

Vår ref.:
2015.02-472

Deres ref.:

Dato:
20.02.2015

Høringsinnspill: NOU 2014:12 Åpenhet og rettferdighet – prioriteringer i helsetjenestene

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) takker for invitasjonen til å komme med høringsinnspill.

Kort om NAKMI:

NAKMI ble opprettet i 2003 av Helse- og omsorgsdepartementet og administreres av Oslo universitetssykehus. NAKMIs oppdragsgiver er Helsedirektoratet. Målet for NAKMIs virksomhet er å utvikle og formidle forskningsbasert kunnskap som kan fremme god helse og likeverdige helsetjenester for personer med innvandrerbakgrunn.

NAKMIs innspill:

NOU'en tar i liten grad hensyn til de demografiske endringene som har skjedd i Norge. De siste ti årene har antall innvandrere bosatt i Norge blitt mer enn fordoblet, fra 289 104 til 633 110, og utgjør nå mer enn tolv prosent av befolkning.¹ Statistisk sentralbyrå anslår at innvandrerbefolkningen i Norge vil være på om lag 1,5 millioner i 2060.²

Som regel vil kort botid innebære betydelige språkbarrierer og utfordringer relatert til lite kunnskap om norske helse- og omsorgstjenester. Videre vet vi at både sykdomspanorama og livsstil varierer mellom ulike innvandrergrupper og mellom ulike innvandrergrupper og befolkningen generelt, både i Norge³ og i andre land.⁴ I tillegg viser studier at innvandrere bruker helsetjenestene noe annerledes

¹ Statistisk sentralbyrå 2015. Nøkkeltall for innvandring og innvandrere, www.ssb.no

² Statistisk sentralbyrå 2014. Befolkningsfremskrivninger, 2014-2100, www.ssb.no

³ Se for eksempel: Abebe, D. S. 2010. Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review, NAKMI report 2/2010, Blom, S. 2010. Sosiale forskjeller i innvandreres helse, Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006, SSB Rapport 2010/47, Kumar, B. (et. al.) 2008. The Oslo Immigrant Health Profile, The Norwegian Institute of Public Health Report og Helsedirektoratet 2009. Migrasjon og Helse, utfordringer og utviklingstrekk, IS-1663

enn befolkningen forøvrig.⁵ De demografiske forandringene endrer derfor pasientsammensetningen for alle typer helse- og omsorgstjenester. I oppbygging og planlegging av tjenester er det derfor viktig at de endringene innvandring til Norge fører med seg tas med i vurderingen. NAKMI mener NOU'en i for liten grad tar hensyn til disse variasjonene.

Prioriteringskriteriene som foreslåes forutsetter at det foreligger gode empiriske data når det gjelder både behov for tjenester, bruk av tjenester og totalkostnaden av en behandling eller tiltak. Det datagrunnlaget som i dag benyttes for å gjøre kostnads og behovsanalyser har dessverre ikke variabler på landbakgrunn, botid og språk (unntak finnes). Mye av datagrunnlaget mangler også variabler knyttet til andre sosioøkonomiske variabler som utdanning, inntekt etc. Når datagrunnlaget ikke har disse variablene inne vil det kunne føre til svakere analyser og derav mulige feilprioriteringer. Dette problemet forsterkes ved at innvandrere ofte er sterkt underrepresentert i helseundersøkelser noe som gjør at helseundersøkelser kan gi et skjevt bilde av den faktiske situasjonen. NAKMI ser derfor en betydelige utfordringer ved empiriske materialet som skal danne grunnlaget for prioriteringer.

Likeverdige helsetjenester fremheves i en rekke plandokumenter i helsetjenesten⁶ og utjevning av sosiale helseforskjeller er et av folkehelselovens uttalte mål.⁷ Etter NAKMIs vurdering er prioriteringskriteriene som foreslåes lite egnet til å gjøre de nødvendige prioriteringene som skal til for å utjevne sosiale helseforskjeller. For å utjevne sosiale helseforskjeller og oppnå likeverdige helsetjenester er det behov for en viss omfordeling av ressurser. Noen pasienter har dårligere forutsetninger for å få et godt utbytte av et tjenestetilbud og trenger derfor et mer tilrettelagt og omfattende tilbud. I visse områder vil personer med slike ekstra behov (for eksempel knyttet til språk eller lav/ingen utdanning) være betydelig overrepresentert. NOU'en tar i liten grad høyde for dette.

NOU'en tar i overveiende grad utgangspunkt i en normalpasient eller gjennomsnittspasient i sine beregninger. Ulempene ved dette er at den store variasjonen i pasientgrunnlaget utilsiktet forsvinner fra analysene. Dette kan få en del negative konsekvenser. For eksempel stadfester NOU'en at kunnskapsnivået og utdanningsnivået i Norge er høyt (s.68). Dette er selvsagt riktig, men det skjuler likevel de særskilte behov alle med lite kunnskap og lav utdanning måtte ha. NAKMI vil her minne om at 17 prosent av den norske befolkningen i alderen 25-49 år kun har grunnskoleutdanning. Blant innvandrere i samme aldersgruppe er tallet 26 prosent.⁸ 60 prosent av innvandrere med mindre en fem års botid, og 30 prosent av befolkningen generelt har såpass svake leseferdigheter at de har problemer med å tilegne seg en enkel tekst.⁹ Videre er det god grunn til å mene at kunnskapene om

⁴ **Pottie K, et. al. 2011.** Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees, Canadian Medical Association Journal, 2011

⁵ **Diaz E. et. al. 2015** How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. Eur J Public Health. 2015 Feb;25(1):72-8

⁶ Se for eksempel: **Helse- og omsorgsdepartementet 2013.** Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle, Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017

⁷ Lov om folkehelsearbeid §1

⁸ **Steinkellner og Holseter 2013.** Befolkningens utdanningsnivå, etter spørreundersøkelse om utdanning fullført i utlandet, Statistisk sentralbyrå rapport 24/2013

⁹ **OECD 2011.** Literacy for life: Further Results from the Adult Literacy and Life Skills Survey. Second International ALL report.

helse og helsetjenester er betydelig svakere enn det man tidligere har regnet med.¹⁰ Studier har også vist at det er store nivåforskjeller på helserelatert leseferdighet mellom ulike grupper av den norske voksenbefolkningen.¹¹

NAKMI savner en grundigere behandling av prioriteringskriterier knyttet til primærhelsetjenesten og forebyggende helsearbeid.

NOU'en nevner i flere sammenhenger at brukermedvirkning er viktig i utviklingen av prioriteringskriterier. NAKMI savner en beskrivelse av hvordan en skal kunne sikre at alle lag av befolkningen er representert i brukermedvirkningsprosessene.

Under-/overforbruk av tjenester, feildiagnostisering og feilmedisinering kan få alvorlige konsekvenser for pasienten og bli svært dyrt for tjenestene. Tidvis kan disse feilene være forårsaket av misforståelser som følge av språkbarrierer, lavt kunnskapsnivå om helsetjenester og helse generelt. NOU'en beskriver ikke prioriteringer av ressursbruk for å forebygge slike feil.

NAKMIs forslag:

1. For å kunne generere et datagrunnlag som gir et tilstrekkelig nyansert bilde av befolkningens behov og ønsker foreslår NAKMI at landbakgrunn, botid og morsmål registreres i alle helseregistrene. NOU'en bør nevne dette behovet.
2. NOU'en bør i større grad synliggjøre og ta hensyn til pasienters ulike forutsetninger og behov.
3. Prioriteringskriteriene bør formuleres slik at allokering av ressurser bidrar til likeverdige helsetjenester og reduksjon av ulikheter i helse.
4. NOU'en bør i større grad beskrive prioriteringskriterier knyttet til primærhelsetjenesten og forebyggende folkehelsearbeid
5. NOU'en bør gi en beskrivelse av hvordan en sikrer en brukermedvirkning som også inkluderer ulike deler av innvandrerbefolkningen.
6. NOU'en bør gi en beskrivelse av hvordan forebyggende tiltak for å øke pasientsikkerheten (for eksempel bruk av kvalifisert tolk) kan inkluderes i prioriteringskriteriene.

Bernadette N. Kumar
Direktør

Thor Indseth
Seksjonsleder

¹⁰ **Jenum og Pettersen 2014.** Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helse-kommunikasjon?, Sykepleien Forskning 2014 9 (3):272-280

¹¹ **Gabrielsen og Lundetræ 2014.** Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? Sykepleien Forskning 2014 9 (1):26-34