarende blevet spurgt, om de har konsultationer, hvor børn under 15 år (som er pårørende til patienten) bruges til at tolke. Fordelingen af svarene på dette spørgsmål fremgår af figur 9.

Mens hovedparten af lægerne har svaret "Ja, det forekommer, men sjældent" eller "Nej, aldrig" (hhv. 42 og 38 %), svarer knap hver femte (18 %) "Ja, af og til". 2 % svarer "Ofte".

Set i forhold til, at mindreårige børn slet ikke bør anvendes som tolke, forekommer det af meget, når 20 % af lægerne samlet set svarer

FIGUR 9.

HAR DU KONSULTATIONER, HVOR BØRN UNDER 15 ÅR (SOM ER PÅRØRENDE TIL PATIENTEN) BRUGES TIL AT TOLKE?



N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

”Ja, ofte” eller ”Ja, af og til” på spørgsmålet.

Instituttet anbefaler, at det i sundhedsloven fastsættes, at børn (personer under 18 år) kun må anvendes om tolke i akutte, livstruende tilfælde og/eller tilfælde, hvor patienten risikerer at pådrage sig en væsentlig helbredsskade.

3.2.16 VIDEOTOLKNING SOM ALTERNATIV TIL FREMMØDETOLK

Videotolkning er tolkebistand leveret via videokonference og udgør således et alternativ til fremmødetolk.

Når man dykker ned i området, lader det til, at der er en **række** fordele ved at anvende videotolkning. Der skal fx ikke tages højde for afstande og transport – hvilket gør det nemt og effektivt at skaffe tolkebistand ved behov. Og der kan anvendes en tolk, som ikke er bosat i samme område som patienten, hvilket nogle patienter foretrækker. Videotolkning giver også mulighed for, at patienten kan undersøges, og at der samtidig kan tolkes, uden at tolken ser med, idet skærmen kan vendes ind mod væggen (eller kameraet slukkes), mens en given undersøgelse pågår. Af en rapport fra European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) fremgår det, at videotolkning ikke mindst er velegnet i situationer, hvor patienten grundet blufærdighed og/eller et

behov for anonymitet foretrækker at undgå, at en tredje person er fysisk til stede i det lokale, hvor patienten og lægen taler sammen, fx om problemstillinger relateret til seksuel sundhed (2013, s. 50).

På Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital har man siden 2010 udelukkende anvendt videotolkning, og med 10-20 tolkninger dagligt har man gjort sig en del erfaringer med metoden (Sodemann m.fl., 2013, s. 147). Her betragtes videotolkning som det mest professionelle værktøj til tolkebistand. Fra klinikken berettes det blandt andet, at videotolkning muliggør, at færre tolke er i spil, hvilket betragtes som positivt, da tolke, der ofte anvendes, hurtigere tilegner sig relevant indsigt i lægefaglige begreber, sammenhænge og problemstillinger. Og det gør dem til bedre tolke.

Transporttid kan udgøre en uforholdsmæssig stor del af en fremmødetolks arbejdsdag og betyde, at der er behov for et relativt stort antal tolke i en region, da tolkene det meste af tiden er på vej mellem to tolkeaftaler. Og mange tolke betyder alt andet lige, at også mange uerfarne tolke er i spil (Sodemann m.fl., 2013, s. 148).

” Videotolkesystemet [...] tager hånd om dels de professionelle behov, men i lige så høj grad de mere eller mindre skjulte patientbehov for en privatsfære. Samtaler bliver 15-20 % kortere, det faglige indhold er mere fokuseret, og

patienter oplever bedre samtalekvalitet. Videotolkning lægger rammerne for, at det er samtalens indhold, der er i fokus, og ikke alle mulige andre signaler” (Sodemann m.fl., 2013, s. 148-149).

På Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital har man endvidere gjort forsøg med en app til iPad, der gør adgang til videotolkning let og mobil. Med denne løsning er der åbnet op for, at lægeambulancen, fængselsvæsenet, hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere og sagsbehandlere kan få tolkebistand og dermed undgå misforståelser, forsinkelser og unødvendige indlæggelser (Sodemann m.fl., 2013, s. 149).

Dog kan der være situationer, hvor det ikke er så oplagt at benytte videotolkning. Det vil fx være tilfældet, hvis en patient i løbet af den samme formiddag skal rundt i forskellige afdelinger (først samtale, derefter røntgen), og tiden kan være svær at styre. Her kan det være en fordel at rekvirere en fremmødetolk, der kan følge med rundt.

3.2.17 REGIONERNE OM VIDEOTOLKNING

I undersøgelsen henvendt til regionerne går et af spørgsmålene på, om regionerne gør sig overvejelser om at tilbyde videotolkning hos de praktiserende læger, og i givet fald hvad det tidsmæssige perspektiv for implementering er. Det overordnede indtryk er, at regionerne befinder sig meget forskellige steder, hvad angår en konkret udrulning af videotolkning i regionen.

I Region Syddanmark er man nået længst. Her har videotolkning siden 2009 været en mulighed, som ambulatorier og afdelinger på Odense Universitetshospital (OUH) har kunnet benytte. Og siden 2012 har alle sygehusafdelinger på regionens sygehuse med behov for tolkebistand kunnet benytte videotolkning. Hvad angår videotolkning i almen praksis, svarer regionen, at der er indgået en samarbejdsaftale med Medcom om udbredelse af videotolkning til praktiserende læger, og at de praksisser, der har flest tolkninger, vil være dem, der først tilbydes etablering af videotolkning. Regionen svarer endvidere, at videotolkning vil blive udrullet i takt med, at lægerne accepterer at få det installeret, og indtil det eventuelt bliver en del af lægernes overenskomst.

Region Hovedstaden svarer, at der har været gennemført et nationalt pilotprojekt om videotolkning, og at det nu skal udbredes i mindre skala i regionen. Regionen svarer endvidere, at det fremgår af praksisplanen for almen praksis, at der i den kommende planperiode skal tages stilling til, hvilke telemedicinske projekter man ønsker at prioritere, og at videotolkning kunne være ét af dem.

Region Sjælland henviser til, at regionen medvirker i et landsdækkende projekt, hvor fem praksisser fra hver region deltager i et forsøg med videotolkning. Regionen skriver: "De hidtidige erfaringer med projektet er positive – blandt andet fordi det er lettere med kort varsel

at få tolkebistand i udkantsområder og på sjældnere sprog, og nogle patienter beskriver, at de oplever tolkningen som mere neutral og professionel, når den foregår pr. video og ikke ved, at tolken er i det lokale, hvor patienten og lægen befinder sig." Region Sjælland gør endvidere opmærksom på, at regionen har indarbejdet en option i kontrakterne med de fem leverandører af tolkeydelser [p.t. fremmødetolk, red.], der kan forpligte dem til at levere tolkeydelser pr. video.

Region Nordjylland svarer, at MedCom tidligere har gennemført et pilotprojekt med teletolkning, hvor tre praktiserende læger fra regionen deltog. Dette projekt genoptages i 2014, hvor der inddrages yderligere klinikker med henblik på at få flere erfaringer med at anvende teletolkning (videotolkning).

Region Midtjylland svarer helt kort, at der mange steder i regionen er mulighed for teletolkning og videotolkning, og at man ved, at også enkelte praksisser anvender det.

Om der fra de praktiserende lægers side kan være barrierer af den ene eller anden karakter i forhold til anvendelsen af videotolkning, er der ikke systematisk blevet spurgt til i interviewene, men det fremgår af følgende små uddrag, at det ikke er utænkeligt. Som en af lægerne siger:

IP: "Jeg har egentlig tilmeldt mig noget videotolkning. De andre vil det ikke, de orkede ikke teknikken i det."

Og en anden:

IP: "Man ville gerne indføre videotolkning, og jeg syntes, det var lidt mærkeligt, men det fungerer skide godt. Vores patienter accepterer det fint."

3.2.18 BRUG AF VIDEOTOLKNING – HVAD SIGER TALLENE?

I undersøgelsen gennemført af Epinion er lægerne blevet spurgt, hvor ofte de anvender videotolkning. Svarfordelingen på spørgsmålet fremgår af figur 10.

Som det fremgår af diagrammet, har knap en tredjedel (31 %) af de adspurgte læger sat kryds i svarmuligheden "Jeg har ikke videotolkeudstyr", mens næsten to tredjedele (65 %) har krydset af i svarmuligheden "Aldrig". Således anvender langt hovedparten af landets praktiserende læger ikke videotolkning. 4 % benytter sig af videotolkning i varierende grad. Det kan tilføjes, at der ikke er statistisk signifikante forskelle på tværs af køn i brugen af videotolkning.

Instituttet anbefaler, at regionerne sørger for, at videotolkning bliver nemt at bruge for de praktiserende læger samt på hospitalerne.

Regionerne bør i sammenhængen være opmærksomme på, at inkompetente tolke ikke automatisk får ekstra kompetencer ved at blive

sat bag en skærm, hvorfor det er vigtigt, at der sideløbende arbejdes for at sikre, at kvaliteten af den tolkning, der udbydes, er i orden.

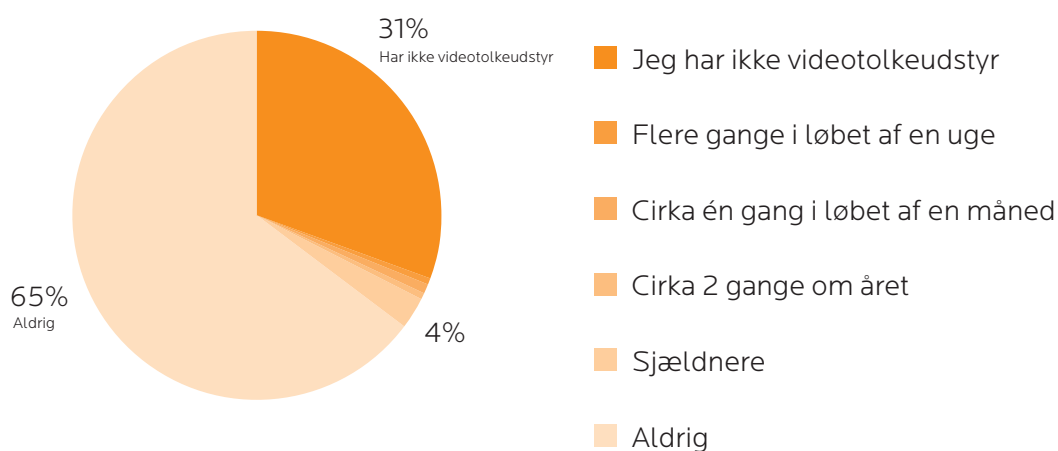
3.2.19 VILKÅRENE I TOLKEFAGET

På Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital har man som bekendt været med helt fremme i forhold til anvendelsen af videotolkning og har udelukkende gjort sig gode erfaringer med metoden. Her fremhæves det som noget positivt, at Region Syddanmark alene entrerer med ét tolkebureau til levering af tolkebistand i sundhedsvæsenet, fordi det betyder, at de fleste gode tolke i området har arbejde dér (Sodemann, 2013, s. 149). Således ved man som sundhedsprofessionel, at chancerne for,

at den tolk, man skal benytte, leverer et godt stykke arbejde, er gode. Til sammenligning kan det nævnes, at de øvrige regioner typisk entrerer med flere tolkebureauer.

Erfaringen i Region Syddanmark er, som allerede beskrevet, at udbredelsen af videotolkning muliggør en dygtiggørelse af de tolke, der er i spil, da de – fordi de bruger deres arbejdstid på at tolke frem for at sidde i en bil mellem to tolkeaftaler – hurtigere opnår den relevante erfaring med sundhedsvæsenets begreber og problemstillinger. Endvidere må man formode, at det giver disse ofte anvendte tolke et bedre udgangspunkt for at leve af faget.

FIGUR 10.
HVOR OFTE ANVENDER DU VIDEOTOLKNING?



N = 154

Der er anvendt afrundede procenter i figuren

En problemstilling i tolkefaget synes således at være, at det kan være vanskeligt at tjene tilstrækkeligt. Dertil kommer, at jobbet er stressende. I et af interviewene påpeges det netop, at mange tolke ikke kan holde arbejdsvilkårene ud: "Det er rigtig stressende at være tolk og måske vanskeligt at leve af, så der er også rigtig mange, der er holdt op med det."

Som denne rapport allerede har givet indtryk af, er den generelle opfattelse blandt læger, at det er svært at få kvalificerede tolke. Som en af de interviewede udtrykker det: "Det er de færreste, der er ordentlig kvalificerede, og det hænger sammen med, at regionen jo ikke vil betale for en ordentlig tolkeuddannelse."

Undersøgelser, hvor tolke vurderer egne arbejdsvilkår og betingelser for vellykket tolkning i det danske sundhedssystem, viser tilsvarende, at der kan være behov for bedre uddannelse af professionelle tolke (Frederiksen & Nørredam, 2013, s. 17).

3.2.20 INDKALDELSSEBREV E OG SKEMAER, DER SKAL UDFYLDES

Fra at have fokuseret på den mundtlige kommunikation mellem patient og læge vil fokus nu rette sig mod den skriftlige kommunikation fra sundhedsvæsen til patient.

Skemaer, der skal udfyldes

IP: "Tag Mustafa, der har noget med sin prostata. Han er analfabet. Han skal ind på hospitalet, og så får han et skema på 20 sider, hvor han skal krydse af, hvornår han tisser, og

er der lang stråle, og han kan ikke læse. Når du skal på hospital, skal du krydse af og læse og finde rundt, og der er altså en del, der står af – også danskere, der ikke læser godt. [Den type af problem] vil jeg kalde et strukturelt problem, for det er noget, vi kan organisere os ud af. Vi kan formulere det på en ordentlig måde eller skrive, at vi må snakke om det i stedet ... Der er patienter, der simpelthen ikke kommer til deres tid, fordi de er faret vild i de der tonsvis af sider, man får, og har ikke set, at indkaldelsen er på det og det tidspunkt."

At sygehusenes skriftlige kommunikation med patienten kan være overvældende og føre til, at patienten kommer uforberedt eller slet ikke dukker op til den planlagte undersøgelse, er et gennemgående tema i interviewene. Således oplever de interviewede læger, at den skriftlige kommunikation med patienterne ofte er for indviklet til, at patienterne forstår, hvad der forventes af dem – dels i forhold til hvor og hvornår undersøgelse og behandling finder sted, dels i forhold til informationer om faste mv. samt diverse spørgeskemaer, som skal udfyldes. Flere af lægerne fortæller, at de tidligere gik ind og hjalp patienterne med udfyldelsen af spørgeskemaerne, men at de er holdt op med det på grund af manglende tid.

Af rapporten *Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis* fremgår det, at dét, som primært bliver betegnet som problematisk for almen praksis, er den manglende tid til at påtage sig ansvaret for alle dimensioner i de sårbare patienters komplekse

problemstillinger. Og endvidere at særligt de praktiserende læger i socialt belastede boligområder har behov for at blive bakket op af et større, velfungerende offentligt system (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 24).

På et af møderne med følgegruppen bliver problemerne i forhold til skriftlig kommunikation diskuteret, og flere af deltagerne fortæller om, hvordan netop forventningen til, at alle patienter er i stand til at udfylde et skema om – fx – inkontinens, hvor uritmængden over flere uger skal måles og noteres med decimaler, og det skal angives, om der er urintlækage etc. I familier, hvor de voksne ikke kan læse, ses det, ifølge deltagerne på følgegruppemødet, at børn involveres i udfyldelsen af den type skemaer og således i forældrerens sundhedsmæssige komplikationer – herunder komplikationer af intim karakter. Alternativt ses det, at skemaet ikke bliver udfyldt, og at forælderen ikke får foretaget den undersøgelse, der er behov for, hvormed vedkommende heller ikke tilbydes den behandling, der er mulig og relevant.

Blandt følgegruppens deltagere fortælles endvidere om erfaringer med, at sundhedsprofessionelle – for at undgå involvering af børnene i forældrenes sundhedsmæssige anliggender og for at sikre, at undersøgelse og behandling finder sted – har bistået patienter med at udforme en simpel version af et skema, som efterfølgende er blevet godkendt af de gynækologer, der har skullet hjælpe patienten.

Såfremt alle – herunder analfabeter – skal have mulighed for at blive undersøgt og opnå relevant behandling, kunne en mulig vej frem være, at der fra centralt hold blev udarbejdet simple versioner af skemaer og instruktioner, som ville kunne anvendes i situationer, hvor alternativet er, at patienten ikke bliver undersøgt og behandlet. Der lægges med dette forslag ikke op til, at patienter i stort omfang skal nøjes med den næstbedste løsning. Det synes imidlertid påkrævet, at sundhedsvæsenet i videre udstrækning, end tilfældet er i dag, udtænker løsningsmodeller for de patienter, der ikke matcher standardprocedurene.

Forebyggelse

Af rapporten **Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis** fremgår det, at problemerne i forhold til skriftlig information fra sundhedsvæsenet til patienterne/borgerne går igen, når det handler om forebyggelsestiltag. I denne rapport er de interviewede lægers vurdering således, at forebyggelsestiltag ikke fungerer over for sårbare patienter, som de gør over for den brede befolkning. Lægerne peger i rapporten på, at der er behov for helt andre rammer om den forebyggelsesindsats, som skal rettes mod sårbare grupper. Et af problemerne er, at meget eksisterende oplysnings- og kampagnearbejde er udarbejdet af akademikere til akademikere, og at en del borgere ikke har forudsætningerne for at tilegne sig oplysninger og viden, der kommunikeres skriftligt. Som en af lægerne udtrykker det i rapporten:

” Når jeg henter mine børn i institutionen, så læser jeg automatisk, hvad der står på opslagstavlen. Men jeg kan godt se, at hende den lille tykke, der skal på julemærkehjem, hendes mor ser overhovedet ikke den opslagstavle. Hun går lige forbi. Jeg tror, moren er ordblind – jeg tror ikke, hun kan læse. Men det er sådan nogle ting. Det betyder jo også, at hun ikke kommer med til festen i klubben, fordi moren ikke har set sedlen. Og de skimmer ikke de sedler, vi har hængende i venteværelset om D-vitamin og kalk og ”slår din mand?” og alt det der. De ser dem ikke” (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 29).

I eksemplet er der angiveligt tale om en ordblind mor med etnisk dansk baggrund, hvilket viser, at problemstillinger affødt af den skriftlige kommunikation mellem sundhedsvæsen og patient ikke alene er relevante i forhold til borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Parallelle udfordringer vil gøre sig gældende, om modtageren er etnisk dansker, men ordblind, har etnisk minoritetsbaggrund og ikke læser dansk og/eller er analfabet mv.

Indkaldelsesbreve og udeblivelser

Hvis vi igen vender os mod indkaldelsesbrevene, er flere af interviewpersonerne som nævnt inde på, at en del af forklaringen bag, at ikke alle patienter kommer til de undersøgelser, de får tilbudt, ligger i den måde, hvorpå der fra sygehusside kommunikeres til patienterne.

Således kobles udeblivelsesproblematikken til problematikken vedrørende kompliceret og/eller uklar kommunikation.

Også denne problematik afføder på et af møderne med følgegruppen en del diskussion. Ifølge flere medlemmer i følgegruppen er løsningen imidlertid ikke at få indkaldelsesbreve fra sygehus til patient oversat til patientens sprog, da lægerne derved mister følingen med, hvad der kommunikerer til patienterne. Dertil kommer, at en oversættelse ikke ville gøre indholdet mindre kompliceret. Ifølge diskussionen i følgegruppen handler det snarere om at skrive brevene på et dansk, der er til at forstå. Som en af deltagerne på mødet siger:

”Hvis man kunne skrive, ”Du skal møde på 7. sal den og den dag, og det handler om din sukkersyge”, tror jeg, at ni ud af ti med sparsomme danskundskaber eller en eller anden nabo ville kunne læse det.”²¹

I den undersøgelse, Epinion har gennemført for instituttet, er lægerne som bekendt blevet spurgt, om de oplever særlige udfordringer i forhold til behandling af deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer. (Se del II **Mødet mellem den praktiserende læge og den sårbare patient med etnisk minoritetsbaggrund**, afsnit 2.3.8). Som det fremgik af figur 1, havde 23 % krydset af ved svarmuligheden ”Ja, patienterne udebliver ofte fra de undersøgelser, jeg henviser til”. (Lægerne havde ved

spørgsmålet mulighed for at sætte kryds i flere svarkategorier).

At 23 % vælger denne svarmulighed, indikerer, at der er et problem i forhold til udeblivelser. Dog kan man ikke ud fra undersøgelsen udlede, at forklaringen på patienternes hyppige udeblivelser nødvendigvis er, at den skriftlige kommunikation til patienterne er for kompliceret. Men det er en mulighed, at noget af forklaringen kan findes her.

Tolkebehov ved undersøgelser, som ikke er iværksat af den praktiserende læge

På følgegruppemødet blev der også talt om den type af indkaldelser, hvor patienten ikke er forbi lægen inden undersøgelsen – fx indkaldelser til mammografi og screening for livmoderhalskræft – og sygehusenes muligheder for at rekvirere relevant tolkebistand. Her blev det foreslået, at der i indkaldelsesbrevet blev tilføjet en sætning på engelsk, der klart og utvetydigt angav, hvor patienten kunne henvende sig, såfremt der var behov for tolk i forbindelse med den undersøgelse, indkaldelsen omhandlede.

I forhold til undersøgelser iværksat af den praktiserende læge fortalte en af de interviewede læger, at han systematisk indskrev i patientens stamdata, hvilke behov for tolkebistand patienten havde, hvormed han var sikker på, at informationen gik videre til hospitalet, når der opstod behov for at henvise patienten. Således blev hospitalet korrekt informeret, og forudsætningerne for, at

hospitalet kunne rekvirere relevant tolkebistand fra første møde med patienten, var til stede. I hvilken udstrækning denne praksis er standard blandt praktiserende læger, kan nærværende undersøgelse ikke sige noget om.

I Danmark er det som udgangspunkt ikke tilladt at registrere borgernes etniske oprindelse²² – imidlertid er der ikke noget til hinder for, at den praktiserende læge i patientens stamdata anfører, hvilke tolkebehov patienten måtte have. Lægen har faktisk – af hensyn til en god og sikker patientbehandling – journalføringspligt om patientens tolkebehov.²³

3.2.21 REGIONERNE OM SKRIFTLIGE HENVENDELSER OG MATERIALE

I undersøgelsen henvendt til regionerne går et af spørgsmålene på, om der tages højde for, at indkaldelser, patientinformation, patientvejledninger og lignende henvender sig til en kulturelt mangfoldig sammensat patientgruppe. Efter regionernes besvarelser at dømme lader det til, at der regionerne imellem er stor forskel på, hvordan man griber sine skriftlige henvendelser an. I det følgende gengives, hvad regionerne har svaret.

Region Hovedstaden gør opmærksom på, at dets besvarelse retter sig bredt mod patientinformation, og skriver, at regionens kommunikationspolitik har som et af sine mål at bygge bro til svage patientgrupper. Regionens patientinformation i forhold til blandt andet etniske minoriteter sker på forskellig vis: De vigtigste informations-

og kampagnepjecer oversættes (typisk) til de syv fremmedsprog anbefalet af Sundhedsstyrelsen. Det gælder fx materiale om patientrettigheder, akutmodtagelser og informationsmateriale om kroniske lidelser samt de af Sundhedsstyrelsen udpegede folkesygdomme. Desuden gælder det kampagner som 1813-sundhedstelefonen. Der er endvidere ved at blive udarbejdet (oversat) film om væsentlige kroniske sygdomme på de nævnte fremmedsprog. Ifølge regionen distribueres såvel pjecer som film via forskellige medier. Og – afhængigt af hvilket emne der er tale om – via forskellige kanaler (hospitaller, sundhedsplejersker, sundhedshuse, etniske foreninger og biblioteker). Af svaret fremgår endvidere, at det for nogle patientgrupper kan være svært at finde frem til relevante materialer på regionens hjemmeside, hvorfor kommunikationsafdelingen er i gang med at opbygge et sprogunivers, så der kan klikkes ind via de syv minoritetssprog på forsiden af regionh.dk.

Region Sjælland svarer, at regionen løbende tilstræber at tilpasse både sundhedsydelse og kommunikation om sundhedsydelser til brugerne. Således har regionen haft særlig succes med tilslutningen til HPV-vaccination på baggrund af en særlig gennearbejdet indsats med henblik på at fremme deltagelsen via direct mail: <http://www.cancer.dk/Nyheder/nyhedsartikler/2013kv3/syvudaftivaccineret.htm>.

Region Syddanmark skriver, at der som udgangspunkt ikke systematisk bliver udarbejdet særlige versioner af informationsmateriale på de somatiske sygehuse i regionen, der henvender sig til forskellige etniske minoriteter, og at der ingen konkrete planer er. I forhold til regionens forpligtelser over for det tyske mindretal i Sønderjylland, findes der imidlertid diverse informationsmateriale på tysk.

Patientkontoret med patientvejledere kan betjene borgere på tysk, hvis det efterspørges. Det samme gælder for Den Regionale Visitation, som behandler spørgsmål vedrørende det udvidede frie sygehusvalg. Sygehus Sønderjylland har endvidere oplyst, at erfaringen fra sygehuset viser, at undersøgelse og behandling af medlemmerne af det tyske mindretal ikke frembyder uløselige sproglige vanskeligheder. Når man kontakter lægevagtstelefonen, er det desuden sådan, at velkomstbeskeden i lægevagtstelefonen gives både på dansk, engelsk og tysk. Der anvises i denne besked, hvorledes man skal forholde sig. På hjemmesiden www.regionsyddanmark.dk findes der allerede i dag generel information om regionen på tysk. På hjemmesiden www.sygehussønderjylland.dk (som er Sygehus Sønderjyllands hjemmeside) findes der en række informationer på tysk.

I Region Midtjylland har man, ifølge besvarelsen, en del patientinformation på en række sprog, men som udgangspunkt fremsendes det første brev på dansk – "da vi jo

ikke kender patientens baggrund". Der henvises i øvrigt til www.patient.rm.dk.

Endelig skriver Region Nordjylland i sin besvarelse, at der i forbindelse med indkaldelse af patienter er stort fokus på sproget, således at sproget er på et letforståeligt dansk. Og at det samme gælder patientinformation generelt. Desuden findes der, iflg. regionen, en række skriftlige informationer, som er udarbejdet på forskellige sprog. Regionen nævner endvidere, at lighed er en del af Strategi for sundhedsområdet 2014, hvor målsætningen er, at der skal være lighed i pleje og behandling for alle borgere, og at strategien indeholder en række initiativer til at understøtte målsætningen. Videreudvikling af patientinformation udgør et af disse initiativer.

3.2.22 PATIENTUDDANNELSER (PÅ DANSK)

I forbindelse med undersøgelsens gennemførelsen blev vi gennem interviews og følgegruppemøder opmærksomme på, at praksis formentlig er, at etniske minoritetspatienter ikke nødvendigvis har de samme muligheder for at blive henvist til tilbud uden for den praktiserende læges regi som etnisk danske, om end tilbuddene kunne være vigtige for deres sundhed. Og at fraværet af dansksproglige kompetencer hos patienten kan være en vigtig forklaringsparameter. Sproglige barrierer for sundhed handler således om mere end den direkte kommunikation imellem patient og sundhedsprofessionel.

Flere målrettede uddannelses tilbud ville formentlig kunne bidrage til at give etniske minoriteter viden om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering samt motivation og handlegkompetencer til en højere grad af deltagelse, egenomsorg og mestring.

Af rapporten **Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis** fremgår det, at flere af de interviewede læger nævner eksempler på gode kommunale initiativer som **diabetes skole, KOL-gymnastikhold og integrationsprojekter**, som de kan visitere til, og som patienterne er meget tilfredse med. Imidlertid er det lægernes erfaring, at mange gode kommunale projekter bliver sparet væk efter en tid eller kun eksisterer på midlertidig projektbasis finansieret af puljebevillinger. Når bevillingerne ophører, er resultatet ofte, at den sårbare patient falder tilbage til sin gamle livsstil, hvormed den opnåede indsats falder på gulvet (Lindberg, Thorsen & Reventlow, 2011, s. 28).

Det fremgår af de gennemførte interviews med praktiserende læger, at succes i forbindelse med den slags tilbud delvist afhænger af, at man ud over personer med en sundhedsfaglig uddannelse har medarbejdere tilknyttet, som evner at agere mellem etniske minoritetspatienter og etnisk danske sundhedsprofessionelle.

I undersøgelsen gennemført af Epinion blev der, som det fremgik af del II spurgt til, om lægerne savner noget i deres hverdag i forhold

til at kunne give deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling. Som det fremgik af figur 3 havde 27 % af de adspurgte krydset af ved svarkategorien "Jeg savner kommunale tilbud på andre sprog end dansk – fx patientuddannelsesforløb, tilbud om vejledning om kost og motion, støttekontaktperson ordninger". (Lægerne havde ved spørgsmålet mulighed for at sætte kryds i flere svarkategorier).

Det vidner om, at der blandt de praktiserende læger er et relativt stort behov for at kunne henvise deres patienter til kommunale tilbud – herunder patientuddannelsesforløb – afviklet på engelsk eller nogle af minoritetssprogene.

Som det fremgik af rapportens indledning, fremgår det af Sundhedsstyrelsens rapport **Ulighed i sundhed – årsager og indsatser**, at der savnes monitorering af sociale og etniske uligheder i brug af sundhedsvæsenets ydelser. Og at det gælder både de forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser, og patientforløbene imellem de kommunale og regionale indsatser. Af rapporten fremgår det desuden, at de lange patientforløb for dem, som behøver genoptræning og rehabilitering i forbindelse med kronisk somatisk eller psykisk sygdom, indeholder mange elementer, hvor ulighed meget let kan opstå (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 123-124).

Instituttet anbefaler, at det undersøges, i hvilke situationer og i hvilket omfang patienter med

etnisk minoritetsbaggrund **ikke** har lige adgang til de eksisterende sundhedstilbud (både forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser) på grund af manglende sproglige kompetencer. Og at eventuelle problemer bliver afhjulpet derefter.

3.3 SAMMENFATNING

Meget peger i retning af, at kvaliteten af det tolkearbejde, der bliver leveret i det danske sundhedsvæsen, langt fra altid har det niveau, der skal til for at sikre, at patienter med behov for tolkebistand får den rette behandling. Oprettelse af en tolkeuddannelse samt etablering af en certificeringsordning synes i den sammenhæng relevant at overveje.

Dertil kommer, at der blandt de praktiserende læger (og andre læger i øvrigt) formentlig er behov for at rette en større grad af opmærksomhed mod, at man som læge har et ansvar for at sikre, at der rekvireres tolkebistand, når det er nødvendigt af hensyn til behandlingen. Tolkebistand skal således gives, hvis det er påkrævet, for at lægen kan leve op til professionsnormen og efterleve sundhedslovens regler om informeret samtykke. Færdigheder i anvendelse af tolke er i den sammenhæng centrale for lægen. Her viser del III, at en forholdsvis stor andel af de praktiserende læger vurderer, at de gennem deres uddannelse ikke har fået tilstrækkelig træning i brug af tolke.

Del III behandler endvidere anvendelsen af pårørende som tolke. Ét af flere problemer kan i den forbindelse være, at 'tolkens' følelsesmæssige bindinger til patienten – og/eller eventuelle egne interesser – kan påvirke vedkommendes evne til at agere som neutral formidler af informationer, så man risikerer, at læge og patient ikke får del i alle de oplysninger, de burde. Et andet væsentligt problem i forbindelse med at anvende pårørende som tolke synes at være, at også mindreårige børn anvendes i tolkerollen – med de konsekvenser, det måtte have for barnet samt for relationen mellem barn og forældre.

Del III peger på videotolkning som alternativ til fremmødetolk og gennemgår de fordele, der synes at være forbundet med denne metode/teknologi, hvor tolken ikke er fysisk til stede. Fx skal der ikke tages højde for afstande og transport, hvilket gør det nemt og effektivt at skaffe tolkebistand. Desuden muliggør videotolkning, at færre tolke er i spil, hvilket brugere af videotolkning fremhæver som positivt, da tolke, der ofte anvendes, hurtigere tilegner sig relevant indsigt i lægefaglige begreber, sammenhænge og problemstillinger – hvilket gør dem til bedre tolke. Oplevelsen blandt brugere er endvidere, at samtaler mellem patient og læge bliver kortere og mere fokuserede på det faglige, da påvirkningen af forskellige forstyrrende signaler reduceres. Dertil kommer, at videotolkesystemet tillader, at patientens behov for en privatsfære i højere grad kan respekteres. For det første kan der anvendes en tolk, som ikke er bosat i

samme område som patienten. For det andet kan patientens grænser for blufærdighed tilgodeses. Og for det tredje kan behovet for ikke at dele sine helbredsproblemer med en fremmed så konkret, som når en tredje person er fysisk til stede ved samtale eller undersøgelse, imødekommes. Problemet er imidlertid, at videotolkning kun i begrænset omfang er udbredt, og følgelig, at kun få praktiserende læger benytter det.

Endelig behandler del III problemstillinger relateret til den skriftlige kommunikation, der udgår fra sygehusene, samt de praktiserende lægers muligheder for at henvise patienter til kommunale tilbud – herunder patientuddannelsesforløb – afviklet på et sprog, de forstår.

ANBEFALINGER

Institut for Menneskerettigheder har på baggrund af rapportens analyser formuleret en række anbefalinger.

4.1 IDENTIFIKATION AF SÆRLIGE SYGDOMME

Det er væsentligt, at det sikres, at de praktiserende læger har kendskab til, hvilke sygdomme der særligt forekommer hos bestemte etniske grupper, og hvilke symptomer de skal være opmærksomme på.

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.

4.2 HELBREDSMÆSSIG VURDERING

Kommunerne har siden den 1. juli 2013 skullet tilbyde alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge en helbredsmæssig vurdering hos en læge.²⁴

Tilbuddet om en helbredsmæssig vurdering retter sig ikke mod familiesammenførte til andre end flygtninge.

Instituttet anbefaler, at det undersøges, om andre familiesammenførte end familiesammenførte til flygtninge også har behov for en helbredsundersøgelse.

4.3 PTSD – SKÆRPET OPMÆRKSOMHED

Mennesker, der har været udsat for tortur, er ofte forbeholdne i forhold til at dele deres erfaringer med andre – herunder den praktiserede læge.²⁵ Samtidig viser undersøgelser, at praktiserende læger ofte er tilbageholdne med at indlede samtaler om traumatiske oplevelser i relation til situationen i en flygtnings hjemland, flugten og livet i eksil.²⁶ Det betyder, at en del patienter med flygtningebaggrund ikke får den behandling, de burde.

PTSD kan endvidere påvirke patientens beskrivelse af sine symptomer og interaktionen med lægen.

Instituttet anbefaler, at det sikres, at praktiserende læger har en skærpet opmærksomhed på at identificere behandlingskrævende traumer hos etniske minoritetspatienter med flygtningebaggrund.

4.4 EFTERSPØRGSEL EFTER KURSER

Epinion har for Institut for Menneskerettigheder gennemført en repræsentativ web-survey blandt praktiserende læger i Danmark. Lægerne er blandt andet blevet spurgt, om de oplever særlige udfordringer i forhold til behandling af deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer.

Det fremgår af svarene, at de adspurgte læger især oplever udfordringer i forhold til, at konsultationerne kan være tidkrævende (68 %), og at det kan være vanskeligt at vurdere patientens symptomer (54 %). I undersøgelsen har lægerne også haft mulighed for at notere, hvilke kursustilbud i udredning og behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, de savner (åbent svar). Det mest efterspurgt er en generel indføring i behandling af etniske minoritetspatienter – især hvad angår sygdomsforståelse og behandlingsprincipper i andre kulturer.

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.

4.5 HENVISNINGSMULIGHEDER VED KOMPLEKSE PROBLEMSTILLINGER

Ifølge sundhedsfaglige eksperter²⁷ har patienter på Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) ofte boet i Danmark i mere end 10 år. Systemet har 'tabt' dem efter integrationsperioden. De er ofte meget dårligt udredte – hvilket også gælder dem, der ankom som asylansøgere. Fra begyndelsen har de været ressourcetsvage og har ikke fået tilstrækkelig støtte.

På Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) og på Hvidovre Hospital har man specialiseret sig i etniske minoriteters sundhed og de særlige forhold, der i en række tilfælde knytter sig hertil. Tilmed fungerer klinikkerne som særlige videnscentre.

I Region Syddanmark undervises alle sundhedsansatte i etniske minoriteters sundhed, og alle studerende på social- og sundhedsuddannelser (universitet og professionshøjskoler) modtager systematisk klinisk baseret undervisning i etniske minoriteters sundhed af personale fra IMK.

Af den repræsentative web-survey blandt praktiserende læger i Danmark fremgår det, at en forholdsvis stor andel af de praktiserende læger (46 %) savner henvisningsmuligheder for etniske minoritetspatienter med komplekse problemstillinger.

Instituttet anbefaler, at alle regioner i en overgangsfase etablerer tilbud svarende til Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) og på Hvidovre Hospital. Og at praktiserende læger – samt andre centrale aktører – bliver informeret om, hvad klinikkerne kan tilbyde, samt hvilke muligheder der er for at henvise patienter og/eller sparre med det personale, der er tilknyttet disse klinikker.

Målet er, at det generelle sundhedsvæsen får tilført viden og kompetencer, så gruppen af etniske minoritetspatienter med særlige komplekse behov bliver tilbudt den rette behandling.

4.6 RETTEN TIL TOLKEBISTAND

Patienten har et retskrav på vederlagsfri tolkebistand, når dette efter en lægefaglig vurdering er nødvendigt. Det er altså op til lægen at skønne, om det er nødvendigt med tolkebistand af hensyn til behandlingen.²⁸ Der skal anvendes tolk, hvis det er påkrævet for, at lægen kan leve op til professionsnormen og efterleve sundhedslovens regler om informeret samtykke.

Grundlaget for et gyldigt informeret samtykke er, at det bliver givet på grundlag af fyldestgørende information. Det er den sundhedsperson, der har ansvaret for behandlingen, som skal sikre, at det informerede samtykke foreligger.²⁹

Instituttet anbefaler, at alle patienter med et tolkebehov systematisk får information om muligheden for tolkebistand i deres kontakt med sundhedsvæsenet.

Vi anbefaler desuden, at informationsmateriale om muligheden for tolkebistand bliver udarbejdet på flere sprog, og at kommuner og sundhedsvæsen sikrer, at det når ud til de relevante patienter.

4.7 PATIENTSIKKERHED

Det fremgår af rapporten, at adgangen til kvalificerede, uddannede tolke er begrænset. Imidlertid er adgang til – og brug af – kvalificeret tolkebistand et vigtigt element i at sikre, at kommunikationen mellem en ikke-dansktalende patient og den sundhedsprofessionelle er fyldestgørende. Adgang til og brug af kvalificeret tolkebistand kan have en afgørende betydning i forhold til patientsikkerhed. Patientsikkerhed handler blandt andet om at forebygge, at der sker fejl og skader, når patienter bliver behandlet eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsenet. Sundhedsloven

beskriver disse fejl og skader som utilsigtede hændelser.³⁰

Et fagligt ujævnt niveau blandt professionelle tolke i Danmark kan have konsekvenser for patientsikkerheden på grund af mangelfuld kommunikation og misforståelser.

Instituttet anbefaler, at der gennemføres en systematisk undersøgelse af omfanget og karakteren af utilsigtede hændelser, lægefejl, medicinfejl, komplikationer og alvorlige bivirkninger mv. i forhold til patienter med etnisk minoritetsbaggrund med det formål fremadrettet at forhindre og forebygge mod eventuelle systematiske fejl.³¹

4.8 TOLKEUDDANNELSE OG CERTIFICERINGSORDNING

Det danske sundhedsvæsen anvender ofte tolke, der ikke er uddannede i at tolke, og det kan betyde, at de savner tolkekompetencer og professionalisme. En af barriererne for brugen af tolke er mangel på kvalificerede og uddannede tolke. Oplevelsen blandt mange fagfolk er, at brug af tolk er tidkrævende og kompliceret, og situationen bliver ikke mindre kompliceret, hvis tolken ikke har kendskab til fagudtryk, blander sig i samtalen, ikke er diskret og i nogle situationer er dårligere til dansk, end den borger vedkommende skal tolke for.

Instituttet anbefaler, at der oprettes en tolkeuddannelse uden egenbetaling og med ret til SU rettet specifikt mod de vigtigste flygtninge- og indvandrersprog. Formålet med uddannelsen er at sikre et højt sprogligt niveau, kendskab til relevante fagudtryk samt færdigheder i tolkning, herunder tolketeknik og tolkeetiske regler.

Vi anbefaler, at der etableres en certificeringsordning, så tolke certificeres efter endt uddannelse eller på baggrund af en prøve i tolkning og sprog.

Endelig anbefaler vi, at sundhedsvæsenet efter en overgangsperiode bliver forpligtet til kun at anvende certificerede tolke. Dog bør der være mulighed for dispensation ved meget små sprog.

4.9 LÆGENS ANSVAR

De praktiserende læger (og andre læger i øvrigt) skal være opmærksomme på, at de har et ansvar for at sikre, at der rekvireres tolkebistand, når det er nødvendigt af hensyn til behandlingen. Der skal anvendes tolk, hvis det er påkrævet for, at lægen kan leve op til professionsnormen og efterleve sundhedslovens regler om informeret samtykke. Færdigheder i anvendelse af tolke er i den sammenhæng centrale for lægen. Her viser rapporten, at en forholdsvis stor andel af de praktiserende læger vurderer, at de gennem

deres uddannelse ikke har fået tilstrækkelig træning i brug af tolke.

I web-surveyen er lægerne blandt andet blevet spurgt, om de vurderer, at de gennem deres uddannelse har fået tilstrækkelig træning i brug af tolke. 50 % af de adspurgte svarer, at de ikke har fået tilstrækkelig træning. (25 % vurderer, at de har, de resterende 25 % svarer "Ved ikke").

Instituttet anbefaler, at regionernes kvalitets- og efteruddannelsesudvalg tilbyder de praktiserende læger relevant efteruddannelse for at sikre, at læger i almen praksis er klædt tilstrækkeligt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk samt hvordan.

4.10 PÅRØRENDE SOM TOLKE – HERUNDER BØRN

Ofte bliver pårørende brugt som tolke. Det kan give flere problemer. 'Tolken' kan have følelsesmæssige bindinger til patienten – og/eller eventuelle egne interesser – og det kan påvirke vedkommendes evne til at agere som neutral formidler af informationer. Man risikerer derfor, at læge og patient ikke får del i alle de oplysninger, de burde. Et andet væsentligt problem er, at også børn bliver brugt som tolke, med de konsekvenser, det kan have for barnet samt for relationen mellem barn og forælder. I web-surveyen svarer 20 % af de adspurgte læger bekræftende på, at de har konsultationer, hvor børn under 15 år (som er pårørende til

patienten) bruges til at tolke, og 42 % svarer "Ja, det forekommer, men sjældent", mens 38 % svarer "Aldrig". Set i forhold til, at mindreårige børn slet ikke bør anvendes som tolke, sker det for ofte.

Og set i forhold til, at de adspurgte læger udgør et repræsentativt udsnit af praktiserende læger – hvoraf nogle har meget få patienter med tolkebehov – er det sandsynligt, at brugen af børn som tolke forekommer jævnlige.

Instituttet anbefaler, at det i sundhedsloven fastsættes, at børn (personer under 18 år) kun må anvendes om tolke i akutte, livstruende tilfælde og/eller tilfælde, hvor patienten risikerer at pådrage sig en væsentlig helbredsskade.

4.11 VIDEOTOLKNING

Videotolkning er et alternativ til fremmødetolk. Der er en række fordele ved denne metode/teknologi, hvor tolken ikke er fysisk til stede. Fx skal der ikke tages højde for afstande og transport, hvilket gør det nemt og effektivt at skaffe tolkebistand. Videotolkning betyder, at der er behov for færre tolke, som til gengæld får mere erfaring, hvilket brugere af videotolkning fremhæver som positivt, da tolke, der ofte anvendes, hurtigere tilegner sig relevant indsigt i lægefaglige begreber, sammenhænge og problemstillinger. Oplevelsen blandt brugere er, at samtaler mellem patient og læge bliver

kortere og mere fokuserede på det faglige. Dertil kommer, at videotolkesystemet tillader, at patientens behov for en privatsfære i højere grad kan respekteres. For det første kan der anvendes en tolk, som ikke er bosat i samme område som patienten. For det andet kan patientens grænser for blufærdighed tilgodeses. Og for det tredje kan behovet for ikke at dele sine helbredsproblemer med en fremmed så konkret, som når en tredje person er fysisk til stede ved samtale eller undersøgelse, imødekommes. Problemet er imidlertid, at kun få praktiserende læger benytter videotolkning.

Instituttet anbefaler, at regionerne sørger for, at videotolkning bliver nemt at bruge for de praktiserende læger samt på hospitalerne.

4.12 ADGANG TIL SUNDHEDSTILBUD

Etniske minoritetspatienter har formentlig ikke de samme muligheder for at blive henvist til tilbud uden for den praktiserende læges regi som etnisk danske har, selvom tilbuddene kunne være vigtige for deres sundhed. Fraværet af dansksproglige kompetencer hos patienterne kan være en forklaring.

Instituttet anbefaler, at det undersøges, i hvilke situationer og i hvilket omfang patienter med etnisk minoritetsbaggrund **ikke** har lige adgang til de eksisterende sundhedstilbud (både forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser) på grund af manglende sproglige kompetencer. Og at eventuelle problemer bliver afhjulpet derefter.

BILAG

BILAGSOVERSIGT

- 5.1. Bilag 1 – Ulighed i sundhed
- 5.2. Bilag 2 – Frekvenstabeller fra spørgeskemaundersøgelsen blandt de praktiserende læger
- 5.3. Bilag 3 – Følgebrev til regionerne
- 5.4. Bilag 4 – Spørgeskema til regionerne
- 5.5. Bilag 5 – Region Hovedstadens besvarelse
- 5.6. Bilag 6 – Region Sjællands besvarelse
- 5.7. Bilag 7 – Region Syddanmarks besvarelse
- 5.8. Bilag 8 – Region Midtjyllands besvarelse
- 5.9. Bilag 9 – Region Nordjyllands besvarelse
- 5.10. Bilag 10 – Udfordringer og kursusefterspørgsel
- 5.11. Bilag 11 – Køn og kursusefterspørgsel
- 5.12. Bilag 12 – Udfordringer og frekvens for brugen af fremmødetolk
- 5.13. Bilag 13 – Brugen af voksne pårørende som tolke og køn
- 5.14. Bilag 14 – Syv lægefortællinger om komplekse møder
- 5.15. Bilag 15 – Eksempler på oversete eller fejlfortolkede symptomer og sygdomme

BILAG 1

ULIGHED I SUNDHED

ULIGHED I SUNDHED – OG SOCIALE FORHOLD

Det fremgår af sundhedsministeriets hjemmeside, at sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet, og at begrebet social ulighed i sundhed anvendes til at beskrive sammenhængen, at jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere sygelighed og dødelighed har de statistisk set. Faktorer, som har betydning for den sociale gradient i sundhed er uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelsesforhold, boligforhold og etnicitet (Ministeriet for sundhed og forebyggelses hjemmeside 04.04.2014).

I Sundhedsstyrelsens rapport 'Ulighed i sundhed – årsager og Indsatser' (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011), hvor en række sociale determinanters betydning for sundhed og sygelighed i en dansk kontekst beskrives, er et af hovedbudskaberne den stærke sammenhæng mellem længen af uddannelse og sygelighed. Således fremgår det af rapporten, at personer med en kort uddannelse får et kortere liv og samtidig et liv med flere syge år. Desuden har sygdom alvorligere konsekvenser for personer med en kort uddannelse.

Af rapportens oversigter fremgår det, at forekomsten af langvarig sygdom er 38 pct. større blandt personer med kort uddannelse, dvs. med under 10 års uddannelse, sammenlignet med personer som har over 12 års uddannelse (alders- og kønsstandardiserede tal). Og hvis der ses på, om personerne har langvarig hæmmende sygdom, bliver forskellen 78 pct., mens forskellen for varig aktivitetsbegrænsning og arbejdsophør er henholdsvis 118 pct. og 178 pct. (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 34).

En nyere rapport fra Sundhedsministeriets 'Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme' fra 2014, bekræfter ovenstående tendenser. Således rammes personer uden en kompetencegivende uddannelse, iflg. denne rapport, oftere af kronisk eller langvarig sygdom, og de har samtidig sværere ved at fastholde jobbet eller vende tilbage på arbejdsmarkedet efter et sygdomsforløb.

ULIGHED I SUNDHED – OG KØN

Der har i de senere år været fokus på, at mænd generelt har lavere middellevetid og større sygelighed end kvinder – og at de dør tidligere af sygdomme, der kan forebygges. Mænds

livsstil og risiko- og sundhedsadfærd fører til unødvendig sygdom, nedsat trivsel og for tidlig død. Dette gælder ikke mindst sårbare og socialt udsatte mænd (Tænk tanken 'Viden om mænd', 30 forslag, s. 18-20).

Mænd lever således i gennemsnit fire til fem år kortere end kvinder. For flere dødsårsager er mænds dødelighed 150-250 pct. større end kvinders (fx hjertekarsygdomme, kræft og sygdomme i åndedrætsorganerne). Dertil kommer, at mænds psykiske problemer er underbelyste, underdiagnosticerede og underbehandlede, hvilket skal ses i sammenhæng med, at de ofte har sværere ved selv at anerkende psykiske problemer og opsøge relevant behandling. Livet igennem benytter mænd sig omkring 30 pct. mindre af en praktiserende læge, og markant færre mænd end kvinder får ordineret medicin (Tænk tanken 'Viden om mænd', 30 forslag, side 18-20).

ULIGHED I SUNDHED – OG HANDICAP

Ifølge sundhedsloven skal der være let og lige adgang til sundhedsvæsenet. I hvidbogen 'Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap' bliver der gjort opmærksom på, at dette ikke er tilfældet for mennesker med handicap. Brug af sundhedsvæsenet forudsætter, at man selv kan identificere et potentielt problem og derefter henvende sig til en relevant sundhedsinstans. Men for en stor gruppe mennesker med handicap er det ikke muligt – fx fordi de ikke er i stand til at udtrykke sig om smerter eller symptomer på sygdom,

og fordi store dele af sundhedsvæsenet er utilgængeligt for mennesker med handicap. Her kan være tale om dårlig fysisk adgang, utilpasset indhold af tilbud og ydelser, uhensigtsmæssig og ufleksibel indretning og teknologi, manglende transport-, tolke- og ledsagemuligheder ('Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap', s. 6-7).

Artikel 25 i FN's handicapkonvention slår i øvrigt fast, at personer med handicap har ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand uden diskrimination på grund af handicap, hvilket skal ske ved, at mennesker med handicap har samme adgang til almindelige sundhedsydelser som andre, dels ved at der er adgang til særlige ydelser, som mennesker med handicap har behov for.

BILAG 2

FREKVENSTABELLER FRA SPØRGESKEMA-
UNDERSØGELSEN BLANDT DE PRAKTISERENDE
LÆGER

FREQUENCY TABLE

Hvor ofte rekvirerer du en professionel fremmøde-tolk?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dagligt	2	1,3	1,3	1,3
	Flere gange i løbet af en uge	8	5,2	5,2	6,5
	Flere gange i løbet af en måned	39	25,3	25,3	31,8
	Cirka én gang i løbet af en måned	40	26,0	26,0	57,8
	Cirka 2 gange om året	18	11,7	11,7	69,5
	Cirka 1 gang om året	9	5,8	5,8	75,3
	Sjældnere	17	11,0	11,0	86,4
	Aldrig	19	12,3	12,3	98,7
	Ved ikke	2	1,3	1,3	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds) - Patienten har selv medbragt en pårørende, som skal tolke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	83	53,9	53,9	53,9
	Answered	71	46,1	46,1	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds) - Patienten kommer akut

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	71	46,1	46,1	46,1
	Answered	83	53,9	53,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds) - Det er ofte besværligt at rekvirere en tolk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	135	87,7	87,7	87,7
	Answered	19	12,3	12,3	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds) - Jeg anvender videotolkning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	152	98,7	98,7	98,7
	Answered	2	1,3	1,3	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds) - Jeg undlader sjældent at bestille en tolk, hvis det er nødvendigt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	112	72,7	72,7	72,7
	Answered	42	27,3	27,3	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds) - Jeg har aldrig konsultationer, hvor der er behov for en tolk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	128	83,1	83,1	83,1
	Answered	26	16,9	16,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds) - Andre årsager, angiv venligst:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	150	97,4	97,4	97,4
	Answered	4	2,6	2,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Hvis du undlader at bestille en professionel fremmøde-tolk til en konsultation, hvor der er behov for tolk, hvad er da årsagen? (sæt gerne flere kryds)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bruger telefontolk	1	,6	,6	,6
	Jeg bestiller altid fremmøde-tolk til konsultationer med udlændige, som ikke kan dansk. Der er sprog, som man ikke kan få fremmødetolk til på Bornholm, og der bruger jeg telefontolk. Ved akutte konsultationer forsøger vi altid at rekvirere tolk, men ofte er kun telefontolk muligt, hvis der er tolk ledig.	1	,6	,6	1,3
	Jeg mener ikke det burde være nødvendigt med tolk for pt som har været i Danmark i mange år. Ja tolkning er med til at sygeliggøre og klientgøre patienten	1	,6	,6	1,9
	N/A	150	97,4	97,4	99,4
	pt. bestiller selv tolk	1	,6	,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmøde-tolk? (sæt gerne flere kryds) - Ja, tolken oversætter ofte ikke korrekt/er ofte ikke dygtig nok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	94	61,0	75,8	75,8
	Answered	30	19,5	24,2	100,0
	Total	124	80,5	100,0	
Missing	System	30	19,5		
Total		154	100,0		

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmøde-tolk? (sæt gerne flere kryds) - Ja, et manglende match mellem tolkens sprog/dialekt og patientens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	112	72,7	90,3	90,3
	Answered	12	7,8	9,7	100,0
	Total	124	80,5	100,0	
Missing	System	30	19,5		
Total		154	100,0		

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmøde-tolk? (sæt gerne flere kryds) - Ja, tolken opfører sig ikke altid professionelt i venteværelset (sidder fx og taler med patienten inden konsultationen)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	97	63,0	78,2	78,2
	Answered	27	17,5	21,8	100,0
	Total	124	80,5	100,0	
Missing	System	30	19,5		
Total		154	100,0		

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmøde-tolk? (sæt gerne flere kryds) - Ja, tolken kommer for sent/ møder ikke op

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	89	57,8	71,8	71,8
	Answered	35	22,7	28,2	100,0
	Total	124	80,5	100,0	
Missing	System	30	19,5		
Total		154	100,0		

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmøde-tolk? (sæt gerne flere kryds) - Ja, patienten er bange for, at tolken sladrer, og vil derfor ikke benytte den fremmødte tolk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	107	69,5	86,3	86,3
	Answered	17	11,0	13,7	100,0
	Total	124	80,5	100,0	
Missing	System	30	19,5		
Total		154	100,0		

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmøde-tolk? (sæt gerne flere kryds) - Nej, jeg oplever sjældent særlige udfordringer, når jeg vil anvende en professionel fremmøde-tolk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	59	38,3	47,6	47,6
	Answered	65	42,2	52,4	100,0
	Total	124	80,5	100,0	
Missing	System	30	19,5		
Total		154	100,0		

Oplever du udfordringer, når du vil anvende en professionel fremmøde-tolk? (sæt gerne flere kryds) - Ved ikke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	122	79,2	98,4	98,4
	Answered	2	1,3	1,6	100,0
	Total	124	80,5	100,0	
Missing	System	30	19,5		
Total		154	100,0		

Har du konsultationer, hvor <u>voksne</u> pårørende til patienten bruges til at tolke?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, ofte	15	9,7	9,7	9,7
	Ja, af og til	59	38,3	38,3	48,1
	Ja, det forekommer, men sjældent	53	34,4	34,4	82,5
	Nej, aldrig	26	16,9	16,9	99,4
	Ved ikke	1	,6	,6	100,0
Total		154	100,0	100,0	

Har du konsultationer, hvor <u>børn under 15 år</u> (som er pårørende til patienten) bruges til at tolke?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, ofte	3	1,9	1,9	1,9
	Ja, af og til	28	18,2	18,2	20,1
	Ja, det forekommer, men sjældent	65	42,2	42,2	62,3
	Nej, aldrig	58	37,7	37,7	100,0
	Total		154	100,0	100,0

Hvor ofte anvender du videotolkning?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jeg har ikke videotolkeudstyr	47	30,5	30,5	30,5
	Flere gange i løbet af en uge	1	,6	,6	31,2
	Cirka én gang i løbet af en måned	1	,6	,6	31,8
	Cirka 2 gange om året	1	,6	,6	32,5
	Sjældnere	4	2,6	2,6	35,1
	Aldrig	100	64,9	64,9	100,0
	Total		154	100,0	100,0

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, det kan være vanskeligt at vurdere patientens symptomer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	71	46,1	46,1	46,1
	Answered	83	53,9	53,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, konsultationerne kan være tidskrævende

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	49	31,8	31,8	31,8
	Answered	105	68,2	68,2	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, patienterne kommer gentagne gange med de samme problemer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	85	55,2	55,2	55,2
	Answered	69	44,8	44,8	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, det er en udfordring, at patienterne forlanger mange undersøgelser

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	83	53,9	53,9	53,9
	Answered	71	46,1	46,1	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, patienterne følger ofte ikke råd om medicinsk eller anden behandling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	93	60,4	60,4	60,4
	Answered	61	39,6	39,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, patienterne kender ofte ikke vores regler i almen praksis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	106	68,8	68,8	68,8
	Answered	48	31,2	31,2	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, patienterne kommer ofte for sent eller udebliver fra konsultationerne

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	98	63,6	63,6	63,6
	Answered	56	36,4	36,4	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, patienterne udebliver ofte fra de undersøgelser jeg henviser til

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	119	77,3	77,3	77,3
	Answered	35	22,7	22,7	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, patienterne 'fylder' meget i venteværelset (taler højt og/eller medbrin..

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	136	88,3	88,3	88,3
	Answered	18	11,7	11,7	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Nej, jeg oplever sjældent særlige udfordringer med denne patientgruppe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	125	81,2	81,2	81,2
	Answered	29	18,8	18,8	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds) - Ja, angiv venligst:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	149	96,8	96,8	96,8
	Answered	5	3,2	3,2	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Oplever du særlige udfordringer i forhold til behandling af dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund ud over eventuelle sproglige barrierer? (sæt gerne flere kryds)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	de kan have en anden krops - og sygdomsopfattelse	1	,6	,6	,6
	N/A	149	96,8	96,8	97,4
	Ofte komplekse problemer både fysisk og psykisk især for flygtninge	1	,6	,6	98,1
	Patienter fra fremmede kulturer har ikke det samme kendskab til sundhed og sygdom som vi har i vores kultur, f.eks. ved nogen ikke hvad diabetes/sukkersyge er. Analfabetisme.	1	,6	,6	98,7
	Patienterne har en anden sygdoms- forståelse, og kan derfor have svært ved at forstå en given behandling / udredning.	1	,6	,6	99,4
	vi har ingen etniske minoriteter	1	,6	,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling? (sæt gerne flere kryds) - Jeg savner informationsmateriale på andre sprog end dansk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	134	87,0	87,0	87,0
	Answered	20	13,0	13,0	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling? (sæt gerne flere kryds) - Jeg savner kommunale tilbud på andre sprog end dansk – f.eks. patientuddannelsesforløb, tilbud o..

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	113	73,4	73,4	73,4
	Answered	41	26,6	26,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling? (sæt gerne flere kryds) - Jeg savner et sted, hvor jeg kan henvise patienter med komplekse problemstillinger

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	83	53,9	53,9	53,9
	Answered	71	46,1	46,1	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling? (sæt gerne flere kryds) - Jeg savner et sted, hvor jeg kan henvende mig med eventuelle spørgsmål og udfordringer i forhold..

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	128	83,1	83,1	83,1
	Answered	26	16,9	16,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling? (sæt gerne flere kryds) - Jeg savner ikke noget

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	105	68,2	68,2	68,2
	Answered	49	31,8	31,8	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling? (sæt gerne flere kryds) - Ved ikke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	143	92,9	92,9	92,9
	Answered	11	7,1	7,1	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Savner du noget i din hverdag i forhold til at kunne give dine patienter med etnisk minoritetsbaggrund en ideel behandling? (sæt gerne flere kryds) - Andet, angiv venligst:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Answered	148	96,1	96,1	96,1
	Answered	6	3,9	3,9	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Notér venligst hvilke kursustilbud du savner:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	behl af traumeramte flygtninge	1	,6	,6	,6
	den vanskelige kroniske pt , hvad gør man med sygemelding og dårlig trivsel og minoritets spørgsmål	1	,6	,6	1,3
	En bedre forståelse af deres sygdomsopfattelse, og hvilke beh. principper de kender fra hjemlandet	1	,6	,6	1,9
	flere kurser omkring udfordringerne med den type patienter. bedre forståelse fra regionen omkring tidsforbruget hos den type patienter.	1	,6	,6	2,6
	Forståelse af "etniske smerter" - hvad kan jeg gøre for at hjælpe dem. Mine bud på hjælp (især hvis fysisk aktivitet indgår) opleves ikke som hjælp	1	,6	,6	3,2
	forståelse for deres kultur og tilgang til arbejdsmarkedet	1	,6	,6	3,9
	Forståelse for deres symptomer generelt kursus med fokus på anderledes sygdomsopfattelse, tolkeproblemer etc	1	,6	,6	4,5
	Generelt om invandrer medicin. Komplekse problemstillinger. Lære mere om de kulturelle forskelle				
	forståelse for hvordan de ser på sygdomme	1	,6	,6	5,8
	Generelt ville det være dejligt med et kursus i problemstillinger med patienter fra ex-jugoslavien samt Mellemøsten. Især fylder patienter med PTSD rigtigt meget, men også kulturforskelle kan opleves som en stor barriere.	1	,6	,6	6,5
	Gensidige forventninger, sygdomsforståelse. grundigt kendskab til baggrunds- problematiken for at forstå de mest alm. klager	1	,6	,6	7,1
	Indsigt i kultur forskelle , kropsopfattelse, sygdomsforståelse	1	,6	,6	7,8
					8,4

Jeg har tidligere været på flere kurser, det var tilbage efter krigen i ex-Jugoslavien.				
Nu er det mest afrikanere og syrere, som har en anden baggrund og adfærd.	1	,6	,6	9,1
Kommunale medarbejdere burde på kursus.	1	,6	,6	9,7
Kulturel betydning for sygdomsopfattelse.	1	,6	,6	10,4
Kulturel forståelse af symptombeskrivelse og årsagssammenhæng.	1	,6	,6	11,0
kulturel sygdomsforståelse	1	,6	,6	11,7
Kurser hvor der ses på kompleksiteten ved indvandrere gruppen	1	,6	,6	12,3
Kvinder og smerter - kvinder og syn på kvindesygdomme - symptombeskrivelser - mere om deres sygdomsoplevelser, smerter osv	1	,6	,6	13,6
Mest kurser om etniske forskelligheder	1	,6	,6	14,3
N/A	121	78,6	78,6	92,9
noget tværfagligt	1	,6	,6	93,5
nogle i nærmiljøet ,hvor der også bliver mulighed for at de etniske gr. kan lære noget om det danske samfund, og hvad man kan forvente hos sin læge såvel af tid , undersøgelser og opførsel (fx fremmøde når man har en tid), samt mere kulturforståelse om de forskellige etniske grupper,samt specielle sygdomme, vi skal være opmærksomme på, for eksempel infektionssygdomme, arvlige sygdomme, hudsygdomme etc	1	,6	,6	94,2
Om etniske minoriteter	1	,6	,6	94,8
Omkringetnisk sygdomsopfattelse	1	,6	,6	95,5
Sygdoms opfattelse. Smerte behandling.				
Psykosomatiske symptomer	1	,6	,6	96,1
sygdomsforståelse etnisk set.	1	,6	,6	96,8
Sygdomsforståelse ved anden etnisk baggrund	1	,6	,6	97,4
Sygdomsopfattelse indenfor forskellige etniske minoritetsgrupper.	1	,6	,6	98,1
tilbud til forståelse af specielle etniske gruppe	1	,6	,6	98,7
Ved ikke	1	,6	,6	99,4
Vedr specifikke gruppers oprindelige kultur i ordets videste forstand.	1	,6	,6	100,0
Total	154	100,0	100,0	

Vurderer du, at du gennem din uddannelse har fået tilstrækkelig træning i brug af tolke?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative	Percent
Valid	Ja	38	24,7	24,7	24,7
	Nej	77	50,0	50,0	74,7
	Ved ikke	39	25,3	25,3	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

BILAG 3

FØLGEBREV TIL REGIONERNE

INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

WILDERS PLADS 8K
1403 KØBENHAVN K
TELEFON 3269 8888
DIREKTE 3269 88 98
LVS@HUMANRIGHTS.DK
MENNESKERET.DK

SPØRGSMÅL VEDR. LIGEBEHANDLING I SUNDHEDSVÆSENET

5. NOVEMBER 2013

På Institut for Menneskerettigheder gennemfører vi en undersøgelse af, om der er lige adgang til sundhed for alle uanset race eller etnisk oprindelse. Med undersøgelsen ønsker vi at belyse eventuelle strukturelle barrierer, der i praksis kan medvirke til at stille patienter ringere alene pga. deres race/etniske oprindelse. Undersøgelsen har et primært fokus på almen praksis.

I kraft af instituttets mandat som nationalt ligebehandlingsorgan er det vores opgave at fremme ligebehandling af alle uanset køn, race eller etnisk oprindelse mv. Det gør vi blandt andet ved at lave undersøgelser og give anbefalinger til ministerier og myndigheder.

Med det formål at kvalificere analyserne og vores anbefalinger vil vi i forbindelse med den igangværende undersøgelse af lige adgang i sundhedsvæsenet gerne stille regionerne en række spørgsmål.

Vi anmoder derfor venligst regionen om skriftligt at besvare det vedlagte spørgeskema og takker på forhånd for jeres deltagelse.

Af hensyn til undersøgelsens færdiggørelse bedes besvarelsen så vidt muligt være os i hænde senest d. 28. november 2013.

I tilfælde af spørgsmål kan der rettes henvendelse til specialkonsulent Line Vikkelsø Slot på 32 69 88 98 eller lvs@humanrights.dk

Venlig hilsen

Susanne Nour Magnusson
Afdelingsleder

Bilag 1) vejledning til besvarelse af spørgsmålene. Bilag 2) spørgeskema.

BILAG 4

SPØRGESKEMA TIL REGIONERNE

INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

BILAG 4 – SPØRGESKEMA TIL REGIONERNE

5. NOVEMBER 2013

SPØRGESKEMA

Sundhedsvæsenet generelt

- Oplever I, at der generelt i sundhedsvæsenet er udfordringer i forhold til at sikre alle lige adgang til sundhed uanset etnisk oprindelse? Hvis ja, hvordan?
- Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle udfordringer? Hvis ja, hvordan?
- Har I indsatser, der har som mål at sikre, at alle har lige adgang til sundhed? Hvis ja, hvilke? Hvis nej – er der planer for området?
- Bliver der – ved indkaldelser til undersøgelser og kontrol etc. samt ved udarbejdelsen af patientinformation, patientvejledninger o. lign. – taget højde for, at informationen henvender sig til en kulturelt mangfoldig sammensat patientgruppe?
Hvis ja, hvordan?
Hvis nej – er der planer for området?

Hos den praktiserende læge

- Rapporterer de praktiserende læger om problemer i forhold til behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund? Hvis ja, hvilke?
- Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle problemer? Hvis ja, hvordan?
- Gør I noget særligt for at sikre, at de praktiserende læger er klædt tilstrækkeligt på, hvis der i forbindelse med konsultationen, og de valg lægen skal træffe, skal tages højde for forhold relateret til patientens etnicitet, kultur eller forhold til religion?
- Findes der et sted, hvor de praktiserende læger kan henvende sig med eventuelle spørgsmål og udfordringer, som måtte afstedkomme af deres kontakt med patienter med etnisk minoritetsbaggrund?

-->

Tolkning

- Hvad gør I for at sikre, at de praktiserende læger er tilstrækkeligt klædt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk samt hvordan tolken bør anvendes?
- Hvad gør I for at sikre, at de tolke, der stilles til rådighed for de praktiserende læger, er kompetente og professionelle?
- Gør I jer overvejelser om at tilbyde videotolkning hos de praktiserende læger? Hvis ja – hvad er det tidsmæssige perspektiv for implementering?

Skjulte, behandlingskrævende traumer hos flygtninge

- Gør I noget for at sikre, at de praktiserende læger udviser en skærpet opmærksomhed i forhold til identifikation af behandlingskrævende traumatiske oplevelser hos flygtninge?

BILAG 5

REGION HOVEDSTADENS BESVARELSE

INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

BILAG 5 - REGION HOVEDSTADENS BESVARELSE

5. NOVEMBER 2013

SPØRGESKEMA

Bemærkning til besvarelsen: De tre første spørgsmål vedrørende kategorien "Sundhedsvæsenet generelt", er besvaret på hospitalsniveau. Sidste spørgsmål – vedrørende blandt andet patientinformation – er besvaret på regionalt niveau.

I forlængelse af de fire generelle spørgsmål som Institutet har stillet vedrørende sundhedsvæsenet er der indsat et ekstra afsnit, der beskriver regionens overordnede indsats i forhold til lige adgang til sundhed.

Sundhedsvæsenet generelt

- Oplever I, at der generelt i sundhedsvæsenet er udfordringer i forhold til at sikre alle lige adgang til sundhed uanset etnisk oprindelse? Hvis ja, hvordan?
 - a) Der benyttes for sjældent tolk, til trods for at de sproglige barrierer kan være store for fx flygtninge.
 - b) Der afsættes ikke længere konsultationstider end normalt ifm. tolkning/sprogbarrierer.
 - c) Der er udfordringer i forhold til blandt andet uddannelsesniveau og sundhedsforståelse og ofte funktionel analfabetisme.
 - d) Der kan være manglende forståelse for betydningen og langtids-effekten af tidligere traumatiske oplevelser.
 - e) Der kan være manglende forståelse for indvandrernes komplekse psykosociale forhold.

- Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle udfordringer? Hvis ja, hvordan?
 - a) Kvinder vil helst kommunikere og undersøges af kvinder, mænd accepterer generelt at blive undersøgt af både mænd og kvinder. Det kan være vanskeligt at prioritere kvindelige læger frem for mandelige, og dette accepteres oftest, hvor der samtidigt tages hensyn til at kvindeligt personale samtidigt er med i undersøgelsesaktiviteterne.
 - b) Krav om kvindelig tolkning forsøges at imødekommes.
 - c) Fælles rehabilitering aktiviteter forsøges kønsopdelt.

- Har I indsatser, der har som mål at sikre, at alle har lige adgang til sundhed? Hvis ja, hvilke? Hvis nej – er der planer for området?

Region Hovedstaden har i foråret 2013 oprettet en Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) ved Hvidovre Hospital. Patienter fra hele regionen kan henvises – via praksislæge eller via hospitalsafdelinger. Indvandrermedicinsk Klinik varetager somatisk udredning af patienter med anden etnisk baggrund med sammensatte problemstillinger. Et tværfagligt team koordinerer patientforløbet med henblik på at lette patienternes adgang til behandling og forebyggelse.

- Bliver der – ved indkaldelser til undersøgelser og kontrol etc. samt ved udarbejdelsen af patientinformation, patientvejledninger o. lign. – taget højde for, at informationen henvender sig til en kulturelt mangfoldig sammensat patientgruppe?

Hvis ja, hvordan?

Besvarelsen retter sig bredt mod patientinformation.

Regionens kommunikationspolitik har som ét af sine mål, at bygge bro til svage patientgrupper.

Patientinformation i forhold til blandt andet etniske minoriteter sker på forskellig vis:

- De vigtigste informations – og kampagnepjecer oversættes (typisk) til de 7 fremmedsprog som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Det gælder for eksempel materiale om patientrettigheder; akutmodtagelser; informationsmateriale om kroniske lidelser. Samt vedrørende de af Sundhedsstyrelsen udpegede folkesygdomme. Desuden kampagner som fx 1813-sundhedstelefonen.

- Der er ved at blive udarbejdet (oversat) film om fx væsentlige kroniske sygdomme på de nævnte fremmedsprog.

Såvel pjecer som film distribueres på forskellig vis. Dels forskellige medio; papir; DVS og via nettet. Dels distribueres de - afhængigt af hvilket emne der er tale om - via forskellige kanaler, fx til hospitaler, sundhedsplejersker, sundhedshuse, etniske foreninger, biblioteker mv.

- Da det for nogle patientgrupper kan være svært at finde frem til relevante materialer på regionens hjemmeside, er kommunikationsafdelingen i gang med at opbygge et sprogunivers, så der kan klikkes ind via de 7 minoritetssprog på forsiden af regionh.dk - og på den måde finde frem til mere materiale på eget sprog.

Øvrige overordnede regionale indsatser

I Region Hovedstaden er der generelt stort fokus på det problem, som ulighed i sundhed er.

- Der er således et politisk underudvalg "Udvalget vedr. udsatte borgere", som beskæftiger sig med udsatte borgere i bred forstand. Det sker blandt andet ved at indstille projekter til støtte. Dette med finansiering fra den pulje på 50 mio. kr., som er afsat årligt til at udbygge og etablere aktiviteter for svage borgere i samarbejde med kommunerne. Et af disse projekter er "Sammenhængende patientforløb og forbedrede overgange mellem den primære og den sekundære sundhedssektor for etniske minoritetsgrupper". Projektet er et samarbejde mellem Herlev Hospital og Gladsaxe Kommune. Projektbeskrivelsen kan findes her: www.regionh.dk/udsatteborgere.

Udvalget har i 2011 ligeledes arbejdet for at sikre mulighed for tele-tolkning (også kaldet videotolkning) til rådighed for samtlige afdelinger der oplever at have behov for tolkning oftere end 2 gange per måned (det drejer sig på regionalt plan om 107 afdelinger). Der er sket en gradvis udrulning, for at få teknikken på plads.

- Region Hovedstaden deltager desuden i et lighedsnetværk nedsat af sundhedsministeren. Formålet med netværket er at belyse, hvordan sundhedsvæsenet medvirker til, at alle patienter uanset sociale og personlig ressourcer modtager den bedst mulige behandling. I forhold til borgere med kronisk sygdom vil regionen desuden udvikle en opdateret model for de nuværende forløbsprogrammer, og her er der særlig opmærksomhed på, at det skal være en model, som tilgodeser udsatte borgere. Se regionens forløbsprogrammer her:

<http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Kronisksygdom/Forloebprogrammer/>

- På baggrund af den seneste Sundhedsprofil for Region Hovedstaden er der tillige udarbejdet en temarapport om ulighed. Den kan findes her: [http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/DF2DD16A-83CA-4F5F-8442-7D17BD60B310/0/Ulighed i sundhed i Region Hovedstaden.pdf](http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/DF2DD16A-83CA-4F5F-8442-7D17BD60B310/0/Ulighed%20i%20sundhed%20i%20Region%20Hovedstaden.pdf)

Rapporten viser, at der er forskel mellem etniske gruppers kontakter til sundhedsvæsenet.

Hos den praktiserende læge

- Rapporterer de praktiserende læger om problemer i forhold til behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund? Hvis ja, hvilke?

Der er problemer ift at rekvirere tolke med de rigtige sprog. Der kan også opleves problemer ift at unge, der taler fint dansk, også gerne vil have tolk.

- Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle problemer? Hvis ja, hvordan?
*Gynækologer ønsker ofte kvindelige tolke. Dette efterspørges også ofte af patienterne.
Det kan være svært for kvinder, selv at få lov at forklare hvad de fejler, hvis deres mand er med.*
- Gør I noget særligt for at sikre, at de praktiserende læger er klædt tilstrækkeligt på, hvis der i forbindelse med konsultationen, og de valg lægen skal træffe, skal tages højde for forhold relateret til patientens etnicitet, kultur eller forhold til religion?
*- Der er workshops om ulighed i sundhed ved regionens praksiskon-sulenter (kaldet KAP-H ordningen)
- Indvandrermedicinsk klinik holder kurser for praktiserende læger. Her har KAP-H også været med til at etablere møder.
- På Regionens årlige Store Praksisdag (for alment praktiserende læ-ger) er ulighed i sundhed og etniske minoriteter et fast tema.
- Der er gennemført et pilotprojekt om videotolkning (se nedenfor)
Regionens har – på sundhed.dk – et site om ulighed. Her ligger blandt andet rapporter om hvordan lægerne kan tage sig af patienter med komplekse helbredsmæssige og sociale problemstillinger. Og hvordan de kan tage sig af patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Siden ligger her:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/konsulenthjaelp-til-praksis/kap-h/indsatser/ulighed-i-sundhed/>*
- Findes der et sted, hvor de praktiserende læger kan henvende sig med eventuelle spørgsmål og udfordringer, som måtte afstedkomme af deres kontakt med patienter med etnisk minoritetsbaggrund?
Ja, indvandrermedicinsk Klinik, jvnf ovenfor.

>

Tolkning

- Hvad gør I for at sikre, at de praktiserende læger er tilstrækkeligt klædt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk samt hvordan tolken bør anvendes?

Regionen henviser til regler for tolkebistand på sundhed.dk. Det er lægen, der vurderer, hvornår der skal anvendes tolk. Typisk skal de møde patienten én gang for at kunne vurdere det, men nogle rekvirerer tolken fra start, hvis patienten udtrykker behov for det.

- Hvad gør I for at sikre, at de tolke, der stilles til rådighed for de praktiserende læger, er kompetente og professionelle?

Der er mangel på tolke. De firmaer, som regionen har indgået aftale med, har ansvaret for kvaliteten.

- Gør I jer overvejelser om at tilbyde videotolkning hos de praktiserende læger? Hvis ja – hvad er det tidsmæssige perspektiv for implementering?

Der har været gennemført et nationalt pilotprojekt om videotolkning, og det skal nu udbredes i mindre skala i Region Hovedstaden. Det fremgår endvidere af praksisplan for almen praksis, at der i den kommende planperiode skal tages stilling til, hvilke telemedicinske projekter, man ønsker at prioritere. Videotolkning kunne være ét af dem.

Skjulte, behandlingskrævende traumer hos flygtninge

- Gør I noget for at sikre, at de praktiserende læger udviser en skærpet opmærksomhed i forhold til identifikation af behandlingskrævende traumatiske oplevelser hos flygtninge?

Mange bliver allerede sat i behandling direkte fra flygtningecentrene. Herudover henviser de fleste praktiserende læger til praktiserende psykiater med det samme.

BILAG 6

REGION SJÆLLANDS BESVARELSE



Institut for Menneskerettigheder
 Specialkonsulent Line Vikkelsø Slott
 Wilders Plads 8K
 1403 København K

Vedr. forespørgsel om initiativer til sikring af lighed i sundhedsvæsenet

Dato: 3. februar 2014

Sagsnummer:
 Initialer: HOB

Ledelsessekretariatet

Alléen 15
 4180 Sorø
 Tlf.:
 E-mail:
 Afd.fax:

Direkte tlf.:
 E-mail:

www.regionsjaelland.dk

Institut for Menneskerettigheder har spurgt bl.a. Region Sjælland om status og initiativer vedr. lighed på sundhedsområdet med fokus på almen praksis.

Forespørgslen er blevet sendt som en pdf-fil, hvad der medførte ekstra arbejde til udformningen af svarene.

**Sundhedsvæsenet generelt:
 Oplever I, at der generelt i sundhedsvæsenet er udfordringer i forhold til at sikre alle lige adgang til sundhed uanset etnisk oprindelse? Hvis ja, hvordan?**

Der foreligger i forvejen en ganske omfattende videnskabelig litteratur på området, der bygger på en systematisk indsamling og analyse af data – ikke mindst fra Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU): <http://mesu.ku.dk/dansk/> - jf. bl.a. publikationer nævnt her: <http://mesu.ku.dk/dansk/publikationer/>

Rekruttering af sundhedsfagligt personale, særligt læger, er en væsentlig udfordring i visse geografiske områder og specialer, og det indebærer udfordringer mht. at sikre adgang til især læger i områder som Lolland-Falster og inden for psykiatrien

Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle udfordringer? Hvis ja, hvordan?

Der henvises til den videnskabelige litteratur mhp. at opnå et validt – ikke-kasuistisk - billede.

Har I indsatser, der har som mål at sikre, at alle har lige adgang til sundhed? Hvis ja, hvilke? Hvis nej – er der planer for området?

I sundhedsvæsenet fokuseres der på at opnå lige adgang til sundhedsvæsenet uanset patienternes baggrund via en lang række initiativer:

- Gratis behandling på sygehus og i praksissektoren uanset patienternes baggrund eller tilstand, så betalingsevne og –villighed ikke afgør, om man benytter sundhedsvæsenet.

- Patienter er mindre mobile end raske borgere, og derfor søger Region Sjælland specifikt at stille behandling til rådighed i regionen ved hjemtag af funktioner fra sygehuse i især København.
- Ved kvalitetsudvikling styrkes ligheden i adgang ved at standardisere kvalitet og service på et højt fagligt niveau, så kvalitet og service bliver uafhængig af bopæl mv.
- Overgrænser for patienternes betaling for lægemidler ordineret i almen praksis.
- Ikke-akut befordring til undersøgelses- eller behandlingssted eller udbetaling af befordringsgodtgørelse ud fra et fælles regelsæt.
- Gratis akut befordring – specifikt har regionen via sin præhospitale plan standardiseret adgangen til hurtig behandling med høj kvalitet og service overalt i regionen.
- Region Sjælland er i 2014 arrangør af den årlige konference om ulighed i sundhedsvæsenet, "Når systemet spænder ben", jf. **vedlagte** program.
- Region Sjælland har iværksat projektet "Broen til bedre sundhed" mhp. at reducere uligheden i sundhed i regionen på tværs af alder, køn, etnicitet og sundhedsprofil: <http://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Sider/default.aspx>

Der kan opstå dilemmaer mellem på den ene side at opnå en høj effektivitet via standardiserede ydelser af høj faglig kvalitet, og på den anden side at opnå lighed i adgang og udnyttelse af sundhedsydelser via tilpasning af ydelserne til individuelle ønsker.

Bliver der – ved indkaldelser til undersøgelser og kontrol etc. samt ved udarbejdelsen af patientinformation, patientvejledninger o. lign. – taget højde for, at informationen henvender sig til en kulturelt mangfoldig sammensat patientgruppe?

Hvis ja, hvordan?

Hvis nej – er der planer for området?

Region Sjælland tilstræber løbende at tilpasse både sundhedsydelser og kommunikation om sundhedsydelser til brugerne. Regionen har således haft særlig succes med tilslutningen til HPV-vaccination på baggrund af en særlig gennearbejdet indsats mhp. at fremme deltagelsen via *direct mail*:

<http://www.cancer.dk/Nyheder/nyhedsartikler/2013kv3/syvudaftivaccineret.htm>

Hos den praktiserende læge

Rapporterer de praktiserende læger om problemer i forhold til behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund? Hvis ja, hvilke?

Der henvises til den videnskabelige litteratur mhp. at opnå et validt – ikke-kasuistisk - billede.

Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle problemer?

Hvis ja, hvordan?

Der henvises til den videnskabelige litteratur mhp. at opnå et validt – ikke-kasuistisk - billede.

Gør I noget særligt for at sikre, at de praktiserende læger er klædt tilstrækkeligt på, hvis der i forbindelse med konsultationen, og de valg lægen skal træffe, skal tages højde for forhold relateret til patientens etnicitet, kultur eller forhold til religion?

De praktiserende læge er selvstændige næringsdrivende med ansvar for at holde sig fagligt opdateret. Regionerne finansierer de praktiserende lægers efteruddannelse. Den konkrete prioritering af indsatsområder og udformning af kurser varetages af Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i regionen, der er et fælles regional/lægeligt organ, og som lægerne kan

sende forslag om kurser til. Der er ansat kvalitetskonsulenter til selve udarbejdelsen af kurser.

Findes der et sted, hvor de praktiserende læger kan henvende sig med eventuelle spørgsmål og udfordringer, som måtte afstedkomme af deres kontakt med patienter med etnisk minoritetsbaggrund?

Se svaret på ovenstående spørgsmål.

Tolkning

Hvad gør I for at sikre, at de praktiserende læger er tilstrækkeligt klædt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk samt hvordan tolken bør anvendes?

Både læge og patient vil opleve sprogbarrieren og dermed behovet for en tolk. Der er ikke noget økonomisk incitament for lægen til at undlade at rekvirere en tolk, da det er regionen, der finansierer tolken uden negative økonomiske konsekvenser for lægen - tværtimod får lægen et honorar for at rekvirere en tolk, så lægen som minimum kompenseres for tidsforbruget til rekvireringen af tolken.

Hvad gør I for at sikre, at de tolke, der stilles til rådighed for de praktiserende læger, er kompetente og professionelle?

I Region Sjælland er der gennemført et udbud af tolkeopgaverne for sygehusvæsenet og praksissektoren. Der er i dag fem tolkebureauer, som står for tolkeopgaverne i regionen. Uddannelseskravene til tolkene er ifølge de gældende aftaler med bureauerne, at tolkebistanden som minimum skal være på grundlæggende niveau. Det vil sige, at tolken behersker begge sprog på gymnasielevelt niveau. Hertil kommer, at tolken skal være kvalificeret til at tolke indenfor medicinsk/lægefaglige terminologier. Det skal i den forbindelse bemærkes, at nogle sprog anvendes så sjældent i Danmark, at det kan være vanskeligt at finde en person, der kan beherske en tolkning.

Gør I jer overvejelser om at tilbyde videotolkning hos de praktiserende læger? Hvis ja – hvad er det tidsmæssige perspektiv for implementering?

Region Sjælland deltager i et landsdækkende projekt, hvor fem praksis fra hver region deltager i et forsøg med videotolkning. De hidtidige erfaringer med projektet er positive – bl.a. fordi det er lettere med kort varsel at få tolkebistand i udkantsområder og på sjældnere sprog, og nogle patienter beskriver, at de oplever tolkningen som mere neutral og professionel, når den foregår pr. video og ikke ved at tolken er i det lokale, hvor patienten og lægen befinder sig.

Region Sjælland har indarbejdet en option i kontrakterne med de fem leverandører af tolkeydelser, der kan forpligte dem til at levere tolkeydelser pr. video.

Skjulte, behandlingskrævende traumer hos flygtninge

Gør I noget for at sikre, at de praktiserende læger udviser en skærpet opmærksomhed i forhold til identifikation af behandlingskrævende traumatiske oplevelser hos flygtninge?

Netop læger inden for specialia almen medicin er via deres uddannelse, arbejde og løbende efteruddannelse vant til at have med et bredt spektrum af patienter at gøre og at være lydhøre over for behov der er særlig relevante for undergrupper af patienter.

Venlig hilsen

Hans Okkels Birk
Chefkonsulent

BILAG 7

REGION SYDDANMARKS BESVARELSE

Område: Råds- og direktionssekretariatet
 Afdeling: Råds- og direktionssekretariatet
 Journal nr.: 13/34987
 Dato: 27. november 2013
 Udarbejdet af: Joan Thaysen Rex
 E-mail: Joan.Rex@rsyd.dk
 Telefon: 76631436

**Notat**

Besvarelse til Institut for Menneskerettigheder: Lige adgang til sundhed

Institut for Menneskerettigheder har den 5. november 2013 bedt Region Syddanmark om at besvare en række spørgsmål i forbindelse med en undersøgelse af lige adgang til sundhed – med udgangspunkt i patienters race eller etniske oprindelse.

Der er indhentet svar fra det somatiske såvel som det psykiatriske område i Region Syddanmark. Besvarelsen er struktureret efter spørgeskemaets fire afsnit:

1. Sundhedsvæsenet generelt
2. Hos den praktiserende læge
3. Tolkning
4. Skjulte, behandlingskrævende traumer hos flygtninge.

Ad. Sundhedsvæsenet generelt**Barrierer for etniske minoriteter**

Etniske minoriteter ansues ofte stereotyp i kliniske sammenhænge, men der er betydelige etniske forskelle i sygdoms risiko, risiko faktorer og sygdomsopfattelse. Hertil kommer, at den etniske sammensætning i Danmark varierer over tid, mellem regioner og mellem de store byer samtidig med at store grupper af f.eks. kvoteflygtninge med kort varsel placeres i mindre yderkommuner, hvor læger og socialrådgivere måske ikke har erfaring med etniske minoriteter.

De kliniske erfaringer på området for indvandrermedicin støttes af epidemiologiske studier i Danmark der har vist en sygdomsspecifik overdødelighed på 100-200 % for en række sygdomme der kan forebygges eller behandles (infektioner og kræftformer der skyldes infektioner) samt at etniske minoritetspatienter er mindre tilfredse med deres helbred og har flere helbredsklager end etniske danske patienter. Derudover er der meget store forskelle i sygdomsmønster og sygdomskontrol mellem de enkelte etniske grupper.

Patienter der oplever sprogbarrierer eller har lav/ingen skolegang kan have svært ved at "finde vej" i sundhedsvæsenet. Det kan betyde at undersøgelser, behandlinger og kontroller afbrydes eller stoppes for tidligt. Det kan skabe ulighed at sundhedsvæsenet ikke er i stand til at kommunikere med disse patienter om livsvigtige undersøgelser og behandlinger. Samtidig bruger sundhedsvæsenet ressourcerne forkert og uden reel effekt, så længe patienterne i målgruppen ikke bliver udredt, diagnosticeret og behandlet med udgangspunkt i de redskaber, der er udviklet i forbindelse med indsatsen på området for indvandrermedicin. I stedet modtager de måske uhensigtsmæssig behandling der forlænger eller i værste fald forværrer deres sygdomsforløb.



Med henblik på at identificere og imødekomme disse barrierer er der i Region Syddanmark etableret en Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) i regi af infektionsmedicinsk afdeling på Odense Universitetshospital. IMK har opbygget stor erfaring og ekspertise i de særlige udfordringer der findes i sundhedsvæsenet i forbindelse med udredning og behandling af etniske minoriteter.

Der bliver som udgangspunkt ikke systematisk udarbejdet særlige versioner af informationsmateriale på de somatiske sygehuse i Region Syddanmark, der henvender sig til forskellige etniske minoriteter, og der er ingen konkrete planer.

Udbredelse af viden og kompetencer fra Indvandrermedicinsk Klinik

Som et element i regionens generelle arbejde med at øge ligheden i sundhed, er der etableret en særlig indsats for at udbrede viden og erfaringer fra IMK til alle øvrige dele af sundhedsvæsenet. Det være sig såvel somatiske som psykiatriske sygehuse, praksissektoren og den kommunale sundhedsindsats. Dette med henblik på at sikre at de sundhedsprofessionelle, der i deres arbejde har kontakt med etniske minoriteter, får styrket deres kompetencer med viden og erfaring fra IMK.

Det er besluttet at iværksætte fire konkrete initiativer i den forbindelse:

- **Etablering af et Indvandrermedicinsk team på alle somatiske og psykiatriske sygehusenheder**
 - Formålet er at sikre lokal forankring af viden og kompetencer på det indvandrermedicinske område, som kan komme alle afdelinger til gode på de respektive sygehuse.
- **En to-delt målrettet indsats overfor praktiserende læger**
 1. sikrer bred orientering om målgruppen for indvandrermedicin samt vejledning til håndtering og visitering af denne patientgruppe,
 2. identificerer lægepraksis, der kunne have særlig interesse i at indgå i et tættere samarbejde om indvandrermedicin, med henblik på etablering af et netværk for praktiserende læger.
- **Dialog med kommunerne om indsatsen på det indvandrermedicinske område med udgangspunkt i den enkelte kommunes behov**
- **En særlig dialog med kommuner i Region Syddanmark med asylcentre, med henblik på tidlig opsporing.**

Tidlig opsporing

Region Syddanmark har iværksat et forsknings- og samarbejdsprojekt vedrørende tidlig opsporing. Projektet går ud på at opspore usund livsstil og begyndende sygdom hos borgerne i Region Syddanmark gennem et tæt samarbejde med kommunerne og almen praksis. Ca 120.000 borgere indgår i projektet over de kommende tre år, og de får tilsendt et kort spørgeskema, som sammen med egen læges oplysninger tegner et billede af deres sundhed og livsstil. Borgere med særlig risiko for sygdom bliver herefter kontaktede af egen læge og bliver tilbudt helbredsundersøgelse og eventuelt henvisning til forebyggende tilbud, eksempelvis kostvejledning eller ryggestop-tilbud.



Informationer på tysk

I forbindelse med regionens forpligtelser overfor det tyske mindretal i Sønderjylland, er det sådan, at der findes diverse informationsmateriale på tysk.

Patientkontoret med patientvejledere kan betjene borgere på tysk, hvis det efterspørges. Det samme gælder for Den Regionale Visitation, som behandler spørgsmål vedrørende det udvidede frie sygehusvalg. Sygehus Sønderjylland har endvidere oplyst, at erfaringen fra sygehuset viser, at undersøgelse og behandling af medlemmerne af det tyske mindretal ikke frembyder uløselige, sproglige vanskeligheder.

Når man kontakter lægevagtstelefonen er det desuden sådan at velkomstbeskeden i lægevagtstelefonen gives både på dansk, engelsk og tysk. Der anvises i denne besked hvorledes man skal forholde sig. Dertil kommer, at der udarbejdet pjecer på samme sprog til campingpladser, sommerhusudlejere etc.

Region Syddanmarks hjemmeside

På hjemmesiden www.regionsyddanmark.dk findes der allerede i dag generel information om regionen på tysk. Der er ikke for tiden planer om at udvide med særskilt information om regionen til det tyske mindretal. På hjemmesiden www.sygehussønderjylland.dk (som er Sygehus Sønderjyllands hjemmeside) er der for tiden følgende informationer på tysk:

- Oplysning om, at Danmark har tilsluttet sig konventionen om beskyttelse af mindretalssprog, og at patienter tilhørende det tyske mindretal, som har ønske om at benytte det tyske sprog i kommunikationen med sygehuset, så vidt muligt vil blive imødekommet
- Generel information om Sygehus Sønderjylland
- Information om sygehusets strategi: Kvalitet Døgnet Rundt
- Jobsektion for tyskere der søger job på Sygehus Sønderjylland. På denne side findes blandt andet en introduktion til det at søge job på sygehuset, ledige stillinger, information om sygehuset som arbejdsplads, information om sprogundervisning, som tilbydes tysktalende personale samt en tysk læges beskrivelse af det at arbejde på et dansk sygehus
- Information og kontaktdata vedrørende akuthjælp
- Information om patientrettigheder.

Etniske minoriteter i Syddanmarks sundhedsprofil

Region Syddanmark gennemførte i 2010 sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010", og regionen gentager undersøgelsen i 2013 og herefter hvert fjerde år. Vi anvender resultaterne af denne undersøgelse som et bidrag til prioritering og planlægning af ydelserne i sundhedsvæsenet og som et dialogværktøj i samarbejdet med kommunerne om indsatsen på sundhedsområdet.

Undersøgelsen kan ikke svare på, hvordan adgangen til sundhed er for forskellige grupper i befolkningen. Undersøgelsen dokumenterer imidlertid, at der er forskelle på sundhed, sygelighed og trivsel mellem forskellige befolkningsgrupper. Eksempelvis er der overordnet et dårligere selvvurderet helbred og et dårligere fysisk helbred blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.



Samtidig er der i denne gruppe en større forekomst af visse sygdomme som f.eks. astma-allergilidelser, forbigående psykiske lidelser, hovedpine og rygsygdomme. Den hyppigere forekomst af disse sygdomme skyldes en række faktorer og kan kun i mindre omfang forklares af adgangen til sundhedsvæsenet. Undersøgelsen understøtter dog, at der er forskellige sundhedsmæssige udfordringer blandt forskellige befolkningsgrupper.

Sundhedsprofilundersøgelsen har ikke opgjort kønsforskelle specifikt blandt etniske minoriteter. Men generelt er der forskel på sundhed og sygelighed mellem kønnene. F.eks. er der overordnet en højere forekomst af livstruende sygdomme blandt mænd (f.eks. kronisk obstruktiv lungesygdom) og på nogle punkter en mindre hensigtsmæssig livsstil blandt mænd (flere rygere og flere, der overskrider anbefalingerne for indtagelse af alkohol), mens flere kvinder har ikke-livstruende sygdomme som f.eks. migræne og hovedpine og forbigående psykiske lidelser.

Ad. Hos den praktiserende læge

Der rapporteres ikke generelt om problemer fra de praktiserende læger på området. Der er primært fokus på tolkeområdet, der er beskrevet yderligere nedenfor. I forhold til kønsperspektivet kan der være kvinder blandt etniske minoriteter, som ikke ønsker at benytte den bestilte tid hos lægen, hvis der kommer en mandlig tolk.

Der har fra regionens side ikke været fokus på at sikre at lægerne er klædt på i forhold til at tackle udfordringer i forhold til etnicitet m.m. under konsultationen. Der findes for nuværende ikke et målrettet tilbud, hvor de praktiserende læger kan henvende sig med spørgsmål og udfordringer som måtte afstedkomme af deres kontakt med patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Der er nu et initiativ på vej til at udbrede viden og kompetencer fra Indvandrermedicinsk Klinik på OUH til praksisområdet, jf. ovenfor.

Ad. Tolkning

De praktiserende læger er informeret om reglerne om tolkebrug. Der informeres bl.a. på regionens hjemmeside, samt på www.visinfosyd.dk herom. De har endvidere mulighed for at ringe til praksisafdelingen, der administrerer tolkeordningen.

De tolke der benyttes, er tilknyttet et tolkebureau, der er godkendt af regionen. Men en del patienter medbringer selv familie til tolkning. Der er kendskab til, at patienterne kan reagere negativt, hvis de ikke selv må bestemme hvem der skal tolke.

Videotolkning: Regionen har indgået samarbejdsaftale med Medcom om udbredelse af videotolkning til praktiserende læger. De praksis, der har flest tolkninger, tilbydes først og fremmest etablering af videotolkning. Regionen stiller videoløsning til rådighed.

Videotolkning vil blive udrullet i takt med, at lægerne accepterer at få det installeret. – indtil det evt. bliver en del af lægernes overenskomst.



Ad. Skjulte, behandlingskrævende traumer hos flygtninge

Psykiatrien i Region Syddanmark har iværksat en række tiltag for at sikre, at de praktiserende læger får viden om symptomer på en skjult og behandlet PTSD og behandlingsmuligheder.

Samarbejdsaftale

Der er indgået samarbejdsaftale for det psykiatriske område mellem Region Syddanmark og regionens 22 kommuner. Aftalen er en overordnet aftale, der dækker hele det psykiatriske område. På baggrund af den regionale samarbejdsaftale er det endvidere indgået tillægsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner, hvor samarbejdet mellem sektorerne er særdeles vigtigt. I tillægsaftalen sættes blandt andet fokus på problemer som kan være symptomer på en skjult og ubehandlet PTSD. Tillægsaftalen beskriver således en række konkrete tegn på PTSD, som medarbejdere i det kommunale regi, det regionale sundhedssystem og almen praksis bør være opmærksomme på. Jf. *"Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner – tillægsaftale til den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område – november 2011."*

Afdeling for Traume- og Torturoverleveres udbredelse af viden

Behandlingen af traumatiserede flygtninge og torturoverlevende er i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning en specialiseret funktion. For Region Syddanmark varetages regionsfunktionen af det regionale behandlingscenter Afdeling for Traume- og Torturoverlevende (ATT), med matrikler i Vejle og Odense. Herudover har Region Syddanmark en driftsoverenskomst med den selvejende institution RCT Jylland i Haderslev, der også behandler traumatiserede flygtninge.

Afdeling for Traume- og Torturoverlevende har gennem de seneste år haft opmærksomhed på at udbrede de praktiserende lægers kendskab til PTSD og mulighederne for behandling. Det er fx sket via eksterne oplæg vedrørende PTSD og behandlingsmuligheder samt eksterne lægekonferencer vedrørende konkrete patienter der er i behandling i afdelingen. Gennem en årrække har der været stor vækst i antallet af henvisninger til Afdeling for Traume- og Torturoverlevende. I den forbindelse har afdelingen gennemført en analyse af henvisningsmønstret og herunder afprøvet en hypotese, om at en af årsagerne til stigningen i antallet af henvisninger til afdelingen er at de praktiserende læger er blevet mere bevidste om mulighederne for behandling. Hypotesen blev efterfølgende understøttet af besvarelserne i gruppeinterviews med faggrupper inden for behandling i afdelingen, hvor det blev fremhævet, at hurtigere henvisning af patienter med symptomer på PTSD, mere kvalificerede henvisninger samt et forbedret samarbejde med de praktiserende læger alle var tegn på dette. Hypotesen blev yderligere understøttet af telefoninterview med de praktiserende læger, hvor flere af lægerne selv fremhæver, at en af årsagerne til, at de henviser flere og flere patienter til Afdeling for Traume- og Torturoverlevende, særligt de patienter de har haft længe, er, at de har fået et større kendskab til, hvad PTSD er, og hvilke behandlingsmuligheder, der eksisterer, heriblandt ATT

Afdeling for Traume og Torturoverlevende fortsætter arbejdet med at udbrede viden om PTSD og behandlingsmuligheder gennem kurser, foredrag, netværksmøder, publicering af ny viden om området og opdateret viden på afdelingens hjemmeside.

**Kommunalt og regionalt netværk om traumatiserede flygtninge**

Ud over den indsats der er målrettet til de praktiserende læger er der også fokus på at udbrede viden om PTSD blandt de kommunale medarbejdere. Regionens Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital, og Afdeling for Traume- og Torturoverlevende har etableret "Kommunalt og regionalt netværk om traumatiserede flygtninge, indvandrere og hjemvendte soldater".

Netværksgruppens formål er at udbrede større viden om traumatiserede med PTSD blandt professionelle, der har berøring med målgruppen. Medarbejdere i regioner og kommuner møder traumatiserede borgere i forskellige situationer i deres arbejde. Udveksling af erfaringer og viden på tværs af sektorerne kan skabe større forståelse for den traumatiserede borgers situation og behov. Netop dette er formålet med netværket, som mødes to gange om året.

PsyklInfo arrangementer

Regionens psykiatriske informationscenter, PsyklInfo formidler viden og forståelse om psykisk sygdom til alle borgere i regionen. Det sker via fx via åben rådgivning og afholdelse af en lang række arrangementer. PsyklInfo's holder fx løbende gratis foredrag om PTSD. Næste arrangement holdes 3. december 2013 med titlen Svære traumer og PTSD i teori og praksis. Her formidles viden om PTSD symptomer, udvikling og forløbet af tilstanden samt behandlingen af PTSD. PsyklInfos tilbud er for alle borgere og som ofte anvendes af brugere, pårørende og professionelle.

BILAG 8

REGION MIDTJYLLANDS BESVARELSE

Institut for Menneskerettigheder
 Ligebehandlingsafdelingen
 Att. Specialkonsulent Line Vikkelsø Slot
 Wilders Plads 8 K
 1403 København K

Regionshuset

Viborg

Koncern HR, Stab

Skottenborg 26

DK-8800 Viborg

KONCHR@rm.dk

www.rm.dk



Kære IfM

Tak for henvendelsen, som har været sendt en del rundt i huset, men er hermed besvaret efter bedste evne.

Vi er forundret over at spørgeskemaet ikke er fremsendt elektronisk. Spørgsmålene er formateret i en pdf. fil og svære at kopiere over – hvilket besværliggør processen lidt.

Enkelte spørgsmål f.eks. vedr. praktiserende læger kan vi kun svare generelt på da de praktiserende læger er selvstændige enheder.

Men herunder følger svar!

Sundhedsvæsenet generelt

· **Oplever I, at der generelt i sundhedsvæsenet er udfordringer i forhold til at sikre alle lige adgang til sundhed uanset etnisk oprindelse? Hvis ja, hvordan?**

Som udgangs punkt er hospitaler og sundhedsvæsen blevet meget mere opmærksom, men der kan være forhold vedr. tolkning

· **Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle udfordringer? Hvis ja, hvordan?**

Ingen umiddelbare udfordringer

· **Har I indsatser, der har som mål at sikre, at alle har lige adgang til sundhed? Hvis ja, hvilke? Hvis nej – er der planer for området?**

I Region Midtjylland har vi haft en udvalg vedr. ulighed i sundhed og arbejder med folkesundhed og særligt for etniske minoriteter. Holder kurser for personalet etc.

http://www.regionmidtjylland.dk/politik/regionsr%C3%A5dets+m%C3%B8der/visdagsorden?file=20-05-2009/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_26_Bilag_1____.PDF

· **Bliver der – ved indkaldelser til undersøgelser og kontrol etc. samt ved udarbejdelsen af patientinformation, patientvejledninger o. lign. – taget højde for, at**

Dato 11.11.2013

Tel. +45 51 27 07 40

andkri@rm.dk

Side 1

informationen henvender sig til en kulturelt mangfoldig sammensat patientgruppe?

I Region Midtjylland har vi en del patientinformation på en række sprog, men som udgangspunkt fremsendes det første brev på dansk – da vi jo ikke kender patientens baggrund. Se mere på www.patient.rm.dk

Hvis ja, hvordan?

Hvis nej – er der planer for området?

Hos den praktiserende læge

· **Rapporterer de praktiserende læger om problemer i forhold til behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund? Hvis ja, hvilke?**

Intet kendskab

· **Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle problemer? Hvis ja, hvordan?**

Intet kendskab

· **Gør I noget særligt for at sikre, at de praktiserende læger er klædt tilstrækkeligt på, hvis der i forbindelse med konsultationen, og de valg lægen skal træffe, skal tages højde for forhold relateret til patientens etnicitet, kultur eller forhold til religion?**

Der er samarbejdsfora hvor dette af og til drøftes, ellers benytter praksis regionens informationsmateriale og materiale fra Sundhedsstyrelsen. Godt samarbejde med tolke og kommunalt integrationskontor

· **Findes der et sted, hvor de praktiserende læger kan henvende sig med eventuelle spørgsmål og udfordringer, som måtte afstedkomme af deres kontakt med patienter med etnisk minoritetsbaggrund?**

Region Midtjyllands mangfoldighedskonsulent, tolke, Imamer og Sundhedsstyrelsen (integrationsråd)

Tolkning

· **Hvad gør I for at sikre, at de praktiserende læger er tilstrækkeligt klædt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk samt hvordan tolken bør anvendes?**

Det er op til den enkelte læge, vi har ingen retningslinjer – de følger de gængse

· **Hvad gør I for at sikre, at de tolke, der stilles til rådighed for de praktiserende læger, er kompetente og professionelle?**

Der mangler en tolkeuddannelse, men regionen holder af og til kurser med udbyder af tolkeydelse

· **Gør I jer overvejelser om at tilbyde videotolkning hos de praktiserende læger? Hvis ja – hvad er det tidsmæssige perspektiv for implementering?**

I Region Midtjylland er der mange steder mulighed for teletolkning og video og det ved vi også enkelte praksis anvender

Skjulte, behandlingskrævende traumer hos flygtninge

· **Gør I noget for at sikre, at de praktiserende læger udviser en skærpet opmærksomhed i forhold til identifikation af behandlingskrævende traumatiske oplevelser hos flygtninge**

Vi ved at de praktiserende læger kender til de tilbud der er for traumatiserede flygtninge

Yderligere spørgsmål kan rettes til Region Midtjylland Koncern HR
Att. Mangfoldighedskonsulent Anders K. Kristensen

Mail: andkri@rm.dk
Tlf. 51 27 07 40

BILAG 9

REGION NORDJYLLANDS BESVARELSE

I gode hænder hos
REGION NORDJYLLAND

Institut for Menneskerettigheder

Besvarelse af spørgeskema vedr. ligebehandling i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet generelt

· Oplever I, at der generelt i sundhedsvæsenet er udfordringer i forhold til at sikre alle lige adgang til sundhed uanset etnisk oprindelse? Hvis ja, hvordan?

Den nordjyske sundhedsprofil-undersøgelse fra 2010 viser, at der er stor social ulighed i sundhed i Region Nordjylland, når der måles på parametre som uddannelse, erhvervsstatus og etnisk baggrund. Det er generelt en udfordring at sikre, at den lige adgang til vores sundhedsvæsen ikke kun er et formelt mål, men at alle grupper i vores samfund har mulighed for at modtage de sundhedstilbud, de har behov for.

I forhold til borgere med etnisk baggrund viser den nordjyske sundhedsprofil, at borgere med ikke-vestlig baggrund adskiller sig fra personer med dansk baggrund på en række områder. De drikker mindre alkohol, er mindre fysisk aktive, har i højere grad sunde kostvaner og er i mindre grad svært overvægtige. Personer med ikke-vestlig baggrund har i højere grad kontakt til praktiserende læge og speciallæge samt har oftere været indlagt på sygehus. Der er en markant større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund, der har følt sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig og/eller ængstelig, nervøs, urolig og angst. Disse borgere har desuden i højere grad et dårlig selv-vurderet helbred, er i ringere grad tilfredse med livet og føler i højere grad, at de er stressede og har søvnproblemer.

En af målsætningerne i den politisk vedtagne folkesundhedsstrategi for sygehusene er:

"At sygehusene tilbyder en forebyggende indsats til alle patienter, der henvises til behandling på sygehus. Den forebyggende indsats differentieres i forhold til patientens sygdomsbillede og ressourcer."

I forhold til den patientrettede forebyggelse på sygehusene, er der således stor fokus på social ulighed i sundhed og sygehusenes opgave ift. at differentiere de forebyg-

Primær Sundhed Kontor for almen praksis

Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
Tlf.: 9764 8000
Fax: 9764 8335
www.rm.dk

Fuldmægtig
Heidi Trap
Direkte: 9764 8309
ht@m.dk

Ref.: Heidi Trap

Sagsnummer:
2013-000505

3. december 2013

gende tilbud, således at alle patienter – også de sårbare patienter – bliver i stand til at modtage forebyggelse. Alle forebyggelses-tilbud på sygehusene er differentierede, idet forebyggelses-samtaler på sygehusene er individuelle og tager udgangspunkt i den enkelte patients kram-screening, individuelle ressourcer og motivation for livsstilsændring. Endvidere lægger sygehusene vægt på, at man for særligt sårbare grupper kontakter hjem-kommunen, for dermed at sikre, at borgeren/patienten får mulighed for at modtage et tilbud fra kommunen.

· Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle udfordringer? Hvis ja, hvordan?

Hvad angår køn er det generelle billede i den nordjyske sundhedsprofil, at kvinder oplever at have et dårligere mentalt helbred – dette gælder især yngre kvinder. For mænd gælder at de i højere grad er ramt af somatiske sygdomme, men i mindre grad anvender praktiserende læge og speciallæger. Til gengæld bliver mænd hyppigere indlagt på sygehus og dør tidligere af deres sygdom.

· Har I indsatser, der har som mål at sikre, at alle har lige adgang til sundhed? Hvis ja, hvilke? Hvis nej – er der planer for området?

Lighed er en del af Strategi for sundhedsområdet 2014, hvor målsætningen er at:

Der skal være lighed i pleje og behandling for alle borgere

- Alle skal modtage behandling og pleje af samme høje kvalitet uanset økonomi, social status, etnisk baggrund, køn, alder, psykisk eller somatisk sygdom

Strategien indeholder derudover en række initiativer, der skal understøtte lighed i pleje og behandling:

- Videreudvikle patientinformation
- Iværksætte initiativer som følge af fælles landsdækkende indsats mod stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom
- Iværksætte initiativer som følge af Sundhedsaftalen, Sundhedsprofilen og Sundhedsstyrelsens rapport om "Ulighed i sundhed" m.m.
- Iværksætte særlig forebyggende indsats overfor udsatte gravide samt børn og unge.

Øget lighed i adgang til og brugen af sundhedstilbud understøttes også af regionens og sygehusenes fokus på at inddrage patienter og pårørende. Inddragelse er med til at skabe større lighed, da det sikrer, at hver enkelt patient bliver hørt, og der tages udgangspunkt i den enkeltes livssituation og de præferencer denne medfører.

Region Nordjylland har i efteråret 2013 vedtaget en politik for inddragelse af patienter og pårørende, hvoraf det fremgår at: "Udgangspunktet for politikken er, at vi i Region Nordjylland mener, at det er nødvendigt at anvende patienter og pårørendes res-

sourcer og viden for at sikre det bedst mulige forløb for den enkelte patient og i udviklingen af sundhedsvæsenets ydelser og fysiske rammer.”

Sygehusenes opmærksomhed på dette område ses fx af Aalborg Universitetshospitals etiske kodeks, der tydeliggør de værdier, der skal være gennemgående i de sundhedsprofessionelles tilgang til patienter, pårørende og borgere. Fx er en af overskrifterne: ”Patienten er ekspert i eget liv. Det enkelte individ er unikt, og hver enkelt person oplever sygdom og symptomer forskelligt og tillægger det forskellig værdi og betydning. Derfor lytter vi altid til, hvordan patienten opfatter egen sygdom og livssituation. Vi sætter os i patientens sted og søger at forstå de tanker og overvejelser, som patienten gør sig. Selve udgangspunktet er, at hver enkelt patient har forskellig baggrund, normer, religion, ønsker og behov.”

Inddragelse er med til at skabe større lighed, da det sikrer, at hver enkelt patient bliver hørt, og der tages udgangspunkt i den enkeltes livssituation og de præferencer denne medfører.

· Bliver der – ved indkaldelser til undersøgelser og kontrol etc. samt ved udarbejdelsen af patientinformation, patientvejledninger o. lign. – taget højde for, at informationen henvender sig til en kulturelt mangfoldig sammensat patientgruppe?

I forbindelse med indkaldelse af patienter er der stor fokus på sproget, således at sproget er på let forståeligt dansk. Dette gælder også patientinformation generelt. Der findes en række skriftlige informationer, som er udarbejdet på forskellige sprog. Der er mulighed for tolkebistand, f.eks. ved videotolkning. Der er udarbejdet retningsgivende dokument, hvor formålet er beskrevet som:

- At sikre, at fremmedsprogede og døve patienter tilbydes tolkebistand med henblik på styrkelse af kommunikationen om undersøgelse, pleje, behandling og/eller rehabilitering
- At sikre, at patienten forstår budskaber i forbindelse med undersøgelse, pleje, behandling og/eller rehabilitering

Hos den praktiserende læge

· Rapporterer de praktiserende læger om problemer i forhold til behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund? Hvis ja, hvilke?

Regionen oplever ikke, at de praktiserende læger rapporterer om specifikke problemstillinger i forhold til patienter med etnisk minoritetsbaggrund.

· Oplever I, at der er et kønsperspektiv i forhold til disse eventuelle problemer? Hvis ja, hvordan?

Ikke yderligere at tilføje i forhold til tidligere svar.

· Gør I noget særligt for at sikre, at de praktiserende læger er klædt tilstrækkeligt på, hvis der i forbindelse med konsultationen, og de valg lægen skal træffe, skal tages højde for forhold relateret til patientens etnicitet, kultur eller forhold til religion?

Området indgår som en del af den generelle kvalitetsudvikling på almen praksis området, og indgår i regionens fokus på ulighed i sundhed. Der har ikke i den senere tid i regionalt regi været afholdt arrangementer omkring dette emne. Der kan eventuelt rettes henvendelse til Praktiserende Lægers Organisation (PLO) med henblik på en forespørgsel omkring eventuelle kurser mv. i PLO-regi.

· Findes der et sted, hvor de praktiserende læger kan henvende sig med eventuelle spørgsmål og udfordringer, som måtte afstedkomme af deres kontakt med patienter med etnisk minoritetsbaggrund?

Praktiserende læger kan i Region Nordjylland henvende sig til Rehabiliteringscenter for flygtninge i Aalborg.

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/nordjylland/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser/p-psykisk/rehabiliteringscenter-for-flygtninge/>

Herudover kan de praktiserende læger finde information via forskellige kilder, herunder:

» [Lægehåndbogen, PTSD](#)

» [Lægehåndbogen, Flygtningepatienten](#)

» www.flygtning.dk

Tolkning

· Hvad gør I for at sikre, at de praktiserende læger er tilstrækkeligt klædt på til at kunne vurdere, hvornår der bør anvendes tolk samt hvordan tolken bør anvendes?

- På www.sundhed.dk ligger der forløbsbeskrivelser med henvisning til Lægehåndbogens artikel om "Flygtningepatienten", hvori der blandt andet er beskrevet forhold vedrørende anvendelse af tolk. Der har indtil nu ikke været udbudt efteruddannelse for praktiserende læger med henblik på at sikre, at de praktiserende læger er klædt på til opgaven. Men det indgår i overvejelserne omkring vores teletolkningsprojekt - se sidste spørgsmål.

· Hvad gør I for at sikre, at de tolke, der stilles til rådighed for de praktiserende læger, er kompetente og professionelle?

- I Region Nordjylland har tolkeopgaven været i udbud, og der er efterfølgende kun godkendt 4 tolkebureauer. Såfremt tolkeopgaven skal i udbud igen, vil kvalitetssikring igen være en væsentlig parameter.

· **Gør I jer overvejelser om at tilbyde videotolkning hos de praktiserende læger?**

MedCom har tidligere gennemført pilotprojekt med teletolkning, hvor tre praktiserende læger fra Region Nordjylland deltog. Dette projekt genoptages i 2014, hvor vi inddrager yderligere klinikker med henblik på at få flere erfaringer med at anvende teletolkning (videotolkning).

Skjulte, behandlingskrævende traumer hos flygtninge

· **Gør I noget for at sikre, at de praktiserende læger udviser en skærpet opmærksomhed i forhold til identifikation af behandlingskrævende traumatiske oplevelser hos flygtninge?**

Der er udarbejdet en forløbsbeskrivelse for henvisning til Rehabiliteringscenter for flygtninge i Aalborg, jf. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaaglig/praksisinformation/almen-praksis/nordjylland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/p-psykisk/rehabiliteringscenter-for-flygtninge/>

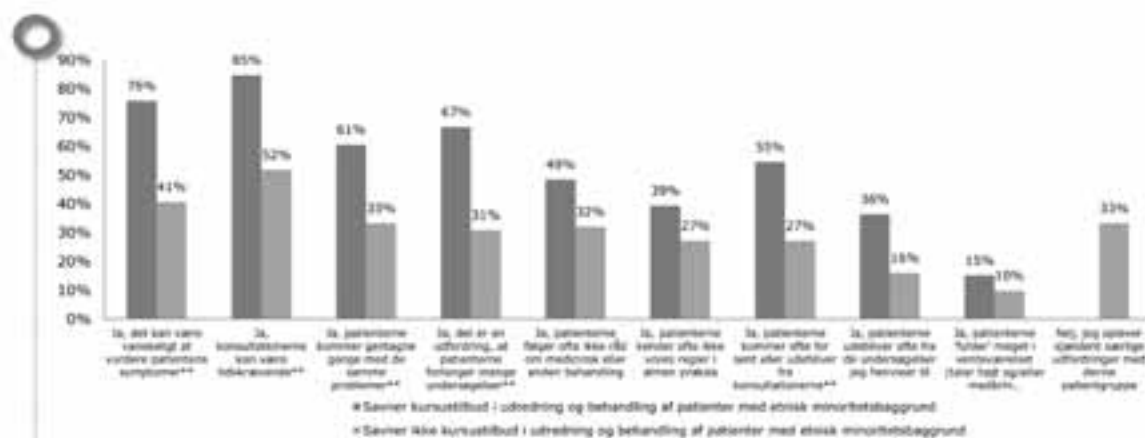
Med venlig hilsen

Heidi Trap
Fuldmægtig

BILAG 10

UDFORDRINGER OG KURSUSEFTERSPØRGSEL

Udfordringer og kursusefterspørgsel



- Der er forskel på hvilke udfordringer, som umiddelbart har betydning for, om lægerne efterspørg kurser i minoritetsbehandling.
- Af de læger, som oplever, at det er vanskeligt at vurdere patienternes symptomer, som oplever tidskrævende behandlinger, at patienterne ofte kommer igen med samme problemer, at patienterne forlanger mange undersøgelser og at patienterne udebliver, er der en statistisk signifikant større andel, som efterspørg kurser i minoritetsbehandling end blandt de læger, som ikke oplever disse udfordringer.

**Forskellene er signifikante på et 0,05-niveau

N=114

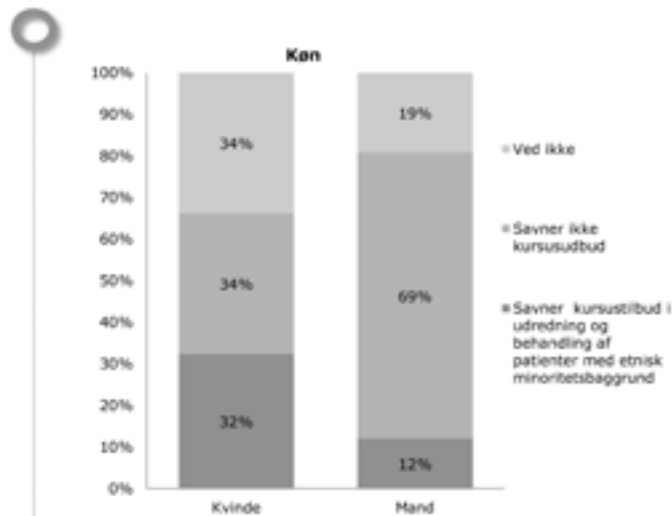
24

BILAG 11

KØN OG KURSUSEFTERSPØRGSEL



Køn og kursus efterspørgsel



Der er en statistisk signifikant større andel af de kvindelige læger, som efterspørger kurser i behandling af minoriteter – faktisk er der hele 20%-point flere kvinder, der efterspørger kurser end der er mænd.

**Forskellene er signifikante på en 0,05-niveau

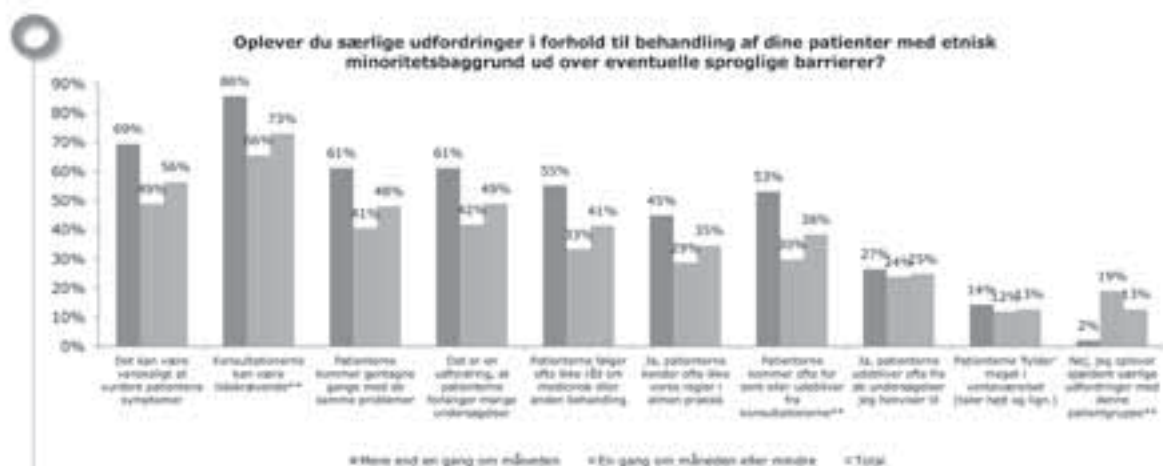
N=154

25

BILAG 12

UDFORDRINGER OG FREKVENNS FOR BRUGEN AF FREMMØDETOLK

Udfordringer ved behandling af etniske minoriteter



- Der er ingen statistisk signifikante forskelle mellem regioner eller mellem køn, hvad angår udfordringer ved behandling af etniske minoriteter.
- Der er dog signifikant forskel mellem gruppen af læger, som ofte bruger tolke (mere end en gang om måneden) og de læger, som ikke ofte bruger tolke (en gang om måneden eller mindre).
- I gruppen af læger, som ofte bruger tolke, er der en statistisk signifikant større andel, som oplever tidskrævende konsultationer, og at patienterne ofte udebliver. I gruppen af læger, som sjældent bruger tolke, er der en signifikant større andel, som sjældent oplever nogen udfordringer - 19% mod 7%.

**Forskellene er signifikante på et 0,05-niveau

N=133

BILAG 13

BRUGEN AF VOKSNE PÅRØRENDE SOM TOLKE
OG KØN

Brug af andre end professionelle fremmødetolke



+ Der er en signifikant større andel af kvinder (17%), som ofte bruger **voksne** pårørende til at tolke sammenlignet med mænd (kun 4%).
**Forskellene er signifikante på et 0,05-niveau

n=133

29

BILAG 14

SYV LÆGEFORTÆLLINGER OM KOMPLEKSE MØDER

Fortællingerne stammer fra rapporten "Udvikling af en indvandrerkonsulentfunktion for praktiserende læger, Københavns Kommune 2002" af Lise Dyhr.

MAHIN

"Mahin, 49 år, kom fra Pakistan i begyndelsen af 80'erne, gift med hyrevognschauffør. Har 5 børn.

Hun har overvejende været hjemmegående, men i perioder ansat på fabrik og i køkken. Har i forbindelse med aktivering været på danskkurser, men har ikke lært at tale dansk. Hun har haft mig som læge i mange år. Hun har igennem mange år haft ryg-gener, nakkesmerter og kronisk hovedpine. Har i 1993 været hos psykiater, som skriver: "... hun er helt fikseret i sin sygdom, in casu smerteklagerne. Psykiatrisk kan jeg ikke hjælpe hende, men jeg vil forslå henvisning til neurolog, idet symptomer kunne tyde på supra-orbital neuralgi (smerter begrundet i irritation af nerve)". Mahin har siden været hos neurolog og øjenlæge, hvor man ikke har kunnet hjælpe hende. Hun har i perioder været behandlet med migrænemedicin uden effekt. I 2000 henviste jeg hende til smerteklinik og hovedpineklinik, der er lang ventetid. Så henvender hun sig

med træthed. Det viser sig at hun har hepatitis C (leverbetændelse) og lettere forhøjede levertal. Jeg henviser hende til sygehus, som efter et stykke tid finder ud af, at der ikke er indikation for behandling. Mahin bliver tiltagende ængstelig deprimeret og grædende, hvorfor der opstartes antidepressiv behandling. Pga. struma (forstørret skjoldbruskkirtel) og synkebesvær henvises hun til hospital og behandles med radioaktiv jod med beskedent effekt på synkebesværet. Lægevagten får henvist hende til et daghospital. Udskrivningskortet derfra fortæller at alle laboratorieprøver er normale. Man anbefaler derudover henvisning til psykiater. Der er lang ventetid til behandling hos psykiatere og mine forventninger er ikke alt for store. Det er sjældent, at der kommer noget konstruktivt ud af det. Mahin har ikke været til undersøgelse på smerteklinikken endnu. Hovedpineklinikken fandt at Mahin var uden for deres målgruppe. Det samme gjaldt distriktspsykiatrien. Tilstanden er kritisk, familien er lige ved at bryde sammen. Den antidepressive medicin, som er justeret undervejs, har ikke hjulpet hende. Familien foreslår, at hun tager til Pakistan og behandles af psykiater der. Der skrives forslag herom til forvaltningen (LÆ

165, forslag om socialmedicinsk behandling). Patienten får afslag, men rejser alligevel....."

DIHAN

"Dihan er fra Mellemøsten og 35 år. Kommet til Danmark i 90'erne. Han har tre børn og PTSD (svære traumerelaterede stresssymptomer). Henvises til behandlingsinstitution, hvor der desværre er langt sagsforløb. Venteperioden er meget stressende, idet han er opsat på behandling. Han har gentagne henvendelser til mig mhp. at fremskynde sagen, der trækker i et uacceptabelt langdrag. Det viser sig, at sagsbehandler var inkompetent og ender med at blive fyret. Han har i forløbet klaget over hovedpine. Der blev målt normalt blodtryk og han blev henvist til lindrende fysioterapi. Han har ikke råd hertil, hvorfor der udfærdiges LÆ 165. Han klager senere over synsproblemer og henvises til øjenlæge, som han ikke går til. Da han næste gang nævner hovedpine og synsforstyrrelser henvises han akut til øjenlæge, som finder stasepapil (påvirkning af synsnerven). Da han endelig henvises til behandlingscenter for traumatiserede indvandrere stilles sagen i bero, da han nu søger pension."

HATICE

"Hatice, 30-årig tyrkisk kvinde med 3 børn. Har boet i Danmark siden 1991. Hun har idelige nakkeskulderågs-myoser. Hun er D-vitaminbehandlet. Hun har tiltagende henvendelser pga. ondt i ryggen. Jeg oplever hende, som om hun ikke vil i arbejde og/eller aktivering. Hendes

livsstilsopfattelse er den at være husmor. Nogle gange kommer hun med maling på fingre efter at have malet køkkenet derhjemme. Fysioterapi er uden virkning. Hun siger, at hun laver gymnastik derhjemme. Familien har bl.a. anskaffet sig en motionscykel. Sidste sommer havde hun været i Tyrkiet. Lægerne dernede tog et røntgenbillede og fortalte hende, at hun havde discusprolaps og anbefalede hende at ligge ned i 9 måneder. Hun medbringer billederne fra Tyrkiet. Hun har dog ingen symptomer, når hun er i Tyrkiet. Ved objektiv undersøgelse har jeg ikke fundet tegn til rodtryk (at nerverne er påvirket af f.eks. tryk fra en discusprolaps), men myoser. Hun har været sygemeldt i knapt 1 måned pga. psykisk instabilitet. For nogle år siden henviste jeg hende til et indvandregymnastikhold, hvor fysioterapeuten bemærker, at hun bevæger sig frit og ubesværet. Man har dog sendt hende til hospital til neurokirurgisk vurdering for at udelukke rodtryk. Hun MR-scannes. Så vidt jeg kan forstå på det notat, som jeg langt om længe og efter gentagne rykkere får tilsendt, kan man ikke helt udelukke en prolaps og/eller forklare hendes smerter, hvorfor man fra neurokirurgisk side har henvist hende til Rygcentret. Hun venter stadig på at blive indkaldt dertil. Jeg venter spændt på, hvad det næste udspil bliver fra væsenet. Man har henvist hende til mig mhp. sygemelding"

MOHAMMED

"Mohammed er 32 år og har skiftet læge til mig. Han har hørt fra andre, at jeg er en god læge. Jeg mødte ham for første gang i oktober

med min sædvanlige tolk. Hans problemer var udslet og hæmaturi (blod i urinen). Han får behandling for eksemet og en ny tid, hvor jeg i mellemtiden rekvirerer hans tidligere journal. Ved næste konsultationer præsenterer han endnu flere helbredsproblemer og fremtræder depressiv med svære søvnproblemer. Jeg har stadig ikke fået papirer endnu. Jeg opstarter antidepressiv medicinsk behandling med effekt på søvnbesvær og har hyppige kontroller. Hans psykiske tilstand forværres, han vil ikke tage medicinen pga. bivirkninger. I december har han det rent katastrofalt, hvorfor jeg henviser ham til psykiater. Han får en tid ½ år efter! Hvad gør jeg indtil da? Mohammed er dårlig og udadreagerende aggressiv. Han kræver flere speciallægeundersøgelser og parakliniske undersøgelser. Hans tidligere læge har henvist ham til tropemediciner i 1999, hvor intet abnormt blev påvist. Derudover har han været til hæmaturiudredning, hvor man ikke fandt behandlingskrævende tilstand medens hudlægen konkluderer at hudkløe og udslet er prurigo psykogenica/neurodermatitis (udløst af psykiske årsager). Pt. er velfotograferet: thorax, columna totalis etc. (fået taget røntgenbilleder af brystkasse, rygsøjle, m.m.). Alt uden abnorme fund. Alle blodprøver er normale. Tidligere læge har henvist ham til behandling på institution for traumatiserede indvandrere. Han kom dertil efter lang ventetid. Man fandt at han havde været udsat for traumatiske oplevelser i forbindelse med fængselsophold m.m. Man kunne dog ikke tilbyde ham behandling.

Afslaget skyldtes hans manglende motivation, idet han primært ønskede behandling af sin rygssygdom, som det stod i forvisitationspapirerne. Familien fungerer stadig dårligere. Han har været undersøgt på hospital for sin rygsmerter. Der foreslog man henvisning til neurolog mhp. udelukkelse af discusprolaps. Efter mange måneders ventetid finder man ikke tegn til discusprolaps. Man foreslår i stedet henvisning til anæstesiolog mhp. akupunkturbehandling. I min desperation sender jeg ham til anæstesiolog mhp. blokadebehandling. Han har været der en gang og vil ikke mere. Han bliver dårligere og dårligere, kan ikke koncentrere sig, kan ikke sove, er bange for at dø. Han har rygsmerter og hæmaturi. Han kan ikke deltage i den undervisning, han som led i aktivering er henvist til. Jeg har gjort kommunen opmærksom på familiens situation på en af de – efterhånden mange lægeattester man har ønsket om familien. Sidst på en statusattest vedrørende hans kone. Hun har ikke været i skole, fordi hun måtte passe sine børn hjemme. Den private skole de gik på blev lukket og der gik 10 dage inden de fandt en ny. Derudover havde hun fået tiltagende migræne og træthed og angstsymptomer. Jeg ringer til Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, som giver mig ret i, at det er en svær situation. Det bliver "spændende" at se hvorledes det går børnene. Jeg har bedt hende om at tage dem med næste gang, da den mindste er meget urolig og vågner mange gange om natten."

RIFAT

”Rifat, 25 år. Født i Tyrkiet og opvokset i Danmark. Familien er socialt dårligt fungerende på flere områder. Han har de sidste par år haft en del henvendelser med øvre dyspepsi, hoste (er storryger), testesproblemer. Han virker sygdomsangst og jeg henviser ham til psykiater, da han kun vil tale sygdom med mig. Distriktspsykiatrien finder, at han er uden for deres målgruppe. Jeg henviser ham til en psykiater udenbys trods lang ventetid, da de andre ikke har interesse i indvandrere. Manden er skizofren. Får Lithium og Fontex og bedres betydeligt. Set i bakspejlet passer pengene. Det var godt jeg insisterede.”

IFRAH

”Ifrah, en 28-årig somalisk kvinde føder et dødfødt barn. Hun kommer i konsultationen et par uger efter. Umiddelbart opfatter jeg hende som psykotisk. Hun ligger og taler i en rivende strøm på gulvet i venteværelset og kan ikke stoppes. Da jeg ikke opnår ordentlig kontakt med hende, som jeg i øvrigt kender godt, henviser jeg hende akut til psykiatrisk afdeling. Det kommer der ikke noget ud af. Hun er hurtigt hjemme igen og oppe hos mig igen. Vi har gentagne konsultationer. Først da forstod jeg, at hun bad, den dag i venteværelset. Ifrah fortæller, at hendes religion er en uvurderlig støtte i den aktuelle situation. Hendes bevægeapparatgener, som før har været vanskelige at hjælpe hende med, blusser op. Efterhånden kommer Ifrah ovenpå. Nu går hun til styrketræning og danskundervisning samt fysioterapi betalt af kommunen.”

ISMAIL

”Ismail er 45 år og kommer fra Pakistan. Han har tidligere boet og arbejdet i Frankrig. Hele familien har skiftet læge til mig, da Ismail har hørt, at jeg er god til at tale fransk. Han håber, at vi derfor bedre kan forstå hinanden. Ved den første konsultation fortæller Ismail, at han har fået konstateret sukkersyge, men at lægen ikke gjorde noget ved det. Min sygeplejerske har tilfældigvis kort tid forinden været til foredrag på diabetesambulatoriet, hvor man bl.a. reklamerede for et tilbud om gruppeundervisning på urdu for pakistanere med type-2-diabetes. Det måtte være det helt rigtige for Ismail, forklarede jeg ham, og sendte en henvisning til hospitalet, hvor jeg anførte, at henvisningen kun gjaldt diabetesskole på urdu. Der gik et halvt år, hvor jeg intet hørte fra hospitalet. Ismail kom adskillige gange i den periode i konsultationen pga. smerter i ryg og skuldre. Jeg spurgte hver gang til diabetesskolen. Der gik flere måneder, førend Ismail fik brev fra hospitalet om at møde i ambulatoriet. De første gange tog de forskellige blodprøver, og det var der ikke grund til, mente Ismail – det havde jeg jo allerede gjort, hvilket han jo kan have ret i. Derefter skulle han selv lære at måle blodsukker, men det var han slet ikke interesseret i, da han ikke mente at have råd til et blodsukkerapparat. Og hvorfor skulle han egentlig det, når jeg havde forklaret ham, at det daglige blodsukker ikke var det vigtigste. Jeg spurgte til kostvejledningen på urdu – det kendte Ismail ikke noget til. I løbet af de næste måneder blev Ismail tiltagende negativ over for ambulatoriet. Han viste mig to vandrejournaler,

hvoraf det bl.a. fremgik, at diætisten var syg – det var ellers det, jeg havde sat min lid til. Ismail gav mig et papirudklip af omridset af sin fod og rystede opgivende på hovedet. Han mente i det hele taget, at det hele var spild af tid, - desuden syntes han, at ambulatoriet ikke tog hensyn til, at han skulle passe sprogkursus og arbejde. Han havde svært ved at se formålet med sin gang i ambulatoriet, og det havde jeg efterhånden også. Da jeg efter et halvt års tid ringede til hospitalet og efterlyste diabetesskolen på urdu forklarede man, at den var ophørt pga. personaleudskiftning. Det senere fremsendte lægebrev forklarede, at diabetesskolen på urdu ikke kunne realiseres pga. mangel på pakistanske patienter med diabetes. Næste gang jeg så Ismail, var han til sin store tilfredshed afsluttet i ambulatoriet. Hans vægt var øget med et par kilo, og sukkersygen dårligere reguleret end da vi startede.”

BILAG 15

EKSEMPLER PÅ OVERSETE ELLER FEJLFORTOLKEDE SYMPTOMER OG SYGDOMME

Listen er baseret på Indvandrermedicinsk Klinik på OUH's diagnosticering af 134 patienter henvist med langvarige uafklarede helbreds- og/eller complianceproblemer. (Sodemann m.fl., 2013, s. 83).

- Kulturchok (tuberkulose i ryggen)
- Demens (PTSD)
- Dårlig begavelse (PTSD)
- Arbejdsulykker (PTSD)
- Smerter i fødder og knæ (torturfølger)
- Opereret for nervebetændelse (PTSD)
- Træthed, migræne, muskel-led-smerter (sarkoidose, en bindevævssygdom), nyresvigt, nervebetændelse (sukkersyge)
- Træthed, synkesmerter, muskelømheden, sitren (hormonknude i biskjoldbruskkirtlen)
- Fibromyalgi og depression (PTSD, fingeret henrettet tre gange)
- Rygsmerter (arbejdsulykker)
- Rygsmerter (granatsplinter i ryggen)
- Rygsmerter (afføringsinkontinens efter anal tortur)
- Skuldresmerter (ophængning under tortur)
- Pensionist med meningitis to gange (hovedtraume med defekt meninges, slået ned og tortur)
- Afviser gynækologisk undersøgelse (voldtaget af læger på hospital i hjemland)
- Voldsom reaktion på scanning (skjult i vandtank)
- Ung mand med hyppige indlæggelser (far PTSD og angst)
- Overgangsalder (hormonknude i biskjoldbruskkirtlen)
- Etniske smerter (kræft i lever, bryster, underliv, lunger)
- Bensmerter (spinal stenose)
- Diffuse smerter (polymyositis)
- Nakkesmerter (halsribben)
- Uro i benene (astma)
- Rygsmerter (analfistler efter tortur)
- Træthed, diffuse symptomer (nyligt AMI og påvirket hjertefunktion)
- Ændres psykisk ved første barn (tidligere børnesoldat)
- Skuldresmerter (godartet knude i overarmsknogle)
- Skuldresmerter (tortur, ophængning)
- Nyretransplanteret med dårlig compliance
- 10 akutte indlæggelser (arvelig middelhavsfeber)
- Rollemodel dropper alle job og roller (blodprop)
- Migræne (tandbylder, kronisk bihulebetændelse, gift i spytkirtel)
- 3 akutte indlæggelser med ondt i armen (blodkræft)

- Rygsmerter (diskusprolaps med varig lammelse)
- Dårlig til at tage blodtryksmedicin (dårlige nyrer)
- Smerter i nakken og føleforstyrrelser (medfødt misdannelse i rygmarven)
- Stoppede medicin for blodprop i hjertet, fordi smerter fortsatte (brækket ribben)
- Insulinsukkersyge, stopper insulin (børnesoldat retraumatiseres, da han selv får børn)
- Vietnameser sygemeldes og ændres psykisk (retraumatiseret af oversvømmelse i kælder)
- Skizofreni (astma)
- Voldsomme symptomer uden forklaring (forstoppelse)
- Ondt i maven – somatiserende (ovariesygdom, mælkesukkerallergi, sukkersyge, blærepolyper)
- Etniske smerter (rheumatoid arthritis)
- Diffuse symptomer (strongyloides-infektion)
- Bensmerter (granatskader)
- Diffuse mavesmerter (fibrom i uterus)
- Diffuse mavesmerter (mælkesukkerintolerance)
- Diffuse mavesmerter (dværgbændelorm)
- Lændesmerter (fæcesinkontinens)
- Somatisering og pensionsønske (arbejdsskade med tungt løft som barn i hjemland)
- Funktionelle etniske anfald (epilepsi ved Takayashus syndrom)

REFERENCER

Afsar, A.G. og M. Fuglsang (2010). "Enheden for brugerundersøgelser". I: Sundhedsstyrelsen: Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. København.

Baig, N., M. Kastrup og L. Rasmussen, (red.) (2010): Tro, omsorg og interkultur. København: Hans Reitzels Forlag.

Chéret, H. (2007): "Læger bruger indvandrerbørn som tolke" I: Dagens Medicin, 9.maj 2007. Tilgængelig på: www.dagensmedicin.dk/nyheder/lager-bruger-indvandrerborn-som-tolke. Besøgt 18-6-2014

Christoffersen, J. (2009): Lov om etnisk ligebehandling. København: Thomas Reuters.

Damm, H. og I. Neermark (2012): "Ligestillingsarbejdsgruppens forslag til prioritering af indsatser på baggrund af høringsrunden" med redegørelse for Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital, OUH, Råds- og Direktionssekretariatet, 27. februar 2012.

Danmarks Statistik (2013): Indvandrere i Danmark 2013. København.

Diderichsen, F., I. Andersen og C. Manuel (2011): Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen.

Diskrimineringsombudsmannen (2012): Rätten till sjukvård på lika villkor. Stockholm.

Dyhr, L. (2002): Udvikling af en indvandrerkonsulentfunktion for praktiserende læger. København: Forskningsenheden for Almen Praksis.

Dyhr, L. og N. Hamerik. (2006): "Tolkeanvendelse i arbejdet med flygtninge- og indvandrerpatienter". I: Indvandrermedicin. Særtryk fra månedsskrift for praktisk lægegerning 2006. København.

Dyhr, L. og M. Sodemann. (2014). "Samtalen med indvandrerpatienten. Hvordan undgår vi skyttegravskrig?". Månedsskrift for Almen Praksis, 11, 873-881.

Esholdt, H.F. og M. Fulgsang. (2009). Etniske forskelle i patienters oplevelser En spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital. Enheden for brugerundersøgelser. Region Hovedstaden.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2013): Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Wien.

Frederiksen, H.W., Z. Kamper-Jørgensen, C. Agyemang, A. Krasnik og M.L. Nørredam (2013): "Health-reception of newly arrived documented migrants in Europe-why, whom, what and how?". *European Journal of Public Health*. 23(5), s. 725-726.

Frederiksen, H. W. og M. Nørredam (2013): Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere. Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Københavns Universitet.

Frederiksen, H.W., Krasnik, A. og Nørredam, M. (2012): "Policies and practices in the health-related reception of quota refugees in Denmark". *Danish Medical Journal*, 59/1, januar 2012.

Hansen, M.T.L. og S.S Nielsen (2013): "Tolkebrug i det danske sundhedsvæsen", *Ugeskrift for Læger*, 175(10).

Harpelund, L., S.S. Nielsen og A. Krasnik (2012): "Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark". *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), s. 457-465.

Institut for Menneskerettigheder (2013): Etnisk oprindelse. Status 2013. København.

Jensen, N.K., M. Nørredam, S. Priebe, og A. Krasnik (2013): "How do general practitioners experience providing care to refugees with

mental health problems?: A qualitative study from Denmark". *B M C Family Practice*, vol. 14:17.

Kristiansen, M. og A. Krasnik (2010): "Sundhedsprofessionelles udfordringer i mødet med etniske minoritetspatienter" I: Sundhedsstyrelsen: Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. København.

LG Insight (2013): Undersøgelse af indsatsen for flygtninge med traumer i Danmark. Odense.

Lindberg, L.M.G, T. Thorsen og S. Reventlow (2011): Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. En fokusgruppeundersøgelse med alment praktiserende læger i København, Odense og Århus. København: Sundhedsstyrelsen.

Lou, S. (2008): Tre er et umage par. En undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet. Region Midtjylland.

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (2013): Midlertidig information om helbredsmæssig vurdering af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. København.

Montgomery, E. (2005): "Traumatiserede flygtningefamilier" I: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, Januar 2005(1).

Nørregaard, C. (2002): "Kommunikation og tolkning i det diagnostiske og terapeutiske arbejde med fremmedsprogede patienter" I: Alberdi, F., C. Nørregaard, M. Kastrup og M. Kristensen (red.): Transkulturel psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag.

Nørgaard, N. "Uligheden i sundheden vokser og vokser. Et brutaliseret arbejdsmarked gør det svært at mindske uligheden i sundheden". I: Politiken 7. maj 2012.

Nørredam, M. og Krasnik, A (2009): "Ingen velkomst til det danske sundhedsvæsen", Kronik, Ugeskrift for Læger, 171/25, 15. juni 2009.

Rasmussen, L.I. (2010): "Læger frygter fejlbehandling af udlændinge", Ugeskrift for Læger 2010; 172 (38): 2572-2573

Region Midtjylland (2009): Sociale forskelle i sundhed – anbefalinger fra det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed. Viborg.

Sodemann, M., T. Rønde Kristensen, D. Nielsen, A. Svabo, S. Buch Korsholm, M. Meedom Hermansen, D. Andersen, D. Rasmussen, L. Zeraiq (2013): Tak fordi I lavede en bedre version af mig. Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik 2008-2013. Videnskaben og de praktiske erfaringer: etniske minoritetspatienter på sygehus. Indvandrermedicinsk klinik, Infektionsmedicinsk afdeling, Odense

Universitetshospital og Center for global sundhed og indvandrermedicin, Klinisk Institut, Syddansk Universitet.

Sundhedsstyrelsen (2010): Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. København.

Sundhedsstyrelsen (2012): Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. København.

Sundhedsstyrelsen (2007): Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter. København.

Talevski, K. (2012): "Vejledning og information". I: Ougaard, C., J-C. Bülow, J. Møller, J. Olsen og S. Rønsholdt (red): Forvaltningsloven 25 år. København: Djøf forlag.

Troelsen Skou, M. (2006): "Indvandrere er en belastning", Sygeplejersken 2006(2).

Tænk tanken VM - Viden om Mænd (2011): "30 forslag – en politik for drenge og mænds ligestilling". www.taenketankenvm.dk

Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap, hvidbog (2014): Danske Handicaporganisationer og Lægemedellindustriforeningen.

NOTER

DEL I

- 1 Se bl.a. Sundhedsstyrelsens "Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi" fra 2010 og antologien "Tro, omsorg og interkultur" også fra 2010 redigeret af Baig, Kastrup og Rasmussen.
- 2 FN's Komité for Økonomiske, Sociale og Kulturelle Rettigheder har desuden udtalt, at sundhedsydelse skal være tilgængelige for alle – især de mest sårbare og marginaliserede grupper i befolkningen – både i lov og praksis uden diskrimination på grund af blandt andet race og national oprindelse. Tilgængelige sundhedsydelser omfatter fysisk og økonomisk tilgængelighed samt retten til at søge, modtage og give information vedrørende sundhed.
- 3 Hertil skal nævnes, at lov nr. 1638 af 26/12/2013 om ændring af sundhedsloven § 2 a gør gældende, at en sundhedstjenesteyder ikke i sin virksomhed må udøve forskelsbehandling af patienter på baggrund af nationalitet, medmindre forskellen er begrundet i objektive kriterier.
- 4 Bekendtgørelse af lov nr. 905 af 3. september 2012 om Ligebehandlingsnævnet.
- 5 Om Patientombuddet: https://www.patientombuddet.dk/da/Klage-_og_sagstyper/Patientklager.aspx.
- 6 Se fx Lindberg, L.M.G, T. Thorsen og S. Reventlow (2011), s. 10.
- 7 Frederiksen, H. W. og M. Nørredam (2013), s. 6.
- 8 Den præcise definition af vestlige og ikke-vestlige lande er ifølge Danmarks Statistik følgende: Vestlige: EU28 plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikke-vestlige: Alle øvrige lande. Se Danmarks Statistik (2013), s. 12.
- 9 Se Danmarks Statistik (2013), s. 11.
- 10 Oplyst under samtale med professor og overlæge Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital, maj 2014.
- 11 Oplyst under samtale med professor og overlæge Morten Sodemann,

Indvandrermedicinsk Klinik, Odense
Universitetshospital, maj 2014.

migrants, asylum seekers and refugees. A
systematic overview. *Psychother Psychosom
Med Psychol* 2008; 58 (3-4): 109-122.

12 Se Diderichsen, F., I. Andersen og C. Manuel
(2011), afsnit 3.2.6, tabel 3.4, over relativ
dødelighed blandt indvandrere i Danmark
2000-2009 i aldersgruppen 25-89 år.

13 Her henviser forfatterne af Ulighed i
sundhed – årsager og indsatser til: Dixon-
Woods, M., Kirk, D., Agarwal, S., Annandale,
E., Arthur, T., Harvey, J. et al.: *Vulnerable
groups and access to health care: a critical
interpretive review.*
National Co-ordinating Centre for NHS
Service Delivery and Organisation R&D.
National Institute for Health Research. NHS;
2005.

14 Her henviser forfatterne af Ulighed
i sundhed – årsager og indsatser til:
Norredam, M., Christiansen, T. *Lack of equity
in access to health care.*
Ugeskr Læger 2010; 172 (10): 782-784.

15 Her henviser forfatterne af Ulighed i
sundhed – årsager og indsatser til:
Nielsen, S.S. *Equity in Access to Healthcare
Services for Migrants – A Comparative Study.*
Ph.D.-thesis. Copenhagen University; 2011.

16 Her henviser forfatterne af Ulighed i
sundhed – årsager og indsatser til:
Lindert, J., Brahler, E., Wittig, U., Mielck,
A., Priebe, S. *Depression, anxiety and
posttraumatic stress disorders in labor*

DEL II

- 1 Lovbekendtgørelse 2010-07-13 nr. 913 (Sundhedsloven) § 7, stk. 1 og 2. Ved bopæl forstås tilmelding til Folkeregisteret. For personer uden bopæl i Danmark, som midlertidigt opholder sig i landet, ydes som udgangspunkt alene akut behandling.
- 2 "I Danmark er brugerbetaling koncentreret til ydelser hos tandlæge, fysioterapeut, psykolog samt egenbetaling på medicin. Fysioterapi og psykologbehandling indgår ofte i rehabiliteringen af personer med langvarigt sygefravær. Men en indkomst på sygedagpenge giver begrænset råderum til at betale for disse ydelser, og der er derfor en risiko for, at denne gruppe i stedet for at blive rehabiliteret til arbejdsmarkedet overgår til førtidspension." (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 122).
"Der er både ud fra et ulighedsperspektiv og også ud fra et generelt effektivitetsperspektiv meget, der taler imod en udbygning af brugerbetaling. Det er særlig uhensigtsmæssigt, at der er brugerbetaling på ydelser fra psykologer og fysioterapeuter, som har særlig relevans for de sygdomsgrupper (psykiske lidelser og muskelskeletlidelser), som dominerer sygefravær og førtidspension blandt udsatte borgere" (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011, s. 124).
- 3 Jf. Nørredam, M. og Krasnik, A (2009).
- 4 Lov om ændring af integrationsloven nr. 650 af 12. juni 2013 § 15 d.
- 5 Jf. Bemærkninger til forslag til lov om ændring af integrationsloven og lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats. L 190. 2012-13. Se 3.2.
- 6 Jf. Bemærkninger til forslag til lov om ændring af integrationsloven og lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats. L 190. 2012-13. Se 3.2.
Vi har i Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold den 20.3.2014 fået oplyst, at vejledningen ikke er udarbejdet, og at der ikke findes en fast dato for, hvornår den foreligger. Indtil vejledningen er udarbejdet, anvendes dokumentet Midlertidig information om helbredsmæssig vurdering af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. Dokumentet findes på bl.a. www.integrationsviden.dk og www.laeger.dk.
- 7 Asylansøgere (derimod) er både før og efter lovændringen blevet tilbudt en helbredsundersøgelse. "Når en asylansøger kommer til Danmark, får han eller hun tilbudt en samtale med Dansk Røde Kors' sygeplejersker på center Sandholm. De spørger til personens fysiske og psykiske helbred og til akutte eller kroniske lidelser, der kræver behandling eller medicin. Sygeplejersken samler oplysningerne i det, der bliver asylansøgerens medicinske journal" Kilde: <http://frivillig.drk.dk/sw39915.asp>).

- 8 Fremgik af seminar om den sundhedsmæssige modtagelse af flygtninge og indvandrere i Danmark arrangeret af MESU, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Seminaret blev afholdt 27. marts 2012.
- 9 Fremgik af seminar om den sundhedsmæssige modtagelse af flygtninge og indvandrere i Danmark arrangeret af MESU, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Seminaret blev afholdt 27. marts 2012.
- 10 Fremgik af seminar om den sundhedsmæssige modtagelse af flygtninge og indvandrere i Danmark arrangeret af MESU, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Seminaret blev afholdt 27. marts 2012.
- 11 Se Frederiksen, H.W., Krasnik, A. og Nørredam, M. (2012).
- 12 LG Insights undersøgelse "omfatter alene flygtninge og indvandrere med traumer, der har fået traumer som følge af krig, tortur, flugt, overgreb m.m. Afdækningen omfatter alene flygtninge med opholdstilladelse i Danmark. Flygtninge og indvandrere, der har fået traumer som følge af bilulykke i Danmark, voldtægt i Danmark, vold i familien el.lign., er ikke omfattet af undersøgelsen. Tilsvarende er danske soldater hjemvendt fra krig heller ikke omfattet af undersøgelsen." (LG Insight, 2013, s. 7).
- 13 Jf. Jensen, N.K., M. Norredam, S. Priebe og A. Krasnik, (2013).
- 14 Jf. Jensen, N.K., M. Norredam, S. Priebe og A. Krasnik, (2013).
- 15 http://www.integrationsviden.dk/nyankomme/integrationsindsats/helbreds vurdering-af-nyankomme-flygtninge-og-familiesammenforte-til-flygtninge/#.U5Gi4_5WHMA, eller http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=10413011.PDF
- 16 Der er anvendt Chi²-test for at teste for statistisk signifikante forskelle mellem andele i forskellige grupper. Der er anvendt 0,05 som statistisk signifikansniveau. Statistisk signifikante forskelle er markeret med to stjerner (**).
- 17 Lov 2000-05-31 nr. 429 om behandling af personoplysninger (persondataloven) § 7, stk. 1.
- 18 Damm H. og I. Neermark (2012).
- 19 Fremgik af seminar om den sundhedsmæssige modtagelse af flygtninge og indvandrere i Danmark arrangeret af

MESU, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Seminaret blev afholdt 27. marts 2012.

20 Damm H. og I. Neermark (2012).

21 Lovbekendtgørelse 2012-05-16 nr. 438 om etnisk ligebehandling (lov om etnisk ligebehandling) § 4.

22 Lovbekendtgørelse 2012-05-16 nr. 438 om etnisk ligebehandling (lov om etnisk ligebehandling) § 2.

23 MTV-rapport. Indvandrermedicinsk Klinik (IMK). Hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Odense Universitetshospital, Afdeling for Kvalitet og Forskning, 7MTV, april 2014. <http://www.ouh.dk/vm348531>.

24 Fremgik af seminar om den sundhedsmæssige modtagelse af flygtninge og indvandrere i Danmark arrangeret af MESU, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Seminaret blev afholdt 27. marts 2012.

25 Jf. Nørredam M. og A. Krasnik (2009).

26 Pr. 1. januar 2014 skiftede Enheden for Brugerundersøgelser navn til Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

DEL III

- 1 Sundhedslovens § 50: Regionsrådet yder vederlagsfri tolkebistand til personer, som har behov herfor i forbindelse med behandling hos alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge samt sygehusbehandling efter nærmere regler fastsat af ministeren for sundhed og forebyggelse.
- 2 Bekendtgørelse 2011-12-28 nr. 1413 om tolkebistand efter sundhedsloven § 3: Regionsrådet afholder udgifterne til tolkebistand efter § 1. Dette gælder dog ikke, hvis tolken er nært beslægtet med patienten.
- 3 Bekendtgørelse 2011-12-28 nr. 1413 om tolkebistand efter sundhedsloven § 1: Patienter, der efter sundhedsloven har ret til behandling hos alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge samt på sygehus, har i forbindelse hermed ret til vederlagsfri tolkebistand, når lægen skønner, at en tolk er nødvendig for behandlingen.
- 4 Sundhedsloven § 15 stk. 1, stk. 3, jf. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 § 17.
- 5 Sundhedsloven §16 stk. 1, stk. 3.
- 6 Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 § 5 stk. 1, stk. 2, om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- 7 Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16/9 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., stk. 3.1, 3.6, 3.7.
- 8 I undersøgelsen fra Enheden for Brugerundersøgelser modtog 8.000 tilfældigt udvalgte patienter i februar 2008 et spørgeskema om deres oplevelse i overgangen fra deres praktiserende læge til hospital. Skemaet blev udsendt til samtlige patienter på syv forskellige sprog, nemlig dansk, engelsk, farsi, urdu, tyrkisk, arabisk og somali. Svarprocenten var for danskere 49,7 % og for indvandrere/efterkommere 35,6 %. Der blev desuden foretaget interviews med i alt 14 indvandrere/efterkommere og danskere samt syv interviews med sygehuspersonale og fire interviews med praktiserende læger.
- 9 Sundhedsloven § 198, stk. 4.
- 10 Sundhedsloven § 198, stk. 2, og § 199.
- 11 Dansk Selskab for Patientsikkerhed, <http://www.patientsikkerhed.dk/viden-og-fakta/lovgivning.aspx>.
- 12 Ifølge lov 2000-05-31 nr. 429 om behandling af personoplysninger (persondataloven) § 7 stk. 1: "Der må ikke behandles oplysninger om racemæssig eller etnisk baggrund, politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning, fagforeningsmæssige tilhørsforhold og

oplysninger om helbredsmæssige og seksuelle forhold.”

Undtagelsesbestemmelsen lyder, ifølge persondataloven § 7 stk. 5:

”Bestemmelsen i stk. 1 finder ikke anvendelse, hvis behandlingen af oplysninger er nødvendig med henblik på forebyggende sygdomsbekæmpelse, medicinsk diagnose, sygepleje eller patientbehandling eller forvaltning af læge- og sundhedstjenester, og behandlingen af oplysningerne foretages af en person inden for sundhedssektoren, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt.” § 7, stk. 5 i persondataloven, omfatter også dataansvarliges løsning af administrative opgaver på det sundhedsmæssige område og altså ikke kun personer, som udøver patientbehandling.

- 13 Lou, S. Tre er et umage par. Aarhus: Region Midtjylland, 2008; Esholdt, H.F., Fuglsang, M. Etniske forskelle i patienters oplevelser. København: Region Hovedstaden, Enheden for Brugerundersøgelser, 2009.; Galal, L., Galal, E. Tolkning i socialpsykiatrien. København: Videnscenter for Socialpsykiatri, 2002. Se artiklen af Hansen og Nielsen s. 646.
- 14 Bekendtgørelse 2011-12-28 nr. 1413 om tolkebistand efter sundhedsloven § 2: Den læge, der er ansvarlig for behandlingen af patienten, skal sikre sig, at tolken har de nødvendige sproglige kvalifikationer, herunder beherskelse af det danske sprog.
- 15 Lov 2000-05-31 nr. 429 om behandling af personoplysninger (persondataloven) § 7, stk. 1.
- 16 Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161, stk. 3.7.
- 17 Dagens medicin, 09.05.2007, <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/lager-bruger-indvandrerborn-som-tolke/>
- 18 Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16/9 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., stk. 3.7:
”Hvis der er tale om en fremmedsproget patient, bør man nøje overveje behovet for tolkebistand. Det må i hvert enkelt tilfælde vurderes, om det er forsvarligt at anvende familiemedlemmer som tolk. Børn bør kun undtagelsesvist anvendes som tolke og kun i uproblematisk og lette tilfælde. Mindre børn bør aldrig anvendes som tolke. Hvis patientens pårørende kan benyttes i sådanne situationer, må det først undersøges, om patienten samtykker i, at de pårørende skal have adgang til oplysningerne.”
- 19 Vejledning om tolkebistand: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/administration/tolkebistand/vejledning-tolkebistand/>.

- 20 Talevski henviser til ombudsmandens rapport om inspektionen af Asylcenter Avnstrup den 16. november 2006. Offentliggjort på ombudsmandens hjemmeside.
- 21 Ifølge forvaltningslovens § 7, stk. 1, gælder et krav om, at en patient skal kunne forstå det sprog, hvorpå et sygehus som offentlig forvaltningsmyndighed kommunikerer med den pågældende. Kravet gælder også i forhold til breve. Se hertil Forvaltningsloven med kommentarer af Niels Fenger, s. 260-265, s. 281-283, hvor der også er henvisninger til praksis. Se endvidere Kirsten Talevski, Vejledning og information, i Bülov m.fl. (red.), Forvaltningsloven 25 år, s. 297 (s. 303-305).
- 22 Ifølge lov 2000-05-31 nr. 429 om behandling af personoplysninger (persondataloven) § 7, stk. 1: "Der må ikke behandles oplysninger om racemæssig eller etnisk baggrund, politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning, fagforeningsmæssige tilhørsforhold og oplysninger om helbredsmæssige og seksuelle forhold." Undtagelsesbestemmelsen lyder, ifølge § 7, stk. 5: "Bestemmelsen i stk. 1 finder ikke anvendelse, hvis behandlingen af oplysninger er nødvendig med henblik på forebyggende sygdomsbekæmpelse, medicinsk diagnose, sygepleje eller patientbehandling eller forvaltning af læge- og sundhedstjenester, og behandlingen af oplysningerne foretages af en person inden for sundhedssektoren, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt."
- 23 Det følger af journalføringsreglerne, at patientjournalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling, jf. autorisationslovens § 22, stk. 2. Både den privatpraktiserende og den offentligt ansatte læge har pligt til at journalføre disse oplysninger. Nødvendige oplysninger omfatter som udgangspunkt også oplysninger om patientens tolkebehov.
- 24 Lov nr. 650 om ændring af integrationsloven af 12. juni 2013, § 15 d.
- 25 Jf. Jensen, N.K., M. Norredam, S. Priebe & A. Krasnik (2013).
- 26 Jf. Jensen, N.K., M. Norredam, S. Priebe & A. Krasnik (2013).
- 27 Fremgik af seminar om den sundhedsmæssige modtagelse af flygtninge og indvandrere i Danmark arrangeret af MESU, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Seminaret blev afholdt 27. marts 2012.
- 28 Bekendtgørelse 2011-12-28 nr. 1413 om tolkebistand efter sundhedsloven § 1: Patienter, der efter sundhedsloven har ret

til behandling hos alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge samt på sygehus, har i forbindelse hermed ret til vederlagsfri tolkebistand, når lægen skønner, at en tolk er nødvendig for behandlingen.

§ 7, stk. 5 i persondataloven, omfatter også dataansvarliges løsning af administrative opgaver på det sundhedsmæssige område og altså ikke kun personer, som udøver patientbehandling.

29 Sundhedsloven § 15 stk. 1, stk. 3, jf. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. § 17.

30 Sundhedsloven § 198, stk. 4.

31 Ifølge lov 2000-05-31 nr. 429 om behandling af personoplysninger (persondataloven) § 7 stk. 1:
"Der må ikke behandles oplysninger om racemæssig eller etnisk baggrund, politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning, fagforeningsmæssige tilhørsforhold og oplysninger om helbredsmæssige og seksuelle forhold."
Undtagelsesbestemmelsen lyder, ifølge persondataloven § 7 stk. 5:
"Bestemmelsen i stk. 1 finder ikke anvendelse, hvis behandlingen af oplysninger er nødvendig med henblik på forebyggende sygdomsbekæmpelse, medicinsk diagnose, sygepleje eller patientbehandling eller forvaltning af læge- og sundhedstjenester, og behandlingen af oplysningerne foretages af en person inden for sundhedssektoren, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt."

I Danmark har alle uanset etnisk oprindelse ret til lige adgang til tilbudte sundhedsydelser. Dette følger af menneskerettighederne og dansk lovgivning. Spørgsmålet er, om denne ret altid efterleves i praksis.

Rapporten fremstiller og analyserer problemstillinger, der opstår i mødet mellem sundhedsvæsenet og (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund – problemstillinger, der i praksis kan betyde, at patienter på grund af deres etniske oprindelse stilles ringere. Analyserne efterfølges af en række anbefalinger.

Institut for Menneskerettigheder skal som Danmarks menneskerettighedsinstitution og ligebehandlingsorgan fremme og beskytte menneskerettigheder og ligebehandling i Danmark, blandt andet ved at gennemføre analyser og undersøgelser som denne og komme med anbefalinger til relevante myndigheder.

