

De forskellige sundhedsmæssige aspekter af migration gør det relevant at overveje, hvordan man kan bedre sundheden for migranter. Helt grundlæggende mangler der viden om eksponering for risici, sygelighed og psykosociale forhold for migranter, og en systematisk afdækning heraf vil kunne danne grundlag for en mere adækvat indretning af forebyggende og behandlende ydelser. Der er behov for både tværsnits- og forløbsundersøgelser samt interventionsstudier for at belyse migrationens multifacetterede indflydelse på sundhed og mulighederne for effektiv forebyggelse og behandling blandt migranter.

Migranternes sundhed kan formentlig bedres via en række tiltag. Nogle af disse vedrører reduktion af strukturelle og kulturelle barrierer i sundhedsvæsenet, der kan have negative konsekvenser for migranter. Særligt belastede migranter såsom flygtninge, der har været udsat for psykosociale stresspåvirkninger før og under migrationen, bør sikres let adgang til undersøgelse og behandling. I nationale og lokale forebyggelsesaktiviteter bør man i højere grad tage hensyn til migranternes forudsætninger, risikopfattelser og handlemuligheder, og der bør iværksættes specielle, målrettede interventioner med inddragelse af etniske minoritetsgrupper med særlige behov. Desuden kan bredere samfundsmæssige tiltag påvirke migranternes sundhed. Det gælder en række forhold, såsom anerkendelse og inklusion af migranter, hvilket kan bedre de psykosociale forhold blandt migranter med forventelig positiv effekt på deres sundhed.

Korrespondance: *Allan Krasnik*, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: krasnik@pubhealth.ku.dk

Antaget: 9. april 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Mygind A, Kristiansen M, Krasnik A et al. Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici - betydningen af etnicitet og migration. København: Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2006 (i trykken).
2. Syed HR, Vangen S. Health and migration: a review. Oslo: NAKMI; 2003. www.nakmi.no/publikasjoner/artikkel.asp?SeksjonID=3&NyhetID=55&SprakID=1/marts2006.
3. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:243-58.
4. Thomas SL, Thomas SD. Displacement and health. *Br Med Bull* 2004;69:115-27.
5. Hjelde KH. Kritiske perspektiv på antropologiske metoder og teorier i studier av sensitive og eksistentielle spørgsmål ved migrasjon og flyktningsliv. *NAKMI papers* 2004;1. www.nakmi.no/publikasjoner/artikkel.asp?SeksjonID=3&NyhetID=186&SprakID=1/marts2006.
6. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC et al. Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:13.
7. Nielsen AS. Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet i Danmark. Forskning om sygdomsmønstre, forbrug af sundhedstjenesteydelser og behandler- og patientrelationer. I: Smertelige erfaringer. En antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursiv hegemoni. København [ph.d.-afhandl]. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005:37-64.
8. Ingerslev O. Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: Mogensen GV, Matthiesen PC, red. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Århus: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Aarhus Universitetsforlag, 2000:222-51.
9. Worth RM, Kato H, Rhoads GG et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: mortality. *Am J Epidemiol* 1975;102:481-90.
10. Packness A. Indikatorer af betydning for voksne asylsøgere mentale helbred [MPH-afhandl]. København: Københavns Universitet, 1998.

Adgang til sundhedsydelser for migranter

Læge Marie L. Nørredam, antropolog Anette Sonne Nielsen & professor Allan Krasnik

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning

Migration medfører, at vi globalt som lokalt i stigende grad oplever en multikulturel verden. Alene fra 1975 til 2000 fordobledes antallet af migranter til 175 mio. på verdensplan, svarende til ca. 3% af verdens befolkning – heraf befinder størstedelen sig i lavindkomstlande [1]. Tallene dækker over migrantarbejdere, permanente migranter, flygtninge og asylansøgere, mens illegale migranter og personer, som migrerer fra land til by, ikke er medtaget. Befolkningernes tiltagende mangfoldighed medfører nye udfordringer for vore samfund, herunder for sundhedsvæsenet. Det er artiklens formål at anvise nogle overordnede rammer for forståelsen af migranternes

adgang til sundhedsydelser og for, hvilke faktorer der kan påvirke denne adgang.

Lige adgang til sundhedsydelser

Ifølge FN's Verdenserklæring om Menneskerettighederne har: »... enhver ret til en sådan levefod, som er tilstrækkelig til hans og hans families sundhed og velvære, herunder til føde, klæder, bolig og lægehjælp ...« [2]. Deklarationen fastslår, at adgang til sundhedsydelser er en menneskeret. I tråd hermed har WHO's Alma Ata-konvention fra 1978 »universel adgang til sundhedsydelser« som mål. En række faktorer kan imidlertid påvirke befolkningens adgang til sundhedsydelser. Disse faktorer opdeles ofte i prædisponerende faktorer, resurser og behov. Prædisponerende faktorer omfatter sociodemografiske karakteristika herunder etnisk tilhørsforhold. Resurser omhandler især individets finansielle muligheder herunder forsikringsordninger, og ved behov forstås sygelighed og potentialet for forbedringer.

Adgang er ofte bundet til et lighedsprincip. Lige adgang går ud på at maksimere en retfærdig adgang til sundhedsydelser og minimere forskelle i sundhed [3]. Lige adgang ses, når behovet bestemmer allokeringen af resurser uafhængigt af »irrelevante« variable som for eksempel etnicitet.

Betydningen af etnicitet og migration

Vi anvender migranter som betegnelse for tilflyttede personer, der er bosiddende i et land og har en anden etnisk baggrund end majoriteten. Migranter udgør i reglen en eller flere heterogene grupper. Alligevel er det muligt at identificere en række fællesnævner ud fra begreberne etnicitet og migration.

Etnicitet kan defineres som et socialt tilhørsforhold til en gruppe på grund af en fælles kultur, hvilket kan indebære elementer af en fælles historie, geografisk oprindelse, religion, sprog, madvaner og andet [4]. Etnicitet er et komplekst og dynamisk begreb under konstant forandring både for den enkelte og for gruppen – ikke mindst i mødet med nye kulturer og nye livsvilkår. Etnicitet operationaliseres ofte ved fødeland, region, sprog eller ved selvidentifikation. Operationaliseringen af etniske kategorier er kontroversiel, fordi det kan bevirke antagelser om homogene grupper og kulturelle stereotyper [5].

Migration kan ses som en social forandringsproces, hvor et menneske flytter fra en kulturel sammenhæng til en anden for at slå sig ned enten for en længere periode eller permanent. Migration er en fortløbende proces, og for at belyse migrationens konsekvenser for det enkelte menneske må man medtage forhold både før, under og efter ankomsten til destinationslandet. Der findes i den forbindelse ingen entydige svar på, hvornår man ophører med at være migrant og i stedet bliver en del af majoriteten. Faktorer relateret til migration kan disponere for sygdom. Disse faktorer er igen relateret til migrationsfaserne. Før migrationen kan der være tale om tortur, høj sygelighed og dårlig adgang til sundhedsvæsenet. Selve migrationen kan være helbredsfarlig, hvis der eksempelvis er tale om flugt eller menneskesmugling under farlige forhold og med dårlig adgang til sundhedsydelser. I destinationslandet kan en lang række formelle og uformelle barrierer i adgangen til sundhedsvæsenet være med til at øge sygeligheden blandt indvandrere, hvilket især er fokus for denne artikel.

Måling af migranternes adgang til sundhedsydelser

Befolkningens adgang til sundhedsvæsenet kan måles på forskellige vis. Adgangen til sundhedsvæsenet for migranter kan måles på forskellige trin i et sygdomsforløb. Effektmål for undersøgelser af adgangen til sundhedsydelser kan både være kliniske mål i form af sygelighed og dødelighed samt målinger af forbrugsmønstre som indlæggelsesvarighed og behandlingsforskelle. Ved forbrugsundersøgelser kan et underforbrug reflektere mindre sygelighed eller barrierer i adgangen til sundhedsydelser. Undersøgelser af migranternes adgang til sundhedsydelser bør inddrage sociodemografiske faktorer og behovet, for at man kan afdække eventuel ulighed. Migran-

ternes forbrugsmønstre kan ændres over tid, og derfor er det ofte relevant at undersøge effekten af opholdsvarighed.

Adgangsbarrierer

Migranternes adgang til sundhedsydelser kan påvirkes af en række faktorer, der overordnet kan opdeles i formelle og uformelle barrierer. Formelle barrierer omfatter sundhedsvæsenets opbygning herunder brugerbetaling. I lande, hvor patienter betaler for behandling, kan det hindre adgangen til de mest optimale sundhedsydelser for migranter, fordi de ofte vil have dårligere socioøkonomiske kår end majoritetsbefolkningen.

Formelle barrierer omfatter også juridiske restriktioner, der påvirker migranternes adgang. Eksempelvis har asylansøgere i ti ud af de 25 EU-lande kun adgang til akut behandling ifølge loven [6]. Børn og kvinder er dog undtaget fra denne begrænsning i flere lande. Adgangen til sundhedsydelser for afviste asylansøgere er begrænset til akut hjælp i endnu flere lande. Begrænsninger i adgangen til sundhedsydelser anvendes i stigende grad som et politisk pressionsmiddel i håb om at få folk til at forlade destinationslandet [6]. Særlige forhold for gruppen af illegale immigranter er omtalt andetsteds i dette temanummer. Her skal blot nævnes, at denne gruppe i de fleste vestlige lande ikke har formel ret til sundhedsydelser.

I en del vestlige lande er der lavet lovmæssige bestemmelser om, at alle migranter eller undergrupper heraf skal tilbydes screening. Formålet med screeningerne er dels at beskytte værtsbefolkningen, dels at hjælpe migranter. Indholdet af screeningsprogrammerne og målgrupperne varierer imidlertid meget fra land til land [6].

Uformelle barrierer i adgangen til sundhedsydelser kan inddeles i sproglige, psykologiske og sociokulturelle faktorer. Ofte vil det være et komplekst samspil mellem de nævnte barrierer, der påvirker adgangen. Sproglige barrierer handler om ikke at være i stand til at kommunikere, herunder pga. mangel på tolkebistand. Psykologiske barrierer vedrører mangel på tillid og vanskeligheder ved social interaktion. Sociokulturelle barrierer omhandler forskelle mellem sundhedsprofessionelle og patienter i forhold til procedurer, kommunikationsmønstre, roller og viden om sygdom og sundhedsvæsenets indretning.

Flygtninge og internt fordrevne i Afrika og Asien er migrantpopulationer, der udgør en særlig problematik. Dårlig sikkerhed og logistiske problemer er hyppige hindringer for, at det internationale samfund kan etablere adgang til basale sundhedsydelser for disse populationer [7]. Adgangen vil også afhænge af, hvilken fase det humanitære respons befinder sig i. I permanente lejre er det således vist, at sundhedstilstanden i visse tilfælde kan være bedre end lokalbefolkningens, især hvis lejrens sundvæsen er organiseret af resursestærke ngo'er [8].

Danske forhold

Dansk Røde Kors er ansvarlig for asylansøgenes sundhed. Asylansøgere tilbydes screening ved ankomsten og har mulig-

Faktaboks

Migranter udgør en heterogen gruppe. Ved migration forstås, at en gruppe eller et enkelt individ flytter fra et sted til et andet for en længere periode – enten frivilligt eller af nød.

Etnicitet og migrationsstatus er vigtige determinanter for migranternes sundhed og adgang til sundhedsvæsenet.

Migranternes adgang til sundhedsydelser kan påvirkes af en række faktorer, der overordnet kan opdeles i formelle og uformelle barrierer.

Viden og politisk vilje på globalt og lokalt plan er essentiel, hvis migranter skal sikres lige adgang til sundhedsydelser.

hed for at opsøge praktiserende læger tilknyttet asylcentrene. Asylansøgere er ikke omfattet af Sygesikringen og har derfor kun ret til hjælp ved akut sygdom, medmindre de er gravide eller er børn. Røde Kors' læger kan dog, når der er tale om »nødvendig, smertelindrende eller uopsættelig« behandling, ansøge Udlændingestyrelsen om at få godkendt udgiften til behandling. Dog er det ikke alle ansøgninger som godkendes, især ikke ved psykisk sygdom. Formelt set er der således forskel på, hvilke sundhedsydelser asylansøgere og borgere i Danmark har ret til. De sundhedsmæssige konsekvenser af denne forskelsbehandling er endnu ikke belyst.

En undergruppe af personer, der får asyl, er kvoteflygtninge, som flyves direkte fra flygtningelejre til en kommune i Danmark, hvor de tildeles bopæl, praktiserende læge mv. En nyere dansk undersøgelse viste, at 64% af en gruppe nyankomne kvoteflygtninge havde en eller flere fysiske sygdomme – psykisk sygdom var ikke medtaget [9]. Frem til juli 2005 var der ingen national plan for tilbud om profylaktiske undersøgelser og vaccinationsprogrammer for kvoteflygtninge. Det var op til den enkelte kommune, hvad de tilbød. Fra juli 2005 modtager alle kvoteflygtninge en almen undersøgelse samt tuberkulose- og hiv-test i flygtningelejrene, inden de får dansk opholdstilladelse. Ordningen er ny, og det er stadig usikkert, hvordan screeningresultaterne vil blive anvendt.

Gruppen af familiesammenførte kommer direkte til deres pårørende. Der var i januar 2006 intet systematisk tilbud om profylaktisk undersøgelse og information for dem. En stor del af de migranter, der kommer hertil, har derfor ikke været gennem en lægeundersøgelse, og børnene har ikke gennemført et dansk vaccinationsprogram. Der er derfor brug for en nationalplan for tidlig sygdomsopsporing og behandling samt tilbud om børnevaccinationsprogrammer.

Perspektivering

Politisk vilje på globalt og lokalt plan er essentiel, hvis mi-

granternes sundhed, herunder adgangen til sundhedsvæsenet, skal sikres. Det er derfor vigtigt, at ansvarshavende parter lige fra WHO til lokale regeringer og regioner har udviklet retningslinjer eller sundhedsplaner, der omfatter migranternes sundhed.

Effektive politiske initiativer forudsætter imidlertid viden. Forskningsområdet står stadig over for mange udfordringer blandt andet af metodisk karakter. Udvikling og operationalisering af etnicitet og migration er afgørende ligesom etablering af informationssystemer til indsamling af nuanceret viden om etnicitet, sundhed og kontakt med sundhedsvæsenet. I forhold til kontakten med sundhedsvæsenet er det vigtigt, at forskningen både belyser kvantitative forbrugsmønstre og også fokuserer på migranternes kvalitative oplevelser i sundhedsvæsenet. Desuden mangler der viden om interventionsmuligheder og effekten heraf blandt migranter. Et særligt tema, som næsten er helt udokumenteret, er udviklingen af disse forhold over tid for migrantgrupper efter ankomsten til det nye land og ændringer for anden- og tredjegerationsindvandrere i lyset af etnicitet, migrationsmåde og forholdene i modtagerlandet [10]. Viden om migranternes adgang til sundhedsydelser er generelt mangelfuld i Danmark, men næsten helt fraværende i de fleste lav- og mellemindkomstlande. Problemerne i disse lande har helt andre dimensioner i kraft af de mange internationale og interne migranter, lokal ophobning i slum og flygtningelejre, udbredte sundhedsproblemer og pressede sundhedssystemer, som i forvejen er utilstrækkelige i forhold til den lokale befolkning.

Korrespondance: Marie L. Nørredam, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, bygning 5, opgang B, st., Postboks 2099, DK-1014 København K. E-mail m.norredam@pubhealth.ku.dk

Antaget: 23. maj 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. WHO. International migration, health & human rights. WHO: Geneva, 2003. <http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migrants-English-June04.pdf> /jan 2006.
2. United Nations Declaration of Human Rights. Adopted by the United Nations General Assembly on 10 December 1948. Article 25. www.unhcr.ch /jan 2006.
3. Aday LA, Begley CE, Lairson DR et al. Evaluating the healthcare system: Effectiveness, Efficiency and Equity. 3rd edition. Chicago: Health Administration Press, 2004.
4. MacBeth H, Shetty P. Health and Ethnicity. London: Taylor & Francis, 2001.
5. Aspinall PJ. Operationalising the collection of ethnicity data in studies of the sociology of health and illness. *Social Health Illness* 2001;23:829-62.
6. Nørredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *Eur J Public Health* 2006;16:285-9.
7. Sondorp E, Bornemisiz O. Primary health care and armed conflict. *J Royal Soc Prom Health* 2004;124:251-2.
8. Wigdan I. Humanitarian Aid for Internally Displaced People in Sudan: adequacy and efficiency [ph.d.-afhandling]. København: Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
9. Kristensen LD, Mandrup GH. Flygtninge – fejler de noget? *Ugeskr Læger* 2005;167:392-6.
10. Danmarks Statistik. Kapitel 9. Indvandrere i Danmark. København: Danmarks Statistik, 1998.