

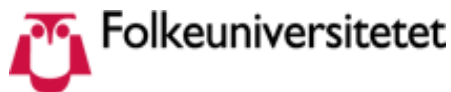
Ida Marie Bregård
Karin Harsløf Hjelde

Veiviser for undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse

Veiviseren er koordinert av CRIA og tilpasset norske forhold av NAKMI og Folkeuniversitetet



Associazione Culturale per il Diritto alla Salute e le Libertà di Cura



Associazione
Frantz FANON



n. 504666-LLP-1-2009-1-IT-LMP

NAKMI Rapport 3/2013

Ida Marie Bregård
Karin Harsløf Hjelde

Veiviser for undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse

Veiviseren er koordinert av CRIA og tilpasset norske forhold av NAKMI og Folkeuniversitetet

© NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
NAKMI rapport 3/2013
Forfattere: Ida Marie Bregård og Karin Harsløf Hjelde
Redaktør: Karin Harsløf Hjelde
ISSN: 1503-1659
ISSB: 978-82-92564-16-5
Trykk: 07 Gruppen AS

Alle henvendelser om rapporten kan rettes til:

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)
Oslo universitetssykehus HF, avd. Ullevål
Postboks 4956 Nydalen
N-0424 Oslo
Norge

post@nakmi.no
www.nakmi.no

Innhold

FORORD	3
Hvem henvender veiviseren seg til?	4
Anvendelsesområder for veiviseren	4
FAGKOMPETANSE I MIGRASJON OG HELSE	5
Oppsummering	5
1 HVORFOR ER DET VIKTIG FOR HELSEPERSONELL Å LÆRE OM MIGRASJON OG HELSE?	5
Introduksjon	5
1.1 Helsetjenestens behov for kunnskap om tilpasset behandling av innvandrepasienter	5
1.2 Barrierer i behandlingen.....	6
1.3 Sosiale og politiske faktorer	7
1.4 Klinisk prosess og kliniske intervensjoner.....	8
ETIKK OG KVALITET	9
Oppsummering	9
2 KVALITETSSTANDARDER I FAGFELTET MIGRASJON OG HELSE	9
Introduksjon	9
2.1 Utvikling av en felles etisk kodeks.....	9
2.2 Undervisning av helsepersonell i fagfeltet migrasjon og helse	9
2.3 Etikk, kompetanse og tilgang	9
YRKESPROFIL OG FERDIGHETER.....	11
Oppsummering	11
3 HELSEPERSONELLS YRKESPROFIL OG FERDIGHETER	11
Introduksjon	11
3.1 Generell relasjonell og klinisk kompetanse	11
3.2 Kunnskapsferdigheter	12
3.3 Spesifikk kompetanse avhengig av helsetjeneste	12
UNDERVISNINGSSOPPLEGG I MIGRASJON OG HELSE	13
Oppsummering	13
4 RETNINGSLINJER FOR UNDERVISNING AV HELSEPERSONELL I MIGRASJON OG HELSE.....	13
Introduksjon	13
4.1 Kartlegging av kontekst og behov i helsetjenesten	14

4.1.1	Utvikling av en felles teoretisk og metodisk kjerne	14
4.1.2	Analyse av systemet man jobber innenfor	14
4.2	Utvikling av faglig innhold i undervisningen	17
4.2.1	Generelle kategorier	17
4.3	Gjennomføring av undervisningen	19
4.3.1	Kurs i migrasjon og helse: Innføringskurs.....	19
4.3.2	Kurs i migrasjon og helse: Påbyggingskurs innen spesifikke helsefelt.....	21
4.3.3	Undervisere	22
4.4	Kursperm.....	22
4.5	Evaluering av undervisningsopplegget	23
4.5.1	Vurdering av undervisningen.....	23
4.5.2	Evalueringsskjema	23
4.5.3	Tilbakemeldinger fra deltagerne i T-SHaRE	24
4.5.4	Ansvarliggjøring	24
4.5.5	Ansvar for videre kompetanseheving	25
	OPPSUMMERING	26
	MEDLEMMER AV T-SHaRE.....	27



FORORD

Denne veiviseren er sluttresultatet av LLP-Leonardo da Vinci-prosjektet “T-SHaRE: Transcultural Skills for Health and Care”¹. Den bygger på kunnskapen om at mange innvandrere ikke mottar helsetjenester på en måte som best svarer til deres behov. Veiviseren har til hensikt å redusere disse manglene ved å foreslå et undervisningsopplegg for helse- og utdanningsinstitusjoner som vil utarbeide og iverksette et undervisningsopplegg og tilrettelegge bedre for likeverdige helsetjenester for innvandrere.

T-SHaREs veiviser for undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse er rettet mot helsepersonell som arbeider med innvandrere. Dette kan være personer med alle typer innvandringsstatus, som asylsøkere, flyktninger, ofre for tortur eller trafficking, enslige mindreårige, familiegjennforente, arbeidsinnvandrere og udokumenterte innvandrere. I veiviseren er alle disse kategoriene samlet under betegnelsen ”innvandrere”.

T-SHaRE prosjektet var et EU samarbeidsprosjekt mellom ni partnere i fem land; Italia, Frankrike, Portugal, Slovenia og Norge². De lokale helsesystemene og kontekstene i disse landene er svært ulike, og veilederne for undervisningsopplegget vil derfor variere tilsvarende i de ulike landene.

I noen av T-SHaRE-landene har pasienter ikke rett til tolk. På denne bakgrunn har man i disse landene lagt vekt på å gjøre bruk av interkulturelle formidlere (intercultural mediators) i selve behandlingssituasjonen. En slik formidler deler ideelt sett pasientens språk/dialekt og migrasjonserfaring, og skal ikke bare tolke konsultasjonen, men også formidle henholdsvis pasientens og helsepersonellens tolkninger begge veier. Et motargument mot denne modellen er imidlertid at den kan være til hinder for en god relasjon mellom behandler og pasient og også bli en erstatning for det å lytte til pasientens egen forståelse av sin sykdom og behandling. I Norge har alle pasienter med behov for det rett til tolk. De språklige utfordringene burde dermed ikke være det mest prekære i vårt helsevesen. Man ser imidlertid at få helsepersonell har formell kompetanse innenfor migrasjon og helse. I en norsk kontekst,

¹ Prosjektet ble finansiert av EACEA i 2009 og ble avsluttet i april 2012.

² Medlemmer av T-SHaRE, fremgår av s. 26

er det derfor mer nærliggende å fokusere på å heve helsepersonells kunnskap på dette fagfeltet. T-SHaRE veiviseren er derfor tilpasset norske forhold og helsepersonells behov for opplæring i Norge.

I denne veiviseren forklares det hvorfor og hvordan opplæring av helsepersonell i migrasjon og helse er et viktig og nødvendig bidrag i dagens helsevesen.

Hvem henvender veiviseren seg til?

- Ansvarlige for planlegging, organisering og forbedring av helsetjenester til innvandrere
- Ansvarlige for utarbeidelse, planlegging, organisering og forbedring av videreopplæring av helsepersonell som jobber med innvandrere
- Helsemyndigheter, utdanningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner
- Helsepersonell
- Studenter og forskere innenfor helse- og omsorgsykker
- Nøkkelpersoner innen sosialtjenester, helsepolitikk, inkludering, innvandring og likestilling

Anvendelsesområder for veiviseren

T-SHaRE-veiviseren kan bli anvendt som:

- Veiviser for planlegging, utvikling og integrering av fagfeltet migrasjon og helse i grunnutdanningene for helsepersonell.
- Veiviser for planlegging, utvikling og implementering av videreopplæring av helsepersonell i fagfeltet migrasjon og helse.
- Veiviser for utvikling, planlegging og forbedring av likeverdige helsetjenester for innvandrere.



FAGKOMPETANSE I MIGRASJON OG HELSE

Oppsummering

- Økt innvandring fører til nye utfordringer i helsevesenet.
- Kulturelle og språklige dimensjoner kan være barrierer for likeverdige helsetjenester for innvandrere.
- Helsepersonell har behov for kunnskap om migrasjon og helse

1 HVORFOR ER DET VIKTIG FOR HELSEPERSONELL Å LÆRE OM MIGRASJON OG HELSE?

Introduksjon

Det økende antallet innvandrere i Europa fører til et behov for ny kunnskap i helsetjenesten. I 2013 har 14 % av befolkningen i Norge innvandrerbakgrunn. Helsepersonell har derfor behov for kunnskap om sammenhengen mellom migrasjon og helse.

Enkelte innvandrere kan være utsatt for forhold som fattigdom, sosial eksklusjon og andre forhold som kan gjøre dem sårbare. Ett slikt forhold kan være en helsetjeneste som i liten grad er tilpasset deres behov. For å sikre innvandrerpasienter den helsehjelpen de har behov for- og krav på, og for å sikre at også disse pasientene får likeverdige helsetjenester, er det viktig at helsepersonell har god kunnskap om migrasjon og helse.

1.1 Helsetjenestens behov for kunnskap om tilpasset behandling av innvandrerpasienter

I Europa, så vel som i USA, Canada og Australia, er det gjort mange forsøk på å imøtekomme utfordringer minoriteter kan oppleve i sitt møte med helsevesenet og for å redusere problemet med dårlig tilgjengelighet til helsetjenestene. Dårlig tilgang kan føre til økt risiko for frafall i behandlingen og svakere behandlingsrelasjon. Dårlig tilgang må dessuten ses i sammenheng med økonomiske, juridiske og institusjonelle faktorer.

For innvandrerpasienter henger dårlig tilgang til helsetjenestene særlig sammen med barrierer av språklig og kulturell art.

1.2 Barrierer i behandlingen

Grunnlaget for flere av utfordringene i relasjonen mellom helsepersonell og innvandrerpasienter kan være at det på begge sider av kommunikasjonen kan være begrenset kunnskap om helsepraksis i henholdsvis vertslandet og de landene som migranter kommer fra.

Helsepersonell kan glemme å se hvordan deres egne kulturelle forståelsesmåter påvirker pasientbehandlingen. Dette kan gjøre at god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient blir vanskelig. Enkelte helsepersonell snakker om pasienters “frafall” fra behandlingen, manglende motivasjon eller familiens “lave samarbeidsvilje”. Dette kan imidlertid være tegn på at helsetjenesten ikke har sørget tilstrekkelig for likeverdige helsetjenester når det gjelder for eksempel kommunikasjon, sykdomsforståelse eller synet på helse og behandling. Dette kan henge sammen med mangel på kunnskaper, både om begreper og forståelsesmåter på lidelse og sykdom som er typiske for de ulike helse- og omsorgssystemer i land migranten kommer fra, og om andre etiologiske og terapeutiske tilnærminger.

En annen faktor som kan utgjøre en barriere er språk. Utfordringer for pasienten med å oversette egne bekymringer, ubehag, frykt og erfaringer på en god og strukturert måte, kan sette pasienten i en vanskelig situasjon. Spesielt kan dette gjøre seg gjeldende innenfor psykiske lidelser. På samme måte blir ikke terapeutens analyser og anbefalinger møtt med en tilfredsstillende respons når de uttrykkes på et språk som pasienten ikke mestrer. Det terapeuten sier kan oppleves som irrelevant for pasienten, fordi analysene og anbefalingene blir uttrykt på et språk som inkluderer epistemologiske, psykologiske, moralske og religiøse antakelser som kan være langt unna, eller motsi, pasientens utgangspunkt. Det kan bidra til misforståelser og kan være i veien for å skape en vellykket behandlingsstrategi og for å få det nødvendige samarbeidet med pasienten.

I møte med innvandrerpasienter er det derfor viktig at helsepersonell reflekterer rundt hvordan språk formidler begreper som kan tolkes ulikt i en klinisk sammenheng. Gjennom å sette spørsmålsteget ved eget fags kunnskap og begreper, vil helsepersonell forstå hvordan



begreper som “normal”, “patologisk”, “fornuftig”, “uklok”, “sunn” og “morbid”, er produkter av en spesifikk historisk, politisk og sosio-kulturell kontekst.

En lignende refleksjon er nødvendig når det gjelder de sosiale og administrative kategoriene rundt innvandring, for eksempel ”asylsøker”, “ulovlig”, “papirløs” og “fremmed”. Disse kategoriene er i all hovedsak ikke relevante når det kommer til det å yte helsetjenester, og helsepersonell skal ikke bidra til å forsterke og opprettholde fokus på dem, når disse kategoriene i enkelte tilfeller kan ha direkte sammenheng med pasientens lidelse.

Helsepersonell stiller ofte diagnoser basert på korte møter med pasienten, selv om pasientenes historie, sykdomshistorie og de sosiale, økonomiske og politiske tilstandene i deres hjemland ofte er ukjent for helsepersonellet. Denne diagnosen sees som legitim på grunnlag av en antatt metodologisk objektivitet. Når pasienten ikke forstår eller aksepterer behandlerens analyser og anbefalinger, det være seg på grunn av språkproblemer eller ulik forståelse av sykdom m.m., reagerer helsepersonell ofte på en av to måter

- Å fornekte den *kulturelt-språklige forskjellen*, og utelukkende forklare den psykisk/fysiske lidelsen ut fra *våre* kategorier og *våre* strategier eller
- Å utelukkende fokusere på *kulturelle forskjeller*, og dermed overse eller ”forklare” det vi ellers ville diagnostisert som patologi.

1.3 Sosiale og politiske faktorer

Å utvikle en likeverdig behandlingsmåte, betyr blant annet å anerkjenne hvilken rolle sosiale og politiske faktorer spiller. Disse faktorene kan påvirke helse og sykdom samt valg av behandling og tiltak.

Det er viktig at helsetjenesten ikke er et sted for konflikt, men et sted der pasient og behandler med ulik bakgrunn møtes. Dette møtet er en prosess hvor pasientenes stemme blir anerkjent og deres historier lyttet til, og der hjemlandets tolkninger og forklaringer blir integrert i prosessen. Gjennom å gjøre dette, anerkjennes pasientens verdighet og verdien av hans eller hennes kunnskap, da denne kunnskapen er den konteksten som pasienten lever i.

Ut fra dette perspektiv er ikke en syk kropp utelukkende en fysisk mekanisme, men et resultat av faktorer som personlig livsløp, historie, forståelsesmåter og andre prosesser av kroppslig

betydning. Slike faktorer kan være spesielt tydelige i historiene til innvandrere. For at helbredelse skal bli mulig må man forstå samspillet mellom kroppen og verden utenfor, og pasientens personlige erfaringer må tas med i helhetsvurderingen.

1.4 Klinisk prosess og kliniske intervensjoner

Den første pasientkontakten bør være ekstra godt tilrettelagt, slik at migrantpasientene kan føle seg trygge og ivaretatt gjennom at de møter et rolig miljø som imøtekommer deres individuelle behov (eldre, funksjonshemmede, familier med barn etc.). Helsepersonellet bør la brukeren forklare sine problemer og/eller lidelser og være i stand til å tolke de underliggende årsakene til at man søker helsehjelp. Undersøkelsen av problemet og/eller lidelsen inkluderer forskjellige forhold: personlig historie inkludert sykehistorie, de nåværende sosiale forhold, tidligere forsøk på å forbedre helsen, relasjoner til slekt og miljø og brukerens egen tolkning av problemet og/eller lidelsen. Under behandlingen må man også ta hensyn til kvaliteten på relasjonen mellom bruker og behandler på forskjellige nivå og sørge for at den finner sted i samsvar med behandlerens metodikk og yrkesetikk.

Praktisering av interkulturell kompetanse i helsetjenestene er en kompleks prosess på flere nivåer. Den involverer ikke bare samhandling *innenfor* systemet, men også med pasientens miljø og med andre tjenester. Behandling av høy kvalitet innenfor helse og omsorg kan bare oppnås dersom helsepersonell, institusjoner og de som utformer politikk og regelverk systematisk ser interkulturell kompetanse som et viktig middel.

Migrantenes psykiske og fysiske tilstand er sterkt påvirket av deres sosiale status i vertslandene. Derfor representerer interkulturell kompetanse en mulighet til å bygge opp under en holdning hos helsepersonell, og i samfunnet, som er åpen for nye tanker, meninger og betydninger.



ETIKK OG KVALITET

Oppsummering

- Helsepersonell må handle i henhold til yrkesetiske retningslinjer
- Helsepersonell må ha opplæring i migrasjon og helse for å kunne yte likeverdige helsetjenester til innvandrere

2 KVALITETSSTANDARDE I FAGFELTET MIGRASJON OG HELSE

Introduksjon

Alle individer eksisterer i kulturelle, sosiale, politiske, historiske og økonomiske kontekster. Helsepersonell må stadige oftere forstå disse til dels ukjente konteksternes innflytelse på individers helse og oppførsel. I et mangfoldig samfunn er det nødvendig å anerkjenne rollen som migrasjonsprosessen, kultur, etnisitet, språk, spiritualitet og religion, kjønn, seksuell legning og funksjon/funksjonshemming har på helse, velvære og på helsetjenester.

2.1 Utvikling av en felles etisk kodeks

Helsepersonell er underlagt egne yrkesetiske retningslinjer, selvfølgelig også i sammenhenger hvor pasienten er innvandrere.

2.2 Undervisning av helsepersonell i fagfeltet migrasjon og helse

Helsepersonell bør ha undervisning i migrasjon og helse, og dermed utgjøre en ressurs på arbeidsplassen. Undervisning må tilbys ansatte både i kommune- og spesialisthelsetjenesten og være en løpende prosess med gjennomføring av relevante kurs, seminarer og lignende. Ansvarlige for undervisningen bør ha nær kontakt med forsknings- og utdanningsinstitusjoner, med tanke på erfaringsutveksling og fagutvikling.

2.3 Etikk, kompetanse og tilgang

Etisk bevissthet og yrkesbevissthet krever et personlig ansvar hos det enkelte helsepersonell, og er en kontinuerlig, aktiv prosess. Det omfatter også genuin respekt mellom helsepersonell og pasient, uavhengig av kulturbakgrunn, etnisitet, religion, språk, alder, kjønn og seksuell

legning. Dette er karakteristika som er uatskillelige deler av menneskers identitet og som gir mening til den enkeltes liv.

All helsehjelp skal være av høy faglig og etisk standard. Etisk kompetanse består av holdning (bevissthet), kunnskap (hva), ferdigheter (hvordan), dømmekraft (når) og det pliktoppfyllende i å tjene andre innenfor egne yrkesrammer. Å holde seg kontinuerlig oppdatert om forskning og teori i yrkes- og forskningslitteraturen er også et viktig aspekt ved etisk kompetanse.

Alle pasienter har rett til likeverdige- og taushetsbelagte helsetjenester, uavhengig av oppholdsstatus, som dermed ikke skal avgjøre om pasienten får den helsehjelpen de har behov for. Taushetsplikten er absolutt, også der pasienten ikke har lovlig opphold.

Pasientinformasjon skal tilpasses pasientens behov, leseferdigheter og språk.

Partnerskap med minoritetsmiljøene er en viktig måte å styrke tilgangen til helsetjenester, ved å gi informasjon om rettigheter, tilgang og informere om kontaktpunkter.



YRKESPROFIL OG FERDIGHETER

Oppsummering

- Kunnskap om migrasjon og helse er et bidrag i behandlingen av innvandrerpasienter
- Kunnskap om migrasjon og helse skal bidra til best mulig samhandling mellom helsepersonell og pasient

3 HELSEPERSONELLS YRKESPROFIL OG FERDIGHETER

Introduksjon

Det er viktig at helsepersonell som behandler innvandrerpasienter ikke bare har kunnskap om ulik forståelse av helse m.m., men også kunnskap om kommunikasjon og relasjonsbygging, og er i stand til å anvende dette i praksis. Den kunnskapen helsepersonellet kan ha behov for, av både generell og spesifikk art, avhenger av

- Hvilken type helsetjeneste de arbeider i
- Hvilke andre typer helsepersonell som arbeider i helsetjenesten

3.1 Generell relasjonell og klinisk kompetanse

Samtlige helsepersonell som behandler innvandrerpasienter bør inneha både relasjonell kompetanse og klinisk kompetanse. Helsepersonell bør være i stand til å bygge opp et sterkt terapeutisk forhold med pasienten, og pasienten bør føle seg trygg og velkommen når han deler det han ser på som årsaken til sin lidelse. Hvert helsepersonell bør være seg sin holdning til innvandrere bevisst. I tillegg bør man anse samhandlingen med pasienten som en mellommenneskelig og kontinuerlig prosess og ikke kun en enkelthandling.

Med bakgrunn i en klinisk, medisinskantropologisk tilnærming, bør helsepersonell kunne identifisere de ulike forklaringsmodellene som utspiller seg i den kliniske samhandlingen (klinikerens, pasientens og systemets). Samlet er dette nødvendig for å bedre gjensidig forståelse og respekt på den ene siden og å stille en pålitelig diagnose på den andre.

3.2 Kunnskapsferdigheter

Avhengig av hvilken helsetjeneste man jobber i, vil det være behov for å tilegne seg spesifikk medisinskanthropologisk kunnskap: Kritisk holdning til egne teoretiske og metodiske prinsipper; kunnskap om kategorier, fremstillinger og forståelsesmåter i andre samfunn og i andre medisinske systemer; kunnskap om andre etiologiske, diagnostiske og terapeutiske forståelser og andre aspekter ved lidelse og sykdom, samt refleksjon om det maktforhold som foreligger i en behandlingssituasjon mellom helsepersonell og pasient.

Andre nyttige ferdigheter vil være evne til å identifisere lokale institusjoner som yter sosiale tjenester og hjelp til innvandrere. Dette inkluderer innvandrerforeninger som fungerer som brobyggere mellom lokale institusjoner, individet og hans/hennes miljø. Også kunnskap om lovgivning relatert til innvandring, spesielt i forhold til helse, og evne til å kartlegge lokale institusjoner som yter juridisk bistand til innvandrere, er viktig.

3.3 Spesifikk kompetanse avhengig av helsetjeneste

Det er viktig at helsepersonell i tillegg styrker sin kompetanse på det som direkte angår deres pasientgruppe og arbeidsplass. For eksempel må de som arbeider med kvinnehelse styrke sin kunnskap om ulike kulturelle forståelser av kvinnekroppen, seksualitet, graviditet og det nyfødte barn, samt oppdragspraksis og lignende. De som arbeider innenfor psykisk helse må jobbe med etiologi, effekten av behandling og mer generelt med etnopsykiatriske og medisinsk-antropologiske begreper.



UNDERVISNINGSSOPPLEGG I MIGRASJON OG HELSE

Oppsummering

- Det bør utvikles et undervisningsopplegg i henhold til lokale behov
- Undervisningsopplegget bør være basert på relevante teorier og metoder og bør utarbeides i tett samarbeid med innvandrere, helsepersonell og erfarne ressurspersoner i migrasjon og helse
- God planlegging av undervisningsopplegget fører til tilpasset og gjennomførbar opplæring
- Undervisningsopplegget gir helsepersonell relevant kunnskap om migrasjon og helse
- Institusjoner som gjennomfører undervisningen er ansvarlig for kvalitet i gjennomføringen og oppfølgingsperioden

4 RETNINGSLINJER FOR UNDERVISNING AV HELSEPERSONELL I MIGRASJON OG HELSE

Introduksjon

Noen helsetjenester har tatt initiativer til å møte innvandreres behov når det gjelder språk og kultur, som tolketjenester. Slike initiativ blir formet og er avhengige av lokale ideologiske, juridiske og politiske kontekster. Både kvaliteten og tilgjengeligheten av slike tjenester utvikler seg over tid og det kan være store lokale forskjeller.

For å utvikle effektiv opplæring av helsepersonell og/eller bygge opp/utvikle en tilpasset helsetjeneste bør lokale forhold og behov tas i betraktning. Som et ledd i dette, kan det være gunstig å kontakte pasienter og pasientorganisasjoner, forskere og helsepersonell på feltet. Dette kan være nyttig både i analysen av opplæringsbehovene i helsetjenesten og ved iverksetting av pilotprosjekter, for eksempel med undervisning på jobben.

Å ha en metodisk tilnærming til undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse kan føre til økt kvalitet på tjenestene som ytes.

Undervisningsopplegget kan deles inn i fire deler:

1. Kartlegging av kontekst og behov i helsetjenesten
2. Utvikling av faglig innhold i undervisningen
3. Gjennomføring av undervisningen
4. Evaluering av undervisningsopplegget

4.1 Kartlegging av kontekst og behov i helsetjenesten

Man kan med fordel lage et undervisningsopplegg, dersom man ønsker å bygge opp kompetanse i migrasjon og helse for helsepersonell. Et slikt undervisningsopplegg kan bidra til å holde fokus på lokale behov og på teoretisk og metodisk tilnærming til dette.

For å utvikle lokalt tilpassede undervisningsopplegg og lignende, kan det være nyttig å anvende følgende plan:

4.1.1 Utvikling av en felles teoretisk og metodisk kjerne

Ta utgangspunkt i litteratur og nyere forskning om teorier og metoder knyttet opp til undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse. Lage et klart teoretisk rammeverk, og finne en felles metode for prosjektet.

4.1.2 Analyse av systemet man jobber innenfor

4.1.2.1 Beskrivelse av konteksten til helsetjenesten.

En beskrivelse kan inkludere følgende:

- Sosioøkonomisk kontekst på lokalt nivå.
- Politisk kontekst samt juridisk og administrativt rammeverk rundt helse og innvandreres rettigheter på lokalt og nasjonalt nivå.
- Beskrivelse av relevante innvandrer kategorier i området.
- Administrative regler for arbeidere i helsetjenesten(e).
- Oversikt over kompetansen til de som er ansatt ved den aktuelle helsetjenesten



4.1.2.2 Beskrivelse av tjenestene

Tilbudet helsetjenesten skal inneholde:

- Tjenester, kvalitetsstandarder og etisk kodeks brukt som referanser.
- Epistemologisk tilnærming brukt for å organisere tjenesten.
- Liste over yrker som må involveres i tjenesten som organisasjonen skal yte.

4.1.2.3 Beskrivelse av nødvendig undervisning

Rammeverk for undervisningsopplegget

- Tilnærming, metode og litteratur som er brukt.
- Målet med undervisningen
- Målgruppe for undervisningen
- Krav til undervisere
- Emner i undervisningen
- Varigheten

Et viktig skritt videre er å analysere, identifisere og kartlegge mulige problemer med innvandreres tilgang til helsetjenester

For innvandrere er barrierene for tilgang til helsetjenester et komplekst problem. Spesielle helseutfordringer og tilgangsproblemer påvirker forskjellige grupper, inkludert nyankomne innvandrere, de som lever midlertidige i asylmottak, og papirløse migranter generelt. Også for innvandrere som har vært i vertslandet over en lengre periode, kan det være mange utfordringer i forhold til helsetjenester. Dette kan blant annet dreie seg om mangel på kunnskap om tilgjengelige tjenester, språkforskjeller og ulike kulturelle holdninger til helse og helsetjenester.

4.1.2.4 Brukermedvirkning: undervisningsbehov sett fra innvandrernes synspunkt

Et viktig skritt er å analysere kulturelle forestillinger, ferdigheter og behov i innvandrermiljøene knyttet til helse og omsorg. Identifisering og beskrivelse av mulige likheter og analogier mellom ulike behandlingskulturer kan brukes til å:

- Identifisere felles mål for nyskapning i helsetjenesten.

- Beskrive ulike forestillinger, medisinske teorier, behandlingstilnæringer, ferdigheter og behov i innvandremiljøene.
- Komparative analyser av visjoner, behov og ulike tradisjonelle praksiser relatert til helse og omsorg fra innvandrernes synspunkt.
- Vurdere tilnæringer som er forenlige med helsetjenestens vitenskapelige forståelser og teorier.
- Unngå ”vestlige”/etnosentriske tolkninger.

Målet er å utvikle en liste med praksis og behov i helsesammenheng basert på fokusgruppeintervjuer. Fokusgrupper kan bli samlet gjennom identifisering av og samarbeid med innvandremiljøer og nøkkelpersoner.

T-SHaREs erfaring med fokusgruppene med innvandrere, viste en utbredt tro på at vestlig medisin er ”mer avansert”, men at den kan berikes av møtet av andre medisinske system, slik som ”tradisjonell” medisin. Ofte brukes det nasjonale helsesystemet i vertslandet parallelt med dietter, helbredelsespraksis og enkle behandlinger fra opprinnelseslandet. I slike tradisjonelle helsesystem, finnes det karakteristiske trekk fra et behandlingssystem som er vanskelig å bytte ut, og som er knyttet til en systemisk forståelse av individet, til filosofien som understøtter diagnosekriterier og til ofte brukte behandlingsteknikker eller spesielle dietter. Ved å anerkjenne disse faktorene kan helsepersonell fremme og forenkle veiledningsprosessen i flere skritt, blant annet ved å gi mening til erfaringene, diagnosen, behandlingsforslag osv. Basert på litteraturen som stiller spørsmål ved den tradisjonelle todelingen mellom medisin og biomedisin, tradisjon og modernitet, kan man risikere å falle i fellen mellom etnosentrisme versus kulturell relativisme. Det er viktig å huske at ”tradisjonell medisin” er en abstrakt kategori som referer til heterogene praksiser.

4.1.2.5 Undervisningsbehov sett fra helsepersonellens side

Helsepersonellet bør se muligheter og svakheter i eget helsevesen. Dette gjelder også de muligheter som finnes i eksisterende undervisningstilbud, og hvilken ny kunnskap man har behov for på arbeidsplassen. Målet med opplæringen er å:



- Gi helsepersonell kunnskapene som kreves for å forsterke interkulturelle ferdigheter og fremme respekt og forståelse for innvandrerpasienter.
- Bygge opp om læring av metoder for å iverksette hjelpe- og støtteintervensjoner og behandlinger tilpasset innvandrerpasienter.
- Tilegne og forsterke kunnskap om kulturelt tilpassede tilnærminger i helsesektoren og å lage en skisse for visjoner, ideer og muligheter å iverksette i helsetjenesten.

4.2 Utvikling av faglig innhold i undervisningen

4.2.1 Generelle kategorier

Undervisningen av helsepersonell i migrasjon og helse, kan deles inn i fire hoveddeler:

1. Migrasjon og helse
2. Medisinskantropologiske begreper
3. Juss og rettigheter
4. Kommunikasjon og relasjoner

4.2.1.1 Migrasjon og helse

<i>Innhold</i>	<i>Handlingsberedskap</i>	<i>Handlingskompetanse</i>
Migrasjon i et historisk, globalt og norsk perspektiv	Ulike migrantgrupper i Norge	Bedre forståelse for pasientens livssituasjon og sosiokulturelle kontekst
Sammenheng mellom migrasjon og helse	Hvordan migrasjon påvirker helsen	«Oversette» fagspråk
Helseproblemer blant utsatte migrantgrupper	Ulikheter i helse ut fra hvordan migrasjon påvirker helsen til ulike innvandrergupper	Kjennskap til ulik forekomst av sykdom i ulike grupper
Psykisk helse blant migranter		Bedre klinisk vurdering

4.2.1.2 Medisinskanthropologiske begreper

<i>Innhold</i>	<i>Handlingsberedskap</i>	<i>Handlingskompetanse</i>
Ulik forståelse av helse, sykdom og behandling	Kunnskap om generelle, antropologiske begreper (kultur, kropp, identitet)	Bedre forståelse av ulike forklaringsmodeller av helse og helsetjenester
Ulike begreper om psykisk helse	Teoretisk rammeverk innen medisinsk antropologi (sickness, disease, illness)	Helse sett i en sosiokulturell kontekst

4.2.1.3 Juss og rettigheter

<i>Innhold</i>	<i>Handlingsberedskap</i>	<i>Handlingskompetanse</i>
Rett til helsehjelp	Ulike oppholdsstatuser	Bedre vurdering av den sosiale situasjonen
Barrierer for helsehjelp	Institusjoner som gir sosial støtte og/eller helsetjenester	Yte helsehjelp i henhold til gjeldende lovverk, herunder menneskerettighetene
Likeverdige helsetjenester	Institusjoner som gir generell støtte til innvandrere	
	Rett til helsehjelp	

4.2.1.4 Kommunikasjon og relasjoner

<i>Innhold</i>	<i>Handlingsberedskap</i>	<i>Handlingskompetanse</i>
Språklige barrierer: kommunikasjon når pasienten snakker lite norsk	Variasjoner i kommunikasjonsregister og holdninger	Oppnå gjensidig respekt og tillit.
Bruk av tolk	Rett til tolk og bruk av tolk	Vite når og hvordan man skal tilkalle tolk og arbeide med tolk



4.3 Gjennomføring av undervisningen

4.3.1 Kurs i migrasjon og helse: Innføringskurs

Siden 2012 har NAKMI arrangert undervisning for helsepersonell i migrasjon og helse. Denne undervisningen bygger på et pilotkurs NAKMI og Folkeuniversitetet arrangerte i 2011 som et ledd i T-SHaRE-prosjektet. NAKMI har utviklet et innføringskurs i migrasjon og helse, som går over 2 dager à 6 timer. Undervisningen varer i 45 minutter, med 15 minutters pause mellom hver time. Det legges vekt på at deltagerne kan stille spørsmål i løpet av undervisningen, og underviserne er tilgjengelige for deltagerne i pausene mellom undervisningen. Underviserne er i hovedsak ansatte på NAKMI, og har forsknings- og/eller klinisk erfaring fra sine respektive fagfelt. Undervisningen går over to påfølgende dager.

4.3.1.1 Program for innføringskurs i migrasjon og helse

Dag 1	Tema
	MIGRASJON OG HELSE
09.00-09.45	Migrantgrupper i Norge
10.00-10.45	Helsekonsekvenser av migrasjon
11.00-11.45	Psykisk helse blant migranter
11.45	Lunsj
12.30-13.15	Utsatte migrantgrupper
	MEDISINSK ANTROPOLOGI
13.30-14.15	Ulik forståelse av helse, sykdom og behandling
14.30-15.15	Ulike begreper om psykisk helse

Dag 2	Tema
	KOMMUNIKASJON OG RELASJONER
09.00-09.45	Bruk av tolk
10.00-11.45	Kommunikasjon når pasienten kan lite norsk
11.45	Lunsj
	RETTIGHETER OG JUSS
12.30-13.15	Likeverdige helsetjenester
13.30-14.15	Barrierer i helsevesenet
14.30-15.15	Migrasjon og helse i klinisk praksis; oppsummering og evaluering

Kurset er godkjent som 12 timers vedlikeholdsaktivitet av Norsk psykologforening, Den norske jordmorforening, Den Norske Legeforening og Norsk sykepleieforbund. Kursavgift har vært kr. 200-400 kr.



4.3.2 Kurs i migrasjon og helse: Påbyggingskurs innen spesifikke helsefelt

Undervisningsopplegg kan i tillegg utvikles innenfor konkrete fagområder og for spesielle deler av helsetjenesten. I forbindelse med T-SHaRE pilotkurset, utviklet NAKMI og Folkeuniversitetet et slikt påbyggingskurs for helsepersonell som arbeider med asylsøkere og papirløse migranter, med et spesielt fokus på mental og reproduktiv helse. Også dette kurset gikk over to dager à 6 timer, underviserne var forskere og klinikere med lang erfaring innenfor sine respektive fagfelt. Slike påbyggingskurs bør bygge på innføringskurset i migrasjon og helse, og forutsetter grunnleggende kjennskap til migrasjon og helse hos deltagerne.

4.3.2.1 Påbyggings kurs i migrasjon og helse

Mental- og kvinnehelse blant asylsøkere og papirløse migranter

DAG 1	HELSETJENESTEN	Underviser
09.00-09.30	Hva vet vi om papirløse migranternes helse?	Sykepleier, høyskolelektor
09.30-10.00	Erfaringer fra Helsesenteret for papirløse migranter	Daglig leder, helsesenteret for papirløse migranter
10.15-11.00	Fordeler og ulemper med egen helsetjeneste for asylsøkere- Erfaringer	Lege og leder, Migrasjons-helsesenteret i Vestfold
11.15-11.45	Helserettigheter for papirløse migranter	Advokat, LDO
	MENTAL HELSE	
12.30-13.15	Psykiske problemer blant asylsøkere	Psykiater, dr. Philos,
13.15-14.00	Psykisk helse blant papirløse migranter	Psykologspesialist
14.15-15.00	Psykiske aspekter ved tuberkulosebehandling av asylsøkere i transittmottak	Sosialantropolog

DAG 2	BARN OG REPRODUKTIV HELSE	Underviser
09.00-09.45	Enslige, mindreårige asylsøkere; deres behov slik de selv ser det	Sosialantropolog, dr. Philos
10.00-10.45	Gravide asylsøkere	Lege, Dr. med
11.00-11.30	Kjønnslemlestelse og kvinnehelse	Jordmor, spesialrådgiver
11.30-12.00	Kjønnslemlestedede kvinner ved gynekologisk poliklinikk, OUS	Jordmor, spesialrådgiver,
12.45-13.15	Seksuell helse blant asylsøkere og papirløse migranter i prostitusjon	Sykepleier, PRO-senteret
13.30-14.15	Overgrep mot kvinnelige flyktninger	Lege, Dr. med.
14.30-15.15	Migrasjon og helse i klinisk praksis	Forsker, dr. Philos

4.3.3 Undervisere

Undervisningen gjennomføres av forskjellige lærere med tverrfaglig bakgrunn i helsevesenet eller universitetssystemet. Alle underviserne har både interkulturell kompetanse og klinisk erfaring. Kurset vektlegger klinisk relevans, og lar deltakerne uttrykke egne ideer og erfaring, inkludert diskusjon av kliniske tilfeller og idémyldring rundt relevante problemstillinger. Dette letter overføringen fra teori til praksis.

4.4 Kursperm

Alle deltagerne på innførings- og påbyggingskurs mottar en kursperm med powerpointpresentasjonene som er brukt, samt relevant bakgrunns litteratur. Kurspermen til innføringskurset inneholder rapportene *Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk* (Helsedirektoratet, 2009), *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn* (Rådet for psykisk helse, 2008) og *IS-1924 Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (Helsedirektoratet, 2011).



4.5 Evaluering av undervisningsopplegget

4.5.1 Vurdering av undervisningen

Evaluering av undervisningen er den eneste måten arrangørene kan lære om:

- Resultatet av undervisningen; både den økte kompetansen hos deltagerne og hvordan helsetjenesten nyttiggjør seg den økte kompetansen.
- Forbedringspotensial; hvordan den kliniske relevansen av undervisningen kan forbedres.

4.5.2 Evalueringsskjema

Det er utviklet et evalueringsskjema som samtlige deltagere har fylt ut. Det inneholder evaluering av hver enkelt forelesning med gradering fra 1-6, vurdering av klinisk relevans og behov for videre kunnskap. Funn fra disse evalueringsskjemaene ligger til grunn for forbedring mellom hvert kurs.

4.5.2.1 Evalueringsskjema, T-SHaRE

Alle spørsmålene fra 1.-7. ble gradert fra 1-6.

- 1. Det faglige innholdet lå nært opp til det jeg ønsket lære** Uenig/Svært enig
- 2. Det teoretiske stoffet var** Irrelevant/Relevant For lite/Passe/For mye
- 3. Den kliniske relevansen av kursrekken var** For lite/Passe
- 4. Kurset virket stimulerende til videre læring innen samme område**
I liten grad/I høy grad
- 5. Temaene som ble tatt opp var relevante** (alle forelesningene graderes)
- 6. Kurset til mine forventninger** I liten grad/i høy grad/ingen forventning
- 7. Den praktiske gjennomføringen av kurset var tilfredsstillende** Uenig/Enig
- 8. Hvor fant du informasjon om innføringskurset i migrasjon og helse?**
- 9. Spørsmål om arbeidssituasjonen**

Hvilken yrkesbakgrunn har du?

Hva slags institusjon arbeider du ved? (sykehus/helsestasjon/asyltjenester/annet)

Jeg har fått fri med/uten lønn, arbeidsgiver/jeg dekker kursavgiften

Jeg har deltatt på kursrekken på egen fritid

Hvor jobber du? (Oslo/Helse Øst/Vest/Sør/Midt/Nord)

10. Hadde arbeidsgiver/du vært villig til å betale høyere kursavgift? 600/800/1000

11. Hvilke temaer mener du er relevante for et påbyggingskurs

Reproduktiv helse	Barn og ungdom
Asylsøkere, flyktninger og papirløse migranter	Psykisk helse
Livsstilssykdommer	Forebyggende helsearbeid
Kommunikasjon	Bruk av tolk

Hvilke andre temaer tenker du at kunne være aktuelle?

4.5.3 Tilbakemeldinger fra deltagerne i T-SHaRE

Deltagerne la vekt på interkulturell kompetanse som et viktig verktøy for:

- Å kunne sette spørsmål ved egen praksis sett både fra pasientens side og fra institusjonens og personalets side.
- Å få økt bevissthet og forståelse for ulike forklaringsmodeller og fremstillinger av sykdom og deres innflytelse på helsen.

4.5.4 Ansvarliggjøring

Deltagerne, helsevesenet og underviserne er sammen med på å øke kompetansen til deltagerne. Økt kompetanse forplikter til å yte bedre og mer likeverdige helsetjenester. Både helsepersonell og deres ledere har et faglig og etisk ansvar for fortløpende å øke egen kompetanse. Dette inkluderer å holde seg faglig oppdatert, også om sammenhengen mellom migrasjon og helse. Et undervisningsopplegg bidrar på denne måten til å ansvarliggjøre alle involverte aktører, både deltagere og arbeidsgivere.



4.5.5 Ansvar for videre kompetanseheving

Deltagere, helsevesenet og undervisere kan ta initiativ til videre kompetanseheving innenfor migrasjon og helse:

- Lage pilotprosjekter for helsetjenester innenfor rammen av det lokale eller nasjonale helsesystemet.
- Bygge opp tverrfaglige team i helsetjenesten og lære dem opp i migrasjon og helse.
- Oppnå anerkjennelse av undervisningen fra nasjonale eller lokale myndigheter og de respektive yrkesorganisasjonene.
- Få bekreftelse og anerkjennelse fra nasjonale eller lokale myndigheter av yrkesroller og kunnskapsferdigheter innenfor fagfeltet migrasjon og helse innen helsetjenesten
- Bli brukt som et forslag for å skape offentlig debatt der det ikke er tilpassete tjenester for innvandrere og etniske minoriteter.

OPPSUMMERING

Et undervisningsopplegg i migrasjon og helse vil føre til forbedringer innenfor flere områder av helsetjenestene for innvandrerbefolkningen. En formell anerkjennelse av kompetanse på fagfeltet migrasjon og helse som relevant i behandlingssammenheng, vil føre til aksept på flere nivåer, formene for aksept vil forbedre forholdet mellom helsepersonell og pasient, noe som igjen vil forbedre behandlingen:

- Lokale helse- og utdanningsmyndigheter vil anerkjenne vanskelighetene som innvandrerbefolkningen kan ha med tanke på tilgang til helsetjenester og å fullføre egnet behandling.
- Helsepersonell vil ta hensyn til varierende fremstillinger av sykdomserfaringer samt de bredere sosiale og strukturelle determinanter for helse og tilgang til helsetjenester.

I helsesektoren kan barrierer knyttet til språk og kulturelle forestillinger få konkrete, negative finansielle og organisasjonsmessige konsekvenser. Dette kan være lengre konsultasjonstid, ubegrunnet sykehusinnleggelse, dårlig tilpasset behandling og lange sykefravær. Pasienten kan også oppsøke feil ledd av helsetjenesten, som legevakt fremfor fastlege etc. Dette fører til økt ressursbruk.

Ved at pasientene i utgangspunktet har tilgang til en helsetjeneste med kunnskap om migrasjon og helse, kan feil bruk av helsetjenestene reduseres, noe som vil være fordelaktig for alle parter. Dersom helsetjenesten ikke har kunnskap om migrasjon og helse, risikerer man at helsepersonell ikke får ytt adekvat behandling og omsorg. Dette kan svekke helsepersonellens faglige integritet og pasientens menneskelige integritet.

En integrering av kompetanse på migrasjon og helse i helsetjenesten, kan føre til økt kulturell sensitivitet og åpenhet på lang sikt. Kompetanse på migrasjon og helse kan bidra til videre læring av ulike syn på psykisk velvære, forskjellige måter å uttrykke uro på samt forskjellige forklaringer på helse. Kunnskapen og kompetansen vil også forbedre helsetjenesten ved å sikre at tilgang til helsetjenester ikke blir begrenset til de pasientene som snakker ”riktig” språk, det være seg språklig eller kulturelt.



MEDLEMMER AV T-SHaRE

AFF (Torino, Italia)
Roberto Beneduce*,
Roberto Bertolino
Simona Gioia,
Irene Morra
Simona Taliani*,
Eleonora Voli

ASL NA 2 Nord (Napoli, Italia)
Paola Amodeo,
Rosanna Blasi**,
Giuseppina Carannante,
Rosa dell'Aversana
Laura Del Pezzo,
Christina Harrison
Anna Manzo,
Silvana Petri*
Francesca Romagnuolo

ARACNE (Napoli, Italia)
Teresa Capacchione**,
Roberta Moscarelli*
Enza Somella,
Maria Fernanda Spina*

Centro SHEN (Napoli, Italia)
Lidia Azzarita,
Francesca Carrera
Laura Intrito,
Maria Rosaria Marini
Alfredo Pisacane**,
Maria Toledo
Gemma Zontini**

*medlem av T-SHaREs vitenskapelige
komité og medlem av T-SHaRE

CRIA (Lisboa, Portugal)
Elizabeth Challinor,
Joaquim Jorge
Carla Moleiro*,
Silvia Olivença
Chiara Pussetti,
Manuela Raminhos,
Cristina Santinho,
Joana Santos
Francesco Vacchiano

MINKOWSKA (Paris, Frankrike)
Ursula Acklin-Kalil,
Rachid Bennegadi*
Marie Jo-Bourdin,
Stéphanie Larchanché*
Christophe Paris,
Daria Rostirolla

NAKMI (Oslo, Norge)
Karin Harsløf Hjelde*,
Ragnhild Storstein Spilker
Ida Marie Bregård,
Vera Minja

FOLKEUNIVERSITETET (Oslo, Norge)
Ingebjørg Gram,
Synnøve F. Graneng
Kjersti Kanck

GMAJNA (Ljubljana, Slovenia)
Barbara Bezec*,
Aigul Hakimova
Polona Mozetič*,
Sara Pistotnik*

**Kun medlem av T-SHaREs
vitenskapelige komité

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
Oslo universitetssykehus HF, avd. Ullevål
Postboks 4956 Nydalen
N-0424 Oslo
post@nakmi.no
www.nakmi.no

