



Kulturforståelse i Praksis - Indsigt som et redskab

Af Praktiserende læge Imran Rashid



Af Praktiserende læge Imran Rashid

Kulturforståelse i Praksis

1. udgave, 1. oplag 2013

©Pfizer Danmark, 2013

Redaktion: Caroline Graney Bülow

Tryk: Rosenberg Bogtryk

Temahæftet kan bestilles ved henvendelse til Pfizer Danmark, tlf. 44 20 11 00

*Samtlige rettigheder til materialet tilhører Pfizer ApS.
Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af dette
temahæftes fotografier og tekst uden Pfizer ApS' skriftlige
tilladelse er forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret.*

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Indledning	6
Faktuelle oplysninger vedrørende indvandrere og flygtninge i Danmark	7
Etnicitet	7
Hvem og hvor mange er der ?	8
Sundhed og sygdom blandt etniske minoriteter i Danmark	8
Etniske minoriteter og det danske sundhedsvæsen	9
Sundheds- og sygdomsopfattelser	11
Referencerammer	13
Søgen efter helbredelse	14
Familiemønstre & Kønsroller	17
Compliance/Medicinindtag	19
Livsstilsændringer	21
Kost og motion	21
Den motiverende samtale	21
Seksualitet	23
Sprogbarrierer	25
Symptomatologi	27
Religion	29
Kulturmødet i et sociologisk perspektiv	31
Communication with strangers	31
Relevante cases (Fra Indvandrermedicinsk Klinik OUH)	33
Efterskrift	35
Om forfatteren	36
Litteraturliste	37
	3

"...Patienter læser jo ikke lægebøger. Patienter gør jo bare det, de er bedst til: de siger hvad de mærker, hvad de føler og kommer måske også med deres egen forklaring på symptomerne. Patienter har sjældent en anelse om hvordan, eller i hvilken rækkefølge, lægen skal have serveret symptomerne for at de forstås korrekt. Patienter forventer, at lægen selv rydder op i symptomerne og bringer dem i orden, så der kommer en diagnose frem af tågen, som begge parter kan være tilfredse med. Men så let går det ikke, lægen skal lige forstå det helt præcist: "Hvad kom først: hoste eller rygsmerter? Hvad mærkede du så? Hjalp det da du holdt op med ryge? Fik du samme symptomer på arbejde? Fortæl mig lige igen: hvordan oplevede du smerterne første gang?"

*Afklaringen kræver et sprogligt og forståelsesmæssigt fællesskab med patienten, hvor man mødes midt på vejen med et fælles ønske om **at forstå**: patienten vil gerne forstå lægens spørgsmål og lægen vil gerne forstå patientens svar. En slags venlig verbal vekselvirkning. Det går oftest godt, hvis begge sider af lægens bord investerer lidt tid og lidt velvillighed. Men der er situationer hvor det **at forstå** både kræver en ekstra indsats, et lille drys empati - og meget mere tålmod end vi er vant til..."*

*Professor Morten Sodemann,
Leder af Indvandrermedicinsk Klinik OUH*

Forord

1. udgave af dette temahæfte blev skrevet for 7 år siden, hvor jeg som nyuddannet læge kom med mine bud på en mere konstruktiv håndtering af det ofte vanskelige kulturmøde i sundhedsvæsenet.

Med stor tilfredshed har jeg observeret at emnet kulturforståelse i sundhedsvæsenet i årene, der er gået, har fået langt større opmærksomhed og plads på den sundhedspolitiske dagsorden. Vel og mærke en form for opmærksomhed med grundpræmissen, at kulturmødet i sundhedsvæsenet er en faglig udfordring snarere end en diffus social/politisk holdningsbaseret problemstilling, der ofte ender med at omhandle skyldsspørgsmål end løsningsorienterede handlemonstre.

En af de afgørende årsager til denne konstruktive udvikling har været etableringen af Indvandrermedicinsk Klinik i Odense i 2008. Klinikken er gennem årene blevet et kraftfuldt videnscenter, der gennem en systematisk og evidensbaseret tilgang har skabt de nødvendige rammer for en professionel håndtering af den "sundhedskulturelle" udfordring. Pionerarbejdet i Region Syddanmark har desuden dannet grobund for, at man også i Region Hovedstaden for nyligt har indset behovet og nødvendigheden af at oprette en lignende klinik, nemlig Indvandrermedicinsk Klinik på Hvidovre Hospital.

Denne udgave af temahæftet "Kulturforståelse i Praxis – Indsigt som et redskab" bygger dels på mine kliniske og personlige erfaringer med det sundhedsfaglige kulturmøde, dels på mere end 12 års erfaringer som foredragsholder indenfor emnet og endelig statusrapporten fra Indvandrermedicinsk Klinik Odense: "*Tak fordi I lavede en bedre version af mig - erfaringer fra indvandrermedicinsk klinik 2008-2013*".

København, d. 31. juli 2013

Indledning

I en tid og i et samfund, som særligt i disse år undergår store forandringer, vil man som del af det danske sundhedsvæsen, indimellem kunne se sig selv i situationer, hvor al ens faglighed ikke slår til. Dette udmønter sig måske i en dårlig patientcompliance eller ved et utilfredsstillende kulturmøde, hvor kommunikationen føles forfejlet. Måske tager patientmødet en uventet drejning, hvor de uskrevne spilleregler, som man normalt agerer efter, pludselig føles komplet ubrugelige ofte med frustration til følge.

Da faglighed, samt evnen til at kunne vække tillid hos andre mennesker, er blandt kernebegreberne for hvervet som sundhedsperson, er det klart, at netop disse situationer, hvor ens begrænsninger tydeliggøres, i høj grad vil kunne afføde følelser som frustration og afmagt. Måden at tackle disse følelser på, er utrolig vigtig. I bedste fald tager man nemlig nogle værdifulde erfaringer med sig, der kan bruges præventivt, mens der i værste fald opstår misforståelser og fordomme, der øger risikoen for lignende situationer.

Formålet med dette temahæfte er på en konstruktiv og systematisk måde at gå ind og klarlægge de mekanismer, der gør sig gældende, når mødet mellem sundhedsperson og patient samtidig også bliver et møde mellem to mennesker med vidt forskellige baggrunde, hvad enten disse forskelle er relaterede til alder, etnicitet, social status eller andre parametre. Dog er det selvsagt, at det kulturelle brændpunkt i praksis oftest er mødet med patienter med anden etnisk baggrund, særligt fra muslimske tredjeverdenslande, hvorfor en stor del af hæftet omhandler denne særlige, men alligevel stærkt heterogene patientgruppe.

Da emnet kulturforståelse mere end noget andet handler om meninger, holdninger og fordomme, skal dette temahæfte udelukkende ses som en inspirationskilde, der måske kan anskueliggøre nogle ting og sætte andre ting i et nyt lys. Det er ikke ment som en facitliste, men mere som en øjenåbner ud fra devisen, at udsyn giver indblik.

Missionen med hæftet er endelig at vække en interesse for at imødegå kulturelle udfordringer med en professionel og konstruktiv nysgerrighed, der på sigt kan gøre det lettere for både patienter og sundhedspersoner at agere bedre i spændingsfeltet mellem kultur, sundhed og sygdom.

Hæftets opbygning

Temahæftet indledes med en række faktuelle oplysninger med den aktuelle viden om indvandrere og flygtninge, deres sundhedstilstand, og hvad vi ved om deres møde med det danske sundhedsvæsen.

Herefter gennemgås en række temaer, der oftest skaber grundlag for frustrationer og misforståelser for såvel behandler som patient. I hvert tema angiver jeg nogle mulige forklaringsmodeller samt perspektivering til brug for en konstruktiv håndtering. Alle temaer afsluttes med en boks med afsnittets vigtigste budskaber.

Til sidst gennemgår jeg en af de væsentligste kommunikationsteoretiske modeller for det konstruktive kulturmøde. Afslutningsvis præsenteres en række patientcases, der har til formål at illustrere behovet for professionel kulturforståelse og skabe koblingen mellem teori og praksis.

Faktuelle oplysninger vedrørende indvandrere og flygtninge i Danmark

Kulturforskellene i samfundet skaber ofte udfordringer og konfliktsituationer, hvilket naturligvis gør det til en kompliceret affære at kunne navigere professionelt i dette spændingsfelt som fagperson.

For at få et klart og præcist udgangspunkt er det derfor vigtigt at have klarlagt nogle helt basale begrebsdefinitioner og faktuelle oplysninger vedrørende gruppen af indvandrere og flygtninge. Foruden dette præsenteres i dette kapitel også en opsummering af den aktuelle viden om minoritetsgruppernes helbredstilstand samt gruppens brug af sundhedsvæsenet.

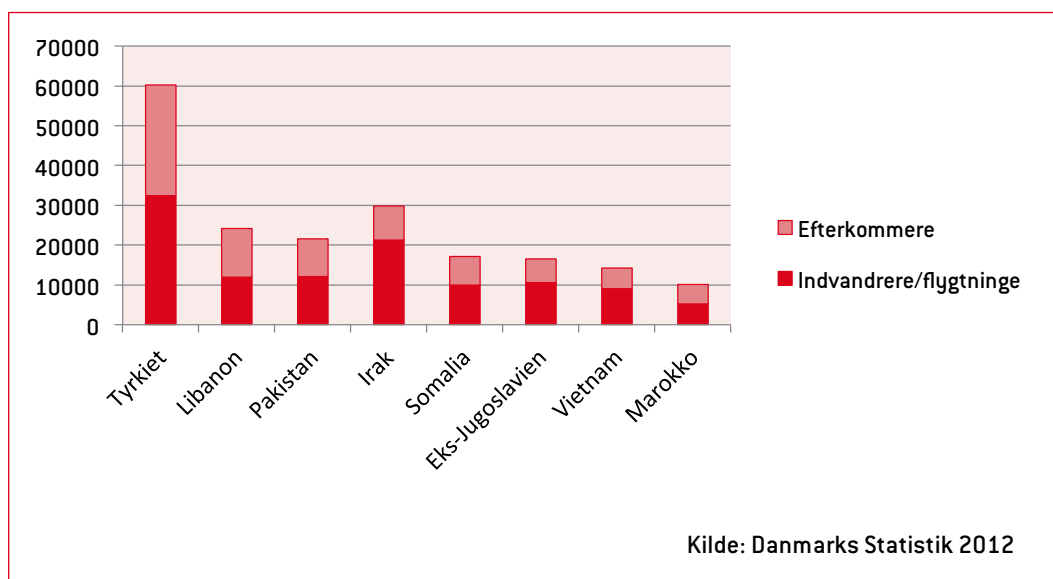
Etnicitet

Gruppen af etniske minoriteter er overordentlig heterogen, med store indbyrdes nationale forskelle, hvilket dog alt ofte negligeres i debatten. Begrebet etnisk eller etnicitet bruges ofte i flæng som en etikette for alt, hvad der er fremmed, eller "ikke-dansk". I virkeligheden er det et begreb, der dog er utroligt svært at definere, idet den gængse opfattelse, som værende udtryk for et menneskes nationale rødder, langt fra slår til.

Etnicitet kan selvfølgelig defineres ud fra oplagte objektive karakteristika såsom fødeland, nationalitet, religiøst tilhørsforhold eller generationel indvandrerstatus (eksempelvis 1.- og 2.-generations-indvandrere). Denne definition kommer imidlertid ikke til at tage højde for, at selvom individer måske har rødder i et andet land end Danmark, så kan de jo sagtens selv vælge at definere sig selv som værende danskere. Hvis disse individer skal kunne rummes indenfor begrebsdefinitionerne, bliver man derfor nødt til også at se på etnicitet som et begreb, der indeholder et vist individorienteret eller subjektivt moment. Den *selvopfattede* definition af et individs etnicitet vil derfor være den mest præcise, snarere end den, som bestemmes ud fra de objektive kriterier.

Betragtninger som disse kan måske føles som selvfølgeligheder, men er enormt vigtige set i lyset af, at man som professional sundhedsperson beskæftiger sig med individer, snarere end repræsentanter fra forskellige foruddefinerede befolkningsgrupper. Det er derfor også klart, at størstedelen af den forskning, som der refereres til i nærværende hæfte, primært baserer sig på de objektive karakteristika, da der endnu eksisterer nogle oplagte metodemæssige udfordringer forbundet med forskning i etnicitet baseret på subjektive parametre.

Hvem og hvor mange er der?



Sundhed og sygdom blandt etniske minoriteter i Danmark

Selvom indvandrere ofte, i hvert fald i første omgang, er relativt sunde sammenlignet med majoritetsbefolkningen i værtslandet, så tyder tilgængelige data på, at de har en tendens til at være mere sårbare over for visse smitsomme sygdomme, arbejdsmedicinske sygdomme, skader, psykiske problemer, sukkersyge og mor-barn sundhed. Nogle grupper kan endvidere være i særlig risiko for ikke-smitsomme sygdomme som følge af genetiske dispositioner, fedme og utilstrækkelig fysisk aktivitet.

- I et studie af Aldersstandardiserede Mortalitätsrater per 100.000 for kardio-vaskulær sygdom havde etniske minoriteter med polsk afstamning bosiddende i hhv. Danmark og Frankrig en mortalitetsrate på hhv. 630 mod 150. Hvis man ser på personer af tyrkisk herkomst i hhv. Danmark og Holland, var tallene 439 mod 231 og tallene for personer af pakistansk afstamning var tallene 500 i Danmark, men kun 350 i Skotland. Samme mønster sås for personer af kinesisk eller ex-jugoslavisk herkomst.ⁱ
- Nogle etniske grupper (Somaliske, tyrkiske og pakistanske) har desuden en højere perinatal og spædbørnsdødelighed end etnisk danske.ⁱⁱ
- Der er påvist etnisk betinget ulighed i standard behandling af f.eks. akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) med beta-blokker medicin og kolesterolsænkende medicin.ⁱⁱⁱ
- Diabetespatienter bosiddende i Danmark, der stammer fra Tyrkiet, Pakistan og ex-Jugoslavien starter signifikant senere med kolesterol sænkende medicin (statiner) end etnisk danske diabetespatienter.^{iv}
- Tyrkiske og libanesiske diabetespatienter har signifikant dårligere styring af deres sukkersyge, idet 72% af etniske danske havde normale blodsukre, mens det kun gjaldt 50% af etniske minoritetspatienter.^v

- At der er tale om alvorlige behandlingsmæssige svigt, afspejles i at nogle etniske grupper i Danmark har en dødelighed af sukkersyge der er 2 til 3 gange højere end etnisk danske diabetes patienters.^{vi}
- Der er også påvist betydeligt højere dødelighed af hjerte-kar sygdom blandt nogle etniske grupper i Danmark sammenlignet med etniske danskere.^{vii}
- Endelig tyder tværeuropæiske studier desuden på, at diabetes, overvægt og hjerte-kar sygdomme er hyppigere blandt tyrkiske, libanesiske og marokkanske indvandrere bosiddende i Europa end tyrkere, libanesere og marokkanere i deres hjemland.^{viii}
- Hypertensionspatienter med minoritetsbaggrund er genstand for et tydelig behandlingsmæssigt svigt i Holland i forhold til baggrundsbefolkningen, men der eksisterer ikke tilsvarende studier i Danmark.^{ix}
- Endelig fandt man, at generel patientrådgivning og information, var mindre detaljeret for etniske minoritetspatienter.^x

Disse og mange andre lignende undersøgelser understøtter klart behovet for at forbedre den nuværende håndtering af patienter med etnisk minoritetsbaggrund.

Etniske minoriteter og det danske sundhedsvæsen

En række undersøgelser af minoritetspatienternes møde med det danske sundhedsvæsen viser desuden med al tydelighed, at der er behov for at være mere opmærksom på nogle underliggende mekanismer, der har en væsentlig større betydning for minoritetsgruppernes sundhedstilstand end tidligere antaget.

- Etniske minoriteter oplever barrierer ift. praktiserende læger og bruger i stedet 112 som adgang til sundhedsydelser. Forskellige opfattelser af risiko påvirker adfærd og kan være så langt fra de danske sundhedskampagner, der derfor rammer helt forbi målgruppen eller opleves ekskluderende af målgruppen.^{xi}
- Etniske minoriteter mangler viden om eksisterende sundhedstilbud og efterlyser bl.a. en mere generel introduktion til sundhedsvæsenets opbygning. Sundhedsvæsenet er strømlinet og effektivt, men passer ikke til første generations indvandrere, der ikke kan sproget og som er socialt isolerede. Uopfyldte behov for tolk medfører utryghed og mistillid samt manglende viden om undersøgelser og behandling.^{xii}
- Sprogbarriere og manglende respekt fra lægens side opleves som de største problemer fra patientens side.^{xiii}
- Sprog og reduktion af sprogbarrierer er væsentlig for at etablere et tillidsforhold til personalet.^{xiv}

- Personalet oplever, at sprogbarrierer medfører at informationen der gives, ikke er på højde med den andre patienter får.
- Generaliseringer i sundhedsvæsenet gør, at man bliver opfattet som en homogen (be-sværlig) gruppe. Det depersonaliserer og fremmer en oplevelse af at være i vejen og til besvær.^{xiv}

Disse undersøgelser understreger ligeledes med al tydelighed behovet for at man som sundhedsperson i højere grad målrettet søger at erhverve sig såkaldte "etniske/kulturelle kompetencer". Kompetencer, der dækker over evnen til at kunne rumme og håndtere kulturelle forskelle, som jo er et væsentligt grundvilkår i mødet med patienterne.

- Etnicitet er en dynamisk størrelse, der har følelser som omdrejningspunkt: man **føler** sig dansk, pakistansk, dansk-tyrkisk etc.
- Det er altid vigtigt at huske på, at man har med individer at gøre, og ikke kulturambassadører.
- Et individ kan sagtens rumme flere situationsbestemte tilhørsforhold
- Etniske minoritetspatienter har indenfor en lang række sygdomsområder en væsentlig højere prævalens end majoriteten.
- Adgangen til sundhed er ikke lige for minoritetsgrupperne pga. usynlige strukturelle og vidensafhængige barrierer.

Der eksisterer en betydelig forskel i såvel helbredsstilstanden som forbruget af sundhedsydelser blandt patienter med minoritetsbaggrund. Årsagerne til denne forskel er komplekse. Dog kan en del af forklaringerne måske findes i nogle oplagte kulturelle forskelle, der viser sig, når man dykker mere ned i de følgende temaer, der alle er relateret til sundhed og sygdom.

Sundheds- og sygdomsopfattelser

Det første tema, som man bør kende til i forsøget på at afdække nogle årsagsforklaringer på de forskelle, der kan eksistere mellem minoritet og majoritet, er sundheds- og sygdomsopfattelser. Et gennemgående træk for alle samfund og kulturer er nemlig, at man over tid vil udvikle en række forklaringsmodeller for sundhed og sygdom, der skal kunne give mening for det enkelte individ. Forklaringsmodellerne kan være mere eller mindre evidensbaserede, hvilket for den enkelte patient tit kun spiller en lille eller slet ingen rolle. For dem skal forklaringsmodellerne jo blot udgøre den første "forsvarskæde", hvis de rammes af sygdom. Noget, der synes at spille en enorm rolle for forholdet mellem behandler og patient, er begges søgen efter helbredelse samt deres referencerammer.

Opfattelsen af begreberne sundhed og sygdom er i høj grad påvirket af den kultur, man er født og opvokset i. Som sundhedspersoner får vi, i kraft af vores sundhedsfaglige uddannelse, udbygget denne kulturelt bestemte "grundviden", således at vi kan fungere som eksperter og rådgivere inden for emner, der er relateret til vores patienters helbred. Men hvad er det, som egentlig gør, at vores patienter overhovedet er i stand til at tale det "samme basale sprog", som vi gør, og at vi f.eks. kan nævne begreber som bakterier og vira som sygdomsårsager, uden at det opfattes som komplet volapyk. Mest sandsynligt skyldes det formentlig, at "lægmandsviden" bygger på en flerstrengt diffus informationsstrøm, patienten dels kan have opfanget i sit nærmiljø, via uddannelsessystemet eller gennem informationskampagner formidlet centralt fra i samfundet.

Den "basisviden", som den typiske vestlige sundheds- og sygdomsopfattelse bygger på, og som eksempelvis også danske læger praktiserer efter, er *den biologiske apparatfejlsmodel*. Denne model arbejder ud fra teorien om, at mennesket er en biologisk maskine, hvor sygdom er en forstyrrelse i nogle eller flere af organismens mekanismer. Helbredelse sker ved at genoprette den dysfunktionelle mekanisme; som oftest ved hjælp af medicin eller kirurgi. Denne sygdomsmodel har dog ikke vist sig at kunne holde helt i praksis, da sundhed jo er en mærkelig størrelse, som ikke blot lader sig definere ved fravær af sygdom, eller hvis ens biologiske mekanismer fungerer upåklageligt.

Vi er i højere grad begyndt at tale om livskvalitet, mentalt velvære og det selvvaluerede helbred som begreber, der nødvendigvis må indregnes i vurderingen af vores patienters helbred. Omvendt oplever man også oftere stressrelaterede sygdomme, samt psykosomatiske lidelser, som eksempler på sygdomsenheder, der ikke alene lader sig forklare fyldestgørende ud fra den biologiske apparatfejlsmodel.

Måske som en erkendelse heraf, har man bl.a. i forbindelse med den sidste studierevision på medicinstudiet bevidst valgt at fokusere mere på den *bio-psyko-sociale* eller *holistiske sygdomsmodel*; en forklaringsmodel, der åbner op for tanken om, at sundhed og sygdom er begreber, som er under indflydelse af biologiske og psykiske såvel som sociale årsager. Dette implicerer selvfølgelig også, at helbredelse af sygdomme, skal afsøges i flere sfærer, end man måske har været vant til som læge.

Af andre, vidt udbredte, forklaringsmodeller for sundhed og sygdom, som også kan tænkes at have relevans for danske sundhedspersoner, er den østlige *yin og yang-filosofi*. Som de fleste måske er klar over, baseres denne teori på forestillingen om, at menneskets helbred afhænger af en naturlig balance i nogle komplementære energistrømme kaldet *yin og yang*. Sygdom opstår ved ubalance, og helbredelse sker ved genoprettelse af balancen ved tolkning og påvirkning af energistrømmene med massage, akupunktur, speciel føde, urter m.m.

Udover de beskrevne, formentlig allerede velkendte, forklaringsmodeller for sundhed og sygdom findes der en medicinsk tradition udgået fra Saudi-Arabien, som er særlig udbredt i de muslimske lande. Det er *Unani-traditionen*, som også er en balanceteori i stil med yin og yang-filosofien. Den er bl.a. beskrevet af grækeren Galen, hvorfor modellen indimellem beskrives som det *Galenesiske* eller *det humorale balancesystem*.

Modellen tager udgangspunkt i, at verden består af grundelementerne jord, vand, ild og luft. Dette modsvarer af de fire kropsvæsker: slim, blod, sort og gul galde. Foruden dette grundsystem, tildeles det enkelte individ også nogle særlige karakteristika ud fra alder, køn, temperament samt geografisk lokalisation. Sundhed opnås ved balance i systemet på samme måde som i yin og yang-teorien. Ubalance er lig med sygdom, og helbredelse sker ved en genoprettelse af balancen. Unani-traditionen udøves af hakimer, som ofte har en lang uddannelse bag sig.

Eftersom de muslimske samfund, som Unani-traditionen er særligt udbredt i, har været under indflydelse af mange forskellige lokale faktorer, både før Islams indtræden og senere hen, vil man trods det fælles teoretiske udgangspunkt, ofte kunne se betydelige variationer i måden, som sundheds- og sygdomsopfattelsen kommer til udtryk på. Bl.a. vil man eksempelvis blandt tyrkiske indvandrere i højere grad opleve, at en faktor som vejret anses som værende betydningsfuld for kroppens balance, mens pakistanere og marokkanere kan tendere til i højere grad at tillægge fødevarer en stor betydning.

Det er ligeledes klart, at der blandt mange indvandrere selvfølgelig vil være individer, som efter migrationen til et vestligt land, uden problemer vil have taget det nye lands "lægmandsviden" til sig, hvorfor et møde med disse patienter eller deres børn sjældent vil føles anderledes end mødet med etnisk danske patienter. Endelig er det da også værd at huske på, at i mange tilfælde er det de sociale forskelle frem for de kulturelle, der udgør barriererne, akkurat som det er tilfældet blandt etniske danskere. Tilgangen til patienter, der opsøger lægen for at få råd og behandling, burde optimalt set indeholde en klar afdækning af, om patienten forstår udgangspunktet og selve rationale for behandlingen. Dette fordi der jo kan være tale om en divergerende sygdomsopfattelse med risiko for nedsat compliance. Da de tidsmæssige rammer sjældent er tilstrækkelige til i praksis at kunne opfylde dette formål, bør man især ved terapivigt overveje at eksplorere i patientens sygdomsforståelse.

Referencerammer

I 2001 udarbejdede Cecil Helman, en tysk antropolog og læge, en universel model over, hvilke referencerammer mennesker typisk bruger for at placere årsagen til deres sygdomme i:

Indvidet

Sygdomsårsager i den individuelle sfære vil typisk være genetiske fejl, autoimmune sygdomme eller sågar moralske defekter hos storrygere med lungekræft.

Den naturlige sfære

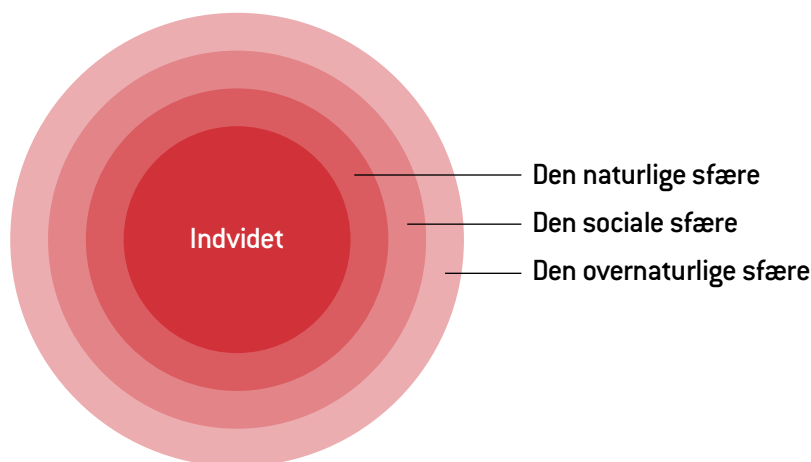
Heri vil man typisk placere sygdomsårsager udgået fra det umiddelbare fysiske miljø, såsom bakterielle eller virale infektioner, pollenallergier eller andre sygdomme, der indebærer en vis eksposition.

Den sociale sfære

I en vestlig kontekst vil man typisk placere årsager til sygdomsenheder som livsstilssygdomme i denne sfære. I andre kulturer, hvor sygdomme eksempelvis kan menes at være forårsaget af "onde øjne", vil man ligeledes skulle placere disse i den sociale sfære.

Den overnaturlige sfære

Heri befinder de sygdomsårsager sig, som mennesker typisk tilskriver indblanding fra overnaturlige kræfter, såsom Guds straf, Djævlens værk, skæbnen eller andre fatalistiske overbevisninger.



Disse referencerammer kan man overordnet set opdele i to hovedgrupper, nemlig de internaliserende og de eksternaliserende, alt efter om årsagerne er placeret indenfor eller udenfor kroppen.

Internaliserende referencerammer

Disse referencerammer benyttes typisk i vestlig medicin, hvilket derved også kommer til at definere de vestlige samfunds "lægemandsviden". Den kan jo dybest set siges at være en fordyndet udgave af den lægefaglige viden evt. iblandet traditionelle husråd. I de vestlige samfund vil det primært være den etniske majoritet, der herved lærer at tale "samme sprog" som lægerne, hvilket kan have flere sundhedsmæssige fordele. F.eks. vil informationssøgningen typisk ske hos professionelle, hvorved sandsynligheden for en bedre compliance øges. Derudover vil forebyggende aktiviteter i højere grad kunne målrettes, da man som regel har et nøje kendskab til målgruppen.

Eksternaliserende referencerammer

Oftest er det de etniske minoritetsgrupper, som benytter sig af disse referencerammer. Grundet det manglende fælles teoretiske udgangspunkt med vestlige læger, vil man i højere grad se, at informationssøgningen oftere kan ske hos ligesindede, der ikke nødvendigvis behøver at være professionelle sundhedspersoner. Dette kan skabe misinformation og i værste tilfælde forhindre starten af behandlingen. En anden væsentlig faktor ved at benytte sig af eksternaliserende referencerammer, kan være en øget grad af fatalisme, defineret ved troen på en uundgåelig, forudbestemt skæbne. Dette kan skabe ansvarsforflygtigelse, da sygdommen måske ikke betragtes som værende påvirkelig af egne handlinger. Dilemma kan især blive tydeliggjort under motiverende samtaler om livsstilsændringer eller anden sygdomsforebyggelse. En anden konsekvens af, at der blandt etniske minoritetsgrupper tit findes en divergerende sundheds- og sygdomsopfattelse, er, at generelle forebyggelseskampagner oftere rammer forbi minoritetsgrupperne. Dette er måske en blandt flere forklaringer på den relativt dårligere helbredstilstand blandt de etniske minoriteter i Danmark.

Søgen efter helbredelse

Arthur Kleinmann, en tysk antropolog, har i sin forskning bl.a. fokuseret på menneskers søgen efter helbredelse og grupperer disse i følgende tre sektorer:

Internaliserende referencerammer

- Typisk i vestlig medicin
- Primært den etniske majoritet
- Info-søgning hos professionelle
- Større sandsynlighed for bedre compliance
- Dækkes af forebyggelseskampagner

Eksternaliserende referencerammer

- Ofte etniske minoriteter
- Info-søgning hos ligesindede
- Medfører fatalisme
- Mindre incitament for aktiv forebyggelse
- Ansvarsforflygtigelse
- Forebyggelseskampagner rammer forbi

Den familiære sektor (A)

Familien vil typisk være det første sted, hvor mennesker vil søge efter helbredelse for en given sygdom. Funktionen heraf bliver, at man ved hjælp af enkle husråd og forebyggende handlinger, kan undgå forværring af sygdom og opnå lindring af symptomer. Det er samtidigt klart, at disse handlinger samt husrådene, i høj grad er præget af kulturelle forhold og herunder den til grundliggende sygdomsopfattelse. Et af de klassiske eksempler på kulturforskelle og husråd, er hhv. tildækning/afdækning af spædbørn med feber, hvor mange indvandrere typisk ville vælge den førstnævnte løsning ud fra en forestilling om, at feberen skulle svedes ud. Et argument, der umiddelbart kan lyde fornuftigt, men som utvivlsomt må have kostet menneskeliv.

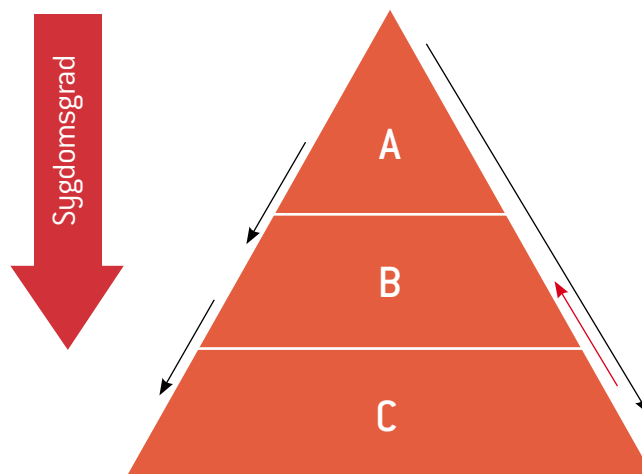
Den folkelige sektor (B)

I denne sektor befinder den vise mand eller den kloge kone i landsbyen sig tillige med de alternative behandlere i de vestlige samfund.

Den professionelle sektor (C)

Her finder man de professionelle sundhedspersoner, som i Danmark ville være både primær- og sekundærsektoren. I muslimske lande ville man, foruden de vestlige privathospitaler, typisk skulle placere hakimerne i denne sektor. Valget mellem de forskellige behandlingstilbud i disse lande ville ofte blive afgjort på baggrund af økonomiske argumenter, da vestlig medicin mange steder er et behandlingstilbud, som er forbeholdt de privilegerede.

Figur 3. Forholdene A, B og C.



De to pile på venstre side af trekanten viser den gængse brug af sundhedsvæsenet i et samfund, hvor alle tre sektorer er repræsenterede. Nemlig at man alt efter sygdomsgraden bevæger sig nedad i sektorerne i søgen efter helbredelse.

Til højre for trekanten ses forholdene i Danmark eller et andet vestligt land. Her ses den lange pil, som går direkte fra den familiære sektor og ned til den professionelle sektor. I Danmark og andre vestlige lande er befolkningens søgen efter helbredelse kendetegnet ved, at man først afsøger den familiære sektor for råd og hjælp. Hvis sygdommen fortsætter, tager man som regel enten kontakt til egen læge eller et smut forbi skadestuen. Først ved manglende bedring herefter, vil mange søge til de alternative behandlere, symboliseret ved den røde pil.

Migration kan altså medføre, at mennesker, som er vant til, at man kun befinder sig i den professionelle sektor, hvis man er alvorligt syg, hensættes til et samfund, hvor primærsektoren eller skadestuer ofte bruges *for en sikkerheds skyld*.

- Patienters sundhedsfaglige basisviden afhænger nøje af deres kulturelle og uddannelsesmæssige baggrund.
- For patienten er det etablerede sundhedsvæsen måske kun et blandt flere tilgængelige sundhedstilbud af mere eller mindre kvalificeret karakter.
- Klarlæg patientens forståelse af sygdommen, mulige årsager og udfyld derefter evt. videnstomrum for at skabe en forståelig sammenhæng for patienten

Der er nogle klare grundforudsætninger, der kan have betydning for hele konteksten, når vi sidder med vores patienter. Faktorer, der er væsentlige at kende til, da man som fagperson meget nemt kan ende med at komme til at arbejde ud fra et dogme, der udsiger, at man per definition har monopol på den eneste gældende viden. Uanset hvor evident ens viden er, skal man stadig sikre sig, at man er på samme bølgelængde som patienten. For patienterne er man jo tit bare et blandt flere sundhedstilbud, som man ikke kan forvente at de hverken kan eller vil sortere rationelt i.

Familiemønstre & kønsroller

Foruden den individuelle sygdomsforståelse og referencerammen, er det vigtigt at huske på, at patienter i høj grad er andet end sygdomsramte individer. De er mest af alt mennesker med sociale og familiære relationer, der alt andet lige også påvirkes, når sygdomme indtræder. Eftersom familiestrukturer og kønsroller i høj grad er kulturafhængige, er det værd at sætte sig ind i hvilke forskelle, der kan være, og hvordan disse forskelle kan håndteres mest professionelt. Kønsroller dannes ofte også som del af familiestrukturerne, og heri ligger der også mange potentielle konfliktsituationer, hvorfor det giver god mening at dykke længere ned i disse temaer.

Familien

Det opleves tit, at sygdom blandt de etniske minoritetsgrupper bliver en familiebegivenhed, hvor hele familien deltager mere eller mindre aktivt i lægebesøg, under hospitalsindlæggelse o.s.v. Årsagen hertil er, at der især i disse kulturer findes en kollektivistisk tilgang til sygdom, idet sygdom hos et familiemedlem mere vil blive betragtet som en opgave, der skal løftes i fælles flok snarere end på det individuelle plan. Forklaringer herpå skyldes formentlig, at man i mange andre lande jo ikke har et socialt sikkerhedsnet udover det, som ens egen familie måske kan sikre en.

På samme måde kan man opleve, at der ved sygdom i en familie, som kræver hospitalisering, aktiveres et socialt netværk, der byder overhovederne for familierne i den sygdomsramte families omgangskreds at møde op og vise ansigt. Et løsningsforslag til henvendelser uden for besøgstiden kunne derfor være, at man simpelthen noterer navnene ned på de besøgende og får videregivet dette til overhovedet i den sygdomsramte familie og samtidigt forklarer, at patienten har brug for ro. Det vil ofte kunne opfylde det væsentligste formål med besøget og derved løse problemet.

I mine øjne er det dog et vanskeligt dilemma, som bør løses med største omhu, for det er klart, at antallet af besøgende bør begrænses til et omfang, hvor der bliver taget hensyn både til patienten, de øvrige patienter samt afdelingens rutiner. Men omvendt vil det tit være sådan, at hverdagen for patienten med anden etnisk baggrund, måske er fyldt med mange mennesker, hvorfor opholdet på en hospitalsstue pludselig kan føles overordentligt forskelligt fra det normale. Endelig mener jeg da også, at det er klart at foretrække, at der er for mange besøgende fremfor ingen besøgende, hvilket man desværre også ser.

Kønsrollemønsteret

At tiltale en muslimsk kvinde og få et svar fra manden i stedet, er nok en af de situationer, som mange læger vil kunne nikke genkendende til. Der kan være forskellige årsager til, at det forholder sig sådan. Den mest oplagte vil nok være, at det er det kønsrollemønster, som parret ud fra deres kulturelle og traditionelle normer har valgt at benytte sig af.

Situationen kan skabe et dilemma, da man jo som dansk sundhedsperson oftest er uddannet til at indhente viden fra den primære kilde nemlig patienten selv. I en dansk sammenhæng kan det desuden føles absurd, at man ikke får et direkte svar fra den person, man tiltaler. Kommunikation via en tredjepart, som manden jo principielt er, kan sagtens virke forstyrrende for samtalen og det nemmeste vil selvfølgelig være at holde på sin ret som læge til at tale med patienten i enerum - men måske er det ikke altid den fornuftigste løsning.

Man bør gøre sig klart, hvilken type information, man skal bruge og om det er bydende nødvendigt, at kvinden selv svarer. Eksempler herpå kunne være accept af operative indgreb, opstart af medicinering, oplysning om diagnoser o.l. Herudover er det også klart, at hvis der er den mindste tvivl om, hvorvidt kommunikationen fordrejes eller misfortolkes, så bør man anmode om at få en tolk med til næste konsultation både af hensyn til sit virke som læge og patienten selv.

Men principielt er der jo tale om samme situation hos et ældre dansk ægtepar, hvor kvinden måske kan være den dominerende part, der fører ordet på vegne af sin mand. Her ville man måske bedre kunne korrigerer en forstyrrende adfærd, da man bedre ville kunne forudsige det kommunikative respons ud fra ens baggrundsviden om patienten.

En baggrundsviden der måske tit kan mangle i kontakten med patienter med anden etnisk baggrund, hvorfor man ofte kommer langt ved at udvise nysgerrighed og nøgternt spørge ind til de sammenhænge, der måtte være uklare.

Grundlæggende bør man dog altid vælge sine kampe med omhu. Kønsrollemønstre kan være dybt forankrede og kan derfor være utroligt svære at skulle omgås. Nogen gange kommer man længst med at tilpasse sig patientens normer, specielt hvis de kulturelle forskelle ikke har relevans for selve behandlingssituationen.

- Sygdom er en biologisk, psykologisk såvel som social proces under indflydelse af etniciteten.
- Læge-patient relationen bør til tider - med fordel - udskiftes med en læge-familie relation
- Hos mange patienter med minoritetsbaggrund indgår familien i højere grad end blandt majoriteten som en mere direkte del af patientens ressourcer og motiverende faktorer
- Kønsroller kan sagtens adresseres i læge-patient forholdet – men vurder altid om de har relevans for behandlingssituationen.

Som i så mange andre henseender er også familiemønstre og kønsroller kulturelt bestemte faktorer. Forskellene kan være udtalte, men det primære fokus for sundhedspersoner bør altid være på at kunne varetage behandleransvaret overfor patienten – og først derefter at udvise hensyn til evt. andre kulturelle normer.

Compliance/Medicinindtag

I sundhedsvæsenet er det største fokus lagt på at pleje og behandle. En vigtig kerneopgave, der ofte overses, er at **skabe forståelse** for den behandling, man gerne vil have patienten til at følge. Fra en lang række undersøgelser ved vi, at compliance – defineret som sandsynligheden for at patienterne følger den behandling, der har fået ordineret - er ret dårlig. For kronikere med flere sygdomme måske helt ned til 50%. Der er ingen grund til at tro, at kulturelle forskelle forbedrer denne dårlige compliance – tværtimod.

På Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital har man som tidligere nævnt gjort sig en lang række erfaringer vedrørende patienter med minoritetsbaggrund. Et af de parametre, som klinikken har kigget på, er medicinindtag, behandlingsophør, bivirkninger og overmedicinering fx som følge af lægemiddelsubstitution. Her er konklusionen lysende klar: en meget stor andel af etniske minoritetspatienter har mistet overblikket over deres medicin pga. de hyppigt skiftende præparat pakninger, farver på pakninger, præparatnavne, pillestørrelse/udseende og pille styrke.

CASES:

- Patient henvist til klinikken pga. usædvanlig træthed og psykisk ændring i løbet af 1/2 år. En simpel tolket samtale gjorde det klart, at patientens træthed skyldtes, at patienten tog 3-dobbelt dosis af antidepressiv medicin, da patienten ikke var klar over at de 3 forskellige pakninger var én og samme medicin. I mangel på information fra den psykiater og den praktiserende læge, der udskrev medicinen, havde patienten fået den opfattelse, at den ene pakke var til humøret, den anden til blodtrykket og den tredje var sovemedicin. Heller ikke apoteket (altid det samme) havde forsøgt at forklare patienten (61 årig Irakisk kvinde uden skoleuddannelse), at det var samme medicin i en anden pakning. Recept fornyelsen styres af sekretærene hos de to læger, patienten havde kontakt til og via patientens 12-årige barnebarn. Patienten havde ikke været fysisk hos psykiateren i 1/2 år.
- Patient henvist med mavesmerter og hovedpine. Patienten fik, viste det sig ved en tolket samtale: 2 slags morfika, 3 slags NSAID, 2 NSAID cremer, diarremedicin, mavesyrepiller, beroligende piller, antidepressiva og en række håndkøbsprodukter. Patienten fik også kolesterolsenkende medicin, men mente det var mod depression.
- Patienten var svært forstoppet og forkvalmet og var ikke klar over sammenhængen mellem sin medicin og de symptomer hun blev henvist med. Det viste sig ved en medicin gennemgang ved den tosprogede (arabisk talende) klinisk farmaceut, at den ene NSAID creme var det der virkede bedst, og der kunne efterfølgende foretages en omfattende medicin sanering.
- I et andet eksempel, som er tankevækkende på flere planer, fik patienten pga. substitution to slags "lykkepiller" – den ene mente patienten at få pga. forhøjet kolesteroltal, den anden pga. stress. Der var ingen af dem virkede, men blandt patientens bevæggrunde for at indtage medicine nævnes: "Det er lægens sygdom, og tager jeg pillen er lægen glad" samt "Det virker ikke, men lægen siger, det virker, og sagsbehandleren siger, jeg skal".

- En anden patient, der fik over 11 præparater viste sig, i mangel på information, at have sin helt egen ide om hver enkelt pille: "Hvis jeg tager for mange piller, vil min krop bare have endnu flere piller. Hver morgen bestemmer jeg, hvad jeg har brug for af medicin i dag". Efter medicin gennemgang var patienten velorienteret om sin medicin og kunne selv søge medicin tilskud. En anden patient sagde: "Hvor er det godt, at jeg fik snakket med hende (farmaceuten), jeg tog min medicin helt forkert".
- 34-årig mand henvist til Indvandrermedicinsk klinik med ufrivillige hoved og rygbevægelser, dårlig medicin compliance, sløvhed og kvalme og til vurdering af psykisk tilstand. Patient tidligere set i psykiatrisk regi og i samme forløb vurderet i neurologisk regi. Patienten viste sig imidlertid at være tortur overlever, som dels havde været udsat for flere hovedtraumer i den forbindelse. Adspurgt mente patienten ikke han tog medicin, men hukommelsen var markant påvirket og det blev derfor besluttet, at den to-sprogede kliniske farmaceut tilknyttet klinikken, sammen med patienten, gennemgik hvilken medicin der var ordineret på andre sygehus afdelinger og hvad der faktisk var blevet hentet på apoteket. Det viste sig, at patienten fik dobbelt dosis antipsykotikum ifht. ordinerede pga substituionspakninger, men også at patienten samtidig fik både 2. og 3. Generations neuroleptika. Patienten fik en høj dosis antiemetika både fast og p.n. et præparat der nedsætter krampe-tærsklen. Endelig fik patienten flere præparater, der hver især virker sløvende og påvirker kognitive evner, samt opioider i relativt høj dosis som p.n. Efter hjemmebesøg hvor patienten fremviste sit medicin lager og hvordan han tog medicinen, viste det sig, at han pga. sin dårlige hukommelse, hver dag tog al medicinen, dvs. inkl. alle P.N. præparater på een gang for at være sikker på at tage det hele, som lægerne havde foreskrevet. Det viste sig efterfølgende ved kontakt til de andre behandlende afdelinger, at neurologerne og psykiaterne uafhængigt behandlede patienten for de samme ufrivillige bevægelser og på mistanke om en kombination af et funktionelt element og for at dæmpe et, ikke vel dokumenteret, aggressivt/impulsivt element i de ufrivillige bevægelser. Patienten havde oftest ikke tolk med til samtalerne på de nævnte afdelinger og havde ingen viden om baggrunden for de enkelte præparater. I samråd med de involverede specialer koordineredes derefter en medicin sanering.

- Compliance afhænger i høj grad af om der er skabt en – *for patienten* - forståelig sammenhæng mellem den ønskede effekt og medicinindtaget
- Denne sammenhæng er afhængig af patientens uddannelsesniveau og kan derfor tit kræve basal undervisning i sygdomslære
- Efterprøv altid patientens forståelse af medicinens forventelige effekt og virkning
- Den faglige opgave konkluderes ikke med receptudskrivelsen – men først når patienten er godt i gang med sin medicinering eller helt færdig med kuren

Praktiserende læger, speciallæger, sygehuslæger og apotekere har tilsammen ansvaret for, at patienter, især patienter med sprogbarrierer, ikke ender i farlig (og dyr) overmedicinering. Men det drejer sig også om manglende administrativ og politisk vilje til at se de skjulte effekter af medicin substitution og den ulighed, det medfører. Hvis patienten ikke tager sin medicin, er det derfor vigtigt at tage udgangspunkt i deres egen opfattelse af, hvad der sker i forhold til medicinen.

Livsstilsændringer

Foruden medicinsk behandling spiller KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) en stor rolle for vores patienters helbred. Men også her finder vi nogle oplagte kulturrelaterede problemstillinger, fordi begrebsopfattelser, som man her i Vesten tager for givet, ikke altid kan benyttes i samme kontekst.

Kost og motion

Specielt de uhensigtsmæssige kostvaner er et problem, som det kan være overordentligt svært at ændre på. Den konservative madkultur er nemlig tit en vigtig kulturel determinant for mange patienter med anden etnisk baggrund. Undersøgelser af immigranternes kostvaner i de vestlige lande har påvist en tendens til, at man bevarer den hjemlige madkultur så længe som muligt i forsøget på at fastholde den oprindelige kulturelle identitet.

Den kulturelle referenceramme, som maden sættes ind i, er desuden meget forskellig fra den, som man oplever i Danmark. "Du bliver hvad du spiser"-kampagnen er et godt eksempel på, at man i majoritetsbefolkningen søger at udbrede en viden om, at mad er et middel til sundhed. I mange andre lande ser man snarere maden som et mål for velstand, således at ens taljevidde nærmest angiver ens sociale status.

Ligeledes kan der i visse kulturer nærmest findes en ligefrem proportionalitet mellem graden af gæstfrihed og mængden af madolie, der puttes i maden. De mest grelle eksempler herpå beretter om et månedligt forbrug på op til 30 liter for en familie på 6 personer! Der eksisterer derfor et udtalt behov for en opgradering af basal sundhedsviden blandt 1.-generations-indvandrerkvinder, da det som oftest er dem, der varetager madlavningen og dermed kommer til at tegne hele familiens fedmeprofil. Fra flere sider, bl.a. Hjerteforeningen og Diabetesforeningen er der dog gennem årene taget initiativ til at udarbejde særligt sprogtilpasset interaktivt undervisningsmateriale til at bistå denne særligt krævende form for patientopdragelse.

Råd om motion bør ligeledes være kulturelt afstemte, idet sandsynligheden for et positivt resultat herved stiger. Hermed menes, at motionsråd bør gives ud fra, hvad kvinden betragter osm en realistisk mulighed. Eksempelvis vil mange indvandrerkvinder næppe søge frivilligt til svømmehaller eller fitnesscentre, medmindre der eksisterer særlige kønsopdelte tilbud. Dette kan virke forkert ud fra et dansk synspunkt, men det er nu engang patienternes virkelighed og oplevelse af begrænsninger, man har at gøre godt med. Evt. kan man søge at motivere til andre kulturneutrale aktiviteter som gåture, køb af kondicykler, såfremt det er en mere opportunistisk mulighed. En god idé kan være at tale livsstilsændringer, hvor både manden og kvinden er til stede, da det herved gøres til et fælles projekt, som begge parter er indforstået med.

Den motiverende samtale

Dette punkt er i forvejen et utrolig svært emne, også blandt etniske danskere, men kan klart besværliggøres voldsomt af de kulturelle forskelle. Dog er det bydende nødvendigt, at der fokuseres ekstra meget på livsstilsændringer, særligt hos minoritetsgrupperne, da mange undersøgelser har påvist en stigende tendens til uforholdsmæssigt høje forekomster af livsstils sygdomme sammenholdt med baggrundsbefolkningen.

Der kan dog ligge nogle oplagte barrierer i forsøget på at trænge igennem med sundhedsbudskaber. Først og fremmest er der som nævnt den basale sundheds- og sygdomsforståelse, der kan være hæmmet. Dette kræver derfor nogle klare pædagogiske redskaber, hvor man måske skal forklare tingene på en måde, der er mere basal end man er vant til. Derudover handler det om at skabe en bevidsthed hos patienten om, hvor ansvaret for patientens sygdom ligger. Mange vil, som tidligere nævnt, ligge under for en fatalistisk tankegang, hvor sygdommen måske tilskrives Guds vilje eller som noget skæbnebestemt, man ikke selv har indflydelse på. Fatalismen kan også bevirke, at argumenter om, at man kan dø af eksempelvis type 2-diabetes, vil prelle af på mange, da "... man jo alligevel skal dø en dag."

I disse tilfælde mener jeg, at man med fordel kan inddrage sin viden om, hvilke konsekvenser patienternes livsstil kan få for deres børns helbred på sigt. På samme måde, mener jeg, at det er helt på sin plads i argumentationen for livsstilsændringer at påpege, at forældrene er rollemodeller for børnene og derfor bærer hovedansvaret for, at børnene eksempelvis får nok motion og sund kost.

- Faktorer som kost og motion er kulturelt ladede begreber, der ikke pr. automatik forstås på en bestemt måde
- Rådgivning om livsstilsændringer bør tage udgangspunkt i, hvad der rent praktisk og kulturelt set er muligt for patienten
- Der kan ofte være et stort udækket videnstomrum hos den, der står for madlavningen i hjemmet
- Tag ikke for givet at patienten deler din risikopfattelse

Seksualitet

Seksualitet er et andet emne, der tit skaber grobund for situationer, hvor man nemt kan gå fejl af hinanden. Det anderledes kønsrollemønster kan, foruden religiøsiteten, også få indflydelse på blufærdighedsgraden, særligt blandt muslimske kvinder. Det kan f.eks. komme til udtryk ifm. gynækologiske undersøgelser der skal udføres af en mandlig læge. Ofte ligger der nemlig et hensyn til mandens ære eller religiøse motiver til grund for, at kvinden ikke vil/må blotte sig for en anden mand. Det er ofte en prekær situation, som man bør forsøge at løse ved at gå i dialog med patienten og evt. dennes mand.

I stedet for at vælge den nemmeste løsning, som er at henvise til en kvindelig gynækolog, mener jeg, at det er bedre at få afdækket de nærmere årsager til patientens præference ud fra et klinisk udgangspunkt. Dermed ikke sagt, at man skal negligere patienternes ønsker, men man kan evt. udvise hensyntagen ved at indhente accept fra både manden og kvinden, fx ved at understrege sin lægeautoritet. Dette kan gøres på mange måder, bl.a. ved at man benytter sig af delvist retoriske sætninger såsom: ”nu hvor jeg er læge, så er det vel i orden med jer at ...” eller ”Som læge må man ifølge jeres religion vel godt ...” o.s.v. Det er min overbevisning, at man med denne indgangsvinkel, der klart demonstrerer et tilpasset kulturelt hensyn, kan opnå megen respekt og måske et bedre læge-patient-forhold.

Ved tvivlstilfælde er det bedste redskab dog altid at udvise en professionel nysgerrighed og nøgternt spørge ind til, hvordan tingene forholder sig, så patienten får mulighed for at svare. Ofte skal man huske på, at situationen kan være dobbelt akavet for patienten, fordi de på den ene side måske er bundet af deres kulturelle opdragelse og på den anden side ikke ønsker at gøre lægen forlegen.

Ved objektive undersøgelser bør man desuden undgå at blotte kvinder foran mænd/drenge, der måtte være til stede ved konsultationen måske høre patienten om de skal sendes udenfor. Herudover kan man med fordel anvende princippet om at afklæde mindst muligt – selvfølgelig uden at lægefagligheden kompromitteres.

Det er dog klart, at den hospitalspraksis, som eksisterer mange steder, hvor man af hensyn til den muslimske kvindelige patient gør en ekstra indsats for at fremskaffe en kvindelig læge til eksempelvis at forestå den gynækologiske undersøgelse, indebærer risikoen for et skråplan. For hvis målet er, at man behandler alle patienter lige forskelligt, så kan det objektivt set være svært at differentiere mellem den ovennævnte patient, hvis præference måske beror på religiøse/traditionelle årsager og så nynazisten, som ikke ønsker at lade sig tilse af en læge med anden etnisk baggrund ud fra et politisk synspunkt. I princippet ligger der jo hos begge patienter en ideologisk overbevisning til grund for deres præference.

Den afgrundsdybe forskel blot, at hvor den muslimske patients ønske sjældent bygger på en modvilje rettet specifikt mod lægen. Respekten for dennes integritet vil altså stadig være intakt, mens dette måske ikke er tilfældet med den nynazistiske patient. Det er dog overordentlig svært at lovgive sig til en ufejlbarlig håndtering af sådanne situationer, men i mine øjne bør den grundlæggende respekt for lægen/sygeplejersken og dennes arbejde, tillige med syg-

dommens alvorlighedsgrad altid være et vægtigt argument for, hvornår man vælger at føje patienterne i deres præferencer.

Overordnet set er sex og seksualitet dog ofte tabuemner, der sjældent bliver berørt i løbet af opdragelsen hos mange familier i de etniske minoritetsgrupper. Dette, ofte kombineret med manglende information om den normale kropsudvikling, kan få den konsekvens, at puberteten bliver særligt problematisk for mange unge piger med anden etnisk baggrund. Endvidere kan et konservativt og strengt opdragelsesmønster i hjemmet, kombineret med en vestlig levevis uden for hjemmet, resultere i nogle problemstillinger og etiske dilemmaer, som kan være svære at håndtere for den praktiserende læge. Eksempler herpå er ønsket om abort eller gendannelse af hymen, da sex før ægteskabet sjældent vil være acceptabelt i muslimske familier. Konsekvenserne for den unge kan være ganske alvorlige, hvorfor man nøje bør indhente så mange oplysninger som muligt om den aktuelle situation før videre stillingtagen.

- Seksualitet er i mange kulturer et tabuemne, der kan skabe barrierer på tværs af køn
- Blufærdighed kan være begrundet med en anden kropskultur eller religiøsitet. Der kan man med fordel understrege behovet for fx. afklædning ved at man derved kan gøre sit arbejde som læge bedre selvom det kan virke implicit.
- Mange unge med minoritetsbaggrund kan på grund af en opvækst i to kulturer med polariserede syn på seksualitet komme til at stå i dilemmaer, hvor man som sundhedsperson må udvise et særligt hensyn

Grundlæggende om seksualitet og blufærdighed kan altså konkluderes, at man bør træde varsomt, men også at sundhedsvæsenet kun er et tilbud til borgerne – som de selv beslutter, om de vil tage imod eller ej.

Sprogbarrierer

En anden fundamental præmis for behandler-patient relationen, som ofte bliver diskuteret livligt er sprogbarrierer. Sprogbarrieren er nok den væsentligste årsag til, at kontakten med patienter med en anden etnisk baggrund kan blive så stor en udfordring, som tilfældet ofte er. Konsultationen tager måske uforholdsmæssigt lang tid, diagnosticeringsprocessen bliver besværliggjort, og man kan ofte stå med en utilfredsstillende følelse bagefter.

Den mest oplagte måde at overkomme sprogbarrieren på, er selvfølgelig at anvende en tolk. Mange finder dog dette problematisk, hvilket gør, at brugen af tolke er langt mindre udbredt end det reelle behov. Det er synd, idet det skaber en ond cirkel, som læge-patient-forholdet i sidste ende kommer til at lide under. Der findes hele landet over en lang række tolkebureauer, der dækker de fleste storbyer.

En del af disse udfører sågar videobaseret tolkning, hvorfor afhængigheden af fysisk tilstedeværelse ikke behøver at være en begrænsning. Når den længere konsultationstid samtidigt honoreres ekstra med en særlig tolkeydelse, burde det være motivation nok til, at man får sat tolkebrugen bedre i system. Måden at bruge tolk på, er dog også vigtig at kende til. At kommunikationen går via en objektiv tredjepart, kan nemt bidrage til yderligere forvirring. Dette undgås ved at lægen holder en stram styring og samtidigt får meldt præmisserne for samtalen ud, allerede i begyndelsen.

Det bør lige nævnes at brugen af familiemedlemmer som tolke frarådes, særligt hvis der er tale om børn. Dels kan man aldrig være sikker på korrekt tolkning og dels kan forældrenes afhængighed af børn som tolke ikke undgå at kompromittere forholdet mellem forælder og barn. Dog er det lige så vigtigt at erkende, at sprogbarrierer i sundhedsvæsenet nedbrydes ikke alene ved, at der anvendes tolk.

I en svensk undersøgelse af patienters oplevelse af kommunikation i sundhedsvæsenet så man fx., at lægerne i høj grad manglede de transkulturelle kompetencer, der er nødvendige for at kunne tilpasse sit sprog, begreber og ordvalg. Lægerne valgte oftest at anvende deres standard ordforråd, uden fornemmelse for om patienterne forstod samtaleindhold. Betydningen af ord og begreber opfattes forskelligt og tillægges forskellig betydning af patienterne, men lægerne havde ikke kompetencer til, og forståelse for, hvordan begrebsforvirring påvirker patientens forståelse af sygdommen, undersøgelser og behandling. Begrebsforvirringen medførte endvidere angst, usikkerhed og mistillid hos patienterne. Konklusionen på undersøgelsen var, at der i høj grad var brug for at give lægerne de kliniske etniske kompetencer de mangler.

En faktor, hvis afgørende betydning for resultatet af det kliniske møde ofte overses, er kropssproget og dets forskellige betydning i forskellige dele af verden. Wittgenstein påviste, at kun 7 % af de ord, der indgår i en samtale, indgår i betydningen af samtaler, mens resten fortolkes gennem gestikulation, mimik, intonation, øjenbevægelser og kropssprog. En hyppig fejltagelse er f.eks., at skuldertræk er en globalt forståelig mimik, men et skuldertræk fra lægens side kan, uforvarende, give indtryk af, at der er tale om usikkerhed i f.eks. diagnose eller behandling, eller lægen kan, forkert, tolke patientens skuldertræk som udtryk for tvivl.

- Sprogbarrierer er både et praktisk og et fagligt problem, men er så vigtigt at undgå, at det bør prioriteres højt
- Korrekt brug af tolke kræver, at man er bevidst om mulighederne og begrænsningerne
- Undgå så vidt muligt brugen af familiemedlemmer, specielt børn til tolkning
Husk at kropssprog også er kulturelt bestemt – vær derfor opmærksom på de non-verbale signaler, du udsender

Sproget er altså meget andet end det talte ord. Det indeholder en lang række underliggende non-verbale mekanismer, der skal de- og afkodes for at forstå budskabet, som det var meningen, det skulle forstås. En forudsætning, der bliver så meget desto mere væsentlig, når det handler om at formidle sine symptomer til brug for behandleren, så man kan få den hjælp, man har brug for. Overleveringen af relevant viden om en given sygdomstilstand er en ekstrem svær øvelse og kræver ofte store ressourcer fra såvel patienter som behandlere. Når sproget så ovenikøbet skal bruges til at formidle noget så kompliceret som symptomer, kan der nemt skabes yderligere udfordringer.

Symptomatologi

Det er afgørende at undgå de største faldgruber og misforståelser med risiko for fejldiagnostik, når patientens symptombeskrivelse skal anvendes i en professionel sammenhæng.

Etniske smerter eller etnisk ømhed er efterhånden blevet et begreb, der bruges vidt og bredt i det danske sundhedsvæsen. Begrebet dækker over patienter med anden etnisk baggrund, hvor der tilsyneladende findes en stor diskrepans mellem subjektive klager og objektive fund. I mine øjne er det dog en uheldig begrebsdannelse, da man nemt kan forestille sig, at patienter fejldiagnosticeres ud fra forkerte bedømmelsesgrundlag.

Blandt forklaringerne til den meget diffuse symptombeskrivelse, som indimellem forplumrer billedet og slører det kliniske blik, ligger ofte en mangelfuld kropsbevidsthed. Dette, kombineret med forskellige betydninger af de tillægsord, der hæftes på symptomerne, gør diagnostisering til en svær opgave.

Håndtering af dette problem er grundighed i den objektive undersøgelse. Først og fremmest bør man indse, at på samme måde som diagnosticering af børns sygdomme ofte tager udgangspunkt i den objektive undersøgelse alene, kan man blive nødt til at støtte sig langt mere til de kliniske og parakliniske fund. Hermed mener jeg ikke, at man skal negligere de ofte meget dramatiske udtryksformer, som symptomerne formidles ved, men omvendt bør man heller ikke lade sig forvirre eller vildlede heraf.

En vigtig opgave er dog at berolige patienterne, der måske har en uforholdsmæssig opfattelse af alvorligheden af de symptomer, der opleves. Samtidig må man også i de tilfælde, hvor der hverken findes abnorme fund ved den objektive undersøgelse eller de parakliniske fund, gøre en del ud af at forklare, at man har brugt undersøgelserne – ikke til at finde sygdom – men til at konstatere sundhed, hvilket kan være en lille, men alligevel vigtig detalje.

En væsentlig pointe i diskussionen om de etniske smerter, er jo, at der findes andre patientkategorier, der udviser særlig svær symptomatologi; nemlig børn eller patienter med Down's syndrom. Her kan symptomudtrykket eller smertebeskrivelsen jo også være påvirket i udtalt grad, men ingen ville drømme om at slå smerter hos børn eller Down's-patienter hen som særlige "infantile" eller "mongolide smerter".

Råd om at se tiden kan undgås og i stedet erstattes af en kontroltid, hvor man måske bekræfter fraværet af sygdommen eller bestyrker indsatsen ift. forebyggelse. Et andet vigtigt råd kan være at få patienten til i højere grad at overtage en del af ansvaret for behandlingen, f.eks. i form af rygøvelser ved uspecifikke rygsmerter, da man herved kan forsøge at skabe en bedre egenomsorg. Samtidig vil d-vitamin niveauet for praktiske formål ofte være nedsat, hvorfor vigtigheden heraf bør betones for patienter med minoritetsbaggrund.

- Sprogbarrierer er både et praktisk og et fagligt problem, men er så vigtigt at undgå, at det bør prioriteres højt
- Korrekt brug af tolke kræver, at man er bevidst om mulighederne og begrænsningerne
- Undgå så vidt muligt brugen af familiemedlemmer, specielt børn til tolkning
Husk at kropssprog også er kulturelt bestemt – vær derfor opmærksom på de non-verbale signaler, du udsender

Det handler tit om at skabe forståelse mere end blot at diktere behandling i forhold til. patientens symptombeskrivelse.

Religion

Et andet vigtigt aspekt er, at nogle af de sundhedsråd, som man giver som behandler, måske skal implementeres i en religiøs referenceramme; fx kostråd til diabetikere, der holder Ramadan eller ordination af hostesaft indeholdende alkohol til muslimer mv. Det kan skabe nogle uforudsete udfordringer. Men alt andet lige er religion ikke til at komme udenom, når talen falder på kulturforståelse.

I et land som Danmark, hvor religionen fylder langt mindre både på det samfundsmæssige såvel som det individuelle plan, kan det undertiden være svært helt at relatere sig til den enorme religiøse indflydelse, som mange muslimer lever under. Ligeledes støder man ofte på argumenter som at "... det byder vores religion os" eller "... sådan gør muslimer ...", hvilket kan være svært at håndtere som etnisk dansk læge. Det største problem i denne sammenhæng bliver dog, i mine øjne, berøringsangsten, fordi man af frygt for at "træde forkert i kulturen", eksempelvis undlader at spørge ind til uklare sammenhænge eller andre adfærdsmæssige forskelle. En ting, som er særdeles vigtig at påpege, og som ofte forsvinder i den daglige debat, er, at muslimer jo ikke bare er muslimer. Der eksisterer på samme måde som inden for alle andre religioner, store, nationale forskelle, hvor måden at praktisere religionen på op gennem tiden har ændret sig markant, bl.a. præget af politiske forhold og traditioner.

I mange tilfælde vil det, der måske også af minoritetsindividet selv opfattes som religiøst betinget og dermed som et indiskutabelt faktum, i virkeligheden være baseret på uvidenhed eller unuancerede traditioner. Et klart eksempel herpå er kvindeomskæring, der blandt visse minoritetsgrupper har fået lov at udvikle sig og blive en del af den måde, som religionen praktiseres på enkelte steder i de oprindelige hjemlande. Problemet med religion er nemlig sjældent religionen i sig selv, men oftere menneskers fortolkning af religionen. Dermed ikke sagt, at man ikke bør respektere eller undervurdere religionens indflydelse på menneskers hverdag, men at det er tilladt og ud fra et lægefagligt synspunkt fornuftsbaseret, at forholde sig kritisk til religiøs argumentation, der måtte stride imod ens råd og vejledninger. Endvidere er det fornuftigt at kende til nogle af de religiøse omstændigheder, der potentielt set kan have indvirkning på behandlingssituationen.

Det drejer sig eksempelvis om Ramadanen, der jo er muslimernes hellige fastemåned, hvor man ikke indtager vådt eller tørt fra solopgang til solnedgang. Det kan bl.a. for diabetikere få konsekvenser, hvis de på trods af deres sygdom stadigvæk vælger at faste. Som læge kunne argumentationen i denne specielle situation sagtens indeholde viden om, at syge, gamle og børn rent faktisk er fritaget fra "fastepligten", noget som mange muslimer alligevel gør på trods af en oplagt forøget helbredsrisiko. En nylig PhD af forsker Anna Mygind understreger dog netop behovet for at dette specifikke kulturelledede problem italesættes på en hensigtsmæssig måde.

Generelt er indgriben i folks religiøse overbevisning dog en utrolig fin balancegang, og der vil uværgeligt opstå situationer, hvor religionen eller religiøse argumenter, griber forstyrrende ind i kommunikationen læge og patient imellem.

I tvivlstilfælde, der relaterer sig til religiøse og/eller bioetiske spørgsmål som abort, prævention, kunstig befrugtning, organdonation mv. kan med fordel henvises til Islamisk-Kristent Studiecenter, som bla. har udgivet en række materialer lige præcis vedr. disse svære spørgsmål.

- Religion og religiøsitet er en faktor, der i mere eller mindre grad spiller ind på en lang række områder for mange patienter
- Som fagperson er man nødsaget til at forholde sig pragmatisk hertil, fordi det er en del af patientens grundvilkår
- Ofte kan der være helbredsmæssige forklaringsmodeller vævet ind i den religiøse opfattelse, som man kan være nødt til enten at bestyrke eller korrigere
- Det er altid formålstjenstligt at efterprøve opfattelsen af givne faglige råd, især hvis disse omhandler "livstemaer", der kan være under indflydelse af patientens religiøse opfattelse

Som mange af de andre emner, der er nævnt i temahæftet, spiller religion en stor rolle for mange af vores patienter. Udfordringen er altid at have fokus på det, som har relevans for situationen og stadig fastholde grundtanken om, at ens hjælp altid kun er et tilbud – ikke et påtvungent krav.

Kulturmødet i et sociologisk perspektiv

I de foregående kapitler har jeg gennemgået forskellige emner af betydning for kulturmødet. Disse forklaringsmodeller udgør det faktuelle vidensgrundlag, som man med fordel kan anvende i sit daglige virke som behandler, når man kommunikerer med patienter på tværs af kulturforskelle.

Nu vil jeg præsentere en af de væsentligste kommunikationsteoretiske modeller for det konstruktive kulturmøde, og afslutningsvis vil jeg præsentere en række patientcases, der har til formål at illustrere behovet for professionel kulturforståelse og skabe koblingen mellem teori og praksis.

”Communicating with strangers”

I 1998 udarbejdede de to sociologer, W. B. Gudykunst og Young Yun Kim bogen ”Communicating with strangers”, som siden har været regnet for et hovedværk inden for feltet menneskelig kommunikation. I artiklen oprises nogle af de mest fundamentale spilleregler for den menneskelige kommunikationsproces. Spilleregler, der ifølge forfatterne er universelle, men som er særligt anvendelige i forbindelse med kommunikation på tværs af kultur.

Forskerne konstaterer, at vi mennesker kommunikerer, som vi gør, fordi vi er opdraget i en specifik kultur og har erhvervet dens sprog, regler og normer. Derudover inddrager de den fremmede som et centralt begreb i teorien. Denne er defineret som en person med et manglende kendskab til vores værdier, normer og regler, og som samtidigt er ukendt for os. Et andet vigtigt grundvilkår, når mennesker kommunikerer med hinanden, er en implicit forventning om et forudsigeligt respons. Jo mere præcis ens forudsigelse om samtalepartnerens respons er, des mindre konfliktfyldt kan kommunikationen forventes at blive.

Hvordan sygeplejerske oplever mødet med patienter med anden etnisk baggrund

Det er derfor klart, at det, som skaber konflikten i kommunikation med den fremmede i henhold til ovenstående definition, dybest set er det manglende forudsigelige respons. Samtidigt er det indlysende, at præcisionen af ens forudsigelse, primært afhænger af ens viden om samtalepartneren.

I forsøget på at optimere rammerne for kommunikationsprocessen vil man derfor altid trække på forskellige ”vidensniveauer” med fokus på samtalepartneren for at kunne forudsige respons. Forfatterne opererer med tre vidensniveauer, som tages i brug afhængigt af situationen.

Det kulturelle niveau

Dette niveau indeholder viden om den andens kultur samt de dertilhørende dominante normer og værdier. Ofte vil dette være det eneste tilgængelige vidensniveau i kommunikationen med en fremmed, og det giver derfor sig selv, at viden om den andens kultur vil kunne medføre en mere præcis kommunikativ forudsigelse.

Det sociokulturelle niveau

Det sociokulturelle niveau indeholder viden om samtalepartnerens sociale tilhørsforhold eller samfundsbestemte rolle. Dette vidensniveau bruges eksempelvis i vores lægelige hverdag, hvor vi jo altid søger at tilpasse vores kommunikation ud fra de forståelsesmæssige ressourcer, som vi mener, vores patienter er i besiddelse af.

Det psykokulturelle niveau

Dette niveau indeholder viden om samtalepartnerens individuelle karakteristika og er derfor et vidensniveau, som typisk er reserveret til kommunikationen med venner og familie. Data fra de forskellige vidensniveauer vil typisk blive fortolket via en kategoriseringsproces, der grupperer mennesker efter deres ligheder og skelner mellem mennesker på baggrund af deres forskelle.

Individet

Kommunikation med fremmede kommer alt for tit til at bero på en kategorisering, der tager udgangspunkt i stereotype opfattelser, fordi man ikke er i besiddelse af den konkrete kulturviden, som ellers ville kunne skabe grundlag for en bedre kommunikationsproces. I og med at denne proces foregår på et ubevidst plan, vil man sjældent reflektere over det stereotype kommunikationsgrundlag, hvorfor et af kernepunkterne i en forbedret tværkulturel kommunikation er en øget opmærksomhed på ens egen kommunikative adfærd.

Populært sagt handler det om at lære sine egne fordomme at kende, så de ikke bliver et automatisk udgangspunkt for ens verdensopfattelse, men at de til stadighed kan nuanceres, af- eller bekræftes.

Hans Magnus Enzenberger siger det samme, blot med en mere optimistisk indgangsvinkel; nemlig "... at enhver fremmed er en ven, man endnu ikke har mødt". Afslutningsvis peger forfatterne på andre faktorer, der har stor betydning for menneskers måde at kommunikere på.

De institutionelle rammer

Dette dækker over de professionelle rammer, som vi udfolder os indenfor, bl.a i vores arbejdsliv.

F.eks. et sted som hospitalet, hvor faktorer som personalesammensætningen kan komme til at spille en stor rolle for udveksling af specifik kulturviden personalet imellem. En vidensudveksling, som alt andet lige kan forventes at medføre et mere vidensbaseret handlegrundlag, som igen kan forventes at få en indflydelse på den praksis, hvormed man møder patienter, der har en anden kulturel baggrund.

De samfundsmæssige rammer

Det er klart, at meningsdannere som politikere, medier og andre talerør spiller en stor rolle for fodringen af "inputs" til vores forskellige vidensniveauer, hvilket ud fra det ovenstående kommer til at gribe direkte ind i vores kommunikationsproces.

Relevante cases

(Fra Indvandrermedicinsk Klinik OUH)

- Case 1: patient afsluttes præmaturt fra en halvfærdig mave-tarm medicinsk udredning pga. manglende udtømning ved første besøg og udeblivelse 2.besøg. Undersøgelsen var nødvendig for en længere udredning af diffuse smerter i brystkasse, hofter og anal region.
- Case 2: patient med kronisk sygdom klager på sygehusafdelingen, hvor vedkommende følges, over frontal hovedpine med uklar årstidsvariation, purulent næseflåd og natlig hoste. Øre-næse hals afdelingen på sygehuset afviser at se patienten, der derfor rådes til selv at kontakte privat praktiserende ørelæge. Patienten får efter 5 måneder tid hos ørelæge, der ikke anvender tolk og som derfor ikke forstår patientens symptomer. Afsluttes fra ørelæge men uden besked til sygehus eller egen læge. Efter i alt 9 måneder kommer patienten til rutinekontrol på sygehus, hvorefter patienten sendes til CT af bihuler der viser svær kronisk bihulebetændelse og tandrods abscesser, som årsag hertil. Kæbekirurgisk afdeling anbefaler behandling hos tandlæge. Efter 3 måneder henvender patienten sig med et tilbud fra tandlæge på 120.000 kr. Efter fornyet rådgivning fra kæbekirurgisk medgives patienten et brev med liste over de mest nødvendige indgreb og der indhentes derefter 3 tilbud på behandling mellem 12.000 og 15.000 kr. Patienten anbefales at kontakte ydelseskontoret i lokal kommunen mhp ansøgning om støtte. Efter 3 måneder henvender patienten sig på sygehusafdelingen med en række skemaer omkring økonomi og kontoudskrifter, som patienten ikke forstår. Patienten oplyser at kommunens ydelseskantor har, henvist patienten til en frivillig rådgivning for hjælp til udfyldelsen, men de anvender ikke tolk. Der indsendes ansøgning og efter 21/2 måned får patienten tilkendt støtte til tandbehandlingen. I mellemtiden har patienten været i 3 penicillin kure pga. feber og tandsmerter.
- Case 3: patient henvises til IMK med "dårlig compliance" i forhold til sin behandling for hypertension. Patienten har på ultralydsskanningen kroniske nyreforandringer og mistænkes desuden for en ondartet knude i den ene nyre. Der bestilles en CT skanning af nyrene, men patienten får ikke indkaldelsesbrevet før dagen efter undersøgelsen er berammet, og patienten ved ikke hvad hun skal gøre i forhold til en ny aftale, da det er uklart for patienten hvilken afdeling, der har bestilt den. Den bestillende afdeling følger ikke op på undersøgelsen og IMK beder derfor den bestillende afdeling om at genbestille undersøgelsen. Undersøgelse, der udføres på mistanke om cancer, udføres med 31/2 måneders forsinkelse.
- Case 4: patient med PTSD, hvis barn efter moderens henvisning til IMK, viser sig at have blodkræft. Barnet ender med at dø. Der forsøges kontakt til Kræftens bekæmpelse uden held. IMK sender anmodning (socialmedicinsk forslag) til hjemkommunen om psykolog bistand. Efter 6 måneder er intet sket. Sagsbehandler kontaktes og oplyser at patienten har fået udleveret skema til ansøgning i ydelseskontoret. Patienten skal selv finde psykolog og komme med tilbud. Patienten kontakter IMK, der foreslår at patienten får hjælp af en lokal frivillig rådgivning. Efter 4 måneder oplyser patienten, at de ikke forstod skemaet eller baggrunden. Der skrives brev til sagsbehandler og til frivillig organisation. Efter yderligere 3 måneder får patient afslag på sin ansøgning.

- Case 5: Patient med livstruende infektionssygdom og gravid, bosiddende i landsby. Skal ifølge sundhedsstyrelsens retningslinjer kontrolleres for både sygdom og graviditet på Universitetshospitalet i regionen. Det er ikke muligt med offentlig transport at ankomme til sygehusets laboratorium indenfor dets åbningstid. Sagsbehandler ønsker ikke at medvirke til transport med bemærkningen: "hvis (patienten) kan komme fra Congo til (landsby), så kan patienten også selv komme fra (landsby) til Odense". IMK får etableret kontakt til lokal frivillig organisation, der stiller 2 kontaktpersoner til rådighed: én til at køre og én til samtaler. Patienter med denne sygdom skal føde på Universitetshospitalet af hensyn til behandling af mor og barn efter fødsel, men der kunne ikke laves aftale med Falck om dette – Falck har ordre på at køre til nærmeste sygehus. Patienten måtte derfor indlægges på Patienthotel 3 uger før forventet fødsel.
- Case 6: 53 årig Pt. med dårlig økonomi, PTSD, leddegigt (rheumatoid arthritis), urin inkontinens, kronisk bihulebetændelse og sukkersyge efter IMK forløb 2 år. Flygtede fra sit hjemland som 19-årig efter at begge forældre var blevet dræbt foran hende og hun efterfølgende blev voldtaget ovenpå ligene, hendes søn blev væk under flugten. Har oplyst om sine oplevelser til psykolog i asylcentret ved ankomsten og til integrationssagsbehandler. Patienten husker, at sagsbehandleren sagde, hun ville tale med en psykolog om behandling. Det skete ikke. Glemmer diabetespiller pga. dårlig hukommelse som følge af PTSD. Får redskaber til at huske piller og en nabo indvilger i at støtte patienten i at bruge redskaberne. Svær inkontinens pga. mange fødsler og omskæring, der undersøges. Der søges bletilskud. Mange bivirkninger af medicinsk behandling for leddegigt. IMK informerer behandlende afdeling på hjemsygehus om bivirkninger, patienten skifter til behandling uden bivirkninger. Der foretages mindre gælds sanering og afdragsordning. Henvises til RCT men får aldrig indkaldelses brevene da postbuddet tager fejl af to enslydende navne i opgangen. Patienten tilkendes pension og vil herefter gerne afsluttes: "Nu har jeg det bedre psykisk og med kroppen og min økonomi er bedre".

Efterskrift

Kulturmødet vil i de kommende år komme til at fylde mere og mere af vores kliniske hverdag. Udfaldet af dette møde er af afgørende betydning for, hvordan sundheds- og sygdomsbilledet kommer til at tegne sig for de etniske minoritetsgrupper.

Tendenserne peger i øjeblikket på, at sygeligheden, især i form af de tunge livsstilssygdomme type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme, er kraftigt stigende på baggrund af en lang række årsager. Uanset hvordan man vender og drejer det, kan vi derfor som læger, med ansvaret for befolkningens helbred, ikke sidde denne udvikling overhørig.

Dette hæfte er et forsøg på at overkomme en række forståelsesbarrierer og udfylde de videnskløfter, der måtte eksistere i kulturmødet. Det er ment som en inspirationskilde og en hjælp til at forstå nogle af de kulturelle sammenhænge, der kan gribe forstyrrende ind i vores daglige omgang med denne særlige, men i virkeligheden stærkt varierende patientkategori.

Samtidig er der i mine øjne i denne tid et behov for at gøre op med tanken om, at alle patienter skal behandles ens. I erkendelse af vores patienters forskelligheder, bør man snarere stræbe efter at behandle alle patienter *lige forskelligt*.

Som behandler bør vi desuden respektere det faktum, at patienter har ret til at være patienter med alt, hvad dette indebærer – da de ikke selv har valgt deres sygdom. Omvendt har vi som behandlere truffet et aktivt valg om at påtage os for ansvaret for patienternes ve og vel, hvilket skaber en uens fordeling af såvel pligter som ansvar.

Dette temahæfte er skrevet i håb om, at den opnåede indsigt kan fungere som et brugbart redskab i den kliniske hverdag, når kulturmødet banker på døren og udfordrer vores rolle som sundhedsprofessionelle fagpersoner.

København, d. 31. juli 2013

Om forfatteren



Imran Rashid

- Født i 1977 i København.
- Uddannet læge fra Københavns Universitet i 2005
- Praktiserende læge & Ejer af Kastrup Lægeklinik (www.kastruplaegeklunik.dk)
- Har beskæftiget sig med emnerne integration og kulturforståelse i snart 10 år med særligt fokus på kulturelle brudflader i sundhedsvæsenet
- Stifter af foredragsvirksomheden sundkultur.dk, der udover foredragsaktivitet har fungeret som rådgivende organ for flere offentlige instanser såvel som private firmaer i emner relateret til kultur og sundhed
- Er herudover en flittigt benyttet underviser i en lang række sammenhænge.
- Herudover er Imran Rashid førende indenfor anvendelse af moderne teknologi i primærsektoren, bl.a. med det sociale iværksætterprojekt www.videodoktor.dk samt www.minpille.dk

Litteraturliste

- i [Bhopal, Raj S., et al. "Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept." *The European Journal of Public Health* 22.3 (2012): 353-359.]
- ii [Villadsen SF et al. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:106-112]
- iii [Hempler, Nana Folmann, et al. "Do immigrants from Turkey, Pakistan and Yugoslavia receive adequate medical treatment with beta-blockers and statins after acute myocardial infarction compared with Danish-born residents? A register-based follow-up study."
- iv [Sanchez-Ramirez, Diana C., Allan Krasnik, and Helle Wallach Kildemoes. "Do immigrants from Turkey, Pakistan and Ex-Yugoslavia with newly diagnosed type 2 diabetes initiate recommended statin therapy to the same extent as Danish-born residents? A nationwide register study." *European journal of clinical pharmacology* 69.1 (2013): 87-95].
- v [Kristensen JK et al. Diabetes prevalence and quality of diabetes care among Lebanese or Turkish immigrants compared to a native Danish population. *Prim Care Diabetes*. 2007 sep;1(3):159-65].
- vi [Vandenheede H et al. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol* (2012) 27:109–117
- vii [Rafnsson, Snorri B., et al. "Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries."
- viii [Taloyan, Marina, et al. "Differences in Cardiovascular Risk Factors in Swedes and Assyrians/Syrians with Type 2 Diabetes: Association with Lifestyle-Related Factors." *J Diabete s Metab* 1 (2010): 110.).
- ix [C Agyemang. Factors associated with hypertension awareness, treatment and control among ethnic groups in Amsterdam, The Netherlands: The SUNSET study. *Journal of Human Hypertension* (2006) 20, 874–881].
- x [Hasnian-Wynia R et al. Disparities in health care are driven by where minority patients seek care. *Arch Intern Med*. 2007; 167:1233-1239].
- xi [Hansen L, Nauerby T & Reinhold A (2008) *Livsstil og Risiko. Modeller for sundhedsfremmende arbejde med etniske minoriteter*. UC Vest Press].

- xii [Michaelsen J, Krasnik A, Nielsen A, Nørredam M & Torres AM (2004) Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scand J Public Health* 2004;32(4):287-95] og [Esholdt HF, Fuglsang M (2009). Etniske forskelle i patienters oplevelser. En spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital. Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden] og [Jahn AW (2002). Usynlig forskelsbehandling. *Sygeplejersken*, 2002. 16].
- xiii [Dyhr L (1996) Problems in the meeting between general practitioners and Turkish immigrant women in Denmark seen from a clinical perspective. Ph.d. thesis. Central forskningsenhed for Almen praksis, København].
- xiv Nielsen AS (2005). Painful experiences. An anthropological analysis of migrant women's narratives about disease, marginalisation and discursive hegemony. PhD thesis. Københavns Universitet, København].
- xv [Michaelsen J, Krasnik A, Nielsen A, Nørredam M & Torres AM (2004) Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scand J Public Health* 2004;32(4):287-95.]
- xvi [Gormsen 1998].
- xvii Compliance – om afvigelser mellem lægers ordinationer og patienternes faktiske medicinering. IRF. 2006. (<http://www.irf.dk/download/pdf/compliance.pdf>)
- xviii [Krupic F. Språket som hinder till en lyckad kommunikation en studie av patienters upplevelser. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet, Institution för vårdvetenskap och hälsa, 2007. <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/7363/1/krupic.pdf>].
- xix [Jokinen K og Alwood J. Hesitation in Intercultural Communication: Some Observations on Interpreting Shoulder Shrugging.] <http://sskkii.gu.se/jens/publications/bfiles/B91.pdf>.
- xx <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-012-9716-1#page-1>

Arbejdsopgaver til filmene på DVD'en "Kommunikationssmerter"

Filmene på DVD'en "Kommunikationssmerter" er tænkt som et praktisk værktøj, der kan anvendes til at visualisere nogle af de temaer, som er blevet beskrevet i dette temahæfte.

De to film beskriver på hver deres måde de barrierer, der kan opstå mellem behandler og patient. Barrierer, der kan være relaterede til såvel kulturelle, aldersmæssige som sociale forskelle.

Filmene findes i forskellige versioner, der indeholder forskellige informationslag, der gradvist skaber en mere klar forståelse for de processer, der gør sig gældende mellem de involverede aktører.

Jeg har bidraget med manuskript og ide-koncept. De kan downloades fra hjemmesiden www.sundkultur.dk.

God fornøjelse!

Viden forpligter

Det kræver viden at forbedre sundhed og livskvalitet – en viden, der blandt andet skabes gennem forskning. I dag er Pfizer en af de lægemiddelvirksomheder i verden, der anvender flest ressourcer på forskning. Vi har i øjeblikket flere end 100 lægemidler under udvikling.

Men viden forpligter. I Pfizer bestræber vi os på hurtigst og bedst muligt at formidle vores specialviden til dem, der behandler patienten. Det gør vi blandt andet gennem vores kontakt til både praksis og hospital – og gennem vores efteruddannelsesaktiviteter.

Læring fremmer bedre behandling

Pfizer tilbyder uddannelse, temahæfter, værktøjer og information til alle vores sundhedsfaglige samarbejdspartnere. Vi vil nemlig gerne være med til at udvikle den læring, der kan være med til at fremme en bedre behandling.

En af de vigtigste opgaver for Pfizer er at udbyde og støtte tværfaglige aktiviteter. At forbedre sundheden og livskvaliteten ser vi som et fælles ansvar for alle: myndigheder, sundhedspersonale, lægemiddelvirksomheder, patienter og deres pårørende.

Pfizer på nettet

Pfizer.dk

Vi arbejder i Pfizer Danmark løbende på – via vores hjemmeside Pfizer.dk – at gøre adgangen til relevant viden om vores virksomhed, behandlingsområder og efteruddannelsesaktiviteter m.m. så enkel og let tilgængelig som muligt.

Vi har på Pfizer.dk samlet information og funktioner, som primært henvender sig til sundhedsfagligt personale. På Pfizer.dk finder man blandt andet information om Pfizers efteruddannelse, og på vores Pfizer Academy kan man få et godt overblik over årets kurser og mødeaktiviteter. Desuden kan man bestille eller downloade udvalgte publikationer, herunder vores temahæfter.

Pfizer Danmark
Lautrupvang 8
2750 Ballerup
Tlf. 44 20 11 00
www.pfizer.dk

