

Ny Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse



Nora Ahlberg

FORSKNINGSDIREKTØR/PROFESSOR

Tilknyttet medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslos Senter for flerkulturelle og internasjonale studier, og Helsingfors universitet. Har vært professor/instituttleder ved Universitetet i Tromsø og NTNU, og leder ved Psykososialt senter for flyktninger. Kompetansen dekker sammenlignende kultur- og religionskunnskap samt klinisk psykologi. Lang tverrfaglig erfaring fra forskning og undervisning om innvandrere, flyktninger og andre minoriteter, også fra humanistiske og samfunnsvitenskapelige fakulteter.



Hammad Raza Syed

PROSJEKTMEDARBEIDER/LEGE

Faglig grunnutdanning og erfaringsbakgrunn fra Pakistan. Mastergrad i internasjonal helse ved Universitetet i Oslo. Har vært tilknyttet HUBRO-prosjektet (Helseundersøkelsen i Oslo). Kompetansen dekker et bredt spekter av livsstilsrelatert somatisk sykdom og psykososiale belastninger i tilknytning til migrasjon. Særlig interesse for forebygging.

FORSKNINGSDIREKTØR/PROFESSOR NORA AHLBERG
OG PROSJEKTMEDARBEIDER/LEGE HAMMAD RAZA SYED

Migrasjon berører sentrale sider av velferdssamfunnet – også spørsmål om sykdom og helse. Migranter er i risikozonen for livsstilrelaterte sykdommer og psykososiale problemer samtidig som sykdomsmønstre i hjemland og helsetilbud i mottakerland påvirker både diagnostikk, behandling og pasientkontakt. For å fremme/koordinere nasjonal/internasjonal kunnskap og krysskulturell dialog på dette feltet, er det åpnet en tverrfaglig enhet lokalisert til Ullevål Universitetssykehus.

Et alvorlig spørsmål i tilknytning til hva slags samfunn vi har og ønsker oss gjelder integreringen av nykommere. Bare i Oslo snakkes det i dag over hundre språk, og i global sammenheng medfører tvungen og frivillig migrasjon omveltninger av betydning for velstandsutviklingen i flere deler av verden. Den berører både personer som på forskjellig vis har fordeler av utviklingen (for eksempel innen for næringsvirksomhet og kultur) og dem som blir fordrevet av nød og fattigdom. Det kan gjelde de som forblir fastboende mens de mister stadig mer kontroll over sitt nærmiljø, innvandrere så vel som ressurssvake deler av majoritetsbefolkningen. For arbeidsmigranter vil det også kunne innebære å plutselig befinne seg i en situasjon hvor man, med eller mot sin vilje, blir oppfattet som minoritet, selv om man tidligere tilhørte majoriteten. Nasjonale minoriteter (eks. kvæner, Romanifolket), urfolk (samer) og forfulgte flyktninger er kanskje mer forberedt på slike sider av tilværelsen.

Men migrasjon rommer også sider som berører sykdom og helse. I den anledning åpnet Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI) den 2. juni i år. Enhetens mandat er å drive tverrfaglig koordinerende og formidlende forsknings- og utviklingsarbeid i forhold til somatisk og psykisk helse og omsorg for innvandrere. Hittil har slike spørsmål inngått i aktiviteter med tildels andre primærhensyn, slik som det såkalte IMER (Internasjonal migrasjon og etniske relasjoner), på det flerkulturelle traumatologiske feltet. NAKMI må nå søke en mer selvstendig rolle i skjæringspunktet mellom ulike samfunnshensyn. De kan være et bredt spekter av minoritetsinteresser, behov og erfaringer av helse- og omsorgsmessig art, tverrfaglige profesjonsinteresser og forskningspolitikk, samt myndighetenes behov for overordnet og kostnadseffektiv innsikt med tanke på den til enhver tid erklærte minoritetspolitikk. Med andre ord, det ville det være alt for lett å søke å begrunne en slik enhets eksistens ensidig ved udekkede behov som krever økte ressurser, uten at disse ble avvendt mot andre hensyn. Slike hensyn kan eksempelvis være unødig sykeliggjøring av kulturproblematikk eller det Berthold Grünfeld har kaldt å «rope på mer psykiatri»-fellen.

På den annen side er det et klart behov for en konsoliderende og variert kunnskap om «medisinens blikk». Dette gjelder ikke bare i forhold til kvinner, men også «nyere» minoriteter.

De har krav på et bedre tilpasset og kultursensitivt behandlingstilbud. Og det er viktig hvis vi skal unngå unødige utgifter og konflikter. Det er ikke minst viktig hvis vi vil oppfylle våre samfunnsforpliktelser og likestillingsidealer overfor hele befolkningen. NAKMI vil bidra til utviklingen av en slik drøftelse, som bør være tverrfaglig og dekke både somatiske og psykososiale faktorer i tillegg til sosiokulturell variasjon. Et primært siktemål er å fremskaffe grunnleggende – og i forlengelsen anvendt – kunnskap om norske, og på sikt, sammenlignbare europeiske forhold når det gjelder minoriteter og helse. Det trengs tverrfaglig kunnskap som går lenger enn til å gjenta målinger av ulikegruppers sykdomsmønstre og som belyser helsestelletts kvalitet og rolle. Til tross for mørketall og kunnskapsmessige hull, som skyldes akademiske forsømmelser på dette viktige området, finnes det mye «taus erfaring» blant praktikerne i felten.

Flere studier har vist at innvandrerbefolkningen er mer utsatt for livsstilsrelaterte sykdommer, psykosomatiske – og mentalhelseplager enn majoritetsbefolkninger i Europa.

Men en har også vist at det er stor intern variasjon. Vi kan altså også hos innvandrere se en forskyving fra smittsomme sykdommer mot de kroniske. Enkelte ting tyder på at denne økningen er relativt dramatisk når det gjelder hjerte og karsykdom, diabetes II og slag. Det er for eksempel, rapportert høyere risiko for diabetes II blant norskpakistane enn hos nordmenn. I tillegg kommer mer spesifikke plager som kan skyldes både sykdomsmønstre i opprinnelsesland og klasserelaterte miljøfaktorer som går på tvers av etnisitet. I følge smittevernoverlege i Oslo, Tore W. Steen, er tuberkulosen blant somaliske kvinner i Gamle Oslo/Tøyen området på linje med hva den var for arbeidsfolk i samme bydeler for hundre år siden («Helse for mange» seminar i Oslo 7. april '03). Men bildet er ikke entydig fordi de få studier som finnes peker i ulike retninger. Således rapportere innvandrere og asylsøkere selv, ifølge en FAFO undersøkelse (1995), ikke flere helseplager enn majoritetsbefolkningen. Når det gjelder mentalhelse og såkalte «diffuse smertetilstander» er bildet dertil mer komplisert. Dette fordi både forfølgelse i hjemlandene og krysskulturelt kommunikative faktorer i større grad kan spille inn.

Den offentlige debatt har rettet søkelyset mot sensitive sider av generasjons- og kjønnsrolle dynamikken. Også forestillinger og holdninger hos vestlig utdannede helsearbeidere er i visse henseender i uttakt med nykommernes behov. Migranter fra den tredje verden er utsatt for marginalisering og manges kontakt med majoriteten blir derfor i rollen som hjelpetrengende. Som en motvekt mot dette har forskere og behandlere kritisert problemorienteringen på dette feltet. Fokus på den andre ytterligheten vil imidlertid

ikke alene få de mangeartede problemer som mange strever med, til å forsvinne, men snarere gjøre dem til et privat anliggende og ansvar. Velferdstatistikken forblir tankevekkende og kan legge stein til byrden i forhold til manglende anerkjennelse i omgivelsene.

En grunn til at minoriteter er særlig utsatte i forhold til helse og omsorg er at det ofte dreier seg om den mest private og intime sfære i møte med intervensjoner som er lokalisert i det offentlige rom.

Det stiller økte krav til kultursensitivitet. Selv om ikke alle innvandrere føler behov for særbehandling, er de veier minoriteter tar i behandlingssystemet egnet til å blottlegge også mer generelle sider av den rolle helse spiller i velferdsstaten (helse er blitt betegnet som vår tids religion). Et eksempel på dette vil være eksisterende spenninger mellom behov for å beskytte enkeltindivider i krise og sykdom versus tvungen inngripen i deres liv. Her i skjæringspunktet mellom det offentlige og private rom blir viktige samfunnsetiske utfordringer synliggjort. Det har den følge at innvandrerhelseforskningen kan fungere som et speil for å øke forståelsen av samfunnet i sin alminnelighet. Beveger vi oss bortenfor et strengt biomedisinsk perspektiv mot et mer pasientorientert, blir det tydelig hvor uløselig helse er knyttet til evnen til å fungere i sosiale roller. Dette blir ekstra viktig når det dreier seg om innvandrere som per definisjon nettopp er personer som beveger seg inn og ut av fellesskap.

Helse og omsorg er, med andre ord, et høyst personlig spørsmål av største betydning for fellesskapet og omvendt.

Pasienter som blir oppfattet som fremmede kan på den ene siden bli utelukket fra likeverdig tilgang til offentlige tjenesteytelser og på den andre side møte offentlig inngripen i personlige aktiviteter som vil øke eller minske deres autonomi.

Gjennom sin virksomhet vil NAKMI tilstrebe økt krysskulturell forståelse i helsesammenheng, identifisere viktige problemstillinger og initiere dialog for gjensidig læring, med tanke på en bedre ivaretagelse av utsatte minoriteter.

Vi vil gjøre helsearbeidere og andre profesjoner oppmerksomme på den mellommenneskelige side av krysskulturell kommunikasjon. Vårt kliniske siktemål er å finne fram til sosiokulturelt følsomme måter å innhente informasjon fra minoritetspasienter og deres pårørende, forhandle frem fellesforståelse og enes om behandlingsplaner som er mer i samsvar med deres overbevisninger og aktuelle situasjon. Mange av disse tiltakene kan vise seg å være relativt enkle, mens andre kan være både følelseladete og kreve mer helhetlige og langsiktige løsninger. Dette gir samtidig mange muligheter for dialog til fordel for gjensidig selvinnsikt og tilpassing.