



# HVA LÆRER FREMTIDIGE LEGER OM MIGRASJON OG HELSE?

---

- En kartlegging av medisinstudiet i Oslo



Norsk medisinstudentforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Ingrid Berre  
Trine Wieberg Dæhli  
Astri Nordløy

August 2010

## Forord

Våren 2009 startet Norsk medisinstudentforening (Nmf) i Oslo opp prosjektet "Helsehjelp for alle". Formålet var å rette oppmerksomhet mot det manglende helsetilbudet til personer som er i Norge uten oppholdstillatelse, såkalte papirløse migranter. Gjennom arbeidet med prosjektet ble vi stadig mer bevisst på at informasjon om viktige tema som dette, ikke bør være noe som kun tilbys studenter på kveldstid av frivillige aktører, men burde inngå som pensum for medisinstudenter og studenter i andre helsefag.

"Helsehjelp for alle" kom i kontakt med Helsedirektoratet da de deltok på et seminar i regi av Nmf høsten 2009. De ønsket en kartlegging over hva som undervises om migrasjon og helse ved medisinstudiet i Oslo, som en oppfølging til rapporten «Migrasjon og Helse – utfordringer og utviklingstrekk». Avdeling for minoritetshelse og rehabilitering ved Helsedirektoratet bestilte derfor denne rapporten, som er skrevet av Ingrid Berre, Trine Wieberg Dæhli og Astri Nordløyken, tre medisinstudenter engasjert i "Helsehjelp for alle".

Migrasjon er en naturlig del av en stadig mer globalisert verden. I Norge i dag bor det over en halv million innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. Det er store helsemessige forskjeller mellom migrantbefolkningene sett under ett og majoritetsbefolkningen, samtidig som det er store variasjoner mellom ulike minoriteter. For å kunne yte en likeverdig helsehjelp til alle, er det viktig at leger har kunnskap om migrasjon og helse, kulturell kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter. For å finne ut hvor mye fremtidige leger lærer om dette, har vi gjort en kartlegging av undervisningen ved medisinstudiet i Oslo og gjennomført en spørreundersøkelse blant studentene.

Vi håper denne rapporten kan være av interesse for alle som jobber med utdanning av helsepersonell og alle som er engasjert i migrasjon og helse. For dem som underviser om tema knyttet til migrasjon og helse, håper vi at rapporten kan bidra med en oversikt over undervisningen og legge til rette for bedre samarbeid mellom de ulike aktørene. Forhåpentligvis bidrar også rapporten til å identifisere områder hvor mer undervisning er nødvendig. Vi håper denne rapporten kan inspirere til lignende undersøkelser ved andre medisinske fakultet og helsefaglige utdannelse.

God lesing!

Ingrid Berre  
Trine Wieberg Dæhli  
Astri Nordløyken

## Takk

Vi ønsker å takke Karin Harsløf Hjelde ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) som har vært veilederen vår i dette prosjektet. Vi har satt veldig stor pris på hennes verdifulle og tålmodige tilbakemeldinger. Vi ønsker også å takke Kathleen Bronson Dussán for tillatelse til å bruke hennes spørreskjema som utgangspunkt for å utforme vårt eget; Odd Aalen, Arnstein Finset og Åsbjørn Westvik for hjelp med statistikken; forelesere og fagledere som har gitt oss tilbakemeldinger på epost; alle studentene som svarte på spørreundersøkelsen; Studieseksjonene ved medisinsk fakultet for tilgang til PBL-oppgavene; trykkeriet ved Helsedirektoratet for hjelp til utforming og trykking; biblioteket ved Helsedirektoratet for hjelp med referanser; Christian Berg-Nielsen for utforming av forside; Einar Yohsuke Kosaka for korrekturlesing; Sven Magne Bakken og andre som har hjulpet oss med tilbakemeldinger og gjennomlesing av rapporten. Vi vil også gi en spesiell takk til Harald Siem som tok initiativet til dette prosjektet og har kommet med mye oppmuntring under veis.

## Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>TAKK</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>1 BAKGRUNN</b> .....	<b>5</b>
1.1 MEDISINSTUDIET VED UNIVERSITETET I OSLO .....	5
1.2 MIGRASJON.....	6
1.4 MIGRASJON OG HELSE I MEDISINSK UTDANNING.....	11
1.5 OPPSUMMERING OG PROBLEMSTILLING .....	13
<b>2 METODE</b> .....	<b>14</b>
2.1 KARTLEGGING.....	14
2.2 SPØRREUNDERSØKELSE BLANT STUDENTENE.....	15
<b>3 RESULTATER FRA KARTLEGGINGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>4 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN</b> .....	<b>22</b>
<b>5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>29</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>32</b>
<b>FIGURLISTE</b> .....	<b>35</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>36</b>
VEDLEGG 1: LÆRINGSMÅL RELEVANT FOR MIGRASJON OG HELSE.....	36
VEDLEGG 2: UNDERVISNING RELATERT TIL MIGRASJON OG HELSE.....	38
VEDLEGG 3: PBL-OPPGAVER RELATERT TIL MIGRASJON OG HELSE.....	39
VEDLEGG 4: SPØRRESKJEMA.....	40
VEDLEGG 5: ANTALL STUDENTER PÅ HVERT KULL SOM SVARTE PÅ SPØRREUNDERSØKELSEN .....	41

## Sammendrag

Mennesker har alltid flyttet på seg, og migrasjon er en naturlig del av en stadig mer globalisert verden. I Norge i dag bor det over en halv million innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. Det er store helsemessige forskjeller mellom migrantbefolkningene sett under ett og majoritetsbefolkningen. Samtidig finnes det også store variasjoner mellom de ulike migrantbefolkningene både når det gjelder risikofaktorer og forekomst av sykdom. For å kunne yte en likeverdig helsetjeneste til alle, må leger tilegne seg nødvendige kunnskaper om migrasjon og helse, kulturell kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter. Med hensikt å finne ut hvor mye fremtidige leger lærer om dette, har vi gjort en kartlegging av undervisningen ved medisinstudiet i Oslo, og gjennomført en spørreundersøkelse blant studentene.

Kartleggingen viser at medisinstudentene i Oslo får noe undervisning om migrasjon og helse. Undervisningen om temaet omfatter tretten læringsmål, åtte forelesningstimer à 45 min, ett seminar, en kliniske smågruppe, en klinikk og fjorten andre forelesninger hvor tema nevnes. Resultatene fra spørreundersøkelsen antyder at studentenes kunnskap om migrasjon og helse øker utover i studiet. Resultatene viser samtidig at mange avgangsstudenter ikke sier seg enig i å ha tilstrekkelig kunnskap om flere viktige områder. Dette kan tyde på at det likevel ikke undervises nok. En betydelig del av undervisningen utgjøres av to dobbeltforelesninger som ikke er obligatoriske for studentene. Det er dermed sannsynlig at noen studenter går glipp av en sentral del av undervisningen om migrasjon og helse. Vi vil påpeke at det er viktig at tema innenfor migrasjon og helse integreres i den øvrige undervisningen der det er relevant.

Undervisningen ved medisinstudiet dekker flere sentrale tema innenfor migrasjon og helse. Det er imidlertid også viktige tema som ikke dekkes. Dette inkluderer migranters helserettigheter, ulikheter i sykdomspresentasjon, levekår og psykisk helse blant asylsøkere og papirløse migranter, samt helsemessige konsekvenser av tortur. Videre er det andre tema det undervises i, men hvor resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at studentene ikke har tilstrekkelig kunnskap. Eksempler er migranters psykiske helse og bruk av tolk i kliniske intervju.

Ut fra dette gis følgende **anbefalinger** for å forbedre undervisningen om migrasjon og helse og slik øke medisinstudentenes kunnskap og ferdigheter:

- Øke det totale antallet undervisningstimer om migrasjon og helse
- Innføre et læringsmål og undervisning om migranters helserettigheter
- Innføre en PBL-oppgave som problematiserer etiske dilemmaer som kan oppstå ved behandling av asylsøkere og papirløse migranter med begrenset rett til helsetjenester og økonomisk evne
- Tilby hospitering ved helsetilbud på asylmottak
- Legge inn undervisning om papirløse migranter

Ansvar for å koordinere undervisningen om migrasjon og helse bør gis til en ansatt ved det medisinske fakultet, slik at det legges til rette for samarbeid mellom ulike fagfelt og instanser.

# 1 Bakgrunn

## 1.1 Medisinstudiet ved Universitetet i Oslo

Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo (UiO) er bygd opp av 12 semestre fordelt over 6 år. Etter gjennomført studium får man graden Cand.med., og kan praktisere som lege.(1)

Studiet er satt sammen av 29 fag, hvert ledet av en fagleder. Etter reformen som kom i 1996, Oslo96, er studiet imidlertid bygd opp tematisk. Dette innebærer at fag integreres med hverandre og at viktige emner går igjen flere ganger i løpet av utdannelsen, slik at studentene stadig lærer om emnene i større dybde.(2) Denne læringsmodellen kalles ofte spirallæring.

For hvert semester er det definerte læringsmål. Disse fastsetter hva studiet skal inneholde og hva studentene blir testet i til eksamen.(2) Medisinstudentene har ikke definert pensumslitteratur, kun anbefalt litteratur. Altså er det læringsmålene som definerer pensum. Læringsmålene styrer derfor i stor grad hva studentene konsentrerer seg om i løpet av studiet.

En del av undervisningen består av forelesninger hvor fagpersoner foreleser hele kull i plenum. Slike forelesninger er ikke obligatoriske. Etter Oslo96 utgjør imidlertid undervisning i smågrupper en større del av studiet. Dette innebærer blant annet klinisk undervisning, hvor studentene møter pasienter på sykehusene, og undervisning i klinisk kommunikasjon. Denne undervisningen er i de aller fleste tilfeller obligatorisk, og studentene må delta for å få mulighet til å gå opp til eksamen.(3)

En viktig del av undervisningen utgjøres også av *problembasert læring (PBL)*. PBL foregår i grupper på 5-8 studenter med en faglig veileder. Studentene får utdelt en problemstilling, oftest en pasienthistorie. På bakgrunn av denne skal studentene selv formulere læringsmål. Studentene henter deretter inn den kunnskapen de trenger før de møtes for å diskutere problemstillingen på nytt.(3) Veilederen i PBL-gruppen får tildelt en lærerveiledning for hver oppgave. Denne inneholder en liste med læringsmål for oppgaven, som veilederen kan bruke til å styre studentene inn på de relevante tema. Deltakelse i PBL-gruppene er obligatorisk for studentene.

Det finnes også undervisning utover disse læringsformene. Eksempler er utplassering, avdelingstjeneste, kurs, klinikker og seminarer. Fordi vi ikke har gjennomgått all slik undervisning, vil vi ikke utdype dette nærmere her.

## 1.2 Migrasjon

Migrasjon betyr folkevandring. På verdensbasis er det 214 millioner internasjonale migranter. Dette ville utgjort innbyggerne i verdens 5. største land, hvis man målte etter befolkningstall.(4) Migrasjon er med andre ord svært vanlig og derfor relevant å vite noe om, også i et helseperspektiv.

Migrasjonsmønstre er i stadig endring. Historisk har migrasjon ofte blitt sett på som en enveisprosess, hvor migranter forlot hjemlandet for godt eller for en lang periode. Moderne migrasjon anses å være mer kompleks. Det har blitt lettere å flytte på seg, og derfor kan migrasjon i dag være av kortere varighet. Det er ikke lenger alltid slik at det er et klart skille mellom avreise- og ankomstland for migranter.(5)

I Norge bor det, ifølge statistisk sentralbyrå (SSB), over en halv million innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. Dette utgjør 11,4 % av befolkningen i landet og en fjerdedel av alle innbyggerne i Oslo, altså en betydelig andel av pasientene leger møter. Omtrent halvparten av disse har bakgrunn fra Europa, og de vanligste opprinnelseslandene er Polen, Sverige, Tyskland, Irak og Somalia (se figur 1).(6)

Det er mange årsaker til at mennesker migrerer, innenfor et spekter av tvungen og frivillig migrasjon. Årsaker kan være flukt fra krig og vold, familiegjennforening, arbeid, utdanning eller et ønske om å oppleve nye steder. Blant de som i dag migrer til Norge er hovedårsaken til dette familiegjennforening og arbeid (se figur 2).(6) Av de som har flyktet til Norge kommer femti prosent fra Asia, og ser man på enkeltland har flest opprinnelse fra Irak og Somalia.(7)

Det er stor forskjell i hvilken administrativ status migranter i Norge har, og dermed forskjell i rettigheter og tilgangen til helsetjenestene. Dette spenner fra de som er norske statsborgere til de uten lovlig opphold i landet. SSB opplyser at 35 % av innvandrerne har norsk statsborgerskap, mens de anslår at ca. 18 000 mennesker lever som papirløse migranter i Norge.(6,8)

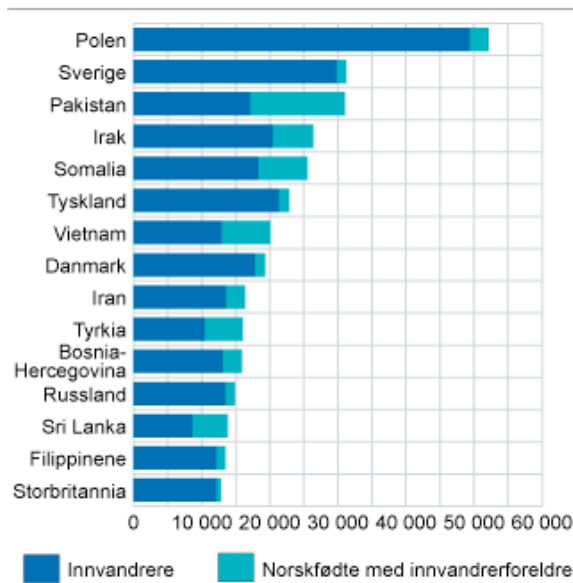
Innvandrer er et vanlig norsk begrep som omhandler immigranter, mennesker som bokstavelig talt har «vandret inn» i landet.(9) En innvandrer defineres av SSB som en person som selv ikke er født i Norge, og med to foreldre født utenfor Norge. Personer født i Norge, men med foreldre født utenfor Norge, betegnes av SSB som norskfødte med innvandrerbakgrunn.

Forskjellige begreper brukes om forskjellige typer migranter. Eksempler er arbeidsmigranter, flyktninger, asylsøkere og papirløse migranter. Asylsøkere er migranter som kommer til Norge på egenhånd og søker om å få status som flyktninger.(10) De kan for eksempel få beskyttelse fra forfølgelse på grunnlag av religion, politisk oppfatning eller tilhørighet i en spesiell sosial gruppe.(11) Begrepet kvoteflyktninger brukes om mennesker som allerede har blitt anerkjent som flyktninger før de kommer til Norge.(12) Noen mennesker befinner seg av forskjellige årsaker uten gyldig oppholdstillatelse i landet. Dette kan for eksempel være på grunn av menneskehandel, at de blir i landet etter endelig avslag på asylsøknad eller på grunn av

at arbeidstillatelse eller turistvisum har gått ut. Denne gruppen kan betegnes som udokumenterte eller papirløse migranter.

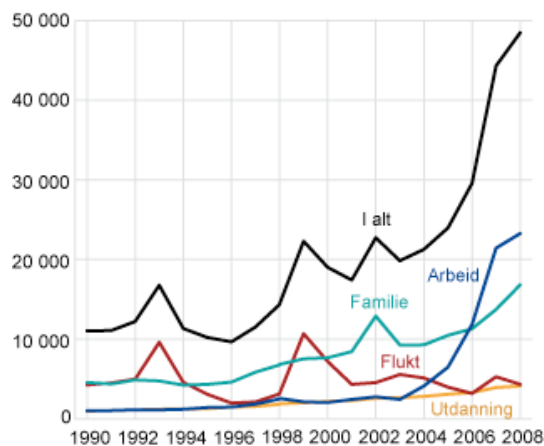
Internasjonale migranter forstås vanligvis som personer som krysser en landegrense med intensjonen om å midlertidig, eller permanent etablere seg i et annet land.(13) Det er denne betydningen av begrepet migrant vi bruker her. Vi har også valgt å bruke ordet migrant, heller enn innvandrere, i størst mulig omfang. Vi mener begrepet migrant i større grad reflekterer den felles prosessen av migrasjon som rettferdiggjør at et så sammensatt utvalg mennesker kan bli omtalt med ett begrep.

De 15 største innvandrergruppene i Norge.  
1. januar 2010. Absolutte tall



Figur 1. Kilde [www.ssb.no/innvandring/](http://www.ssb.no/innvandring/)

Innvandringer, etter innvandringsgrunn. 1990-2008



Figur 2. Kilde: [www.ssb.no/innvandring/](http://www.ssb.no/innvandring/)



## 1.3 Migrasjon og helse

Ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet er det store helsemessige forskjeller mellom migrantbefolkningene sett under ett og den øvrige befolkningen, samt mellom de ulike gruppene migranter. Dette gjelder både risikofaktorer og aktuelle sykdommer.(14) Norskfødte rapporterer oftere å ha god helse sammenlignet med innvandrerbefolkningene.(14) Det rapporteres både om et overforbruk og et underforbruk av helsetjenester i migrantbefolkningene.(15) Samtidig viser det seg at yngre, ikke-vestlige innvandrere i mindre grad rapporterer om langvarige sykdommer enn tilsvarende aldersgruppe i majoritetsbefolkningen, mens situasjonen er omvendt for middelaldrende og eldre.(15) Vi har ikke til hensikt å gi en fullstendig oversikt over feltet, men vi ønsker allikevel å gi noen eksempler på hvilke faktorer som påvirker migranters helse i Norge i dag.

Vi har valgt å sortere disse forholdene under følgende fem temaområder som Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) har definert som sentrale innen minoritetshelse:

- levekår som påvirker helse
- forekomst av sykdom i befolkninger
- rettigheter til helsetjenester
- tilgang til helsetjenester
- kvaliteten på helsetjenestene

### **Levekår som påvirker helse**

Sosioøkonomiske faktorer som inntekt, utdanning og sosiale forhold har betydning for helse.(16) Levekårene for migrantbefolkningene varierer sterkt mellom de ulike minoritetene.(15,17) For eksempel var andelen sysselsatte blant personer fra Sri Lanka 71%, mens den blant somaliere var 36% i 2006.(17) Allikevel er levekårene for migrantbefolkningene sett under ett generelt dårligere enn for majoritetsbefolkningen(15), både når det gjelder utdanning, sysselsetting og inntekt. Nær halvparten av innvandrere rapporterer å ha opplevd diskriminering på ett eller flere områder.(17) Noen migranter lever under helt spesielle forhold, som medfører store belastninger, for eksempel med lange opphold i asylmottak eller som papirløs.

### **Forekomst av sykdom**

Sykdomsmønsteret i migrantbefolkningen sett under ett er annerledes enn det vi ser i majoritetsbefolkningen(16), og varierer mellom de forskjellige minoritetene. I noen av befolkningene med migrasjonsbakgrunn er det for eksempel funnet høyere forekomst av diabetes, angina og leddgikt.(16) Disse variasjonene henger primært sammen med sosioøkonomiske faktorer(16), men også genetiske faktorer. I tillegg spiller forekomst av sykdom i opprinnelsesland en rolle.(15) Noen genetiske sykdommer som for eksempel thalassemier kan også opptre i større grad. Videre er en del ortopediske tilstander etter f. eks. skudd-/mineskader, tortur, feilbehandling og underernæring vanligere i noen migrantbefolkninger.(16,18) Flere tilstander som foreksempel anemi, ikterus, utslett, trykksår og forfrysning, kan komme til uttrykk på ulike måter avhengig

av hudfarge. Dessuten kan normalverdier variere, og mennesker med ulik etnisitet kan reagere forskjellig på medikamenter.(15,19,20)

Ifølge SSB er andelen med psykiske helseproblemer i innvandrerbefolkningen tre ganger høyere enn i totalbefolkningen.(17) Det er høyere forekomst av psykiske plager i migrantbefolkninger fra middel- og lavinntektsland, enn i majoritetsbefolkningen og migrantbefolkninger fra høynntektsland.(15) Kvinnelige migranter rapporterer om flere psykiske plager enn mannlige.(21) Forhold både i opprinnelsesland, under migrasjonen og i mottakerland kan påvirke psykisk helse.(16) Mange flyktinger sliter med senvirkninger av krig, tap, forfølgelse og flukt.(15,16) For flere utgjør opphold på asylmottak og søknadsprosessen en stor belastning.(15,16) Papirløse migranter lever under helt spesielle forhold som også har store konsekvenser for deres psykiske helse. I rapporten "Jeg er alltid bekymret" oppgav samtlige av de intervjuede papirløse migrantene at de hadde psykiske problemer og/eller symptomer på depresjon.(22) Vanlige psykiske plager blant flyktninger er depresjon, angst, PTSD, somatiske lidelser, korte reaktive psykoser og tilpasningsforstyrrelser(15,16).

Noen infeksjonssykdommer har høyere forekomst i migrasjonsbefolkningene. Dette gjelder blant annet tuberkulose, HIV og hepatitt B, og henger sammen med forekomst av sykdom i opprinnelsesland.(15,16)

Forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer varierer mellom migrantbefolkningene. For eksempel har noen grupper høyere forekomst av diabetes type 2, samt økt forekomst av hjerte-karsykdom.(15) Mulige årsaker til dette kan være genetiske faktorer, lite fysisk aktivitet og ugunstig kosthold.(15) Samtidig har noen grupper tradisjoner for et kosthold med mye frukt og grønnsaker, noe som kan redusere risikoen for flere kroniske sykdommer.(21)

Forekomsten av visse tilstander blant gravide, for eksempel alvorlig svangerskapskvalme, svangerskapsdiabetes, vitamin D-mangel og jernmangel er høyere blant noen minoriteter. Det er også høyere risiko for dødfødsler.(15) Et annet viktig tema blant noen migranter er kvinnelig kjønnslemlestelse som har alvorlige helsemessige konsekvenser(15). Det bor ca 10 000 kvinner i Norge som er omskåret.(15)

Det er funnet høyere forekomst av overvekt, diabetes og vitamin D-mangel blant barn i enkelte migrantbefolkninger.(15) Blant noen migrantbefolkninger er inngifte relativt vanlig. Dette kan ha helsemessige konsekvenser for barnet. Noen barn kan ha behov for andre vaksinasjoner enn det som inngår i det vanlige vaksinasjonsprogrammet, grunnet besøk til opprinnelseslandet.(15) Flyktningebarn har dessuten større risiko for psykososiale problemer, da deres bakgrunn og migrasjonsprosessen kan påføre dem store belastninger.(15)

### **Rettigheter og tilgang til helsetjenester**

I Norge defineres pasienters rettigheter til helsehjelp særlig ut i fra pasientrettighetsloven, lov om helsetjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesteloven. Ulik administrativ status gir ulike rettigheter og ulik tilgang til helsetjenester. Mange må i prinsippet selv betale for helsetjenester(15), med mindre deres opprinnelsesland har en konvensjonsavtale med Norge.(22) På den annen side har

FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter også blitt gjort til norsk lov, menneskerettighetsloven(22). Denne slår fast at alle har rett til den høyeste oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.

Leger skal dessuten basere sin praksis på en grunnleggende yrkesetikk. I Legeforeningens "Ethiske regler for leger"(23) legges det vekt på at legers praksis skal bygge på respekt for grunnleggende menneskerettigheter. I "World Medical Association Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient" slås det også fast at alle har rett til god medisinsk behandling, og at leger bør sørge for at disse rettighetene opprettholdes:

"Physicians and other persons and bodies involved in the provision of healthcare have a joint responsibility to recognize and uphold these rights. Whenever legislation, government action or any other administration or institution denies patients these rights, physicians should pursue appropriate means to assure or to restore them."(24)

NAKMIs rapport "Jeg er alltid bekymret" viser at helsepersonell har avvist pasienter grunnet manglende kunnskap om deres rettigheter til helsehjelp. Mange fastleger vet ikke hvordan de skal forholde seg til denne pasientgruppen. Forfatter Karin Harsløf Hjelde påpeker at etiske dilemmaer oppstår i skjæringsfeltet mellom uklar lovgivning og yrkesetiske prinsipper.(22)

Migranternes tilgang til helsetjenester påvirkes også av andre forhold enn lovverket. Mange har ikke tilstrekkelig kjennskap til helsetjenesten og hvordan man søker hjelp. Dessuten kan høye kostnader og redsel for å bli angitt være barrierer for papirløse migranter.(22)

### **Kvalitet på helsetjenestene**

God kvalitet på helsetjenester omhandler særlig god kommunikasjon mellom pasient og helsearbeider. Dette er nødvendig både for at pasienten skal oppleve at hun blir godt ivaretatt og respektert, og for å sikre god behandling og etterlevelse av behandlingen.(19) Det er svært viktig at helsepersonell benytter profesjonell tolk der det er behov, og at familie og venner ikke blir benyttet som oversettere. Særlig viktig er det at barn ikke brukes som tolk. (15,16,25)

Pasient og behandleres forståelse av helse og sykdom henger sammen med deres kulturelle bakgrunn. Ulik sykdomsforståelse vil påvirke kommunikasjonen under et legebesøk. Det er derfor viktig at helsepersonell har god kulturell kompetanse og forståelse, slik at disse forskjellene ikke skaper unødvendige misforståelser eller står til hinder for behandlingen.(26)

## 1.4 Migrasjon og helse i medisinsk utdanning

Helsetjenesten skal gi et likeverdig tilbud til alle befolkningsgrupper. Helseundersøkelsen i Oslo fant at kun halvparten av innvandrerne som deltok sa de alltid hadde fått de helsetjenester de hadde behov for. Det ble også vist at personer med ikke-vestlig bakgrunn var mindre tilfreds med legen sin enn andre.(16) I SSB sin undersøkelse "Innvandrerers helse 2005/2006" oppgir 7% at de opplever å få dårligere behandling i helsevesenet enn en norsk person ville fått.(17)

Den norske legeforenings rapport "Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere" tar for seg hvilke tiltak som kan gi bedre helsetjenester til ikke-vestlige migranter. De etterlyser bedre kunnskaper blant helsepersonell om innvandreres sykdomsmønster og helse- og sykdomsforståelse, og mener at dette bør inngå i grunn-, etter- og videreutdanningen av leger.(15) I NAKMIs rapport om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo anbefales det at undervisning i bruk av tolk inngår i profesjonsutdannelsene.(25) Andre etterlyser mer undervisning om menneskerettigheter og skader som følge av brudd på disse.(18,27)

Flere publikasjoner gir anbefalinger om hvilke tema innen migrasjon og helse som bør inngå i medisinsk utdanning. Mange av disse legger vekt på undervisning om forholdene som påvirker migranters helse; at studentene tilegner seg kulturell kompetanse; og at studentene oppnår nødvendige kommunikasjonsferdigheter.

Når det gjelder forhold som påvirker migranters helse påpeker Koehn i en artikkel i "Globalization and health", at helsepersonell bør ha kunnskaper om årsaker til migrasjon, forhold i migranters opprinnelsesland og mottakerpraksis i landet de migrer til.(28) Videre påpeker Betancourt i en artikkel i "Academic Medicine" at studentene bør tilegne seg kunnskaper om forskjellige etniske grupper. Dette inkluderer populasjoners sosiale og historiske bakgrunn, den dominerende sosioøkonomiske status, forekomst av sykdommer og vanlige behandlingsmetoder, migrasjonserfaringer, vanlige ernæringsvaner, yrker og bostatus.(19) Samtidig poengterer Koehn at helsearbeidere i dag vil møte ikke bare tokulturelle, men multikulturelle pasienter. Variasjoner innenfor migrantbefolkningene er så store at tidligere ervervet kunnskap om ulike etnokulturelle grupper ikke strekker til. Det er derfor viktig at studentene lærer å innhente og analysere den informasjonen de trenger for å behandle den individuelle pasient.(28)

Kulturell kompetanse beskrives av Betancourt slik:

"Cultural competence in health care describes the ability of systems to provide care to patients with diverse values, beliefs and behaviors, including tailoring delivery to meet patients' social, cultural, and linguistic needs."(29)

Kulturell kompetanse innebærer med andre ord at helsepersonell skal kunne yte likeverdig helsehjelp til pasienter med ulike kulturelle bakgrunner. Flere studier fremhever nødvendigheten av at helsepersonell har slik kompetanse.(19,26,30,31) Det påpekes at i møte med migrantpasienter, så vel som alle andre pasienter, er det viktig at leger har holdninger som ydmykhet, empati, respekt, sensitivitet og bevissthet om utenforliggende faktorer som påvirker pasienten.(19) Man må være oppmerksom på at

behandlers kultur påvirker pasient-legeforholdet i like stor grad som pasientens kultur.(19,32) Flere artikler trekker også fram at man må unngå å generalisere kunnskap om spesifikke minoriteter til individer, og derved danne stereotyper.(26,31,33,34) En annen viktig del av kulturell kompetanse er kunnskap om kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse og ferdigheter knyttet til dette.(19,31) Slike ferdigheter inkluderer evnen til å avdekke pasienters oppfatning av helse og sykdom, forklaringsmodeller og preferanser for behandling.(33) En praktisk tilnærming til kulturell kompetanse anbefales.(26,33,35) For eksempel mener Betancourt at studentene bør tilegne seg praktiske ferdigheter til hjelp i møte med den individuelle pasient.(26)

Flere publikasjoner fremhever opplæring i kryss-kulturell kommunikasjon og bruk av tolk som en viktig del av medisinstudenters undervisning.(19,20,28,31,32,34-37) Sosiokulturelle forskjeller mellom behandler og pasient påvirker kommunikasjonen mellom de to. Kvaliteten på kommunikasjonen er direkte assosiert med hvor fornøyd pasienten er, grad av etterlevelse og dermed også pasientens helsegevinst.(19)

Det poengteres at undervisningen knyttet til migrasjon og helse bør være en integrert del av utdannelsen(28,33,38). Det er også viktig at det legges til rette for at studenter gjennom undervisningen møter pasienter med forskjellige kulturelle bakgrunner.(31,32) Dette kan for eksempel gjøres gjennom hospitering på transitt- eller asylmottak.(34,35) Veiledning fra helsepersonell med erfaring fra klinikken kan også være nyttig for studentene.(33,35)

Flere studier har vist at undervisning knyttet til migrasjon og helse øker studentenes kunnskaper og ferdigheter. Dussán med flere gjennomførte et studie hvor de målte effekten av et frivillig kurs i flyktningehelse for medisinstudenter. Kurset besto av flere forelesninger, visning av en dokumentar og møte med flyktninger i en klasseromssetting. Studentene som deltok på kurset opplevde i etterkant at de hadde økt kunnskap om flyktingers fysiske og mentale helse; følte seg mer komfortable i møte med migrantpasienter; og hadde en bedret evne til å identifisere kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse.(39) Griswold med flere gjennomførte et lignende studie hvor de så på effekt av hospitering på en klinikk for flyktninger. Resultatene viste at medisinstudentene opplevde økte kunnskaper og ferdigheter relatert til flyktningehelse etter selv å ha erfart kulturforskjeller.(34)

Det er også vist at leger med kunnskaper og ferdigheter knyttet til migrasjon og helse yter helsehjelp av bedre kvalitet til migrantpasienter. En studie evaluerte effekten av legers kompetanse på dette feltet, ved å se på resultatet av pasientkonsultasjoner ved fem finske asylmottak. Konsultasjoner der lege og pasient hadde forskjellig etnisk bakgrunn ble evaluert. Resultatet av konsultasjonene ble vurdert i form av pasientens etterlevelse av legens råd; i hvilken grad pasienten var fornøyd med konsultasjonene; og i hvilken grad pasienten følte at legens råd ville være nyttig også i fremtiden. Kompetanse som ble vektlagt hos legen var bl.a. helserelatert kunnskap om andre etnisiteter, kommunikasjonsferdigheter og pasientsentrert arbeid. Studien fant at leger med denne kompetansen oppnådde bedre resultater av konsultasjonen.(37)

Studiene beskrevet her har vist at undervisning innen migrasjon og helse øker studentenes kunnskaper og ferdigheter(34,39), og at leger med kompetanse innen migrasjon og helse yter bedre helsetjenester til migrantpasienter(37). Betancourt påpeker imidlertid at det er publisert lite om hvor vidt studentene bruker ferdighetene de tilegner seg gjennom undervisningen i praksis.(19) Det stilles da spørsmålsteget om hvorvidt det studenter i dag lærer om migrasjon og helse er anvendbart i arbeidslivet. Videre poengteres det at det er forsket lite på den hypotetiske sammenhengen mellom undervisning i migrasjon og helse og kvaliteten på helsehjelpen som ytes av legene som har gjennomgått denne undervisningen.(19) Dette er et felt det kan forskes videre på.

## 1.5 Oppsummering og problemstilling

En betydelig andel av pasientene leger møter i sin praksis har migrantbakgrunn. Det er store helsemessige forskjeller mellom migrantbefolkningene sett under ett og den øvrige befolkningen, samtidig som det også er store variasjoner mellom ulike migrantbefolkninger.(14) Som nevnt tidligere skal helsetjenestene gi et likeverdig tilbud til alle befolkningsgrupper.(15) Dersom helsepersonell ikke har nødvendig kompetanse til å håndtere for eksempel språkbarrierer og kulturelle forskjeller, vil det kunne være vanskelig å yte helsehjelp med likeverdig kvalitet til alle. Litteraturen viser at helsepersonell gjennom sin utdanning bør få tilstrekkelig kunnskap om levekår som påvirker helse; lære om sykdomsmønstre i forskjellige migrantbefolkninger; bli bevisst migranters rettigheter og tilgang til helsehjelp; tilegne seg kulturell kompetanse og kommunikasjonsferdigheter.

På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke følgende problemstillinger:

- Hva undervises om migrasjon og helse ved medisinstudiet i Oslo?
- Hvordan vurderer studentene selv egne kunnskaper og ferdigheter relatert til migrasjon og helse?

## 2 Metode

For å besvare problemstillingene har vi benyttet to metoder. For å finne ut hva som undervises om migrasjon og helse ved medisinstudiet i Oslo har vi gjort en kartlegging av undervisningen. For å undersøke hvordan studentene selv vurderer egne kunnskaper og ferdigheter relatert til migrasjon og helse har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant studentene.

### 2.1 Kartlegging

For å danne oss et inntrykk av feltet *undervisning om migrasjon og helse i medisinsk utdanning* gjennomførte vi et litteratursøk i databasen Medline. Vi brukte følgende søkeord: medical education AND migrants AND migration AND health. Vi fikk da 42 artikler. Vi så også på relaterte artikler foreslått av databasen. Etter å ha inkludert alle artikler som i sitt abstract nevnte både utdanning av medisinsk personale og migrasjon og helse satt vi igjen med 17 relevante artikler. Vi brukte denne litteraturen, og noen andre rapporter som beskriver migrasjon og helse, som utgangspunkt for å beskrive hvilke forhold som påvirker migranternes helse, og hvilke kunnskaper og ferdigheter helsepersonell må ha for å kunne tilby en likeverdig helsetjeneste til migranter.

For å kartlegge hva som undervises om migrasjon og helse på medisinstudiet ved Universitetet i Oslo brukte vi følgende kilder:

- læringsmål for de enkelte semestrene
- timeplanen for alle semestre
- tilgjengelige ressurser for undervisningen på nettportalen MineStudier
- PBL-oppgavene for alle semestre
- tilbakemelding fra fagledere og forelesere på epost

Vi gikk igjennom kildene og inkludert alle læringsmål og all undervisning som omhandlet en eller flere av følgende: migranter, migrasjon, andre begreper som tilsvarer disse, andre tema vi har identifisert som sentrale i forbindelse med migrasjon og helse ut i fra litteraturen (se kap 1).

Vi startet kartleggingen med å gå igjennom læringsmålene for hvert semester. Disse finnes på UiO sine nettsider. For en oversikt over de læringsmålene vi fant relevante, se vedlegg 1.

Videre så vi på den faktiske undervisningen studentene får. Timeplanen for de enkelte semestrene er tilgjengelige på UiO sine nettsider. Vi gikk gjennom timeplanene for alle semestre for våren 2010 og plukket ut undervisning der tittelen inneholdt noen av kriteriene nevnt over. I tillegg gikk vi gjennom tilgjengelige ressurser for den relevante undervisningen. Disse ligger ute på nettportalen MineStudier hvor alle studenter og undervisere ved medisinsk fakultet ved UiO har tilgang. Her ligger powerpointpresentasjoner, vedlegg og informasjon om videre lesning til mange forelesninger, kurs, klinikker og annen undervisning. I de tilfellene der vi var i tvil om en

forelesning eller et seminar omhandlet migrasjon og helse, kontaktet vi undervisere på epost. All relevant undervisning er inkludert i vedlegg 2.

Det er mulig tema knyttet til migrasjon og helse også er nevnt i forelesninger og annen undervisning, uten at dette fremgår i tittelen på undervisningen eller i læringsressursene. Det ligger imidlertid utenfor rekkevidden av denne undersøkelsen å observere alle studiets forelesninger for å eventuelt fange opp dette.

Etter henvendelse til Studieadministrasjonen ved medisinsk fakultet ved UiO fikk vi tilgang til PBL-oppgavene for alle semestre. Vi gikk igjennom PBL-oppgaver som studentene får utdelt, samt lærerveiledningen som veileder for PBL-gruppen har tilgang til. Vi plukket ut de oppgavene som viste seg relevante for temaet (se vedlegg 3).

For å forsikre oss om at vi ikke hadde utelatt noe, kontaktet vi lederen for hvert av de 29 fagene som undervises på medisinstudiet. Vi sendte en oversikt over hva vi hadde funnet i det aktuelle faget til hver fagleder, og ba om tilbakemelding på om dette inkluderte alt som undervises om migrasjon og helse i dette faget. De fleste ga oss tilbakemelding, og vi har brukt deres kommentarer for å sammenfatte resultatene.

Vi antar at en viktig del av undervisningen om tema som er sentrale i forbindelse med migrasjon og helse foregår i klinisk smågruppeundervisning. Det er her studentene møter pasienter og tilegner seg kliniske ferdigheter knyttet til sykdomsbehandling og pasientkontakt. Når vi skal vurdere hva som undervises om migrasjon og helse hadde det derfor vært hensiktsmessig å vite hvorvidt undervisere i kliniske smågrupper får instruksjoner om å inkludere migrasjon og helse i sin undervisning. Dessverre hadde ikke vi mulighet til å kartlegge dette. Ved å gjennomgå læringsmålene har vi imidlertid i noen grad også dekket denne delen av undervisningen. Enda mer interessant hadde det vært å observere den kliniske smågruppeundervisningen for å kartlegge i hvilken grad studenter møter migrantpasienter, og hvilken kunnskap og ferdigheter de i så tilfelle tilegner seg. En slik studie ligger imidlertid utenfor rekkevidden av denne rapporten.

## **2.2 Spørreundersøkelse blant studentene**

Undersøkelsens hensikt var å vise medisinstudentenes egenvurdering av kunnskaper og ferdigheter relatert til migrasjon og helse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført på seks av medisinstudiets tolv semestre i løpet av mai 2010. De seks semestrene inkludert i spørreundersøkelsen er 1., 2., 6., 7., 11. og 12. semester. Til sammen er det 627 studenter som følger undervisning på disse kullene. Dette gir et utvalg av studenter fra begynnelsen, midten og slutten av studiet. Vi brukte et slikt utvalg for å kunne sammenligne studenter på forskjellige stadier i utdannelsen. For å kunne si noe sikkert om progresjon må man følge kohorter over tid. Da dette er en tverrsnittsundersøkelse kan vi ikke trekke slutninger om studieprogresjon. Dette må tas med i betraktning når man vurderer resultatene. Spørreundersøkelsen ble delt ut i forbindelse med forelesninger. Dette kan ha påvirket utvalget da de som kommer på forelesning ikke nødvendigvis er et representativt utvalg av studentene på semesteret.



Vi utformet spørreskjemaet med utgangspunkt i det Kathleen Bronson Dussán et al brukte i studien "Effects of a refugee elective on medical student perceptions".(39) Spørreskjemaet vi utformet består av ni påstander (se vedlegg 4). De fleste hentet vi fra Dussáns spørreskjema, og omformulerte der vi så behov for det. Tre av påstandene formulerte vi selv. Dette gjelder påstanden om bruk av tolk; påstanden om ulike migranters helserettigheter i Norge; og påstanden om tilstrekkelige kunnskaper til å kommunisere med pasienter med en annen språk- og kulturbakgrunn enn studentenes egen. Studentene anga i hvilken grad de var enige eller uenige i påstandene på en 5-poengs likert-skala, hvor 1 tilsvarte uenig og 5 enig. Feilkilder som kan oppstå ved bruk av likert-skalaen er bl.a. at de spurte unngår ekstremverdiene, sier seg automatisk enig i påstandene eller svarer det som setter dem i et godt lys.(40)

Vi benyttet oss av to typer statistiske tester i våre analyser. For å sammenligne svar fra 1. og 12. semester benyttet vi en uavhengige utvalgs t-test. I de resterende analysene sammenlignet vi svar innad i semester, og brukte da en parret t-test. I begge testene definerte vi statistisk signifikant som  $p\text{-verdi} \leq 0,05$ . For å danne oss et mer generelt bilde av hva studentene mener de kan om migrasjon og helse, så vi i hovedsak på gjennomsnittsverdiene for hvert semester.

Vi anså det som for omfattende for denne rapporten å gjøre analyser på konfunderende variabler. Derfor har vi ikke brukt informasjonen vi innhentet om studentenes kjønn. Det er imidlertid sannsynlig at faktorer som kjønn, etnisk bakgrunn og internasjonal erfaring påvirker studentenes svar.

Undersøkelsen har flere svakheter som kan påvirke både validiteten og reliabiliteten av resultatene. På tross av dette anser vi undersøkelsen for å ha verdi som en indikasjon på hvordan studentene vurderer egne kunnskaper og ferdigheter relatert til migrasjon og helse.

### 3 Resultater fra kartleggingen

#### - Hva undervises om migrasjon og helse ved medisinstudiet i Oslo?

Vi har funnet at migrasjon og helse inngår i både læringsmål og den faktiske undervisningen ved medisinstudiet i Oslo. Totalt finnes det tretten læringsmål og åtte forelesningstimer à 45 min som spesifikt omhandler tema innenfor migrasjon og helse. I tillegg nevnes relevante tema i fjorten andre forelesninger. Læringsmålene og undervisningen er fordelt utover flere semestre, men finnes hovedsaklig på 10. semester. Vi har også funnet ett seminar, en klinisk smågruppe og en klinikk som omhandler migrasjon og helse. For en full oversikt over funn fra kartleggingen, se vedlegg 1-3.<sup>i</sup> Vi har samlet våre resultater under de samme temaområdene vi brukte i bakgrunnen (se kap 1).

#### **Levekår som påvirker helse**

For 1. semester er det satt opp læringsmål som sier at studentene skal få forståelse for at "samfunnsforhold (politiske, kulturelle og moralske)"<sup>2</sup> og "sosiale krefter"<sup>1</sup> påvirker helse og sykdom. Vi fant ingen forelesninger på 1. semester som i sin helhet omhandlet migranters levekår. En forelesning, "Helsetilstanden globalt"<sup>26</sup> holdt av professor Gunnar Aksel Bjune, nevner imidlertid noe om migrasjon som globalt fenomen.

For 10. semester er både læringsmålene og selve undervisningen mer spesifikk med tanke på migranter. I læringsmålene står det at studentene skal "oppnå kunnskap om migrasjon til Norge og etniske minoriteter"<sup>7</sup>, samt kunne "beskrive levekår (...) for vanskeligstilte grupper, blant annet (...) visse grupper innvandrere/ flyktninger/ asylsøkere"<sup>8</sup>. Dette reflekteres også i noen grad i undervisningen. Forelesningen, "Retten til Helse"<sup>29</sup> av professor Johanne Sundby, omtaler migrasjon i forbindelse med krig og flyktningeleirer. Videre holdes forelesningen "Fattigdom og helse i et globalt perspektiv"<sup>32</sup> av professor Akhtar Hussain, hvor migranter brukes som et eksempel på hvordan risiko for sykdom varierer mellom ulike populasjoner. Migranters levekår berøres også i professor Edvard Hauffs forelesning "Psykiatri hos innvandrere"<sup>25</sup>. Den mest relevante forelesningen om dette temaet er imidlertid "Innvandrerpasienten"<sup>30</sup> av allmennlege og seniorrådgiver ved NAKMI, Arild Aambø. Denne forelesningen går over to undervisningstimer, og gir bl.a. studentene informasjon om hvem migrantbefolkningen i Norge er og om deres levekår. Alle disse forelesningene er på 10. semester. Vi har ikke funnet undervisning om levekårene i asylmottak og papirløse migranters levekår.

#### **Forekomst av sykdom i migrantbefolkningen**

Når vi har lett etter undervisning om forekomst av sykdom, har vi i tillegg inkludert diagnostisering og behandling der denne er særegen for visse migrantbefolkninger. Dette har også vært naturlig da undervisning om forekomst, diagnostisering og behandling ofte faller sammen.

Læringsmålene som omhandler forekomst av sykdom i migrantbefolkningen gjelder 10. semester. Det står at studentene skal kunne "beskrive (...) helse og helsetilstand for

---

<sup>i</sup> I vedlegg 1-3 har vi gitt all undervisning tall fra 1 til 39, og brukt disse for å referere til funnene i dette kapittelet.

vanskeligstilte grupper, blant annet (...) visse grupper innvandrere/ flyktninger/ asylsøkere”<sup>8</sup>, samt ”kjenne til særtrekk hos innvandrere med hensyn til psykiske lidelser og hvilke krav dette stiller til legen”<sup>13</sup>. Temaet berøres i Aambøs forelesning, ”Innvandrerpasienten”<sup>30</sup>, i faget samfunnsmedisin på 10. semester. Her får studentene generell informasjon om forskjeller i forekomst av sykdom blant migrantbefolkninger og befolkningen for øvrig. Den øvrige undervisningen om forekomst, diagnostisering og behandling av sykdom i migrantbefolkningene har vi sortert inn under følgende undertemaer:

### Psykisk helse

Studentene får undervisning om migranternes psykiske helse gjennom forelesningen ”Psykiatri hos innvandrere”<sup>25</sup>, holdt av Hauff. Denne forelesningen tar for seg forskjeller i forekomst av psykisk sykdom mellom ulike kategorier migranter og befolkningen for øvrig, samt noe om spesielle forhold ved diagnose og behandling av psykisk sykdom hos disse migrantene. Ulike teorier om hvorfor flyktninger har økt risiko for å utvikle psykisk sykdom presenteres også. I tillegg nevnes noe om forekomst av psykisk sykdom blant migranter i Aambøs forelesning ”Innvandrerpasienten”<sup>30</sup>. Begge forelesninger holdes på 10. semester. Vi fant ingen spesifikk undervisning om migranternes mentale helse i psykiatriterminen på 8. semester.

### Infeksjonssykdommer

Studenter på 6. semester får en forelesning om hvilke infeksjonssykdommer som importeres til Norge; ”Viktige importmedisinske problemer”<sup>20</sup> av professor Bjørn Myrvang. På samme semester fant vi også en forelesning som nevner den geografiske distribusjon av infeksjøs hepatitt; ”Infeksjøs hepatitt” av professor Halvor Rollag. Vi fant ikke andre forelesninger som omhandler infeksjonssykdommer direkte i forbindelse med migrasjon og helse. Temaet berøres i PBL-oppgaven ”Gamle Garnvik”<sup>36</sup> på 1. semester. Studentene oppfordres her til å diskutere tuberkulose blant migranter som kommer til Norge. Migrantperspektivet er imidlertid ikke hovedtema i oppgaven.

### Livsstilsrelaterte sykdommer

Vi fant at den relativt høye forekomsten av diabetes type 2 blant noen migrantbefolkninger i Norge nevnes i to forelesninger på 6. semester: ”Diabetes i allmennpraksis”<sup>14</sup>, av seniorkonsulent Ragnhild Bjørneng, og ”Type II diabetes”<sup>18</sup>, av professor Kåre Inge Birkeland. I tillegg er dette et tema i PBL-oppgaven ”Diabetes og kultur”<sup>37</sup> på 1. semester.

### Kvinnehelse og barn

På 9. semester tilbys studentene et seminar om kvinnelige migranternes reproduktive helse i Norge<sup>16</sup>, holdt av leder for faget obstetrikk og gynekologi, professor Babill Stray Pedersen. Her behandles tema som svangerskap, fødsel, infertilitet og genital omskjæring. Genital omskjæring blant kvinnelige migranter i Norge er også tema i forelesningen, ”Mor og barn, omskjæring”<sup>33</sup> av Johanne Sundby, samt i en forelesning<sup>31</sup> av jordmor Sara Khasay, begge på 10. semester. Her får studentene informasjon om hvor i verden genital omskjæring praktiseres, samt hvordan lovverket og behandling av kvinner utsatt for kjønnslemlestelse fungerer i Norge.

På 9. semester undervises det noe om spesielle sykdommer som kan forkomme blant barn i visse migrantbefolkninger. I forelesningen ”Anemias in infancy and childhood”<sup>24</sup>

av professor Tore G. Abrahamsen nevnes blodsykdommer som oftere forekommer i noen migrantbefolkninger. Helse blant migranter som er barn er også tema for en del av det ovenfor nevnte seminaret<sup>16</sup> ved Stray Pedersen. Den relativt høye forekomsten av inngifte blant noen migrantbefolkninger, og at dette kan påvirke barnehelse, nevnes i forelesningen "Gener i populasjoner"<sup>23</sup>, holdt av professor Dag Erik Undlien i medisinsk genetik på 2. semester. Temaet tillegges imidlertid ikke mye vekt.

Kvinne- og barnehelse blant migranter i Norge er dessuten tema for to PBL-oppgaver i løpet av studiet. I PBL-oppgaven "John from Gambia"<sup>39</sup> på 9. semester er temaet forekomst av hemoglobinopater blant noen migrantbefolkninger. I PBL-oppgaven "Fra Mombasa til Hamarøy"<sup>35</sup> på 1. semester oppfordres studentene til å lære om forekomst, diagnostisering og behandling av vitamin D-mangel blant mørkhudede migranter. Økt forekomst av vitamin D-mangel hos mørkhudede i nordlige strøk, nevnes også i forelesningen "Vitamin D"<sup>15</sup>, holdt av Jan Oxholm Gordeladze, i ernæringslære på 4. semester.

Utover de ovenfor nevnte tema får studentene også undervisning om forekomst, diagnostisering og behandling av noen blodsykdommer blant enkelte migrantbefolkninger. Dette får de gjennom en forelesning<sup>19</sup> i hematologi av Petter Urdal, og gjennom PBL-oppgaven "Kvinne med hemoglobinkonsentrasjon = 9,6/100 ml"<sup>38</sup>, begge på 6. semester.

Vi har ikke funnet undervisning om diagnostisering og behandling av mennesker utsatt for tortur. Det eneste relevante som kan nevnes er Hauff som sier noe om behandling av 'traumatiserte flyktningepasienter' i sin forelesning "Psykiatri hos innvandrere"<sup>25</sup>. Undervisning om komplikasjoner etter tidligere ortopediske tilstander som har høyere forekomst blant noen kategorier migranter, finnes heller ikke. Det mangler dessuten undervisning om hvordan man gjenkjenner forskjellige sykdomspresentasjoner hos mennesker med mørkere hudfarge. Undervisning om variasjon i respons på farmakologisk behandling mellom mennesker med ulik etnisitet er også så godt som fraværende. Hauff nevner noe om etnofarmakologi relatert til psykofarmaka i forelesningen "Psykiatri hos innvandrere"<sup>25</sup>.

### **Rettigheter og tilgang til helsetjenester**

Det eneste læringsmålet som sier noe om migranters helserettigheter gjelder for 10. semester: "Studentene skal kunne gjengi internasjonal samfunnshelses normative grunnlag (menneskerettighetene)."<sup>9</sup> I sin forelesning "Innvandrerpatienten"<sup>30</sup> nevner Aambø kort de generelle prinsippene for migranters helserettigheter i Norge, samt noe om legers etiske plikter når det gjelder å påse at disse rettighetene blir opprettholdt.

Medisinstudenter i Oslo får generell undervisning om regelverket som definerer Norges befolknings rett til helsetjenester og hvem som har plikt til å tilby disse helsetjenestene. Vi har imidlertid ikke funnet undervisning som gir spesifikk informasjon om hvordan lovverket definerer rettigheter til helsetjenester for migranter med ulik oppholdsstatus. I faget medisinsk etikk fant vi ingen undervisning om legers etiske plikter knyttet til migranters rettigheter og tilgang til helsetjenester.

I Aambøs tidligere nevnte forelesning<sup>30</sup>, trekkes flere viktige punkter relatert til migranters tilgang til helsetjenester fram. For eksempel nevnes årsaker til hvorfor noen

kategorier migranter i mindre grad oppsøker helsetjenester enn befolkningen for øvrig. Migranternes bruk av tjenester i forbindelse med psykisk sykdom nevnes i Hauffs forelesning "Psykiatri hos innvandrere"<sup>25</sup>. Begge forelesningene holdes på 10. semester.

## **Kvaliteten på helsetjenestene**

### Kulturell kompetanse

På 1. semester brukes ordet biopsykososial modell i læringsmålene<sup>3</sup>. Gjennom forelesninger legges det opp til at studentene skal få en god forståelse av hva dette konseptet innebærer. Selv om ingen av disse forelesningene har migranter som hovedtema, legger de et grunnlag for at studentene skal forstå hvordan kultur påvirker helse og sykdom.

For 10. semester er læringsmålene igjen mer spesifikke. Her blir det understreket at studentene skal "kunne tilpasse [sin] fremferd til pasientens alder, kjønn og kulturelle bakgrunn"<sup>11</sup>, og at de skal kunne "beskrive allmennpraktikerens arbeid og ansvar (...) for pasienter med særskilte behov (som (...) minoritetsgrupper)"<sup>12</sup>. Vi har imidlertid ikke funnet undervisning på 10. semester som direkte bygger på disse læringsmålene.

Studentene på 10. semester har et læringsmål om forskjeller i sykdomsforståelse som sier: "Etter endt semester skal du kunne redegjøre for hvordan oppfatninger av risiko, helse og sykdom delvis er kulturelt konstruerte, og derfor varierer mellom historiske epoker, mellom ulike folkeslag og mellom ulike helsesystemer."<sup>10</sup> Dette læringsmålet er direkte gjenspeilet i en forelesning på samme semester; "Kultur og helse"<sup>34</sup> av postdoktor Jan Frich i faget samfunnsmedisin. Kulturelt betingete forskjeller i oppfattelse av helse, sykdom og forventninger til helsetjenesten berøres også i Aambøs forelesning "Innvandrerpatienten"<sup>30</sup>, også denne på 10. semester.

I faget psykiatri er det et læringsmål for 8. semester som går på kulturell kompetanse: "[Studenten skal kunne] vise innlevelse med pasienten, uavhengig av dennes alder, kjønn, intelligens, sosiale/ kulturelle/ etniske/ religiøse bakgrunn og kliniske tilstand."<sup>5</sup> Vi fant imidlertid ikke undervisning som direkte omhandler temaet på dette semesteret. Rasisme og diskriminering i forbindelse med migranternes kontakt med helsetjenestene er ikke nevnt i noe læringsmål, men inngår som en del av Aambøs tidligere nevnte forelesning<sup>30</sup>.

### Kommunikasjon

Undervisning i kommunikasjon foregår hovedsakelig i faget medisinske atferdsfag. Her finnes det et læringsmål som fastslår at studentene etter 6. semester skal kunne "gjennomføre strukturerte intervjuer med pasienter med varierende sykdommer med hensyn til kjønn, alder, fremmedkulturelle/fremmedspråklige<sup>ii</sup> (eventuelt ved bruk av tolk), akutt/kronisk sykdom og prognostisk alvor."<sup>4</sup> Undervisningen i viktige elementer knyttet til kommunikasjon med migrantpasienter utgjøres av en klinisk smågruppe<sup>21</sup>, hvor studentene får erfaring med å bruke tolk i pasientintervju. I tillegg er det på 6. semester det siste året innført en klinikk<sup>22</sup> med innvandrerpatient. Her behandles problemstillinger knyttet til kulturelle og språklige forskjeller i møte mellom helsepersonell og migrantpasienter. Denne undervisningen koordineres av fagleder for medisinske atferdsfag, professor Arnstein Finset.

---

<sup>ii</sup> Vi vil påpeke at bruken av begrepene *fremmedkulturell* og *fremmedspråklig* er uheldig og ikke nødvendigvis fremmer ønskelige holdninger.

Kommunikasjon med pasienter og pårørende med en annen kulturell og språklig bakgrunn enn majoritetsbefolkningen er et undertema i to PBL-oppgaver: "Diabetes og kultur"<sup>37</sup> på 1. semester og "John from Gambia"<sup>39</sup> på 9. semester.

Det eksisterer også et eget læringsmål<sup>6</sup> om kommunikasjon med pasienter av ulik kulturell bakgrunn i psykiatriske helsetjenester på 8. semester. Vi har ikke funnet undervisning knyttet til læringsmålet på dette semesteret.

## 4 Resultater fra spørreundersøkelsen

### – studentenes egenvurdering

Spørreundersøkelsen ble gjennomført blant medisinstudenter fordelt på seks kull ved Universitet i Oslo. 292 studenter besvarte undersøkelsen, som ble utdelt i tilknytning til forelesninger. Av de 627 studentene som er registrert på de inkluderte kullene er den samlede svarprosenten 47 %. (For hvert kulls svarprosent se vedlegg 5.) Undersøkelsen bestod av ni påstander. Den første omhandlet anamneseopptak av pasienter generelt. De neste åtte omhandlet studentenes kunnskaper og ferdigheter på et bredt utvalg av temaer innen migrasjon og helse. Studentene anga hvor enige eller uenige de var i påstandene på en poengskala fra 1 til 5 hvor 1 tilsvarte "uenig", 2 "delvis uenig", 3 "verken enig eller uenig", 4 "delvis enig" og 5 tilsvarte "enig". Tabell 1 viser alle påstandene og svarene i gjennomsnitt for hvert semester.

Påstander	Semester					
	1.	2.	6.	7.	11.	12.
Jeg er generelt komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter	<b>3,82</b> <i>1,004</i>	<b>2,93</b> <i>1,538</i>	<b>4,77</b> <i>0,425</i>	<b>4,74</b> <i>0,562</i>	<b>4,77</b> <i>0,462</i>	<b>4,81</b> <i>0,441</i>
<b>Kommunikasjon og kulturell kompetanse:</b>						
Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å kommunisere med pasienter med en annen språk- og kulturbakgrunn enn min egen	<b>2,61</b> <i>1,075</i>	<b>2,51</b> <i>1,016</i>	<b>3,35</b> <i>0,877</i>	<b>3,32</b> <i>0,885</i>	<b>3,77</b> <i>0,844</i>	<b>3,38</b> <i>0,844</i>
Jeg har tilstrekkelig kunnskap om bruk av tolk til å gjennomføre et klinisk intervju med tolk	<b>1,89</b> <i>1,022</i>	<b>1,76</b> <i>0,942</i>	<b>3,42</b> <i>1,089</i>	<b>3,26</b> <i>1,284</i>	<b>3,36</b> <i>0,984</i>	<b>3,25</b> <i>1,054</i>
Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å forholde meg til kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse	<b>2,41</b> <i>1,014</i>	<b>2,20</b> <i>0,951</i>	<b>2,81</b> <i>0,910</i>	<b>2,84</b> <i>0,834</i>	<b>3,16</b> <i>0,820</i>	<b>3,13</b> <i>0,833</i>
Jeg er komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn min egen	<b>3,35</b> <i>1,186</i>	<b>2,53</b> <i>1,274</i>	<b>4,16</b> <i>0,860</i>	<b>3,95</b> <i>0,780</i>	<b>4,00</b> <i>0,730</i>	<b>3,96</b> <i>0,980</i>
<b>Påstander om spesifikke tema:</b>						
Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å diagnostisere og behandle pasienter som har blitt utsatt for tortur	<b>1,21</b> <i>0,505</i>	<b>1,25</b> <i>0,615</i>	<b>1,30</b> <i>0,651</i>	<b>1,53</b> <i>0,841</i>	<b>1,90</b> <i>0,810</i>	<b>2,04</b> <i>0,898</i>
Jeg har kunnskap om forekomst av sykdom blant immigranter fra forskjellige deler av verden	<b>2,06</b> <i>0,924</i>	<b>1,95</b> <i>0,931</i>	<b>2,87</b> <i>0,846</i>	<b>3,00</b> <i>0,943</i>	<b>2,84</b> <i>0,840</i>	<b>3,37</b> <i>0,980</i>
Jeg har kunnskap om mental helse hos flyktninger, asylsøkere og papirløse migranter	<b>1,72</b> <i>0,865</i>	<b>1,56</b> <i>0,739</i>	<b>1,90</b> <i>0,790</i>	<b>2,21</b> <i>0,976</i>	<b>2,82</b> <i>0,983</i>	<b>3,11</b> <i>0,891</i>
Jeg har kunnskap om de ulike migranters rettigheter til helsehjelp i Norge	<b>1,65</b> <i>0,812</i>	<b>1,53</b> <i>0,742</i>	<b>2,13</b> <i>1,204</i>	<b>2,21</b> <i>0,976</i>	<b>2,62</b> <i>1,059</i>	<b>2,92</b> <i>1,107</i>

Tabell 1: Gjennomsnittsverdier for hvert semester, med standardavvik i kursiv.

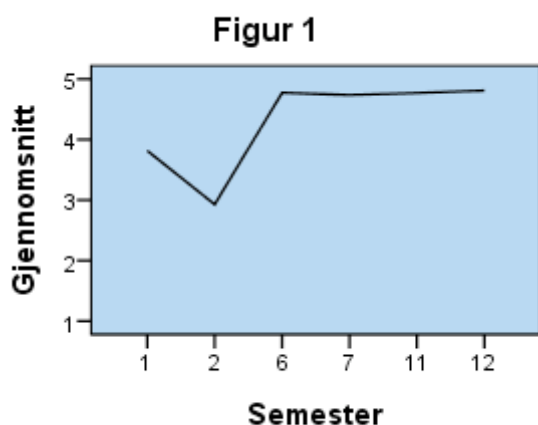
Vår hensikt med undersøkelsen var å vise medisinstudentenes egenvurdering av kunnskaper og ferdigheter relatert til migrasjon og helse. Resultatene fra denne undersøkelsen viser ikke direkte hva som undervises om migrasjon og helse ved UiO, siden studentene kan ha gått glipp av undervisning, eller fått erfaringer om temaet utenfor studiet. Den tester heller ikke direkte kunnskapen studentene faktisk innehar, siden studentene kan over- eller undervurdere seg selv. Fra funnene ser vi imidlertid hva studentene opplever de kan om enkelte emner innenfor migrasjon og helse. Dette kan antyde noe om i hvilken grad undervisningen om temaet har effekt.

Ut i fra datamaterialet ville vi sammenligne studentens egenvurderte kunnskapsnivå tidlig og sent i studiet, se på studentenes vurdering av egne kommunikasjonsferdigheter og kulturell kompetanse, og se på 12.semesterstudentenes gjennomsnittlige svar på hver påstand.

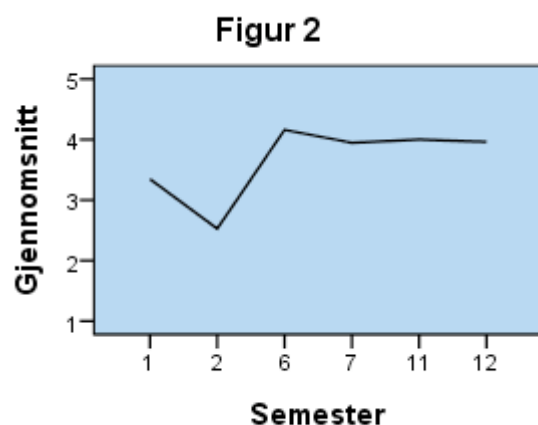
Ved sammenligning av gjennomsnittlige poeng fra 1. semester og 12. semester, fant vi at 12.semester svarte med statistisk signifikant høyere verdi enn 1. semester på alle påstandene.

En form for kommunikasjon mellom lege og pasient er det medisinske intervju. Et annet ord for dette er anamnese. Anamnesen introduseres tidlig i utdannelsen, og er midtveis i studiet en ferdighet studentene forventes å mestre. Dette reflekteres i studentenes svar på den første påstanden, som i gjennomsnitt ligger tett oppunder 5 for både 6., 7., 11., og 12. semester. Dette tilsier at studentene er komfortable med å ta opp en anamnese av pasienter generelt.

Studentene på 6., 7., 11. og 12. semester er i gjennomsnitt "delvis enige" i å være komfortable med å ta opp en anamnese av personer med en annen kulturbakgrunn enn deres egen. På denne påstanden er svargjennomsnittet på alle semestrene statistisk signifikant lavere enn på tilsvarende påstand som omhandlet opptak av anamnese av pasienter generelt ( $p=0,01$  for 7. semester,  $p=0,05$  for 2. semester og  $p<0,01$  for de resterende). (Se figur 1 og 2.)



**Figur 1:** "Jeg er generelt komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter"



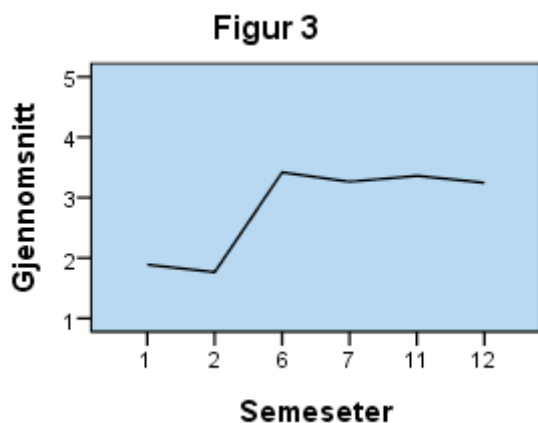
**Figur 2:** "Jeg er komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn min egen"



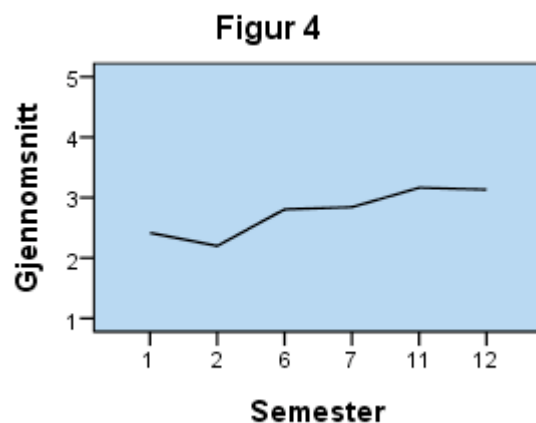
Studentene på 6., 7., 11. og 12. semester er i gjennomsnitt "delvis enig" i å være komfortable med å ta opp anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn deres egen. De svarer med et statistisk signifikant lavere gjennomsnitt på om de har tilstrekkelig kunnskap til å kommunisere med pasienter med en annen språk- og kulturbakgrunn enn deres egen. ( $p < 0,01$  for 6., 7., og 12. semester og  $p = 0,034$  for 11. semester.) Studentene på 12. semester svarte i gjennomsnitt at de var "verken enig eller uenig" i denne påstanden (gjennomsnittsverdi 3,38).

Påstanden om bruk av tolk ble besvart med høyest gjennomsnitt (3,42 poeng) av 6. semester. Grafen i figur 3 viser en markant stigning fra 1. og 2. semester opp til 6. semester. I tillegg viser grafen at studentene på 6., 7., 11. og 12. semester har gjennomsnittssvar som ligger på omtrent samme verdi. Den største andelen av studentene på 12. semesteret sa seg "verken enig eller uenig" eller "delvis enig" i påstanden om bruk av tolk (se figur 7). Gjennomsnittsverdien var 3,25 poeng.

Kurven i figur 4, som viser studentenes svar på påstanden om kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse, har ikke samme stigning opp til 6. semester som de tre foregående kurvene. Dette er den påstanden om kommunikasjon og kulturell kompetanse som studentene på 6., 7., 11. og 12. semester besvarer med lavest poeng i gjennomsnitt. Studentene på 12. semester er i gjennomsnitt "verken enig eller uenig" i å ha tilstrekkelige kunnskaper om å forholde seg til kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse (gjennomsnittsverdi 3,13 poeng).



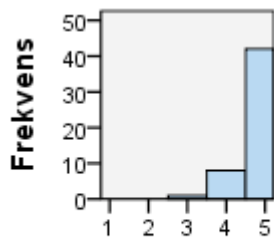
**Figur 3:** "Jeg har tilstrekkelig kunnskap om bruk av tolk til å gjennomføre et klinisk intervju med tolk"



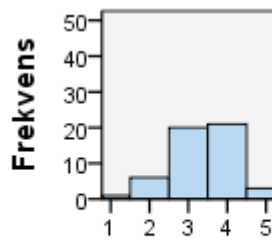
**Figur 4:** "Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å forholde meg til kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse"

Avgangskullets resultater gir et bilde av hva studentene mener de sitter igjen med på slutten av studiet og er derfor gitt ekstra oppmerksomhet. Se figur 5 – 13 for en oversikt over fordelingen av svar fra 12.semster på hver påstand. 12.semesterstudentene er i gjennomsnitt "verken enig eller uenig" i å ha kunnskaper om forekomst av sykdom blant migranter fra forskjellige deler av verden. Det samme gjelder kunnskap om mental helse hos flyktninger, asylsøkere og papirløse migranter (se figur 11 og 12). Påstanden om somatisk sykdom ble gjennomsnittlig besvart med 3,37 poeng, til forskjell fra 3,11 poeng for påstanden om psykisk helse. Dette er en statistisk signifikant forskjell ( $p=0.018$ ). 72% av studentene på 12. semester mener de er "helt uenig" eller "delvis uenig" i at de har tilstrekkelig kunnskap til å diagnostisere og behandle personer utsatt for tortur (se figur 10). Studentene på 12. semester svarte i gjennomsnitt at de er "verken enig eller uenig" i å ha kunnskap om ulike migranternes rettigheter til helsetjenester i Norge (gjennomsnittsverdi 2,92) (se figur 13).

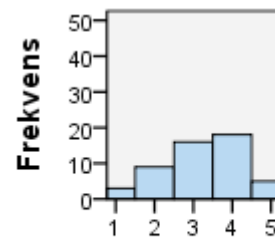
Hvis vi ser på helheten for 12.semester finner vi at gjennomsnittsverdiene for seks av de åtte påstandene spesifikt om migrasjon og helse tilsvarte "verken enig eller uenig". Påstanden om anamnese av pasienter med annen kulturell bakgrunn enn deres egen, var de i gjennomsnitt "delvis enig" i. De var i gjennomsnitt "delvis uenig" i å kunne diagnostisere og behandle pasienter som har vært utsatt for tortur.



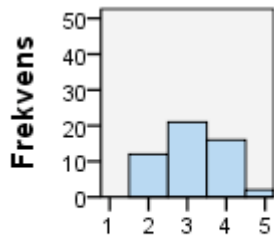
**Figur 5**



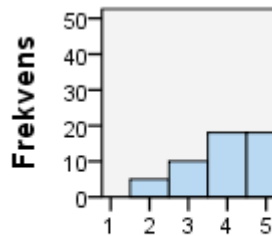
**Figur 6**



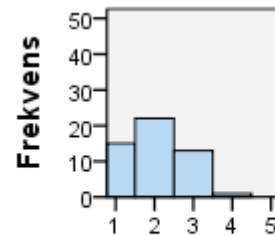
**Figur 7**



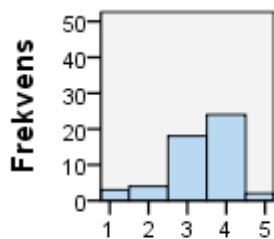
**Figur 8**



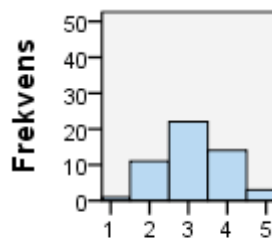
**Figur 9**



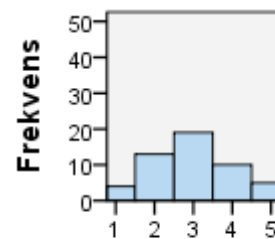
**Figur 10**



**Figur 11**



**Figur 12**



**Figur 13**

*Figur 1 – 13: Fordeling av svar fra 12.semester for hver påstand*

- Figur 5:** Jeg er generelt komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter
- Figur 6:** Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å kommunisere med pasienter med en annen språk- og kulturbakgrunn enn min egen
- Figur 7:** Jeg har tilstrekkelig kunnskap om bruk av tolk til å gjennomføre et klinisk intervju med tolk
- Figur 8:** Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å forholde meg til kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse
- Figur 9:** Jeg er komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn min egen
- Figur 10:** Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å diagnostisere og behandle pasienter som har blitt utsatt for tortur
- Figur 11:** Jeg har kunnskap om forekomst av sykdom blant immigranter fra forskjellige deler av verden
- Figur 12:** Jeg har kunnskap om mental helse hos flyktninger, asylsøkere og papirløse migranter
- Figur 13:** Jeg har kunnskap om de ulike migranters rettigheter til helsehjelp i Norge

## Diskusjon av resultatene

### Sammenligning av studenter i begynnelsen og slutten av studiet

På samtlige av påstandene svarer 12.semesterstudentene med statistisk signifikant høyere gjennomsnittspoeng enn 1.semesterstudentene. Dette indikerer at kunnskap om migrasjon og helse øker i løpet av studiet. 12.semesterstudentene er i gjennomsnitt "delvis enig" i kun en av åtte påstander om migrasjon og helse. For de resterende sju er gjennomsnittet lavere. Når man ser dette kan man spørre seg om en statistisk signifikant forskjell mellom første og siste semester er det samme som at avgangsstudentene kan nok om migrasjon og helse.

### Er studentene like komfortable i kommunikasjon med alle pasienter?

Studentene er i gjennomsnitt "delvis enige" i å være komfortable med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn deres egen. Dette er den av påstandene om migrasjon og helse med høyest gjennomsnittsverdi på alle kull. En forklaring på dette kan være at kryss-kulturelle møter er en vanlig del av hverdagen. En annen årsak kan være at spørsmålet peker tilbake på studentene på en slik måte at de kan ønske å svare positivt for ikke å bli satt i et dårlig lys.(40) En tredje forklaring kan være at det brukes så mye tid på mestring av anamneseopptak i studiet, at studentene føler seg relativt komfortable med dette uavhengig av situasjon.

Studentene besvarer påstanden om å være komfortabel med å ta opp anamnese av pasienter generelt med et statistisk signifikant høyere gjennomsnitt enn tilsvarende påstand om anamneseopptak av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn deres egen. Det er mulig denne forskjellen ville eksistert uavhengig av hvor god kulturell kompetanse studentene har. På en annen side kan det også indikere at studentene mener de har svakere kommunikasjonsevne i kryss-kulturelle møter.

### Bruk av tolk og kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse

Av alle kull er det 6.semester som besvarer påstanden om bruk av tolk med høyest gjennomsnittsverdi. Gjennomsnittsverdien for denne påstanden for 12.semester tilsvarer at studentene er "verken enig eller uenig" i å kunne gjennomføre et klinisk intervju med tolk. Det er ingen stigning i gjennomsnittsverdi fra 6. til 12. semester. Dette kan forklares med at vi fant undervisning om bruk av tolk kun på 6. semester.

Kurven som viser gjennomsnittsverdien for påstanden om kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse viser ingen bratte stigninger mellom semestre. Dette kan indikere at undervisningen om kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse på 6. og 10. semester ikke treffer studentene like godt som annen undervisning i kommunikasjon og kulturell kompetanse. En annen forklaring på kurvens form kan være at dette temaet i større grad krever forståelse og modning, like mye som konkrete ferdigheter og kunnskaper.

### Studentene på terskelen til arbeidslivet

Gjennomsnittsverdiene for 12. semester tilsvarer "verken enig eller uenig" i tre fjerdedeler av påstandene spesifikt om migrasjon og helse. Fordi vi har konsentrert oss om gjennomsnitt, og ikke har analysert fordelingen av svar, kan vi ikke si noe sikkert om dette skyldes opphopning av svar i den midtre kategorien eller stor spredning i svarene. Ut i fra histogrammene, som viser frekvens av svar for 12. semester, ser vi imidlertid at en stor andel av studentene svarer nettopp "verken enig eller uenig" på mange av

påstandene (se figur 6-13). En opphoping av svar i den midtre kategorien kan forklares som en feilkilde ved skalaen brukt i undersøkelsen. Det kan være lettere å krysse av en middelvei enn ekstremverdiene.(40) En annen forklaring kan være at studentene ikke kan nok om påstandene de ble spurt om, ikke skjønner hva de betyr eller stiller seg likegyldige til dem.

Studentene på 12. semester besvarer påstanden om somatisk helse med en statistisk signifikant høyere gjennomsnittsverdi enn den om psykisk helse. Årsaken til dette kan være at man i medisinstudiet generelt lærer mer om somatisk enn psykisk helse. Forklaringen kan også ligge i at studentene mener de kan noe mer om somatisk sykdom enn psykisk helse blant migranter. 72% av studentene på 12. semester er "delvis uenig" eller "uenig" i at de har tilstrekkelige kunnskaper til å diagnostisere og behandle pasienter som har blitt utsatt for tortur. Vi fant ingen undervisning om tortur, noe som kan forklare den lave gjennomsnittsverdien. Studentene på 12. semester er i gjennomsnitt "verken enig eller uenig" i å ha kunnskaper om ulike migranternes rettigheter til helsehjelp. Vi fant heller ingen undervisning om dette temaet.

Spørreskjemaet ble delt ut på forelesning og utvalget studenter er begrenset til de som kom på forelesning denne dagen. Dersom engasjementet og interessen for å lære er større blant de som kommer på forelesning i forhold til de som ikke gjør det, vil dette kunne gi et skjevt utvalg. Videre kan utvalget ha blitt påvirket av hvilke tema det ble undervist i den dagen undersøkelsen ble gjennomført. Dessuten var det heller ikke alle av de som var tilstede som valgte å svare på undersøkelsen. Vi har ikke statistikk over hvor mange dette utgjorde. Det er mulig at de som svarte var mer interessert i temaet enn de som valgte å ikke svare. Det er derfor usikkert i hvilken grad funnene fra denne undersøkelsen kan generaliseres til alle medisinstudentene ved universitetet i Oslo.

## 5 Konklusjon og anbefalinger

Etter å ha kartlagt undervisningen på medisinstudiet i Oslo, har vi funnet at studentene får noe undervisning om migrasjon og helse. Når vi ser på helhetsbildet, har vi totalt funnet tretten læringsmål som spesifikt nevner temaet. Den faktiske undervisningen om migrasjon og helse utgjøres av åtte forelesningstimer à 45 min, ett seminar, en klinisk smågruppe og en klinikk. I tillegg nevnes relevante tema i fjorten andre forelesninger. Resultatene fra spørreundersøkelsen antyder også at studentenes kunnskap øker utover i studiet. Resultatene fra den samme undersøkelsen viser imidlertid at mange avgangsstudenter ikke sier seg enig i å ha tilstrekkelig kunnskap om flere viktige områder innenfor migrasjon og helse. Dette kan tyde på at det likevel ikke undervises nok. For å øke fremtidige legers kunnskaper om migranternes helse, slik Den norske legeforening anbefaler(15), bør det settes av mer undervisningstid til migrasjon og helse enn det gjøres i dag.

Hvis vi ser nærmere på den eksisterende undervisningen, er det påfallende at to dobbeltforelesninger utgjør en stor del av undervisningen om migrasjon og helse på medisinstudiet: "Innvandrerpasienten" av allmennlege og seniorrådgiver ved NAKMI Arild Aambø, og "Psykisk helse blant innvandrere" av professor Edvard Hauff, begge på 10. semester. Dette er gode oversiktsforelesninger som nevner mange tema. Det er imidlertid begrenset hvor mye man kan gå i dybden på den tiden som er satt av. Fordi forelesninger ikke er obligatoriske, er det sannsynlig at noen studenter vil gå glipp av én eller begge disse forelesningene. Det er problematisk at disse studentene da vil gå glipp av en betydelig del av undervisningen om migrasjon og helse.

Undervisningen vi har funnet dekker flere av de tema vi har identifisert som sentrale i forbindelse med migrasjon og helse. Migranternes levekår, og hvordan dette påvirker deres helse, dekkes i faget samfunnsmedisin. Det finnes spesifikke læringsmål om migranternes levekår på 10. semester, noe som reflekteres i undervisningen. Forekomst av sykdom i migrantbefolkningene dekkes av læringsmål på 10. semester. Videre finnes det forelesninger og PBL-oppgaver hvor det tas opp at sårbarhet for sykdom kan variere mellom migrantbefolkninger og befolkningen for øvrig. Dette nevnes også i mange tilfeller i undervisningen om de sykdommer og helseproblemer hvor dette er aktuelt.

Det er imidlertid også viktige tema hvor undervisning mangler. Vi har ikke funnet undervisning om asylsøkeres eller papirløse migranternes levekår, til tross for at det eksisterer et læringsmål som spesifikt sier at studentene skal lære om dette. For at studentene i framtiden skal kunne yte en likeverdig helsetjeneste til pasienter i disse migrantbefolkningene, er det nødvendig at de kjenner til deres livssituasjon(19). Videre ser vi at det også undervises lite om asylsøkeres og papirløse migranternes psykiske helse. Vi har kun funnet en forelesning om mental helse blant migranter generelt. Det er verdt å merke at denne forelesningen kommer som en del av undervisningen i allmennmedisin, og at vi ikke har funnet undervisning om migranternes mentale helse under psykiatriterminen på 8. semester. Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer også at studentene har mindre kunnskap om migranternes mentale helse enn om somatisk sykdom i migrantbefolkninger. Vi mener derfor det er grunnlag for å si at undervisningen om migranternes psykiske helse bør styrkes.

Videre mangler undervisning om migranternes rettigheter og tilgang til helsetjenester. Det finnes ingen læringsmål som tilsier at studentene skal lære om dette. Studentene får generell undervisning om det gjeldende lovverket, men hvordan dette sikrer helserettighetene til migranter med ulik oppholdsstatus, fremheves ikke. Det mangler også undervisning om det etiske perspektivet og om mulige dilemmaer som kan oppstå ved manglende samsvar mellom lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser også at mange studenter ikke kan si seg enig i å ha kunnskap om migranternes rett til helsehjelp i Norge. NAKMI påpeker at helsepersonell i dag vet for lite om migranternes helserettigheter(22). Vi mener derfor at undervisning om dette bør innføres på medisinstudiet.

Det ser ikke ut til at studentene får undervisning om hvordan man kan gjenkjenne forskjellige sykdomspresentasjoner hos mennesker med mørk hudfarge, slik det anbefales(31). Vi har heller ikke funnet undervisning om variasjon i normalverdier og etnofarmakologi. Videre har vi funnet at studentene ikke får undervisning om helsemessige konsekvenser av tortur. Det er viktig at leger har kjennskap til vanlige torturmetoder, diagnostisering og rehabilitering av mennesker utsatt for tortur.(18) Vi mener derfor undervisning om dette bør innføres.

Vi har funnet at undervisning i kulturell kompetanse eksisterer, men at undervisningen kanskje ikke er tilstrekkelig. Det finnes læringsmål på 8. og 10. semester som sier at studentene skal kunne imøtekomme pasienter med ulike kulturelle bakgrunner. Vi har imidlertid ikke funnet undervisning som dekker dette på disse semestrene. Det finnes videre ett læringsmål som sier at studentene skal lære om kulturelt betingete forskjeller i sykdomsoppfattelse. Dette er det en forelesning som bygger direkte på. Flere PBL-oppgaver tar opp hvordan kultur kan påvirke pasient-behandlerforholdet. Studentene får også erfaring med dette gjennom en klinikk med innvandrerpasient på 6. semester. Resultatene fra spørreundersøkelsen antyder imidlertid at studentene er mindre komfortable med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn deres egen, sammenlignet med pasienter generelt. Det er vist at leger med kulturell kompetanse yter bedre helsetjenester til pasienter med ulike kulturelle bakgrunner.(37) Vi mener derfor det er viktig at det brukes mer tid på å øke studentenes kulturelle kompetanse i løpet av studiet.

Det undervises om bruk av tolk i kliniske intervjuer. Dette skjer gjennom en klinisk smågruppe på 6. semester. På tross av dette indikerer funnene fra spørreundersøkelsen at en del av avgangsstudentene ikke mener de har tilstrekkelige kunnskaper til å gjennomføre et klinisk intervju med tolk. Fordi kunnskap om bruk av tolk er så viktig (19,20,28,31,32,34-37), mener vi at det bør settes av mer tid til undervisning i bruk av tolk også senere i studiet.

Det er viktig at undervisning om migrasjon og helse er integrert i den øvrige undervisningen.(33) Vi ser det derfor som positivt at undervisningen vi har funnet er spredd utover flere fag og semestre. Fra høsten 2010 er det planlagt å innføre en egen dag om migrasjon og helse på 10. semester. Ansvarlig for dette er professor Benedicte Ingstad. Vi ser dette som et positivt tiltak, og håper denne rapporten kan være behjelpelig med å identifisere tema som bør tas opp her. Vi vil imidlertid påpeke at et slikt enkelt seminar må komme *i tillegg* til den eksisterende undervisningen om migrasjon og helse.

Feltet migrasjon og helse er bredt og mangfoldig. Undervisningen om temaet involverer allerede i dag undervisere fra flere fagfelt og instanser, og dersom man skal gjøre videre forbedringer vil ennå flere kunne bli involvert. Vi vil igjen presisere at en slik spredning er positiv. I arbeidet med rapporten har vi imidlertid erfart at det ikke eksisterer noen oversikt over hva undervisningen i migrasjon og helse består i, og hvilke undervisere som bidrar. Vi har også fått inntrykk av at det er lite samarbeid mellom dem som underviser i dette temaet. Vi håper at resultatene fra denne rapporten kan bidra til å gi alle aktører en oversikt over undervisningen om migrasjon og helse, slik at undervisningen kan koordineres bedre og alle viktige tema kan dekkes i nødvendig omfang.

For å øke medisinstudentenes kunnskap og ferdigheter knyttet til migrasjon og helse vil vi komme med følgende **anbefalinger**:

- Vi vil anbefale at det totale antallet undervisningstimer om migrasjon og helse økes. Spesielt er det behov for undervisning som kan heve studentenes kulturelle kompetanse, øke deres kunnskap og ferdigheter om bruk av tolk, gi mer kunnskap om asylsøkere og papirløse migranternes levekår, psykisk helse blant migranter og deres helserettigheter. Mange fagledere og undervisere vi har vært i kontakt med har stilt seg positive til vårt arbeid, og flere har uttrykt interesse for at migrasjon og helse skal få en større plass i undervisningen. Det skulle derfor være et godt grunnlag for å gjøre slike forbedringer.
- Vi anbefaler at det innføres et læringsmål og en forelesning om ulike migranternes rettigheter og tilgang til helsehjelp. I tillegg vil vi anbefale at det lages en PBL-oppgave som problematiserer etiske dilemmaer som kan oppstå ved behandling av asylsøkere og papirløse migranter med begrenset rett til helsetjenester og økonomisk evne.
- Vi anbefaler at studentene får mer undervisning om migranternes psykiske helse. Dette temaet bør komme inn i psykiatriterminen på 8. semester.
- For å øke studentenes kunnskap om asylsøkere, deres livssituasjon, helsetilstand og helserettigheter, vil vi i tillegg anbefale at fakultetet tilbyr en dag med hospitering ved helsetilbud på asylmottak. Det er tidligere vist at studenter gjennom slike møter får økt kulturell kompetanse.(34,36)
- Vi anbefaler også at det innføres en forelesning om helsemessige aspekter ved det å leve som papirløs migrant. Undervisningen bør inkludere hvem som faller inn under denne betegnelsen, deres levekår og deres tilgang og rettigheter til helsetjenester.

I tillegg til disse tiltakene, anbefaler vi at ansvaret for å koordinere undervisningen i migrasjon og helse gis til en ansatt ved Medisinsk fakultet. Man får da én person som kan holde oversikt over hva som undervises i hvilke fag og på hvilke semestre, og hvilke aktører som bidrar. Slik vil det bli enklere for undervisere å samarbeide på tvers av fag og instanser. Dette kan legge et grunnlag for at fremtidige leger får dekkende og god undervisning om migrasjon og helse.



## Litteraturliste

1. Oppbygging og gjennomføring.  
<http://www.uio.no/studier/program/medisin/oppbygging/> (lesedato 21. Juni 2010)
2. Roald B. Oslo 96 ved en milepæl og veien videre. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002 Aug;122(19):1927-8.
3. Undervisningsformer i medisinstudiet.  
<http://www.uio.no/studier/program/medisin/undervisningsformer/index.xml>  
(lesedato 21. Juni 2010)
4. International Office of Migration. Facts and figures.  
<http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/en> (lesedato 28. juni 2010)
5. Health of migrants: the way forward: report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
6. 6. Innvandring og innvandrere. <http://www.ssb.no/innvandring/> (lesedato 29. juni 2010)
7. Befolkningsstatistikk. Personer med flyktningbakgrunn, 1. januar 2009.  
<http://www.ssb.no/flyktninger/> (lesedato 29. juni 2010)
8. Zhang L-C. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. s. 5. Documents 2008/11
9. Dzamarija MT. Definisjoner og betegnelser i innvandrerstatisikken: Hva skal «innvandreren» hete? Samfunnspeilet. 2008;22(4):62-65.
10. Sentrale begreper. [http://mighealth.net/no/index.php/Sentrale\\_begreper](http://mighealth.net/no/index.php/Sentrale_begreper) (lesedato 8. august 2010)
11. Utlendingsdirektoratet. <http://www.udi.no/Oversiktsider/Statistikk-og-analyse/Statistikk-/Asyl/Vedtak-om-asyl-opphold-pa-humanitart-grunnlag-og-avslag/> (lesedato 29. juni 2010)
12. Utlendingsdirektoratet. <http://www.udi.no/Sentrale-tema/beskyttelse/Asylsokere-og-flyktninger/Overforingsflyktninger/> (lesedato 29. juni 2010)
13. Schloenhardt A. Migrant smuggling: illegal migration and organized crime in Australia and The Asia Pacific region. Leiden: M. Nijhoff Publishers M; 2003. s. 15. (oversatt sitat: «a migrant «crosses an international border with the intention of temporarily or permanently establishing him- or herself in another country.».)
14. Helseprofil innvandrere: Store helseforskjeller.  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5588&MainArea\\_5661=5588:0:15,1869:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5588=5544:72718::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5588&MainArea_5661=5588:0:15,1869:1:0:0:::0:0&MainLeft_5588=5544:72718::1:5569:1:::0:0) (lesedato 3. august 2010)

15. Nissen-Meyer M, Shuja AL, Sletnes T, redaktører. Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Oslo: Den norske legeförening; 2008.
16. Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1663.
17. Blom S, Henriksen K, redaktører. Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. Oslo, Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2008. Rapporter 2008/5.
18. Cohn J, Strøm M. Undervisning om helse og menneskerettigheter ved universitetet i Tromsø. Tidsskr Nor Lægefören. 2002 Apr;122(10):1033-4.
19. Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. Acad Med. 2003 Jun;78(6):560-9.
20. Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? Patient Educ Couns . 2008 Jul;72(1):155-62.
21. Folkehelseinstituttet. Helse blant flyktninger og innvandrere.  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,4444:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:84204::1:5569:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,4444:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:84204::1:5569:2:::0:0) (Oppdatert 07.05.2010 kl 10:40; lesedato 29. juni 2010)
22. Hjelde KH. Jeg er alltid bekymret: om udokumenterte migranter og deres forhold til helsetjenestene i Oslo. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for Minoritetshelse; 2010. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 1/2010.
23. Ethiske regler for leger: vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 2002.  
<http://www.legeföreningen.no/id/485.1> (lesedato 12. august 2010)
24. World Medical Association Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient.  
<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005e.pdf> (lesedato 12. august 2010)
25. Kale E. "Vi tar det vi har": om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo: en spørreundersökelse. Oslo; Nasjonal kompetansesenet for minoritetshelse; 2006. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006
26. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. Acad Med. 2006 Jun;81(6):499-501.
27. Sandøy IF, Melf K. Norske leger mot atomvåpen. Leger trenger kunnskap om menneskerettigheter tortur og konflikter. Tidsskr Nor Lægefören. 2003 Oct;123(19):2766.
28. Koehn PH. Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters. Global Health. 2006 Jan 30;2:2.
29. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE. Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. New York: The Commonwealth Fund; 2002.
30. Houpt ER, Pearson RD, Hall TL. Three domains of competency in global health education: recommendations for all medical students. Acad Med. 2007 Mar;82(3):222-5.

31. Xakellis G, Brangman SA, Hinton WL, Jones VY, Masterman D, Pan CX et al. Curricular framework: core competencies in multicultural geriatric care. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Jan;52(1):137-42
32. Griswold KS. Refugee health and medical student training. *Fam Med.* 2003 Oct;35(9):649-54.
33. Kripalani S, Bussey-Jones J, Katz MG, Genao I. A prescription for cultural competence in medical education. *J Gen Intern Med.* 2006 Oct;21(10):1116-20.
34. Griswold K, Kernan JB, Servoss TJ, Saad FG, Wagner CM, Zayas LE. Refugees and medical student training: results of a programme in primary care. *Med Educ.* 2006 Jul;40(7):697-703.
35. Pottie K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician.* 2007 Nov;53(11):1923-6.
36. Griswold K, Zayas LE, Kernan JB, Wagner CM. Cultural awareness through medical student and refugee patient encounters. *J Immigr Minor Health.* 2007 Jan;9(1):55-60.
37. Koehn PH. Health-care outcomes in ethnoculturally discordant medical encounters: the role of physician transnational competence in consultations with asylum seekers. *J Immigr Minor Health.* 2006 Apr;8(2):137-47.
38. Kumagai AK, Lypson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Acad Med.* 2009 Jun;84(6):782-7.
39. Dussán KB, Galbraith EM, Grzybowski M, Vautaw BM, Murray L, Eagle KA. Effects of a refugee elective on medical student perceptions. *BMC Med Educ.* 2009 Apr;9:

## Figurliste

### Kapittel 1

**Figur 1:** De 15 største innvandrere gruppene i Norge. Januar 2010. Absolutte tall.  
(Kilde: [www.ssb.no/innvandring/](http://www.ssb.no/innvandring/))

**Figur 2:** Innvandring, etter innvandringsgrunn. 1990-2008.  
(Kilde: [www.ssb.no/innvandring/](http://www.ssb.no/innvandring/))

### Kapittel 4

**Tabell 1:** Gjennomsnittsverdier for hvert semester, med standardavvik i kursiv.

**Figur 1:** Gjennomsnittsverdi for hvert semester for påstanden "Jeg er generelt komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter".

**Figur 2:** Gjennomsnittsverdi for hvert semester for påstanden "Jeg er komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn min egen".

**Figur 3:** Gjennomsnittsverdi for hvert semester for påstanden "Jeg har tilstrekkelig kunnskap om bruk av tolk til å gjennomføre et klinisk intervju med tolk".

**Figur 4:** Gjennomsnittsverdi for hvert semester for påstanden "Jeg har kunnskap om forekomst av sykdom blant immigranter fra forskjellige deler av verden".

**Figur 5:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg er generelt komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter".

**Figur 6:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å kommunisere med pasienter med en annen språk- og kulturbakgrunn enn min egen".

**Figur 7:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg har tilstrekkelig kunnskap om bruk av tolk til å gjennomføre et klinisk intervju med tolk".

**Figur 8:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å forholde meg til kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse".

**Figur 9:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg er komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn min egen".

**Figur 10:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å diagnostisere og behandle pasienter som har blitt utsatt for tortur".

**Figur 11:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg har kunnskap om forekomst av sykdom blant immigranter fra forskjellige deler av verden".

**Figur 12:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg har kunnskap om mental helse hos flyktninger, asylsøkere og papirløse migranter".

**Figur 13:** Fordeling av svar fra 12. semester for påstanden "Jeg har kunnskap om de ulike migranters rettigheter til helsehjelp i Norge".

## Vedlegg

### VEDLEGG 1: Læringsmål relevant for migrasjon og helse

Alle læringsmål kan man finne ved å gå inn på nettsiden

<http://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/>

	<b>1. semester</b>	<b>Fag</b>
1	Respekt for samfunnet og forståelse av at helse og sykdom blir påvirket av kulturelle, sosiale og moralske krefter.	Samfunnsmedisin
2	Hovedmålet med denne emneblokken er at studentene skal få en grunnleggende forståelse av hvordan biologiske forhold og samfunnsforhold (politiske, kulturelle og moralske) er med på å forme folkehelsen og helsetjenesten.	Samfunnsmedisin
3	Målet for introduksjonen er at studentene skal begynne å forstå den dynamiske sammenhengen mellom individers helse og sykkelighet og samfunnets ressurser, miljø, kultur og politikk. Den biopsykososiale modellen blir introdusert.	Samfunnsmedisin
	<b>6. semester</b>	
4	[Studentene skal kunne] gjennomføre strukturerte intervjuer med pasienter med varierende sykdommer med hensyn til kjønn, alder, fremmedkulturelle/fremmedspråklige (eventuelt ved bruk av tolk), akutt/kronisk sykdom og prognostisk alvor.	Medisinske atferdsfag
	<b>8. semester</b>	
5	[Studentene skal kunne] vise innlevelse med pasienten, uavhengig av dennes alder, kjønn, intelligens, sosiale/kulturelle/etniske/religiøse bakgrunn og kliniske tilstand.	Psykiatri
6	[Studentene skal kunne] etablere nødvendig kontakt og kommunikasjon med pasienten (og dennes familie) for å kunne gjennomføre en klinisk psykiatrisk undersøkelse, uavhengig av pasientens alder, kjønn, intelligensnivå, kulturell/etnisk/sosial bakgrunn og klinisk tilstand.	Psykiatri
	<b>10. semester</b>	
7	Du skal også oppnå kunnskap om migrasjon til Norge og etniske minoriteter som basis for å kunne mestre de utfordringene norske leger kan ha i møtet med pasienter med ulik kulturell og språklig bakgrunn.	Samfunnsmedisin
8	[Studentene skal kunne] beskrive levekår, helse og helsetilstand for vanskeligstilte grupper, blant annet fattige, funksjonshemmede og visse grupper innvandrere/flyktninger/asylsøkere.	Samfunnsmedisin
9	Studentene skal kunne gjengi internasjonal samfunnshelses normative grunnlag (menneskerettighetene).	Samfunnsmedisin

10	Etter endt semester skal du kunne redegjøre for hvordan oppfatninger av risiko, helse og sykdom delvis er kulturelt konstruert og derfor varierer mellom historiske epoker, mellom ulike folkeslag og mellom ulike helsesystemer.	Samfunnsmedisin
11	[Studentene skal] kunne tilpasse [sin] fremferd til pasientens alder, kjønn og kulturelle bakgrunn.	Allmennmedisin
12	[Studentene skal kunne] beskrive allmennpraktikerens arbeid og ansvar for kronisk syke og for pasienter med særskilte behov (som rusproblematikk, minoritetsgrupper).	Allmennmedisin
13	[Studentene skal] kjenne til særtrekk hos innvandrere med hensyn til psykiske lidelser og hvilke krav dette stiller til legen.	Psykiatri

## VEDLEGG 2: Undervisning relatert til migrasjon og helse

Timeplanen for hvert semester kan man finne ved å gå inn på <http://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/>

	Forelesninger	Underviser/ansvarlig	Semester
	<b>ALLMENNEMEDISIN</b>		
14	Diabetes i allmennpraksis	Ragnhild Bjørneng	6.
	<b>ERNÆRINGSLÆRE</b>		
15	Vitamin D	Jan Oxholm Gordeladze	4.
	<b>FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER</b>		
16	Seminar om kvinner og barn i den tredje verden og immigranter, deres reproduktive helse og barnehelse.	Babill Stray Pedersen	9.
	<b>INDREMEDISIN</b>		
17	Infeksiøs hepatitt	Halvor Rollag	6.
18	Type II diabetes	Kåre Inge Birkeland	6.
19	Hypergammaglobulin myelomatose	Petter Urdal	6.
20	Viktige importmedisinske problemer	Bjørn Myrvang	6.
	<b>MEDISINSKE ATFERDSFAG</b>		
21	Klinisk smågruppe om bruk av tolk i pasientintervjuer	Arnstein Finset	6.
22	Klinikk med innvandrerpasient	Arnstein Finset	6.
	<b>MEDISINSK GENETIKK</b>		
23	Gener i populasjoner	Dag Erik Undlien	2.
	<b>PEDIATRI</b>		
24	Anemias in infancy and childhood	Tore G. Abrahamsen	9.
	<b>PSYKIATRI</b>		
25	Psykiatri hos innvandrere	Edvard Hauff	10.
	<b>SAMFUNNSMEDISIN</b>		
26	Helsetilstanden globalt	Gunnar Bjune	1.
27	Samfunnsmedisin i verden	Atle Fretheim	1.
28	Helse og kultur	Benedicte Ingstad	1.
29	Retten til helse	Johanne Sundby	10.
30	Innvandrerpasienten	Arild Aambø	10.
31	Forelesning om omskjæring	Sara Khasay	10.
32	Fattigdom og helse i et globalt perspektiv	Akhtar Hussein	10.
33	Mor og barn, omskjæring	Johanne Sundby	10.
34	Kultur og helse	Jan Frich	10.

### VEDLEGG 3: PBL-oppgaver relatert til migrasjon og helse

	<b>PBL-oppgave</b>	<b>Semester</b>
35	PBL 1: Fra Mombasa til Hamarøy	1.
36	PBL 9: Gamle Garnvik	1.
37	PBL 14: Diabetes og kultur	1.
38	PBL 2: Kvinne med hemoglobinkonsentrasjon = 9,6/100 ml	6.
39	PBL 8: John from Gambia	9.



## VEDLEGG 4: Spørreskjema

### Spørreundersøkelse om migranter og helse

Denne undersøkelsen er en del av et prosjekt for å kartlegge hva som undervises om migranter og helse på medisinstudiet i Oslo. Dette skal resultere i en rapport som skrives av tre medisinstudenter på oppdrag fra Helsedirektoratet. Med migranter mener vi personer født utenfor Norge av to utenlandske foreldre. Dette inkluderer blant annet flyktninger, asylsøkere, papirløse migranter, arbeidsinnvandrere og familiegjenforente.

Hvilket semester går du på? \_\_\_\_  
Kjønn? Kvinne \_\_\_ Mann \_\_\_

Svar på disse påstandene ved å krysse av på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er uenig og 5 er enig. NB! Du kan kun velge en verdi per spørsmål.

**1 – uenig, 2 – delvis uenig, 3 – verken uenig eller enig, 4 – delvis enig, 5 - enig**

Jeg er generelt komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter	1	2	3	4	5
Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å kommunisere med pasienter med en annen språk- og kulturbakgrunn enn min egen	1	2	3	4	5
Jeg har tilstrekkelig kunnskap om bruk av tolk til å gjennomføre et klinisk intervju med tolk	1	2	3	4	5
Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å forholde meg til kulturelle forskjeller i sykdomsforståelse	1	2	3	4	5
Jeg er komfortabel med å ta opp en anamnese av pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn min egen	1	2	3	4	5
Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å diagnostisere og behandle pasienter som har blitt utsatt for tortur	1	2	3	4	5
Jeg har kunnskap om forekomst av sykdom blant immigranter fra forskjellige deler av verden	1	2	3	4	5
Jeg har kunnskap om mental helse hos flyktninger, asylsøkere og papirløse migranter	1	2	3	4	5
Jeg har kunnskap om de ulike migranters rettigheter til helsehjelp i Norge	1	2	3	4	5

Tusen takk for hjelpen!

## VEDLEGG 5: Antall studenter på hvert kull som svarte på spørreundersøkelsen

Semester	Antall studenter <sup>1</sup>	Antall svar	Svarprosent
1.	110	71	64,5%
2.	103	56	54,4%
6.	103	31	30,1%
7.	102	19	18,6%
11.	98	61	62,2%
12.	111	53	47,7%
Ikke oppgitt		1 <sup>2</sup>	
Totalt	627	292	46,4%

<sup>1</sup> Informasjon om antall studenter har vi fått på epost fra Studieseksjonen ved det Medisinske fakultet UiO, sendt fra Wium, K til Ingrid Berre 20. juni 2010.

<sup>2</sup> Denne besvarelsen ble ekskludert fra resultatene.